



NANDA INTERNATIONAL



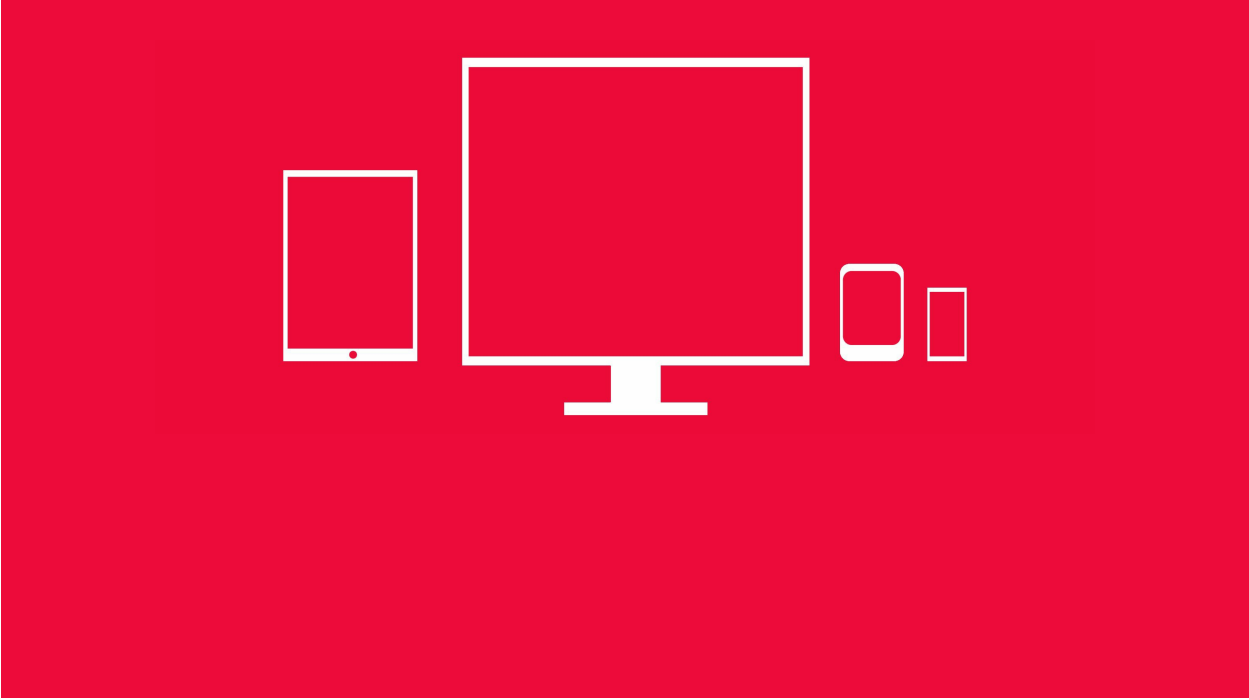
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I

Definições e Classificação

2018-2020

11ª Edição





Aviso

Todo esforço foi feito para garantir a qualidade editorial desta obra, agora em versão digital. Destacamos, contudo, que diferenças na apresentação do conteúdo podem ocorrer em função das características técnicas específicas de cada dispositivo de leitura.

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

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I

Definições e Classificação

2018-2020

11ª Edição

T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI

Tradução:

Regina Machado Garcez

Revisão técnica:

Alba Lucia Bottura Leite de Barros (coordenação)

Professora Titular da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). *Fellow* pela NANDA International.

Anamaria Alves Napoleão

Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSCAR – EBSEH.

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). *Fellow* pela NANDA International.

Marta José Avena

Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem Pediátrica, Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Virginia Visconde Brasil

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Versão impressa
desta obra: 2018



2018

Obra originalmente publicada sob o título *Nanda International nursing diagnoses: definitions and classification, eleventh edition*, 2018-2020.

ISBN 9781626239296

All Rights Reserved. No part of this book may be translated or reproduced in any form without the prior permission of the publisher.

Authorized publication of Portuguese language edition of NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020, eleventh edition, Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru.

Copyright © 2017 by NANDA International; 1994, 1996, 1998, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2012, 2014 by NANDA International.

©First language Portuguese edition 2018 by ARTMED EDITORA LTDA, Porto Alegre, Brazil, a Grupo A Educação S.A. Company.

English language edition of this book is published by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, New York 10001 (USA).

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenador editorial: *Alberto Schwanke*

Editora: *Tiele Patricia Machado*

Leitura final: *Sandra Godoy*

Editoração: *Kaéle Finalizando Ideias*

Arte sobre capa original: *Kaéle Finalizando ideias*

Produção digital: *Kaéle Finalizando ideias*

Imagem da capa: *Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2016-17 Edition, Physicians and Surgeons, on the Internet at <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm> (visited October 19, 2017).*

D536 Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e
classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] /
[NANDA International]; tradução: Regina Machado
Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de
Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed,

Editado como livro impresso em 2018.

ISBN 978-85-8271-504-8

1. Enfermagem. I. NANDA International.

CDU 616-083

Catálogo na publicação: Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147



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

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana

90040-340 – Porto Alegre, RS

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

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

SÃO PAULO

Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque

01221-020 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

Dedicamos este livro à memória de nossa fundadora,
Dra. Marjory Gordon

Agradecimentos

É quase desnecessário mencionar que a dedicação de várias pessoas ao trabalho da NANDA-I fica evidente quando doam seu tempo e se esforçam para aperfeiçoar a terminologia e taxonomia. Não há dúvidas de que a terminologia reflete a dedicação de pessoas que pesquisam, elaboram ou aperfeiçoam os diagnósticos e dos voluntários que formam o Diagnosis Development Committee (DDC, Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos), além de seu Diretor, Prof. Dickon Weir-Hughes. Este livro representa o resultado do trabalho voluntário incansável de um grupo de pessoas muito dedicadas e extremamente talentosas que desenvolvem, revisam e estudam os diagnósticos de enfermagem há mais de 40 anos.

Gostaríamos de agradecer especialmente à Dra. Camila Takao Lopes, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, que trabalhou na organização, atualização e manutenção da base de dados da terminologia da NANDA-I, e que apoiou a tarefa de padronização da terminologia.

Além disso, gostaríamos de reconhecer e agradecer individualmente a Susan Gallagher-Lepak, PhD, RN, Diretora do College of Health, Education & Social Welfare, na Universidade do Wisconsin/Green Bay, por sua contribuição a esta edição do livro da NANDA-I, como autora do capítulo revisado “Fundamentos do diagnóstico de enfermagem”, da Parte 2.

Favor entrar em contato conosco pelo e-mail **execdir@nanda.org** em caso de dúvidas sobre qualquer parte do conteúdo, ou se encontrarem erros, de modo que estes possam ser corrigidos em publicações futuras.

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

Apresentação à edição brasileira

Com imenso prazer, apresentamos a tradução para a língua portuguesa da edição 2018-2020 do *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I*.

Esta nova edição apresenta mudanças significativas, as quais merecem a leitura atenta dos capítulos iniciais do livro, pois elas impactam a forma como utilizamos os diagnósticos de enfermagem no ensino, na pesquisa e na clínica assistencial. Entre essas mudanças, citamos a inclusão de duas novas categorias de indicadores diagnósticos – “Populações em risco” e “Condições associadas” –, que incluem indicadores para os quais os enfermeiros não podem intervir de forma independente.

Além das mudanças estruturais e de conteúdo descritas nas Partes 1 e 2 deste livro, tivemos alterações significativas durante a tradução e revisão dos diagnósticos. Grande parte dessas alterações teve origem durante o processo de produção editorial meticuloso da Artmed Editora, que utilizou nesta edição uma ferramenta de memória de tradução. Tal ferramenta possibilitou uma padronização completa dos termos indicadores diagnósticos, o que é fundamental para termos como resultado uma taxonomia de excelente qualidade.

Tivemos cuidado também, durante a revisão da tradução, com a adaptação transcultural da terminologia. Esse processo foi realizado por competentes pesquisadoras consideradas *experts* pelo seu envolvimento no ensino, na pesquisa e na utilização da NANDA-I na prática clínica, e com domínio das duas línguas e de suas culturas. Essa revisão também contou com a colaboração da Dra. T. Heather Herdman, que esclareceu dúvidas importantes relacionadas à compreensão de termos e expressões. Como resultado, diversos indicadores diagnósticos, bem como alguns títulos de diagnósticos, tiveram suas traduções aperfeiçoadas.



Títulos de diagnósticos que tiveram suas traduções alteradas nesta edição:

Tradução anterior	Nova tradução
Padrão de sono prejudicado	Distúrbio no padrão de sono
Controle emocional instável	Controle emocional lábil
Identidade pessoal perturbada	Distúrbio na identidade pessoal
Risco de identidade pessoal perturbada	Risco de distúrbio na identidade pessoal
Processo de criação de filhos ineficaz	Processo perinatólógico ineficaz
Risco de processo de criação de filhos ineficaz	Risco de processo perinatólógico ineficaz
Disposição para processo de criação de filhos melhorado	Disposição para processo perinatólógico melhorado
Risco de resiliência comprometida	Risco de resiliência prejudicada
Risco de úlcera por pressão	Risco de lesão por pressão
Risco de olho seco	Risco de ressecamento ocular
Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo	Risco de reação adversa a meio de contraste iodado

Mais uma vez, encorajamos a participação dos leitores no envio de sugestões e/ou dúvidas quanto aos termos traduzidos para os canais de atendimento do Grupo A apresentados neste livro, pois estas contribuem para o refinamento da classificação. Estimulamos também os pesquisadores a darem continuidade em suas pesquisas com o objetivo de elevar o nível de evidência dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, contribuindo, dessa maneira, com o conjunto de conhecimentos da enfermagem.

Alba Lucia Bottura Leite de Barros

Professora Titular da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. *Fellow* pela NANDA International.

Prefácio

No início da década de 1970, enfermeiros e educadores nos Estados Unidos descobriram que os enfermeiros, de modo independente, diagnosticavam e tratavam “algo” relacionado aos pacientes e suas famílias que era diferente dos diagnósticos médicos. Essa descoberta abriu uma nova porta à taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e à criação da organização profissional atualmente conhecida como NANDA International (NANDA-I). Assim como os médicos usam diagnósticos médicos, os enfermeiros devem ter “algo” para documentar uma prática holística abrangente, auxiliando os estudantes a adquirirem nosso conjunto específico de conhecimentos e permitindo aos enfermeiros a coleta e a análise de dados, aperfeiçoando, assim, a disciplina de enfermagem. Passaram-se mais de 40 anos, e o conceito do “diagnóstico de enfermagem” inspirou e encorajou enfermeiros no mundo todo a buscarem uma prática independente, fundamentada em conhecimentos profissionais.

No começo, enfermeiros que não residiam na América do Norte eram tão somente usuários finais da Taxonomia da NANDA-I. Hoje em dia, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento da Taxonomia contam com um sólido esforço global. Na verdade, durante este ciclo de publicação recebemos mais material para análise de novos diagnósticos e propostas de revisões de países fora da América do Norte. A organização, além disso, tornou-se realmente internacional: há membros participantes das Américas, Europa e Ásia, formando comitês, liderando-os como diretores e controlando organizações em funções de diretoria. Quem imaginaria que uma falante de inglês não nativa, originária de um pequeno país asiático, seria presidente da NANDA-I em 2016?

Nesta versão 2018-2020, a 11^a edição, a Taxonomia apresenta 244 diagnósticos, dos quais 17 são novos. Cada diagnóstico é produto do trabalho de um ou mais de nossos diversos voluntários da NANDA-I, e a maioria deles tem uma base de evidências definida. Cada novo diagnóstico foi alvo de

debate e aperfeiçoamento pelos membros do nosso Diagnosis Development Committee (DDC) antes do envio final aos membros da NANDA-I para votação e aprovação. Essa aprovação não significa que o diagnóstico está “finalizado” ou “pronto para uso” em todos os países ou áreas de atuação. Sabemos que a prática e os regulamentos e diretrizes de enfermagem variam de país para país. Esperamos que a publicação desses novos diagnósticos facilite mais estudos de validação, em partes diferentes do mundo, para que se alcance um nível mais alto de evidências.

Submissões de materiais para análise de novos diagnósticos são sempre bem-vindas. Porém, no momento, temos a grande necessidade de revisar os diagnósticos existentes para que reflitam as evidências mais recentes. No preparo desta edição, nos esforçamos para destacar os problemas subjacentes de vários diagnósticos em uso atualmente. Mais de 70 diagnósticos não possuem nível de evidência (LOE, *level of evidence*), o que significa que não houve atualizações importantes nesses diagnósticos pelo menos desde 2002, quando foram apresentados os critérios para os LOE. Além disso, para o tratamento eficiente dos problemas descritos em cada diagnóstico, há necessidade de fatores relacionados ou de risco. Entretanto, após a redistribuição de alguns desses fatores para “Populações em risco” e “Condições associadas” (itens que não são tratáveis de modo independente pelos enfermeiros), existem vários diagnósticos que agora não têm fatores relacionados ou de risco.

A NANDA-I é traduzida para quase 20 idiomas diferentes. A tradução de termos abstratos do inglês para outros idiomas pode ser uma tarefa frustrante. Quando enfrentei dificuldades com a tradução do inglês para o japonês, lembrei-me da história do século XVIII sobre estudiosos que traduziram um livro-texto de anatomia em holandês para o japonês, sem dicionário algum. Diz-se que esses estudiosos, algumas vezes, levaram um mês para traduzir uma única página! Temos, atualmente, dicionários e até mesmo tradutores automáticos, embora a tradução de títulos, definições e indicadores diagnósticos ainda não seja tarefa fácil. A tradução conceitual, diferentemente da tradução de palavra por palavra, demanda dos tradutores uma compreensão clara da intenção do conceito. Quando os termos em inglês são abstratos ou estão definidos de forma muito ampla, é mais difícil assegurar uma tradução correta dos conceitos. Ao longo dos anos, aprendi que, por vezes, uma mudança bem pequena do termo original em inglês pode

facilitar o trabalho dos tradutores. Comentários e *feedback* dos leitores podem ajudar a melhorar a tradução de nossa terminologia, além de aumentar a clareza das expressões em inglês.

A partir desta edição, temos três parceiros editoriais principais. Estabelecemos uma parceria direta com o Grupo A para nossa tradução para o português, e com Igaku-Shoin para grande parte de nosso mercado na Ásia. As demais regiões do mundo, inclusive a versão original em inglês, serão assumidas por uma equipe da Thieme Medical Publishers, Inc. Estamos bastante entusiasmados com essas parcerias e com as possibilidades que essas excelentes organizações podem trazer à nossa associação, além de disponibilizar nossa terminologia no mundo todo.

Quero saudar o trabalho de todos os voluntários da NANDA-I, membros de comitês e seus diretores, e membros de diretorias, pelo tempo, comprometimento, dedicação e apoio contínuo. Quero agradecer aos nossos funcionários, liderados pela Diretora Executiva, Dra. T. Heather Herdman, por seus esforços e apoio.

De modo especial, agradeço aos membros do DDC pelo excelente e oportuno trabalho na revisão analítica e edição da terminologia representada neste livro. Em especial, agradeço a liderança do Diretor do DDC desde 2014, Professor Dickon Weir-Hughes. Esse notável comitê, com representações da América do Norte e Sul e da Europa, é a verdadeira “força geradora” de conteúdos e conhecimentos da NANDA-I. Estou muito impressionada e satisfeita com o trabalho surpreendente e abrangente desses voluntários ao longo dos anos.

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI
Presidente, NANDA International, Inc.

Focos dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I

Amamentação
Ansiedade
Ansiedade relacionada à morte
Aspiração
Autoconceito
Autocuidado
Autocuidado para alimentação
Autocuidado para banho
Autocuidado para higiene íntima
Autocuidado para vestir-se
Autoestima
Automutilação
Autonegligência
Bem-estar espiritual
Binômio mãe-feto
Boca seca
Campo de energia equilibrado
Capacidade adaptativa

Capacidade de transferência
Choque
Comportamento de saúde
Comportamento organizado
Comunicação
Comunicação verbal
Conflito de decisão
Conflito no papel
Conforto
Confusão
Conhecimento
Constipação
Constipação funcional
Contaminação
Controle da saúde
Controle de impulsos
Controle emocional
Deambulação
Débito cardíaco
Deglutição
Dentição
Desempenho de papel
Desenvolvimento
Desobstrução das vias aéreas

Diarreia
Dignidade humana
Dinâmica alimentar
Dinâmica de alimentação
Disreflexia autonômica
Dor
Dor no trabalho de parto
Eliminação
Enfrentamento
Envenenamento
Envolvimento em atividades de recreação
Equilíbrio eletrolítico
Esperança
Estilo de vida
Estresse
Fadiga
Função hepática
Função neurovascular
Função sexual
Glicemia
Hiperbilirrubinemia
Hipertermia
Hipotermia
Hipotermia perioperatória

Identidade pessoal
Imagem corporal
Incontinência
Infecção
Infecção no sítio cirúrgico
Insônia
Integridade da membrana mucosa
Integridade da pele
Integridade tissular
Interação social
Isolamento social
Lesão
Lesão ocupacional
Lesão por posicionamento perioperatório
Lesão por pressão
Lesão térmica
Letramento em saúde
Levantar-se
Manutenção da saúde
Manutenção do lar
Medo
Memória
Mobilidade
Morte súbita

Motilidade gastrointestinal
Mutilação genital feminina
Náusea
Negação
Negligência unilateral
Nutrição
Nutrição equilibrada
Obesidade
Padrão de alimentação
Padrão de sexualidade
Padrão de sono
Padrão respiratório
Paternidade ou maternidade
Perambulação
Perfusão tissular
Pesar
Planejamento de atividade
Poder
Pressão arterial estável
Processo perinatológico
Processos familiares
Produção de leite materno
Proteção
Quedas

Reação adversa a meio de contraste iodado
Reação alérgica
Reação alérgica ao látex
Recuperação cirúrgica
Regulação do humor
Relacionamento
Religiosidade
Resiliência
Resposta ao desmame ventilatório
Ressecamento ocular
Retenção
Sangramento
Saúde
Sentar-se
Síndrome da dor crônica
Síndrome de abstinência de substâncias aguda
Síndrome de abstinência neonatal
Síndrome do desequilíbrio metabólico
Síndrome do desuso
Síndrome do estresse por mudança
Síndrome do idoso frágil
Síndrome do trauma de estupro
Síndrome pós-trauma
Sobrepeso

Sufrimento espiritual
Sufrimento moral
Solidão
Sono
Sufocação
Suicídio
Tensão do papel
Termorregulação
Tolerância à atividade
Tomada de decisão
Tomada de decisão emancipada
Transição na imigração
Trauma
Trauma físico
Tristeza
Troca de gases
Tromboembolismo venoso
Ventilação espontânea
Vínculo
Violência direcionada a outros
Violência direcionada a si mesmo
Volume de líquidos
Volume de líquidos equilibrado

Material complementar

Vídeos:

Introdução ao sistema de classificação da NANDA-I

O que é novo na edição 2018-2020 do *Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I*

Sumário

Parte 1 A terminologia da NANDA International – Organização e informações gerais

- 1 Introdução**
- 2 O que é novo na edição 2018-2020 do Diagnósticos de enfermagem**
- 3 Alterações e revisões**
 - 3.1 Processos e procedimentos para submissão e análise de diagnósticos
 - 3.2 Alterações nas definições de diagnósticos de promoção da saúde
 - 3.3 Diagnósticos de enfermagem novos
 - 3.4 Diagnósticos de enfermagem revisados
 - 3.5 Diagnósticos de enfermagem retirados
 - 3.6 Revisões de títulos dos diagnósticos de enfermagem
 - 3.7 Padronização dos termos indicadores diagnósticos
 - 3.8 Introdução de “Populações em risco” e “Condições associadas”
- 4 Governança e organização**
 - 4.1 Considerações internacionais sobre o uso do Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I
 - 4.2 Declarações de posição da NANDA International

- 4.3 Um convite para juntar-se à NANDA International

Parte 2 Aspectos teóricos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA International

5 Fundamentos do diagnóstico de enfermagem

- 5.1 Introdução
- 5.2 Como um enfermeiro (ou estudante de enfermagem) diagnostica?
- 5.3 Entendendo os conceitos de enfermagem
- 5.4 Avaliação do paciente
- 5.5 Diagnóstico de enfermagem
- 5.6 Planejamento/intervenção
- 5.7 Reavaliação contínua
- 5.8 Uso de um diagnóstico de enfermagem
- 5.9 Breve resumo do capítulo
- 5.10 Referências

6 Raciocínio clínico: da avaliação do paciente ao diagnóstico

- 6.1 Introdução
- 6.2 O processo de enfermagem
- 6.3 Análise dos dados
- 6.4 Identificação de diagnósticos de enfermagem potenciais (hipóteses diagnósticas)
- 6.5 Avaliação detalhada
- 6.6 Resumo
- 6.7 Referências

7 Introdução à Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA International

- 7.1 Introdução
- 7.2 Classificação na enfermagem
- 7.3 Como usar a Taxonomia da NANDA-I
- 7.4 Estruturando currículos de enfermagem
- 7.5 Identificando um diagnóstico de enfermagem fora da área de expertise
- 7.6 A Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: uma breve história
- 7.7 Referências

8 Especificações e definições na Taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA International

- 8.1 Estrutura da Taxonomia II
- 8.2 Um sistema multiaxial para construir conceitos diagnósticos
- 8.3 Definições dos eixos
- 8.4 Elaboração e submissão de um diagnóstico de enfermagem
- 8.5 Perspectivas futuras
- 8.6 Leituras recomendadas
- 8.7 Referências

9 Perguntas frequentes

- 9.1 Introdução
- 9.2 Quando precisamos de diagnósticos de enfermagem?
- 9.3 Sobre linguagens de enfermagem padronizadas

- 9.4 Sobre a NANDA-I
- 9.5 Sobre os diagnósticos de enfermagem
- 9.6 Sobre as características definidoras
- 9.7 Sobre os fatores relacionados
- 9.8 Sobre os fatores de risco
- 9.9 Sobre a diferenciação entre diagnósticos de enfermagem similares
- 9.10 Sobre a elaboração de um plano de tratamento
- 9.11 Sobre o ensino e a aprendizagem dos diagnósticos de enfermagem
- 9.12 Sobre o uso da NANDA-I em prontuários eletrônicos
- 9.13 Sobre elaboração e revisão de diagnósticos
- 9.14 Sobre o livro Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I
- 9.15 Referências

10 Glossário

- 10.1 Diagnóstico de enfermagem
- 10.2 Eixos diagnósticos
- 10.3 Componentes de um diagnóstico de enfermagem
- 10.4 Definições para a classificação dos diagnósticos de enfermagem
- 10.5 Referências

Parte 3 Diagnósticos de enfermagem da NANDA International

Domínio 1. Promoção da saúde

Classe 1 Percepção da saúde

Envolvimento em atividades de recreação diminuído

Estilo de vida sedentário

Disposição para **letramento em saúde** melhorado

Classe 2 **Controle da saúde**

Comportamento de saúde propenso a risco

Controle ineficaz **da saúde**

Disposição para **controle da saúde** melhorado

Controle da saúde familiar ineficaz

Manutenção ineficaz **da saúde**

Proteção ineficaz

Saúde deficiente da comunidade

Síndrome do idoso frágil

Risco de **síndrome do idoso frágil**

Domínio 2. Nutrição

Classe 1 **Ingestão**

Produção insuficiente **de leite materno**

Amamentação ineficaz

Amamentação interrompida

Disposição para **amamentação** melhorada

Deglutição prejudicada

Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente

Dinâmica alimentar ineficaz da criança

Dinâmica ineficaz **de alimentação** do lactente

Padrão ineficaz **de alimentação** do lactente

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Disposição para **nutrição** melhorada

Obesidade

Sobrepeso

Risco de **sobrepeso**

Classe 2 Digestão

Classe 3 Absorção

Classe 4 Metabolismo

Risco de **função hepática** prejudicada

Risco de **glicemia** instável

Hiperbilirrubinemia neonatal

Risco de **hiperbilirrubinemia** neonatal

Risco de **síndrome do desequilíbrio metabólico**

Classe 5 Hidratação

Risco de **desequilíbrio eletrolítico**

Volume de líquidos deficiente

Risco de **volume de líquidos** deficiente

Volume de líquidos excessivo

Risco de **volume de líquidos** desequilibrado

Domínio 3. Eliminação e troca

Classe 1 Função urinária

Eliminação urinária prejudicada

Incontinência urinária de esforço

Incontinência urinária de urgência

Risco de **incontinência** urinária de urgência

Incontinência urinária funcional

Incontinência urinária por transbordamento

Incontinência urinária reflexa

Retenção urinária

Classe 2 Função gastrointestinal

Constipação

Risco de **constipação**

Constipação percebida

Constipação funcional crônica

Risco de **constipação funcional** crônica

Diarreia

Incontinência intestinal

Motilidade gastrointestinal disfuncional

Risco de **motilidade gastrointestinal** disfuncional

Classe 3 Função tegumentar

Classe 4 Função respiratória

Troca de gases prejudicada

Domínio 4. Atividade/repouso

Classe 1 Sono/repouso

Insônia

Distúrbio no **padrão de sono**

Privação de **sono**

Disposição para **sono** melhorado

Classe 2 Atividade/exercício

Capacidade de transferência prejudicada

Deambulação prejudicada

Levantar-se prejudicado

Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Mobilidade física prejudicada

Mobilidade no leito prejudicada

Sentar-se prejudicado

Risco de **síndrome do desuso**

Classe 3 Equilíbrio de energia

Campo de energia desequilibrado

Fadiga

Perambulação

Classe 4 Respostas cardiovasculares/pulmonares

Débito cardíaco diminuído

Risco de **débito cardíaco** diminuído

Padrão respiratório ineficaz

Risco de **perfusão tissular** cardíaca diminuída

Risco de **perfusão tissular** cerebral ineficaz

Perfusão tissular periférica ineficaz

Risco de **perfusão tissular** periférica ineficaz

Risco de **pressão arterial** instável

Resposta disfuncional **ao desmame ventilatório**

Intolerância à atividade

Risco de intolerância à atividade

Ventilação espontânea prejudicada

Classe 5 Autocuidado

Déficit no **autocuidado para alimentação**

Déficit no **autocuidado para banho**

Déficit no **autocuidado para higiene íntima**

Déficit no **autocuidado para vestir-se**

Disposição para melhora do **autocuidado**

Autonegligência

Manutenção do lar prejudicada

Domínio 5. Percepção/cognição

Classe 1 Atenção

Negligência unilateral

Classe 2 Orientação

Classe 3 Sensação/percepção

Classe 4 Cognição

Confusão aguda

Risco de **confusão** aguda

Confusão crônica

Conhecimento deficiente

Disposição para **conhecimento** melhorado

Controle de impulsos ineficaz

Controle emocional lábil

Memória prejudicada

Classe 5 Comunicação

Disposição para **comunicação** melhorada

Comunicação verbal prejudicada

Domínio 6. Autopercepção

Classe 1 Autoconceito

Disposição para **autoconceito** melhorado

Risco de **dignidade humana** comprometida

Desesperança

Disposição para **esperança** melhorada

Distúrbio na **identidade pessoal**

Risco de distúrbio na **identidade pessoal**

Classe 2 Autoestima

Baixa **autoestima** crônica

Risco de baixa **autoestima** crônica

Baixa **autoestima** situacional

Risco de baixa **autoestima** situacional

Classe 3 Imagem corporal

Distúrbio na **imagem corporal**

Domínio 7. Papéis e relacionamentos

Classe 1 Papéis do cuidador

Paternidade ou maternidade prejudicada

Risco de **paternidade ou maternidade** prejudicada

Disposição para **paternidade ou maternidade** melhorada

Tensão do papel de cuidador

Risco de **tensão do papel** de cuidador

Classe 2 Relações familiares

Processos familiares disfuncionais

Processos familiares interrompidos

Disposição para **processos familiares** melhorados

Risco de **vínculo** prejudicado

Classe 3 Desempenho de papéis

Conflito no papel de pai/mãe

Desempenho de papel ineficaz

Interação social prejudicada

Relacionamento ineficaz

Risco de **relacionamento** ineficaz

Disposição para **relacionamento** melhorado

Domínio 8. Sexualidade

Classe 1 Identidade sexual

Classe 2 Função sexual

Disfunção sexual

Padrão de sexualidade ineficaz

Classe 3 Reprodução

Risco de **binômio mãe-feto** perturbado

Processo perinatóológico ineficaz

Risco de **processo perinatóológico** ineficaz

Disposição para **processo perinatóológico** melhorado

Domínio 9. Enfrentamento /tolerância ao estresse

Classe 1 Respostas pós-trauma

Síndrome do estresse por mudança

Risco de **síndrome do estresse por mudança**

Síndrome do trauma de estupro

Síndrome pós-trauma

Risco de **síndrome pós-trauma**

Risco de **transição** complicada **na imigração**

Classe 2 Respostas de enfrentamento

Ansiedade

Ansiedade relacionada à morte

Enfrentamento defensivo

Enfrentamento ineficaz

Disposição para **enfrentamento** melhorado

Enfrentamento familiar comprometido

Enfrentamento familiar incapacitado

Disposição para **enfrentamento** familiar melhorado

Enfrentamento ineficaz da comunidade

Disposição para **enfrentamento** melhorado da comunidade

Sobrecarga de **estresse**

Medo

Negação ineficaz

Pesar

Pesar complicado

Risco de **pesar** complicado

Planejamento de atividade ineficaz

Risco de **planejamento de atividade** ineficaz

Regulação do humor prejudicada

Resiliência prejudicada

Risco de **resiliência** prejudicada

Disposição para **resiliência** melhorada

Sentimento de impotência

Risco de **sentimento de impotência**

Disposição para **poder** melhorado

Tristeza crônica

Classe 3 **Estresse neurocomportamental**

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Comportamento desorganizado do lactente

Risco de **comportamento desorganizado** do lactente

Disposição para **comportamento organizado** melhorado do lactente

Disreflexia autonômica

Risco de **disreflexia autonômica**

Síndrome de abstinência de substâncias aguda

Risco de **síndrome de abstinência de substâncias aguda**

Síndrome de abstinência neonatal

Domínio 10. Princípios da vida

Classe 1 Valores

Classe 2 Crenças

Disposição para **bem-estar espiritual** melhorado

Classe 3 Coerência entre valores/crenças/atos

Religiosidade prejudicada

Risco de **religiosidade** prejudicada

Disposição para **religiosidade** melhorada

Sufrimento espiritual

Risco de **sofrimento espiritual**

Sufrimento moral

Conflito de decisão

Disposição para **tomada de decisão** melhorada

Tomada de decisão emancipada prejudicada

Risco de **tomada de decisão emancipada** prejudicada

Disposição para **tomada de decisão emancipada** melhorada

Domínio 11. Segurança /proteção

Classe 1 Infecção

Risco de **infecção**

Risco de **infecção no sítio cirúrgico**

Classe 2 Lesão física

Risco de **aspiração**

Risco de **boca seca**

Risco de **choque**

Dentição prejudicada

Desobstrução ineficaz **das vias aéreas**

Risco de **disfunção neurovascular** periférica

Integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Risco de **integridade da membrana mucosa** oral prejudicada

Integridade da pele prejudicada

Risco de **integridade da pele** prejudicada

Integridade tissular prejudicada

Risco de **integridade tissular** prejudicada

Risco de **lesão**

Risco de **lesão** do trato urinário

Risco de **lesão** na córnea

Risco de **lesão por posicionamento perioperatório**

Risco de **lesão por pressão**

Risco de **lesão térmica**

Risco de **morte súbita** do lactente

Risco de **quedas**

Recuperação cirúrgica retardada

Risco de **recuperação cirúrgica** retardada

Risco de **ressecamento ocular**

Risco de **sangramento**

Risco de **sufocação**

Risco de **trauma** vascular

Risco de **trauma físico**

Risco de **tromboembolismo venoso**

Classe 3 Violência

Automutilação

Risco de **automutilação**

Risco de **mutilação genital feminina**

Risco de **suicídio**

Risco de **violência direcionada a outros**

Risco de **violência direcionada a si mesmo**

Classe 4 Riscos ambientais

Contaminação

Risco de **contaminação**

Risco de **envenenamento**

Risco de **lesão ocupacional**

Classe 5 Processos defensivos

Risco de **reação adversa a meio de contraste iodado**

Risco de **reação alérgica**

Reação alérgica ao látex

Risco de **reação alérgica ao látex**

Classe 6 Termorregulação

Hipertermia

Hipotermia

Risco de **hipotermia**

Risco de **hipotermia perioperatória**

Termorregulação ineficaz

Risco de **termorregulação** ineficaz

Domínio 12. Conforto

Classe 1 Conforto físico

Conforto prejudicado

Disposição para **conforto** melhorado

Dor aguda

Dor crônica

Síndrome da dor crônica

Dor no trabalho de parto

Náusea

Classe 2 Conforto ambiental

Conforto prejudicado

Disposição para **conforto** melhorado

Classe 3 Conforto social

Conforto prejudicado

Disposição para **conforto** melhorado

Isolamento social

Risco de **solidão**

Domínio 13. Crescimento /desenvolvimento

Classe 1 Crescimento

Classe 2 Desenvolvimento

Risco de **desenvolvimento** atrasado

Referências

Material complementar

Parte 1

A terminologia da NANDA International – Organização e informações gerais

1 Introdução

A Parte 1 apresenta as informações introdutórias da nova edição da Taxonomia da NANDA International, 2018-2020, incluindo uma visão geral das principais alterações feitas nesta edição: diagnósticos novos e revisados, diagnósticos retirados, alterações em títulos de diagnósticos, revisão analítica contínua para padronizar termos indicadores diagnósticos, além da introdução de *condições associadas* e *populações em risco*.

Pessoas e grupos que submeteram diagnósticos novos ou revisados aprovados são identificados.

Os leitores poderão observar que quase todos os diagnósticos apresentam alguma mudança, já que trabalhamos para aumentar a padronização dos termos empregados em nossos indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco). Além disso, a adoção das categorias de populações em risco e condições associadas foi um processo árduo, liderado pela Dra. Shigemi Kamitsuru. Os fatores relacionados ou de risco de cada diagnóstico foram revisados para verificar se atendiam às definições desses termos.

2 O que é novo na edição 2018-2020 do *Diagnósticos de enfermagem*

Mudanças foram feitas nesta edição a partir do *feedback* recebido de leitores, para atender às necessidades de estudantes e profissionais e para oferecer apoio adicional a educadores. Foram acrescentadas novas informações sobre raciocínio clínico; todos os capítulos foram revisados para esta edição.

3 Alterações e revisões

3.1 Processos e procedimentos para submissão e análise de diagnósticos

3.1.1 Submissão de diagnósticos à NANDA-I: processo de análise

Propostas de novos diagnósticos e revisões de diagnósticos são submetidas a uma análise sistemática para determinar a coerência com os critérios estabelecidos para um diagnóstico de enfermagem. Todas as submissões são, posteriormente, submetidas a etapas de acordo com evidências que indicam o nível de desenvolvimento ou validação.

Os diagnósticos podem ser submetidos em vários níveis de desenvolvimento (p. ex., título e definição; título, definição, características definidoras ou fatores de risco; nível teórico para o desenvolvimento e validação clínica; ou título, definição, características definidoras e fatores relacionados).

O processo atual de análise para aceitação de diagnósticos novos e revisados na terminologia está sendo revisto, uma vez que a organização busca sempre utilizar um processo mais sólido e baseado em evidências. À medida que novas regras forem elaboradas, elas ficarão disponíveis no *site* da NANDA-I (www.nanda.org).

Serão disponibilizadas informações sobre o *processo de análise completa* e o *processo de análise rápida* para todas as submissões de diagnósticos novos e revisados, assim que o processo esteja completamente articulado e aprovado pela Mesa de Diretores da NANDA-I.

Informações sobre o *procedimento para apelar a uma decisão do Diagnosis Development Committee (DDC, Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I)* sobre a análise de um diagnóstico também estão

disponíveis em nosso *site*. Esse processo explica o recurso administrativo disponível a quem enviou material em caso de não aceitação.

3.1.2 Submissão de diagnósticos à NANDA-I: critérios do nível de evidência (LOE, *level of evidence*)

O NANDA-I Education and Research Committee (Comitê de Pesquisa e Educação da NANDA-I) recebeu a tarefa de analisar e revisar esses critérios, quando adequado, para que reflitam melhor o estado da ciência em relação à enfermagem baseada em evidências. Pessoas interessadas no envio de um diagnóstico para análise são aconselhadas a consultar o *site* da NANDA-I, que publica atualizações conforme estiverem disponíveis (www.nanda.org).

LOE 1: Recebido para desenvolvimento (consulta à NANDA-I)

LOE 1.1: Apenas o título

O título está claro, enunciado em nível básico e com apoio de literatura identificada. A NANDA-I consultará quem enviou e oferecerá orientações relativas ao desenvolvimento do diagnóstico por meio de instruções impressas e oficinas (*workshops*). Nesse estágio, o título é categorizado como “Recebido para desenvolvimento” e identificado como tal no *site* da NANDA-I.

LOE 1.2: Título e definição

O título está claro e enunciado em nível básico. A definição é coerente com ele. O título e a definição são diferentes de outros diagnósticos e definições da NANDA-I. A definição difere das características definidoras e do título. Esses componentes não são parte da definição. Nesse estágio, o diagnóstico precisa ser coerente com a atual definição de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (ver *Glossário*). O título e a definição têm apoio de referências de literatura identificadas. Nesse estágio, título e definição são categorizados como “Recebidos para desenvolvimento” e identificados como tal no *site* da NANDA-I.

LOE 1.3: Nível teórico

A definição, as características definidoras e os fatores relacionados, ou fatores de risco, são oferecidos com a literatura mencionada, se houver. Pode ser usada a opinião de especialistas para corroborar a necessidade de um diagnóstico. A intenção dos diagnósticos recebidos nesse nível é permitir a discussão do conceito, o teste de utilidade e aplicabilidade clínicas e o estímulo à pesquisa. Nesse estágio, o título e as partes componentes são categorizados como “Recebidos para desenvolvimento e validação clínica” e identificados como tal no *site* da NANDA-I.

LOE 2: Aceito para publicação e inclusão na Taxonomia da NANDA-I

LOE 2.1: Título, definição, características definidoras e fatores relacionados, ou fatores de risco, e literatura

A literatura é citada para a definição, bem como para cada uma das características definidoras e cada fator relacionado, ou cada um dos fatores de risco. Além disso, há necessidade de que os resultados e as intervenções de enfermagem, em terminologia padronizada de enfermagem (p. ex., a *Classificação dos Resultados de Enfermagem* [NOC] e a *Classificação das Intervenções de Enfermagem* [NIC]), sejam oferecidos para cada diagnóstico.

LOE 2.2: Análise conceitual

Os critérios do LOE 2.1 são atendidos. Além disso, uma revisão em narrativa da literatura relevante, culminando em uma análise conceitual escrita, é necessária para demonstrar a existência de um conjunto de conhecimentos substancial em apoio ao diagnóstico. A revisão da literatura/análise conceitual apoia o título e a definição e inclui a discussão e as evidências das características definidoras e dos fatores relacionados (para diagnósticos com foco no problema), fatores de risco (para diagnósticos de risco) ou características definidoras (para diagnósticos de promoção da saúde).

LOE 2.3: Estudos de consenso relacionados ao diagnóstico que utilizam especialistas

Os critérios do LOE 2.1 são atendidos. Os estudos incluem os que solicitam a opinião de especialistas, técnica Delphi e estudos similares de componentes diagnósticos, em que os enfermeiros são os sujeitos.

LOE 3: Com apoio clínico (validação e testes)

LOE 3.1: Síntese da literatura

Os critérios do LOE 2.2 são atendidos. A síntese aparece na forma de uma revisão integrada da literatura. Termos de pesquisa/termos MeSH (*Medical Subject Headings*) usados na revisão são oferecidos em auxílio a futuros pesquisadores.

LOE 3.2: Estudos clínicos relacionados ao diagnóstico, mas não generalizáveis à população

Os critérios do LOE 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, com características definidoras e fatores relacionados ou de risco. Os estudos podem ser qualitativos por natureza ou quantitativos utilizando amostras não randômicas, nos quais os pacientes são os sujeitos.

LOE 3.3: Estudos clínicos bem elaborados com amostras pequenas

Os critérios do LOE 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, com características definidoras e fatores relacionados ou de risco. Amostras randômicas são usadas nesses estudos, mas o tamanho da amostra é limitado.

LOE 3.4: Estudos clínicos bem elaborados com amostra randômica de tamanho suficiente para permitir a generalização à população como um todo

Os critérios do LOE 2.2 são atendidos. A narrativa inclui uma descrição de estudos relacionados ao diagnóstico, com características definidoras e fatores relacionados ou de risco. Amostras randômicas são usadas nesses estudos, e o tamanho da amostra é suficiente para permitir a generalização dos resultados à população como um todo.

3.2 Alterações nas definições de diagnósticos de promoção da saúde

A definição geral para um diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde foi modificada durante este ciclo de revisão. Essa mudança reflete o reconhecimento da existência de populações para as quais a saúde pode ser melhorada, com o enfermeiro atuando como agente para os pacientes, mesmo que eles não consigam verbalizar intenções (p. ex., neonatos, pacientes com condições que impeçam a verbalização de desejos, etc.). A definição revisada é a seguinte (palavras novas estão em *itálico*):

Julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. *Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo.* As respostas de promoção da saúde podem existir em um indivíduo, família, grupo ou comunidade.

3.3 Diagnósticos de enfermagem novos

Um conjunto de trabalho significativo representando diagnósticos novos e revisados foi submetido ao Diagnosis Development Committee da NANDA-I, com parte substancial desses diagnósticos apresentada aos membros da NANDA-I para análise neste ciclo de revisão. A NANDA-I gostaria de aproveitar essa oportunidade para parabenizar aqueles que submeteram algum material para análise ou revisão que tenha atendido aos critérios do nível de evidência. Foram aprovados 17 novos diagnósticos pelo comitê, pela Mesa de Diretores da NANDA-I e pelos membros da NANDA-I (► Tab. 3.1).

Tabela 3.1 Novos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 2018-2020

Diagnóstico aprovado (novo)	Quem submeteu para análise
Domínio 1: Promoção da saúde	
Disposição para letramento em saúde melhorado Classe 1: Percepção da saúde	B. Flores, PhD, RN, WHNP-BC
Domínio 2: Nutrição	
Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente Classe 1: Ingestão	S. Mlynarczyk, PhD, RN; M. Dewys, PhD, RN; G. Lyte, PhD, RN
Dinâmica alimentar ineficaz da criança Classe 1: Ingestão	S. Mlynarczyk, PhD, RN; M. Dewys, PhD, RN; G. Lyte, PhD, RN
Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente Classe 1: Ingestão	S. Mlynarczyk, PhD, RN; M. Dewys, PhD, RN; G. Lyte, PhD, RN
Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico Classe 4: Metabolismo	V.E. Fernández-Ruiz, PhM; M.M. Lopez-Santos, PhM; D. Armero-Barranco, PhD; J.M. Xandri-Graupera, PhM; J.A. Paniagua-Urban, PhM; M. Solé-Agusti, PhM; M.D. Arrillo-Izquierdo, PhM; A. Ruiz-Sanchez, PhM
Domínio 4: Atividade/repouso	
Campo de energia desequilibrado Classe 3: Equilíbrio de energia	N. Frisch, PhD, RN, FAAN; H. Butcher, PhD, RN; D. Shields, PhD, RN, CCRN, AHN-BC, QTTT
Risco de pressão arterial instável Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares	C. Amoin, DSN, MN, RN
Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse	
Risco de transição complicada na imigração Classe 1: Respostas pós-trauma	R. Rifa, RN, PhD

Síndrome de abstinência neonatal Classe 3: Estresse neurocomportamental	L. M. Cleveland, PhD, RN, PNP-BC
Síndrome de abstinência de substâncias aguda Classe 3: Estresse neurocomportamental	L. Clapp, RN, MS, CACIII; K. Mahler, RN, BSN
Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda Classe 3: Estresse neurocomportamental	L. Clapp, RN, MS, CACIII; K. Mahler, RN, BSN
Domínio 11: Segurança/proteção	
Risco de infecção no sítio cirúrgico Classe 1: Infecção	F. F. Ercole, PhD, RN; T.C.M. Chianca, PhD, RN; C. Campos, MSN, RN; T.G.R. Macieira, BSN, RN; L.M.C. Franco, MSN
Risco de boca seca Classe 2: Lesão física	I. Eser, PhD, RN (1); N. Duruk, PhD, RN (2)
Risco de tromboembolismo venoso Classe 2: Lesão física	G. Meyer, PhD, RN, CNL
Risco de mutilação genital feminina Classe 3: Violência	I. Jimenez-Ruiz, PhD, RN; P. Almansa-Martinez, PhD, RN
Risco de lesão ocupacional Classe 4: Riscos ambientais	F. Sanchez-Ayllon, PhD, RN
Risco de termorregulação ineficaz Classe 6: Termorregulação	Diagnosis Development Committee

3.4 Diagnósticos de enfermagem revisados

Foram revisados 72 diagnósticos durante este ciclo. A ► Tabela 3.2 apresenta esses diagnósticos, destaca as revisões feitas em cada um e identifica quem os submeteu/revisou.

Tabela 3.2 Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I revisados, 2018-2020

Diagnóstico aprovado (revisado)	Revisão					
	CD retirada	CD adicionada	FRe/FRi retirado	FRe/FRi adicionado	Definição revisada	Comentários
Domínio 1: Promoção da saúde						
Envolvimento em atividades de recreação diminuído (00097)	1	5		6	Sim	A definição foi alterada para torná-lo coerente com a literatura atual e para refletir uma resposta humana.
Saúde deficiente da comunidade (00215)					Sim	A palavra “membro” foi retirada da definição e das características definidoras, sendo substituída pela palavra “grupo”.
Comportamento de saúde propenso a risco (00188)			2	1	Sim	Um fator relacionado foi aprovado para ser adicionado. A expressão “estilo de vida/comportamentos” foi substituída por “estilo de vida e/ou as ações”, e a expressão “estado de saúde” foi substituída por “o nível de bem-estar”.
Manutenção ineficaz da saúde (00099)					Sim	A expressão “manter a saúde” foi substituída por “manter o bem-estar”.
Domínio 2: Nutrição						
Produção insuficiente de leite materno (00216)					Sim	Alteração da definição para dar clareza ao conceito. O título foi alterado para refletir uma resposta humana.
Padrão ineficaz de alimentação do lactente (00107)					Sim	A definição foi alterada para a retirada da barra, “/”, na expressão

						“sucção/deglutição” e dar clareza ao conceito.
Risco de glicemia instável (00179)					Sim	Foi retirada a palavra “açúcar” da definição.
Hiperbilirrubinemia neonatal (00194)				1	Sim	Revisado para refletir a alteração real da bilirrubina não conjugada circulante, com a retirada da menção à mudança na cor da pele da definição.
Risco de hiperbilirrubinemia neonatal (00230)				1	Sim	Revisado para refletir a alteração real da bilirrubina não conjugada circulante, com a retirada da menção à mudança na cor da pele da definição.
Volume de líquidos excessivo (00026)					Sim	Definição revisada para dar clareza ao conceito.
Domínio 3: Eliminação e troca						
Retenção urinária (00023)					Sim	Definição revisada dar clareza ao conceito.
Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)				5	Não	
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (00197)				1	Sim	Revisado para ser coerente com o diagnóstico com foco no problema.
Incontinência intestinal (00014)	4	1			Sim	Definição revisada para melhorar a concisão.
Domínio 4: Atividade/repouso						
Distúrbio no padrão de sono (00198)	1	1			Sim	Definição revisada para a retirada da palavra sono e para dar clareza ao conceito.
Mobilidade física prejudicada (00085)					Sim	Definição revisada para retirar a palavra “físico”, que já está no título, <i>Mobilidade física prejudicada</i> (00085).
Intolerância à atividade (00092)			1	2	Não	

Risco de intolerância à atividade (00094)				2	Não	
Ventilação espontânea prejudicada (00033)	1				Sim	Definição revisada para dar clareza ao conceito.
Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)				2	Não	
Déficit no autocuidado para banho (00108)					Sim	Definição revisada para dar clareza ao conceito.
Déficit no autocuidado para vestir-se (00109)					Sim	Definição revisada para dar clareza ao conceito.
Déficit no autocuidado para alimentação (00102)					Sim	Definição revisada para dar clareza ao conceito.
Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110)					Sim	Definição revisada para dar clareza ao conceito.
Domínio 5: Percepção/cognição						
Confusão aguda (00128)				7	Sim	Definição revisada para ser coerente com o diagnóstico de risco.
Confusão crônica (00129)	7	8			Sim	Definição alterada para ser coerente com a literatura atual.
Conhecimento deficiente (00126)					Sim	Definição revisada para ser coerente com o diagnóstico de promoção da saúde.

Memória prejudicada (00131)	9	11			Sim	Definição alterada para ser coerente com a literatura atual.

Domínio 6: Autopercepção

Baixa autoestima crônica (00119)					Sim	Definição alterada para retirar a barra, “/”, na expressão “autoavaliação/sentimentos”.

Domínio 7: Papéis e relacionamentos

Tensão do papel de cuidador (00061)				9	Sim	Definição alterada para retirar a barra, “/”, na expressão “família/pessoas significativas” e dar clareza ao conceito.
Risco de tensão do papel de cuidador (00062)				32	Sim	Definição alterada para retirar a barra, “/”, na expressão “família/pessoa significativa” e dar clareza ao conceito.
Paternidade ou maternidade prejudicada (00056)				5	Sim	Definição revisada para ser coerente com os diagnósticos de promoção da saúde e de risco. No inglês, o termo “ <i>caretaker</i> ” foi trocado para “ <i>caregiver</i> ”. No português, a tradução se manteve: “cuidador”.
Risco de paternidade ou maternidade prejudicada (00057)				2	Sim	Definição revisada para ser coerente com os diagnósticos de promoção da saúde e com foco no problema.
Disposição para paternidade ou maternidade melhorada (00164)					Sim	Definição revisada para ser coerente com os diagnósticos de risco e com foco no problema.
Risco de vínculo prejudicado (00058)					Sim	Definição alterada para retirar a barra, “/”, na

						expressão “pais/pessoa significativa”.
Processos familiares disfuncionais (00063)	3				Sim	Definição alterada para ser coerente com o diagnóstico de promoção da saúde.
Processos familiares interrompidos (00060)					Sim	Definição alterada para ser coerente com o diagnóstico de promoção da saúde.
Domínio 8: Sexualidade						
Disfunção sexual (00059)					Sim	No inglês, a palavra “ <i>excitation</i> ” foi trocada para “ <i>arousal</i> ” na definição para estar coerente com a literatura. No português, a tradução se manteve: “excitação”.
Processo perinatólógico ineficaz (00221)				1	Sim	Definição alterada para dar clareza ao conceito.
Risco de processo perinatólógico ineficaz (00227)				1	Sim	Definição alterada para dar clareza ao conceito.
Risco de binômio mãe-feto perturbado (00209)					Sim	Definição alterada para retirar o termo “binômio simbiótico mãe-feto” e para dar clareza ao conceito.
Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse						
Síndrome pós-trauma (00141)				6	Não	
Síndrome do estresse por mudança (00114)				1	Não	
Risco de síndrome do estresse por mudança (00149)				2	Não	
Planejamento de atividade ineficaz (00199)				1	Não	
Enfrentamento ineficaz (00069)					Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de enfrentamento e para dar clareza ao conceito.

Disposição para enfrentamento melhorado (00158)					Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de enfrentamento e para dar clareza ao conceito.
Sentimento de impotência (00125)				9	Não	
Risco de sentimento de impotência (00152)				2	Não	
Resiliência prejudicada (00210)		2		9	Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de resiliência e para dar clareza ao conceito.
Risco de resiliência prejudicada (00211)				13	Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de resiliência e para dar clareza ao conceito.
Disposição para resiliência melhorada (00212)					Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de resiliência e para dar clareza ao conceito.
Disreflexia autonômica (00009)				19	Não	
Risco de disreflexia autonômica (00010)				3	Não	
Comportamento desorganizado do lactente (00116)					Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de comportamento organizado e para dar clareza ao conceito.
Risco de comportamento desorganizado do lactente (00115)				9	Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de comportamento organizado e para dar clareza ao conceito.
Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente (00117)					Sim	Definição alterada para ser coerente com outros diagnósticos de comportamento organizado e para dar clareza ao conceito.
Domínio 10: Princípios da vida						

Tomada de decisão emancipada prejudicada (00242)				3	Não	
Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada (00244)				2	Não	
Sufrimento moral (00175)					Sim	Definição alterada para retirar a barra, “/”, nas expressões “decisões/ações éticas/morais”.
Religiosidade prejudicada (00169)				3	Não	
Risco de religiosidade prejudicada (00170)				4	Não	
Sufrimento espiritual (00066)				13	Não	
Domínio 11: Segurança/proteção						
Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada (00247)				1	Não	
Integridade da pele prejudicada (00046)		5		3	Não	
Risco de morte súbita do lactente (00156)				2	Não	Revisado para ser coerente com as novas diretrizes para morte súbita do lactente.
Integridade tissular prejudicada (00044)		5			Não	
Risco de trauma físico (00038)					Sim	Definição revisada para retirar a palavra “acidental,” uma vez que nem todos os traumas são de natureza acidental. O título foi alterado para refletir a definição, que é específica para trauma físico.

Automutilação (00151)				1	Não	
Risco de automutilação (00139)				4	Não	
Termorregulação ineficaz (00008)				5	Não	
Domínio 12: Conforto						
Dor aguda (00132)					Sim	Definição revisada para incluir limite de tempo < 3 meses, por coerência com a definição de dor crônica.

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

3.5 Diagnósticos de enfermagem retirados

Foram retirados oito diagnósticos da terminologia nesta edição. Na 10ª edição, havia sido informado que um desses diagnósticos seria retirado caso não fosse revisado. Não houve revisão, de modo que ele foi retirado. Estimulamos enfermeiros pediátricos a avaliarem uma nova conceitualização desse diagnóstico, apresentando-o à NANDA-I como um diagnóstico novo.

Risco de crescimento desproporcional (00113), Domínio 13, Classe 1.

Outros sete diagnósticos foram retirados da terminologia, após análise do Diagnosis Development Committee. Eles estavam incoerentes com a literatura atual ou não possuíam evidências suficientes que apoiassem sua permanência na terminologia.

Falta de adesão (00079), Domínio 1, Classe 2. Esse diagnóstico era bastante antigo, tendo a última revisão sido realizada em 1998. Não é mais coerente com a maioria das pesquisas na área, que apresentam foco maior na ideia de adesão que de conformidade.^[NT]

Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado (00160), Domínio 2, Classe 5.

Disposição para eliminação urinária melhorada (00166), Domínio 3, Classe 1.

Esses diagnósticos não apresentavam evidências suficientes que apoiassem a sua manutenção na terminologia.

Risco de função cardiovascular prejudicada (00239), Domínio 4, Classe 4. Esse diagnóstico não apresentava diferenciação suficiente de outros diagnósticos cardiovasculares na terminologia.

Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz (00202), Domínio 4, Classe 4.

Risco de perfusão renal ineficaz (00203), Domínio 4, Classe 4.

Esses diagnósticos não foram considerados modificáveis de maneira independente pela prática de enfermagem.

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal (00005), Domínio 11, Classe 6 – substituído pelo novo diagnóstico *Risco de termorregulação ineficaz* (00274). Revisões desse diagnóstico levaram ao reconhecimento de que o conceito que interessava era a termorregulação, e a definição e os fatores de risco eram coerentes com o diagnóstico atual, *Termorregulação*

ineficaz (00008). Assim, o título e a definição foram alterados, levando à necessidade de se retirar o código atual e adotar um código novo.

3.6 Revisões de títulos dos diagnósticos de enfermagem

Foram feitas alterações em 11 títulos de diagnósticos de enfermagem. A intenção foi garantir que o título do diagnóstico fosse coerente com a literatura atual e que refletisse uma resposta humana. As alterações nos títulos dos diagnósticos são apresentadas na ► Tabela 3.3.

Tabela 3.3 Revisões de títulos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, 2018-2020

Domínio	Título anterior	Novo título
1. Promoção da saúde	Atividade de recreação deficiente (00097)	Envolvimento em atividades de recreação diminuído
2. Nutrição	Leite materno insuficiente (00216)	Produção insuficiente de leite materno
2. Nutrição	Icterícia neonatal (00194)	Hiperbilirrubinemia neonatal
2. Nutrição	Risco de icterícia neonatal (00230)	Risco de hiperbilirrubinemia neonatal
11. Segurança/proteção	Mucosa oral prejudicada (00045)	Integridade da membrana mucosa oral prejudicada
11. Segurança/proteção	Risco de mucosa oral prejudicada (00247)	Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada
11. Segurança/proteção	Risco de síndrome da morte súbita do lactente (00156)	Risco de morte súbita do lactente
11. Segurança/proteção	Risco de trauma (00038)	Risco de trauma físico
11. Segurança/proteção	Risco de resposta alérgica (00217)	Risco de reação alérgica
11. Segurança/proteção	Resposta alérgica ao látex (00041)	Reação alérgica ao látex
11. Segurança/proteção	Risco de resposta alérgica ao látex (00042)	Risco de reação alérgica ao látex

3.7 Padronização dos termos indicadores diagnósticos

Nos três ciclos anteriores deste livro, ocorreu um trabalho que visava reduzir a variação nos termos utilizados para características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Foi um trabalho intenso realizado durante o ciclo anterior a este (10ª edição), com vários meses dedicados à análise, à revisão e à padronização dos termos em uso. Essa tarefa envolveu muitas horas de análise, buscas na literatura, discussão e consulta a especialistas clínicos de diferentes especialidades.

O processo incluiu uma análise individual dos domínios atribuídos, seguida de um segundo revisor que conferiu os termos em uso e os recentemente recomendados de forma independente. Depois, os dois revisores se encontraram, pessoalmente ou via internet em videoconferências, e analisaram linha a linha juntos, pela terceira vez. Assim que chegaram a um consenso, um terceiro revisor fez uma nova análise independente dos termos em uso e dos recomendados. Todas as discrepâncias foram discutidas até que um consenso fosse alcançado. Depois de finalizado todo o processo para cada um dos diagnósticos, incluindo os novos e os revisados, deu-se início a um processo de filtragem de termos semelhantes. Por exemplo, todos os termos com a raiz “pulmo-” foram procurados de modo a assegurar a manutenção da consistência. Expressões comuns, como expressa, relata, declara, ausência de, insuficiente, inadequado, excesso, etc., foram também usados para a filtragem. Esse processo continuou até que a equipe não conseguiu encontrar termos adicionais que não haviam sido analisados.

O trabalho continuou durante este 11º ciclo da Taxonomia. Sabemos que o trabalho não está concluído, que não está perfeito e que pode haver discordâncias em relação a algumas mudanças feitas. Acreditamos, no entanto, que essas alterações continuam a melhorar os indicadores diagnósticos, tornando-os mais úteis clinicamente e oferecendo melhor suporte diagnóstico.

Os benefícios são muitos, mas os seguintes talvez sejam os de maior destaque:

- **As traduções devem ser melhoradas.** Vários questionamentos de difícil resposta foram feitos nas edições anteriores. Alguns exemplos são:

- Quando se diz *lack* em inglês, o significado é *ausência de* ou *insuficiente*? Com frequência, a resposta é “ambos”! Embora a dualidade desse termo seja bem aceita em inglês, a ausência de clareza cria confusão para os profissionais que não são falantes nativos do inglês, dificultando a tradução para idiomas em que uma palavra diferente seria empregada dependendo do significado pretendido.
- Há algum motivo pelo qual determinadas características definidoras são colocadas no singular e, em outro diagnóstico, a mesma característica aparece no plural (p. ex., ausência de pessoa[s] significativa[s], ausência de pessoa significativa, ausência de pessoas significativas)?
- Existem muitos termos que são similares ou que são exemplos de outros termos usados na terminologia. Por exemplo, qual é a diferença entre *cor da pele anormal* (p. ex., *pálida*, *escurecida*), *mudanças de cor*, *cianose*, *palidez*, *mudanças na cor da pele* e *cianose leve*? As diferenças são importantes? Esses termos poderiam ser combinados em um único termo? Algumas traduções são quase a mesma coisa (p. ex., *cor da pele anormal*, *mudanças de cor*, *mudanças na cor da pele*); podemos usar um mesmo termo ou temos que traduzir o termo exato do inglês? É realmente importante que os tradutores “deem o seu máximo” para garantir clareza conceitual ao traduzirem os termos – existe uma diferença entre os termos “cor de pele escurecida” e “cor de pele cianótica”, e isso pode impactar o julgamento clínico de uma pessoa.

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

- **A clareza para os enfermeiros da prática clínica deve ser melhorada.** Pode ser confuso para estudantes e enfermeiros que atuam na prática clínica quando eles encontram termos similares, embora com leves diferenças, em diagnósticos diferentes. São os mesmos? Há alguma diferença sutil que eles não compreendem? Por que a NANDA-I não é mais clara? E o que dizer a respeito de todos aqueles “p. ex.” na

terminologia? Estão ali para ensinar, para esclarecer, para listar todos os exemplos potenciais? Parece haver uma mistura de razões possíveis para que apareçam na terminologia.

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

- Esse trabalho facilita a codificação dos **indicadores diagnósticos**, a qual deve possibilitar que eles sejam usados para alimentar bases de dados em prontuários eletrônicos, além de aumentar a disponibilidade de ferramentas de apoio às decisões quanto à precisão no diagnóstico e sua vinculação a planos de tratamento apropriados. Todos os termos estão agora codificados para uso em prontuários eletrônicos, o que nos foi solicitado repetidas vezes por várias organizações e fornecedores.

3.8 Introdução de “Populações em risco” e “Condições associadas”

Os leitores deste livro perceberão o uso desses novos termos ao analisarem os indicadores diagnósticos na maioria dos diagnósticos: *populações em risco* e *condições associadas*. Um dos aspectos com que temos dificuldade na terminologia é a longa lista de fatores relacionados, muitos deles não passíveis de intervenções de enfermagem independentes. A questão é que os dados são úteis para o diagnóstico do paciente, e foi decidido que eles precisavam estar disponíveis aos enfermeiros durante sua análise de potenciais diagnósticos de enfermagem. Porém, já que indicamos que as intervenções devem se voltar para os fatores relacionados, houve uma confusão entre estudantes e enfermeiros que atuam na prática clínica.

Assim, acrescentamos dois novos termos a esta edição para indicar com clareza os dados úteis na elaboração de um diagnóstico, mesmo que não sejam passíveis de intervenções de enfermagem independentes. Os leitores perceberão que muitos dos antigos fatores relacionados ou de risco foram agora recategorizados como populações em risco ou condições associadas. As expressões foram reposicionadas “como estavam”, ou seja, não foi realizado novo trabalho conceitual; essa é uma tarefa que precisará ser assumida futuramente.

Populações em risco são grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências.

Condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro, embora possam dar apoio à precisão nos diagnósticos de enfermagem.

[Falta de adesão] N. de R.T. No original, o título do diagnóstico é “*Noncompliance*”. Em inglês, utiliza-se os termos “*noncompliance*” (falta de conformidade) e “*non adherence*” (falta de adesão). Tal distinção não se reflete no português.

4 Governança e organização

4.1 Considerações internacionais sobre o uso do *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I*

T. Heather Herdman

Conforme observado anteriormente, a NANDA International, Inc., iniciou como uma organização norte-americana; portanto, os primeiros diagnósticos foram desenvolvidos principalmente por enfermeiros dos Estados Unidos e do Canadá. Contudo, nos últimos 20 a 30 anos, ocorreu um envolvimento crescente de enfermeiros de todo o mundo, e hoje a lista de membros da NANDA-I envolve enfermeiros de cerca de 40 países, e quase dois terços de seus membros têm origem em países fora da América do Norte. São realizados trabalhos em todos os continentes com o uso dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em currículos, prática clínica, pesquisa e programas de informática. O desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos diagnósticos ocorrem em vários países, e a maioria das pesquisas relativas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I acontece fora da América do Norte.

Refletindo essa maior atividade, contribuição e uso internacionais, a North American Nursing Diagnosis Association mudou seu escopo e tornou-se uma organização internacional em 2002, modificando seu nome para **NANDA International, Inc.** Assim, pedimos que você **não se refira à organização como North American Nursing Diagnosis Association (ou como North American Nursing Diagnosis Association International)**, a menos que se refira a algo que ocorreu antes de 2002 – esse nome não reflete a nossa abrangência internacional, e **não é o nome legal da nossa organização**. Conservamos “NANDA” em nosso nome devido ao seu reconhecimento na

profissão de enfermeiro; assim, pense nesse nome mais como uma marca do que uma sigla, já que não “significa” mais o nome original da associação.

Como a NANDA-I está sendo adotada cada vez mais no mundo inteiro, devem ser discutidas questões relativas a diferenças na abordagem da prática da enfermagem, à diversidade dos modelos de prática da enfermagem, a leis e regulamentos divergentes, à competência dos enfermeiros e a diferenças educacionais. Em 2009, a NANDA-I realizou o International Think Tank Meeting, que incluiu 86 pessoas representantes de 16 países. Naquele encontro, houve debates importantes sobre a melhor maneira de lidar com essas e outras questões. Enfermeiros de alguns países não conseguem utilizar diagnósticos de enfermagem de natureza mais fisiológica porque são conflitantes com o atual alcance da prática desses profissionais. Em outros países, os enfermeiros têm regulamentos para garantir que tudo que é feito na prática da enfermagem possa ser demonstrado com base em evidências e, portanto, enfrentam dificuldades com os diagnósticos mais antigos e/ou associados a intervenções que não encontram suporte em um nível sólido de pesquisas na literatura. Em consequência, houve discussões com lideranças internacionais acerca do uso e da pesquisa de diagnósticos de enfermagem em busca de um rumo que atenda às necessidades da comunidade mundial.

Esses debates resultaram em uma decisão unânime de manter a taxonomia como um conjunto de conhecimentos intacto em todos os idiomas, de modo a permitir que enfermeiros no mundo todo vejam, discutam e levem em conta conceitos diagnósticos em uso por profissionais em seu país e fora dele, e que se envolvam em debates, pesquisas e discussões sobre a adequação de todos os diagnósticos. Trazemos aqui um importante enunciado acordado no encontro, antes da apresentação dos próprios diagnósticos de enfermagem:

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

Esses diagnósticos e/ou fatores relacionados ou de risco não seriam apropriados à prática nessas situações e não deveriam ser usados quando situados fora do âmbito ou dos padrões de prática da enfermagem de determinada região geográfica. No entanto, seria adequado que permanecessem visíveis na Taxonomia, uma vez que ela representa os julgamentos clínicos feitos por enfermeiros *em todo o mundo*, e não apenas os feitos em determinada região ou país. Todos os profissionais devem conhecer os padrões e o alcance da sua prática e trabalhar em conformidade com eles, com a legislação ou com os regulamentos relacionados à sua licença profissional. É importante também que todos os enfermeiros estejam cientes das áreas de prática da enfermagem existentes no mundo, uma vez que isso acrescenta dados a debates, podendo, com o tempo, apoiar a ampliação da prática da enfermagem em outros países. Por outro lado, essas pessoas podem ser capazes de fornecer evidências em apoio à retirada de diagnósticos da atual Taxonomia, algo que, se não fosse mostrado nas traduções, provavelmente não ocorreria.

Dito isso, é importante que você não evite usar um diagnóstico porque, na opinião de algum especialista local ou livro-texto publicado, ele não é adequado. Já encontrei autores que indicam que enfermeiros de setores cirúrgicos “não podem diagnosticar porque não avaliam”, ou que enfermeiros em unidades de tratamento intensivo “têm que atuar sob um rígido protocolo médico que não inclui diagnósticos de enfermagem”. Essas não são declarações baseadas em fatos, mas sim que representam as opiniões pessoais desses enfermeiros. É importante, portanto, que você realmente busque informações sobre regulamentação, legislação e padrões de prática profissional no seu país e área de atuação, em vez de confiar no que diz uma pessoa, ou um grupo de pessoas, que podem estar definindo ou descrevendo um diagnóstico de enfermagem de forma imprecisa.

Por último, os enfermeiros devem identificar os diagnósticos apropriados à sua área de atuação, situados no âmbito de sua prática ou em conformidade com os regulamentos legais, e para os quais esses profissionais têm competência. Educadores, especialistas clínicos e administradores de enfermagem são fundamentais para garantir que os enfermeiros realmente conheçam os diagnósticos localizados fora do âmbito de sua prática, em determinada região geográfica. Muitos livros-texto, em vários idiomas, incluem toda a Taxonomia da NANDA-I; assim, a retirada de diagnósticos

pela NANDA-I em cada país sem dúvida causaria grande confusão mundial. A publicação da taxonomia não exige, de forma alguma, que um enfermeiro utilize todos os diagnósticos que a compõem; isso também não é justificativa para que um enfermeiro atue fora do alcance da licença ou dos regulamentos da sua prática de enfermagem.

4.2 Declarações de posição da NANDA International

De tempos em tempos, a Mesa de Diretores da NANDA-I apresenta declarações de posição por solicitação de membros ou usuários da Taxonomia. Há, atualmente, duas declarações de posição: uma que trata do uso da Taxonomia da NANDA-I como uma estrutura de avaliação e outra que aborda a estrutura do enunciado do diagnóstico de enfermagem quando for parte de um plano de cuidados. A NANDA-I publica essas declarações na tentativa de evitar que outros interpretem a sua atitude em relação a assuntos importantes e, também, de evitar entendimentos ou interpretações erradas.

4.2.1 Declaração de posição número 1 da NANDA International

O uso da Taxonomia II como uma estrutura de avaliação

As avaliações de enfermagem proporcionam o ponto de partida para a determinação dos diagnósticos de enfermagem. É fundamental que seja usada na prática uma estrutura reconhecida de avaliação de enfermagem para a identificação de problemas, riscos e resultados do paciente * para o fortalecimento da saúde.

A NANDA-I não endossa um método ou instrumento único de avaliação. O uso de uma estrutura de enfermagem baseada em evidências, como a avaliação segundo os Padrões de Saúde Funcional de Gordon, deve orientar avaliações que ofereçam apoio aos enfermeiros na determinação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.

Para a determinação precisa dos diagnósticos de enfermagem, uma estrutura de avaliação útil e baseada em evidências é a melhor prática.

* A NANDA International define paciente como “indivíduo, família, grupo ou comunidade”.

4.2.2 Declaração de posição número 2 da NANDA International

A estrutura do enunciado do diagnóstico de enfermagem, quando fizer parte de um plano de cuidado

A NANDA-I acredita que a estrutura de um diagnóstico de enfermagem como um enunciado, que inclui o título do diagnóstico e os fatores relacionados evidenciados por características definidoras, seja a melhor prática clínica, podendo ser uma estratégia eficaz de ensino.

A acurácia do diagnóstico de enfermagem é validada quando o enfermeiro consegue, com clareza, identificar e ligar as características definidoras aos fatores relacionados e/ou aos fatores de risco encontrados com a avaliação do paciente *.

Ao mesmo tempo em que isso é reconhecido como a melhor prática, pode ser que alguns sistemas de informação não ofereçam tal oportunidade. Lideranças de enfermagem e especialistas em informática da enfermagem precisam trabalhar unidos para assegurar a existência de soluções, no mercado, que permitam ao enfermeiro validar diagnósticos acurados por meio da identificação clara do enunciado do diagnóstico, de fatores relacionados e/ou de risco e características definidoras.

* A NANDA International define paciente como “indivíduo, família, grupo ou comunidade”.

4.3 Um convite para juntar-se à NANDA International

As palavras são poderosas. Possibilitam-nos comunicar ideias e experiências aos outros para partilharmos o que compreendemos. Os diagnósticos de enfermagem exemplificam uma terminologia poderosa e precisa que acentua e torna visível a contribuição única da enfermagem à saúde global. Os diagnósticos de enfermagem comunicam julgamentos profissionais que os enfermeiros fazem diariamente aos pacientes, colegas, membros de outras áreas e ao público. Eles falam por nós.

4.3.1 NANDA International: uma organização voltada aos seus membros

Nossa visão

A NANDA International Inc. (NANDA-I) será uma força global para o desenvolvimento e a utilização de uma terminologia padronizada de enfermagem para melhorar o cuidado de saúde a todos.

Nossa missão

Facilitar o desenvolvimento, o aperfeiçoamento, a disseminação e o uso de terminologia padronizada para os diagnósticos de enfermagem.

- Oferecemos os principais diagnósticos de enfermagem baseados em evidência do mundo para uso na prática e para a determinação das intervenções e dos resultados.
- Financiamos pesquisas por meio da NANDA-I Foundation.
- Somos uma rede global prestativa e motivadora composta por enfermeiros comprometidos a aperfeiçoar a qualidade do cuidado profissional por meio da prática baseada em evidências.

Nosso propósito

O uso dos diagnósticos de enfermagem reforça todos os aspectos da prática da enfermagem, desde a conquista do respeito profissional até a garantia de consistência da documentação para reembolsos.

A NANDA-I existe para desenvolver, aperfeiçoar e promover uma terminologia que reflita, com precisão, julgamentos clínicos de enfermeiros. Essa perspectiva única e baseada em evidências inclui as dimensões social, psicológica e espiritual do cuidado.

Nossa história

A NANDA International, em suas origens, se chamava North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e foi fundada em 1982. A organização surgiu a partir do National Conference Group, uma força-tarefa estabelecida na First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses (Primeira Conferência Nacional sobre Classificação de Diagnósticos de Enfermagem), ocorrida em St. Louis, Missouri, Estados Unidos, em 1973. Essa conferência e a força-tarefa consequente impulsionaram a ideia de padronização da terminologia da enfermagem. Em 2002, a NANDA foi relançada como NANDA International para refletir o crescente interesse internacional no campo do desenvolvimento da terminologia da enfermagem. Embora não utilizemos mais o nome “North American Nursing Diagnosis Association”, não sendo mais adequado se referir assim à organização (nem sendo correto o uso de North American Nursing Diagnosis Association, International), a não ser em citação anterior a 2002, mantivemos “NANDA” como o nome da marca em nossa denominação, em razão de seu reconhecimento internacional como liderança em terminologia de diagnósticos de enfermagem.

Nesta edição, a NANDA-I aprovou 244 diagnósticos para uso clínico, teste e aperfeiçoamento. Um processo dinâmico internacional de análise e classificação de diagnósticos aprova e atualiza os termos e as definições para respostas humanas identificadas.

A NANDA-I tem redes internacionais em países como Brasil, Colômbia, Equador, Itália, México, Nigéria-Gana, Peru e Portugal, além de um grupo de língua alemã; outros países, especialidades e/ou idiomas interessados em formar uma rede com a NANDA-I devem fazer contato com a CEO/Diretora Executiva da NANDA-I através do e-mail execdir@nanda.org. A NANDA-I também possui vínculos de colaboração com sociedades de terminologia de enfermagem no mundo todo, como a Japanese Society of Nursing Diagnosis (JSND), a Association for Common European Nursing Diagnoses,

Interventions and Outcomes (ACENDIO), a Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE), a Association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers (AFEDI), além de publicações como a *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC) e a *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (NOC).

Compromisso da NANDA International

A NANDA-I é uma organização fundamentada, voltada a seus membros e comprometida com o desenvolvimento da terminologia de diagnósticos de enfermagem. O resultado desejado do trabalho da associação é oferecer aos enfermeiros, em todos os níveis e áreas de atuação, uma terminologia de enfermagem padronizada com a qual eles possam:

- Nomear respostas humanas reais ou potenciais a problemas de saúde e processos da vida.
- Desenvolver, aperfeiçoar e disseminar uma terminologia baseada em evidências, representativa de julgamentos clínicos feitos pelos enfermeiros.
- Facilitar o estudo de fenômenos que preocupam enfermeiros para melhorar os cuidados do paciente, a sua segurança e os resultados obtidos, pelos quais os enfermeiros são responsáveis.
- Documentar os cuidados para que haja o reembolso dos serviços dos enfermeiros.
- Contribuir para o desenvolvimento da informática e dos padrões de informação, garantindo a inclusão dos termos da enfermagem nos prontuários eletrônicos.

A terminologia de enfermagem é fundamental para a definição do futuro da prática da enfermagem e para a garantia de que os conhecimentos de enfermagem estejam representados no prontuário do paciente – a NANDA-I é a liderança global desse empreendimento. Junte-se a nós e participe desse processo entusiasmante.

Oportunidades de envolvimento

A participação dos membros da NANDA-I é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento da terminologia de enfermagem. Há diversas oportunidades de participação em comitês, além da elaboração, uso e aperfeiçoamento dos diagnósticos, além de pesquisas. Há também oportunidades de trabalho em conexões internacionais e na formação de redes de trabalho com lideranças de enfermagem.

4.3.2 Por que juntar-se à NANDA-I?

Redes profissionais de trabalho

- São construídos relacionamentos profissionais por meio de trabalho em comitês, participação em nossas inúmeras conferências e no Nursing Diagnosis Discussion Forum, além de contatos por meio de nosso Online Membership Directory.
- Os NANDA-I Membership Network Groups conectam colegas de determinado país, região, idioma ou especialidade de enfermagem.
- A contribuição e as realizações profissionais são reconhecidas por nossos prêmios (Founders Award, Mentors Award, Unique Contribution Award e Editor's Award). São oferecidos prêmios de financiamento de pesquisas pela NANDA-I Foundation.
- *Fellows* são identificados pela NANDA-I como lideranças em enfermagem, com conhecimentos especializados em terminologia de enfermagem, em áreas como educação, administração, prática clínica, informática e pesquisa.

Recursos

- Os membros recebem uma assinatura gratuita de nossa publicação científica *online*, o *International Journal of Nursing Knowledge* (IJNK). O IJNK comunica os esforços de desenvolvimento e implementação de linguagem de enfermagem padronizada no mundo todo.
- O *site* da NANDA-I oferece recursos para o desenvolvimento, aperfeiçoamento e submissão de diagnósticos de enfermagem, atualizações da Taxonomia da NANDA-I e o Online Membership Directory.

Benefícios aos membros

- Os membros recebem descontos em publicações em inglês da Taxonomia da NANDA-I, inclusive versões impressas e eletrônicas do *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I*.
- Formamos parcerias com as organizações, oferecendo produtos/serviços de interesse da comunidade de enfermeiros, com preços vantajosos para os membros. Os descontos para membros aplicam-se à nossa conferência, a cada dois anos, e a produtos da NANDA-I, como camisetas e sacolas.
- Nossas taxas para membros regulares baseiam-se na classificação de países feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esperamos que isso possibilite que mais pessoas interessadas no trabalho da NANDA-I participem na definição dos rumos da organização.

Como tornar-se um membro

Acesse www.nanda.org para mais informações e orientações para tornar-se um membro.

4.3.3 Quem está usando a Taxonomia da NANDA-I?

- Quem tem compatibilidade com a International Standards Organization (ISO)
- Quem tem registro no Health Level 7 International
- Quem tem acesso a SNOMED-CT
- Quem tem compatibilidade com o Unified Medical Language System
- Quem usa a terminologia reconhecida pela American Nurses Association

A Taxonomia da NANDA-I está atualmente disponível em idiomas como alemão, basco, chinês, espanhol (edições no espanhol europeu e hispano-americano), estoniano, francês, holandês, inglês, italiano, japonês, língua indonésia (bahasa), português, sueco e tcheco.

Para mais informações e para tornar-se um membro, acesse o site da NANDA-I em www.nanda.org

Parte 2

Aspectos teóricos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA International

5 Fundamentos do diagnóstico de enfermagem

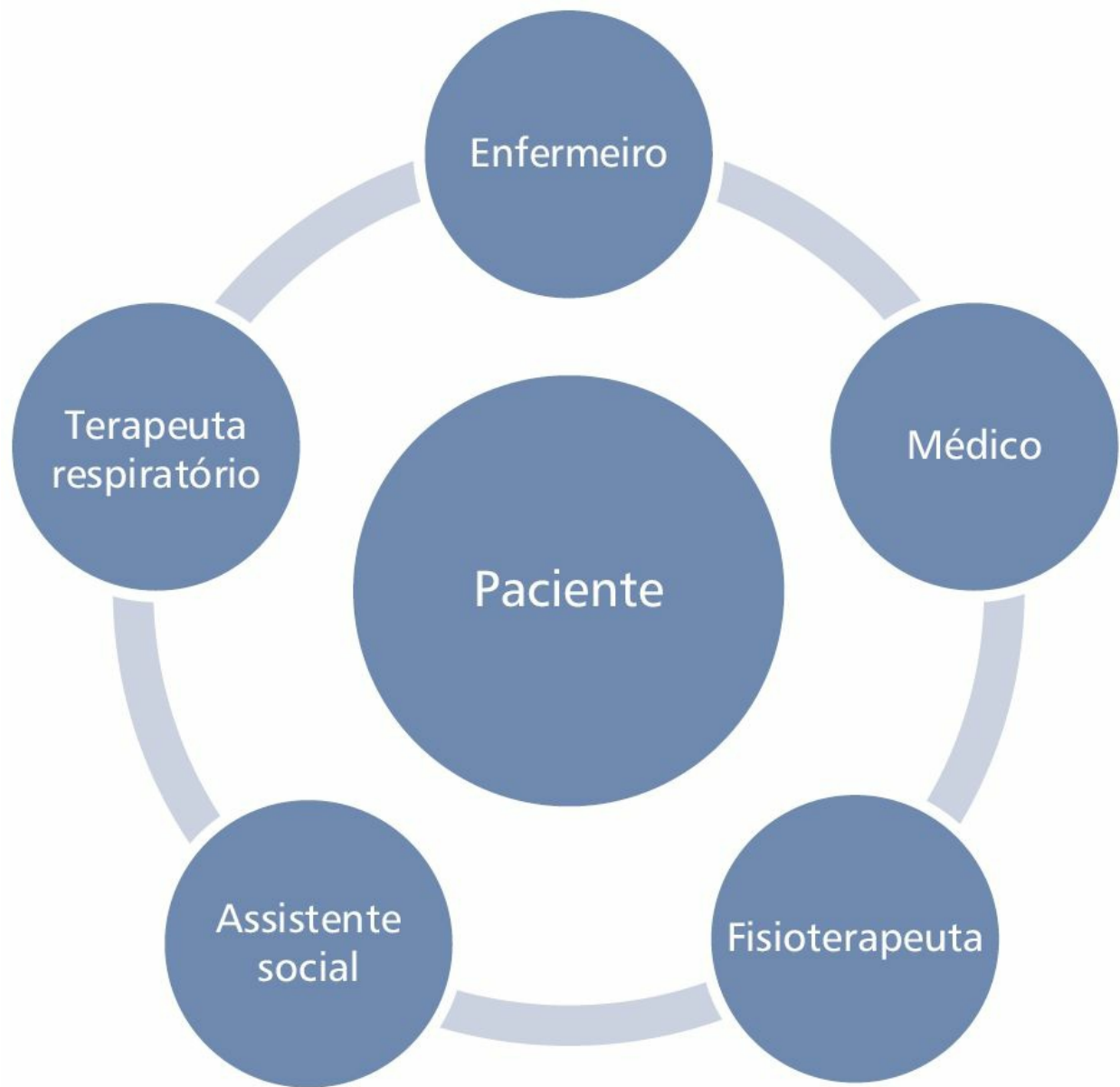
Susan Gallagher-Lepak

5.1 Introdução

Os cuidados de saúde são realizados por vários tipos de profissionais da área, incluindo enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, entre outros. Isso se dá em hospitais e outros locais na cadeia de cuidados (p. ex., clínicas, atendimento domiciliar, instituições de atendimento de longo prazo, igrejas, prisões). Cada disciplina de cuidados de saúde traz um conjunto de conhecimentos único para o atendimento ao paciente. Na verdade, um conjunto de conhecimentos único é uma característica fundamental para uma profissão.

Ocorre cooperação e, algumas vezes, sobreposição, entre os profissionais de atendimento de saúde (► Fig. 5.1). Por exemplo, o médico de um hospital pode instruir o paciente a caminhar duas vezes ao dia. O fisioterapeuta concentra-se nos músculos e movimentos principais necessários para caminhar. Pode haver envolvimento de um terapeuta respiratório se for usada oxigenoterapia para tratamento de uma condição respiratória. O enfermeiro tem uma visão holística do paciente, incluindo equilíbrio e força muscular associados ao caminhar, bem como confiança e motivação. O assistente social pode se envolver com o plano de saúde para ajudar com a cobertura de algum equipamento necessário.

Figura 5.1 Exemplo de uma equipe de atendimento de saúde cooperativa.



Cada profissão na área da saúde tem uma maneira de descrever “**o que**” conhece e “**como**” age em relação ao que conhece. Este capítulo concentra-se, basicamente, em “o que” a profissão conhece. Uma profissão pode ter uma linguagem comum empregada para descrever e codificar seus conhecimentos. Os médicos tratam doenças e usam a taxonomia da *Classificação Internacional de Doenças* (CID) para a representação e a codificação dos problemas médicos de que tratam. Psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental tratam os transtornos mentais e usam o

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Os enfermeiros tratam as respostas humanas a problemas de saúde e/ou processos da vida e usam a Taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA International, Inc. (NANDA-I). A Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem e o processo de como utilizá-la serão descritos com mais detalhes.

A Taxonomia da NANDA-I oferece uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro (i.e., os focos dos diagnósticos). Ela possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. De acordo com o Cambridge Dictionary On-Line (2017), um domínio é “uma área de interesse”; exemplos de domínios na Taxonomia da NANDA-I incluem Atividade/repouso, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Eliminação e troca e Nutrição. Os domínios dividem-se em classes, que são agrupamentos com atributos comuns.

Os enfermeiros lidam com respostas a problemas de saúde/processos da vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Essas respostas são a preocupação central dos cuidados de enfermagem e ocupam o círculo atribuído à profissão na ► Figura 5.1. Um diagnóstico de enfermagem pode ser focado em um problema, um estado de promoção da saúde ou um risco potencial.

- **Diagnóstico com foco no problema** – um julgamento clínico a respeito de uma *resposta humana indesejável* a uma condição de saúde/processo da vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade.
- **Diagnóstico de risco** – um julgamento clínico a respeito da *suscetibilidade* de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida.
- **Diagnóstico de promoção da saúde** – um julgamento clínico a respeito da *motivação* e do *desejo* de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde. Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a existência de uma condição para promoção da saúde e agir

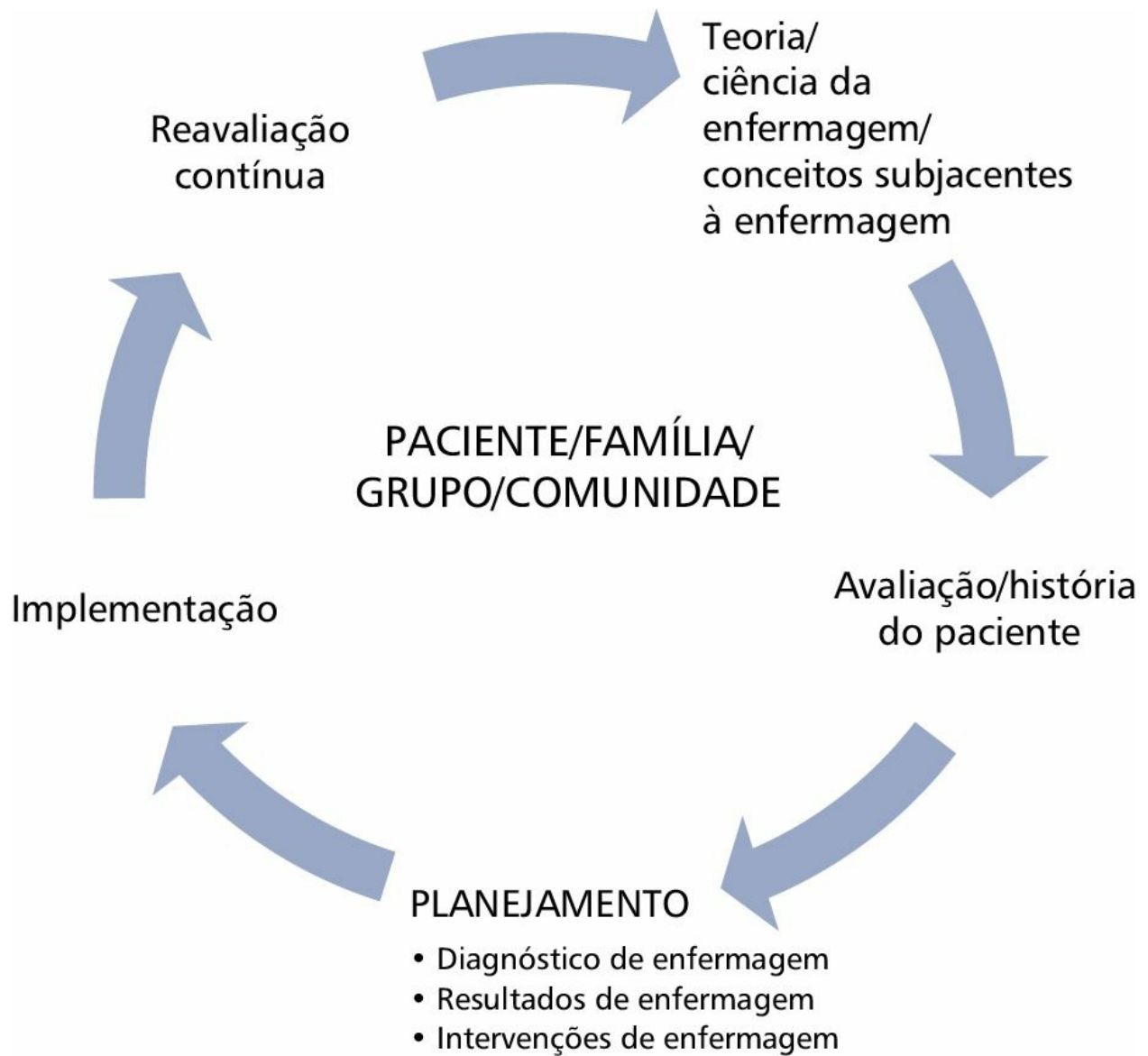
em benefício do indivíduo. As respostas de promoção da saúde podem manifestar-se em um indivíduo, família, grupo ou comunidade.

Embora em número limitado na Taxonomia da NANDA-I, uma **síndrome** pode estar presente. Uma síndrome é um julgamento clínico relativo a um determinado *agrupamento de diagnósticos de enfermagem* que ocorrem juntos, sendo mais bem tratado por meio de intervenções similares. Um exemplo disso é a *síndrome da dor crônica* (00255). A dor crônica é uma dor recorrente ou persistente, que dura no mínimo três meses e afeta significativamente o funcionamento ou bem-estar diário. Essa síndrome se distingue da dor crônica pelo fato de causar também um impacto importante em outras respostas humanas, incluindo, assim, outros diagnósticos, como *distúrbio no padrão de sono* (00198), *fadiga* (00093), *mobilidade física prejudicada* (00085) ou *isolamento social* (00053).

5.2 Como um enfermeiro (ou estudante de enfermagem) diagnóstica?

O processo de enfermagem inclui avaliação do paciente, diagnóstico de enfermagem, planejamento, estabelecimento de resultados, intervenção e reavaliação contínua (► Fig. 5.2). Os enfermeiros usam a avaliação e o julgamento clínico para formular hipóteses ou explicações sobre os problemas, riscos e/ou oportunidades de promoção da saúde que se apresentam. Todas essas etapas exigem conhecimento de conceitos subjacentes à ciência da enfermagem antes da identificação de padrões nos dados clínicos ou da elaboração de diagnósticos exatos.

Figura 5.2 O processo de enfermagem modificado. (Adaptada de Herdman, 2013.)



5.3 Entendendo os conceitos de enfermagem

Antes de iniciar a avaliação do paciente, é necessário conhecer os conceitos-chave, ou focos dos diagnósticos de enfermagem. Exemplos de conceitos importantes à prática da enfermagem incluem respiração, eliminação, termorregulação, conforto físico, autocuidado e integridade da pele. Entender tais conceitos permite ao enfermeiro identificar padrões nos dados e fazer um diagnóstico preciso. Áreas importantes para se entender no conceito de dor, por exemplo, incluem manifestações da dor, teorias da dor, populações de risco, conceitos fisiopatológicos relacionados (fadiga, depressão) e controle da dor. É necessário entender completamente os conceitos-chave, também, para distinguir diagnósticos. Por exemplo, para compreender aspectos relativos à respiração, um enfermeiro deve primeiro entender os conceitos centrais de ventilação, troca de gases e padrão respiratório. Diante de problemas que podem ocorrer em relação à *ventilação*, o enfermeiro irá se deparar com os diagnósticos *ventilação espontânea prejudicada* (00033) e *resposta disfuncional ao desmame ventilatório* (00034); preocupações com a troca de gases podem levar o profissional ao diagnóstico *troca de gases prejudicada* (00030), enquanto aspectos relativos ao padrão respiratório podem levar ao diagnóstico de *padrão respiratório ineficaz* (00032). Como se pode ver, ainda que cada um desses diagnósticos tenha relação com o sistema respiratório, nem todos dizem respeito ao mesmo conceito central. Logo, o enfermeiro poderá coletar uma quantidade significativa de dados, mas, sem um entendimento suficiente dos conceitos centrais de ventilação, troca de gases e padrão respiratório, os dados necessários ao diagnóstico preciso podem ter sido omitidos, e os padrões nos dados identificados podem não ser reconhecidos.

5.4 Avaliação do paciente

A avaliação do paciente envolve a coleta de dados subjetivos e objetivos (p. ex., sinais vitais, entrevista com paciente/família, exame físico), além de uma análise de informações históricas oferecidas pelo paciente/família, ou que estão em seu prontuário. Os enfermeiros ainda coletam dados sobre os elementos positivos do paciente/família (para a identificação de oportunidades de promoção da saúde) e os riscos (para a prevenção ou o adiamento de problemas potenciais). Avaliações podem basear-se em determinada teoria de enfermagem, como as teorias elaboradas por Florence Nightingale, Wanda Horta ou Irmã Callista Roy, ou em uma estrutura de avaliação padronizada como os Padrões de Saúde Funcional, de Marjory Gordon. Essas estruturas servem para categorizar grandes quantidades de dados em uma quantidade controlável de padrões ou categorias de dados relacionados.

A base de um diagnóstico de enfermagem é o raciocínio clínico. Esse raciocínio envolve o uso de um julgamento clínico para decidir o que está errado com o paciente, bem como uma tomada de decisão clínica em relação ao que precisa ser feito (Levett-Jones et al., 2010). O julgamento clínico é “uma interpretação ou conclusão sobre necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente, e/ou a decisão de agir (ou não)” (Tanner, 2006, p. 204). Tópicos-chave, ou focos dos diagnósticos, podem ficar evidentes já no início da avaliação do paciente (p. ex., alteração na integridade da pele, solidão) e possibilitam ao enfermeiro iniciar o processo diagnóstico. Por exemplo, um paciente pode relatar dor e/ou mostrar agitação ao mesmo tempo em que apoia uma parte do corpo. O enfermeiro reconhecerá o desconforto do indivíduo com base em seu relato e/ou no seu comportamento de dor. Enfermeiros com mais experiência conseguem identificar rapidamente agrupamentos de indicadores clínicos a partir dos dados identificados e progredir sem esforço ao diagnóstico de enfermagem. Enfermeiros iniciantes usam um processo mais sequencial para a determinação dos diagnósticos de enfermagem apropriados.

Reflexão sobre a prática feita por um enfermeiro nos Estados Unidos:
“Durante a faculdade de enfermagem, criamos vários planos de cuidados elaborados em torno de diagnósticos de enfermagem [...] No Dia 1 da atividade clínica, analisamos o prontuário do paciente, nos encontramos com ele e fizemos a avaliação inicial para, então, elaborar um plano de cuidados ao qual daríamos início e/ou continuaríamos no Dia 2”.

5.5 Diagnóstico de enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade (NANDA-I, 2013). O diagnóstico de enfermagem costuma ter duas partes: (1) descritor ou modificador e (2) foco do diagnóstico ou conceito-chave do diagnóstico (► Tab. 5.1). Existem algumas exceções em que um diagnóstico de enfermagem é tão somente uma palavra, como em *ansiedade* (00146), *constipação* (00011), *fadiga* (00093) e *náusea* (00134). Nesses diagnósticos, modificador e foco são inerentes a um só termo.

Tabela 5.1 Partes do título de um diagnóstico de enfermagem

Foco do diagnóstico em negrito + [modificador] entre colchetes
Padrão respiratório [ineficaz]
[Risco de] constipação
Volume de líquidos [deficiente]
Integridade da pele [prejudicada]
[Disposição para] resiliência [melhorada]

Os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Diagnósticos com foco no problema não devem ser entendidos como mais importantes que os de risco. Por vezes, um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade para um paciente. Um exemplo pode ser um paciente com diagnósticos de enfermagem de *intolerância à atividade* (00092), *memória prejudicada* (00131), *disposição para controle da saúde melhorado* (00162) e *risco de quedas* (00155), além do fato de ter sido recentemente admitido em uma instituição de cuidados especiais. Embora *intolerância à atividade* e *memória prejudicada* sejam os diagnósticos com foco no problema, *risco de quedas* pode ser, para o paciente, o diagnóstico prioritário, em especial quando a pessoa precisa se adaptar a um novo ambiente. Tal situação pode ser especialmente verdadeira quando identificados fatores de risco na avaliação (p. ex., visão prejudicada,

dificuldades na marcha, história de quedas e aumento da ansiedade com a mudança de ambiente).

Cada diagnóstico de enfermagem tem um título e uma definição clara. É importante informar que apenas o título ou uma lista de títulos é insuficiente. O fundamental é que os enfermeiros conheçam as definições dos diagnósticos normalmente utilizados. Além disso, devem conhecer os “indicadores diagnósticos” – informações usadas para diagnosticar e distinguir um diagnóstico do outro. Esses indicadores diagnósticos incluem características definidoras e fatores relacionados ou de risco (► Tab. 5.2). As **características definidoras** são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico (p. ex., sinais ou sintomas). Uma avaliação que identifique a presença de uma quantidade de características definidoras dá suporte à precisão do diagnóstico de enfermagem. Os **fatores relacionados** são um componente que integra todos os diagnósticos de enfermagem com foco no problema. Incluem etiologias, circunstâncias, fatos ou influências que têm certo tipo de relação com o diagnóstico de enfermagem (p. ex., causa, fator contribuinte). Uma análise da história do paciente costuma ser útil à identificação de fatores relacionados. Sempre que possível, as intervenções de enfermagem devem voltar-se a esses fatores etiológicos para a remoção da causa subjacente do diagnóstico de enfermagem. Os **fatores de risco** são influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento não saudável (p. ex., ambiental, psicológico, genético).

Nesta nova edição do *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I*, as categorias “populações em risco” e “condições associadas” são novidades nos diagnósticos de enfermagem onde tais categorias se aplicam (ver ► Tab. 5.2). As populações em risco são grupos de pessoas que compartilham características que levam cada uma delas a ser suscetível a determinada resposta humana. Por exemplo, pessoas com extremos de idade pertencem a uma população em risco que compartilha maior suscetibilidade a volume de líquidos deficiente. As condições associadas são diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. São condições não passíveis de alteração independente por um enfermeiro. Exemplos de condições associadas incluem infarto do miocárdio, agentes farmacêuticos ou procedimento cirúrgico. Os dados das categorias populações em risco e condições associadas são importantes, sendo

geralmente coletados durante a avaliação, e podem auxiliar o enfermeiro a analisar e confirmar diagnósticos potenciais. Porém, elas não têm o mesmo objetivo que as características definidoras ou os fatores relacionados, uma vez que os enfermeiros não podem alterar ou impactar essas categorias de forma independente. Mais informações podem ser encontradas na seção de “Perguntas frequentes” (p. 107) e nas informações da seção “Alterações e revisões” (p. 4).

Tabela 5.2 Resumo de termos-chave

Termo	Descrição breve
Diagnóstico de enfermagem	Problema, potencialidade ou risco identificado em indivíduo, família, grupo ou comunidade
Característica definidora	Sinal ou sintoma (indicadores objetivos ou subjetivos)
Fator relacionado	Causas ou fatores contribuintes (fatores etiológicos)
Fator de risco	Determinante (aumenta o risco)
População em risco	Grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana. Essas características não são modificáveis pelo enfermeiro.
Condição associada	Diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro.

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

Um formato comumente usado quando se aprende o diagnóstico de enfermagem inclui _____ [diagnóstico de enfermagem] relacionado a _____ [causa/fatores relacionados] evidenciado por _____ [sintomas/características definidoras]. Por exemplo, *tensão do papel de cuidador* relacionado a *responsabilidades de cuidados 24 horas por dia, complexidade das atividades de cuidado e condição de saúde instável do*

receptor de cuidados evidenciado por *difículdade para realizar as atividades necessárias, preocupação com a rotina de cuidados, fadiga e alteração no padrão de sono*. Dependendo do prontuário eletrônico de determinada instituição de saúde, os componentes “relacionado a” e “evidenciado por” podem não estar incluídos. Essas informações, todavia, devem ser reconhecidas nos dados coletados e registradas no prontuário do paciente para que seja oferecido apoio ao diagnóstico de enfermagem. Sem esses dados, é impossível confirmar a precisão do diagnóstico, o que coloca em dúvida a qualidade do atendimento de enfermagem.

Reflexão sobre a prática feita por um enfermeiro nos Estados Unidos: “Os diagnósticos de enfermagem são utilizados no andar de recuperação aguda do hospital em que atuo. O uso de prontuários e registros eletrônicos dos planos de cuidado de enfermagem é obrigatório em cada turno e para todos os enfermeiros. O sistema eletrônico contém 31 diagnósticos de enfermagem pré-carregados disponíveis para que o enfermeiro escolha com base na avaliação do paciente. Há espaços vazios adicionais para que os enfermeiros insiram outros diagnósticos. Exemplos de diagnósticos pré-carregados incluem *risco de quedas, risco de infecção, volume de líquidos excessivo e dor aguda*. O enfermeiro que começa o plano de cuidados deve também registrar a que o problema está relacionado, a meta, o prazo, as intervenções e os resultados. A cada turno, o enfermeiro responsável tem a opção de clicar em ‘continuar o plano de cuidados’, ‘revisar o plano de cuidados’ ou ‘finalizado’”.

5.6 Planejamento/intervenção

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

Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar os resultados pretendidos com o cuidado e planejar a sequência de intervenções de enfermagem específicas. Um resultado de enfermagem refere-se a um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, família, grupo ou comunidade, que mede a resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem (Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness [CNC], s.d.). A *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (NOC) é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas de resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem. Em geral, os enfermeiros, erroneamente, passam direto do diagnóstico à intervenção, sem analisar os resultados desejados. Porém, os resultados precisam ser identificados antes da determinação das intervenções e suas metas declaradas. A ordem desse processo assemelha-se ao planejamento de uma viagem. Simplesmente entrar em um carro e dirigir certamente levará a pessoa a algum lugar, mas esse lugar pode não ser o destino que a pessoa queria. O melhor é que, primeiro, se tenha em mente um local claro (resultado) para então escolher uma rota (intervenção) que leve a pessoa a esse local desejado.

Define-se uma intervenção como “qualquer tratamento com base no conhecimento e julgamento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente” (CNC, s.d.). A *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC) é uma taxonomia de intervenções que os enfermeiros podem utilizar em vários locais de atendimento. Usando os conhecimentos de enfermagem, os profissionais realizam intervenções tanto independentes quanto interdisciplinares. As intervenções interdisciplinares sobrepõem-se aos cuidados oferecidos por outros profissionais de saúde (p. ex., médicos, terapeutas respiratórios e fisioterapeutas). Por exemplo, o

controle da glicemia é um conceito importante para os enfermeiros, *risco de glicemia instável* (00179) é um diagnóstico de enfermagem, e os enfermeiros implementam intervenções de enfermagem para tratar essa condição. O *diabetes melito*, em comparação, é um diagnóstico médico; ainda assim, os enfermeiros realizam intervenções independentes e interdisciplinares em pacientes com diabetes que apresentam vários tipos de problemas ou estados de risco. Consulte o Modelo Tripartite de Prática da Enfermagem, de Kamitsuru (p. 107).

Reflexão sobre a prática feita por um enfermeiro no Brasil: “Os diagnósticos de enfermagem são empregados no local em que atuo, que é uma UTI (unidade de tratamento intensivo) para adultos em um hospital universitário de nível 2. É utilizado um sistema de prontuário eletrônico, com ligações entre NANDA-NIC-NOC, para a documentação do processo de enfermagem. A avaliação inicia com a inserção de dados do paciente em questionários padronizados, gerando hipóteses diagnósticas da NANDA-I pré-carregadas, que serão validadas ou eliminadas pelo enfermeiro. Há ainda espaços em branco onde os enfermeiros inserem outros diagnósticos. Alguns diagnósticos pré-carregados incluem *proteção ineficaz*, *déficit no autocuidado para banho*, *perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar*, *troca de gases prejudicada*, *risco de glicemia instável*, *débito cardíaco diminuído* e *risco de infecção*. Em seguida, o sistema gera possíveis resultados da NOC para cada diagnóstico, e o enfermeiro escolhe o que mais representa suas metas. Então, o sistema propõe atividades e intervenções da NIC para que o enfermeiro faça sua escolha como um plano de cuidados. A cada turno ou plantão, os diagnósticos de enfermagem são reavaliados como melhorados, piorados, inalterados ou solucionados”.

5.7 Reavaliação contínua

Um diagnóstico de enfermagem “constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados, que são de responsabilidade dos enfermeiros” (NANDA-I, 2013). O processo de enfermagem costuma descrever suas etapas de forma sequencial; porém, na realidade, um enfermeiro utiliza as etapas num movimento de vai e volta. Os profissionais transitam entre a avaliação do paciente e o diagnóstico, por exemplo, sempre que dados adicionais forem coletados e agrupados em padrões significativos, e que a exatidão dos diagnósticos for avaliada. Da mesma maneira, a eficácia das intervenções e o alcance dos resultados identificados são continuamente reavaliados à medida que o paciente tem sua condição investigada. Em última análise, deve ocorrer a reavaliação contínua a cada etapa do processo de enfermagem, bem como assim que for implementado o plano de cuidados. As diversas indagações a serem levadas em consideração incluem: “Que dados eu não identifiquei? Estou fazendo um julgamento inapropriado? Quão confiante estou em relação a esse diagnóstico? Preciso consultar alguém mais experiente? Confirmei o diagnóstico com o paciente/família/grupo/comunidade? Os resultados estabelecidos são adequados a esse paciente, nesse local de atendimento, considerando a realidade de sua condição e os recursos disponíveis? As intervenções baseiam-se em evidências de pesquisas ou na tradição (p. ex., ‘o que sempre fazemos’)?”?

5.8 Uso de um diagnóstico de enfermagem

Esta descrição dos fundamentos do diagnóstico de enfermagem, ainda que voltada a alunos de enfermagem e enfermeiros no início da carreira que estão aprendendo a usar um diagnóstico, pode beneficiar a todos os profissionais, pois destaca etapas críticas do uso do diagnóstico e oferece exemplos de áreas em que pode ocorrer um diagnóstico impreciso. Uma das áreas que precisa ser continuamente enfatizada, por exemplo, inclui o processo de vincular conhecimentos dos conceitos subjacentes da enfermagem à avaliação e, então, ao diagnóstico de enfermagem. O quanto o enfermeiro entende dos conceitos-chave (ou focos dos diagnósticos) direciona o processo de avaliação do paciente e a interpretação dos dados obtidos. Da mesma forma, enfermeiros diagnosticam problemas, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Qualquer um desses tipos de diagnósticos pode ser o prioritário, e o enfermeiro faz esse julgamento clínico.

Representando os conhecimentos da ciência da enfermagem, a Taxonomia oferece a estrutura para uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos de enfermagem. Usando a terminologia da NANDA-I (i.e., os próprios diagnósticos), os enfermeiros conseguem se comunicar uns com os outros e com profissionais de outras disciplinas de atendimento de saúde sobre “o que” torna a enfermagem singular. O uso de diagnósticos de enfermagem em nossas interações com o paciente ou com a família pode ajudá-los a compreender os assuntos que são o foco da enfermagem e envolver os indivíduos nos próprios cuidados. A terminologia proporciona uma linguagem compartilhada para os enfermeiros abordarem os problemas de saúde, os estados de risco e a disposição para a promoção da saúde. Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I são usados internacionalmente, com tradução em cerca de 20 idiomas. Em um mundo cada vez mais globalizado e eletrônico, a NANDA-I também possibilita aos enfermeiros envolvidos com pesquisa acadêmica que se comuniquem sobre fenômenos que preocupam a área, em textos e conferências, de modo padronizado, levando a ciência da enfermagem a evoluir.

Os diagnósticos de enfermagem são revisados por pares e enviados para aceitação/revisão à NANDA-I por enfermeiros da prática clínica, enfermeiros educadores e pesquisadores do mundo inteiro. A submissão de novos

diagnósticos e/ou de revisões de diagnósticos existentes continuou a crescer em quantidade ao longo de mais de 40 anos da terminologia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. A manutenção do processo de submissão (e de revisão) à NANDA-I fortalecerá ainda mais o alcance, a amplitude e as evidências de apoio à terminologia.

5.9 Breve resumo do capítulo

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

5.10 Referências

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. Available at: dsm.psychiatryonline.org
- Cambridge University Press. *Cambridge Dictionary On-Line*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2017. Available at: <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/>
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing. N.d. *Overview: Nursing Interventions Classification (NIC)*. Available at: www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview
- Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC), University of Iowa College of Nursing. N.d. *Overview: Nursing Outcome Classification (NOC)*. Available at: www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview
- Herdman TH. *Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional* [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX Congreso FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico
- Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J, et al. The “five rights” of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students’ ability to identify and manage clinically “at risk” patients. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(6):515–520
- NANDA International (NANDA-I). Nursing diagnosis definition. In: Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012–2014*. Oxford: Wiley; 2013:464
- Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006; 45(6):204–211

6 Raciocínio clínico: da avaliação do paciente ao diagnóstico

T. Heather Herdman

6.1 Introdução

O raciocínio clínico já foi definido de diversas maneiras nas disciplinas de saúde. Koharchik e colaboradores (2015) indicam que o raciocínio clínico requer a aplicação de ideias e da experiência para se chegar a uma conclusão válida; na enfermagem, descreve a forma como um enfermeiro “analisa e entende a situação de um paciente e chega a conclusões” (p. 58). Tanner (2006) entende o raciocínio clínico como o processo pelo qual os enfermeiros fazem julgamentos clínicos, selecionando alternativas, pesando evidências, usando a intuição e reconhecendo padrões. Da mesma forma, Banning (2008) fez uma análise conceitual do raciocínio clínico, usando 71 publicações datadas de 1964 a 2005. Essa pesquisa definiu o raciocínio clínico como a aplicação de conhecimentos e experiências a uma situação clínica, e identificou a necessidade de ferramentas para medir o raciocínio clínico na prática da enfermagem, de modo que possa ser melhor entendido.

É importante observar que considerar o raciocínio clínico como um processo não significa que seja um processo em etapas e linear. Em vez disso, ele se dá ao longo do tempo, geralmente via múltiplos encontros com o paciente e a família. Isso acontece especialmente no começo da carreira, na medida em que ainda temos que desenvolver certa conscientização a partir de uma quantidade suficiente de situações com pacientes, capacitando-nos à rápida formação de padrões ou identificação de problemas.

O que significa formação de padrões? Basicamente, referimo-nos a como nossas mentes agregam uma variedade de dados para formar um quadro da situação diante de nós. Vejamos, inicialmente, um cenário não clínico.

Imagine que você está caminhando e passa por um grupo de homens sentados em uma mesa de piquenique em um parque. Você percebe que eles estão fazendo alguma coisa com pequenos objetos retangulares, conversando alto, alguns até gritando, enquanto batem com esses objetos na mesa entre eles. Parecem bastante envolvidos, e você tem a impressão que estão discutindo acerca dos objetos, mas não consegue compreender o que são os objetos ou exatamente o que os homens fazem com eles. Ao desacelerar a caminhada para observar o grupo, você percebe que uma pequena multidão se forma ali. Algumas dessas pessoas eventualmente sinalizam com a cabeça

ou fazem comentários, como se incentivassem os homens, algumas parecem preocupadas, e outras, confusas em relação ao que veem, assim como você.

O que está acontecendo aqui? O que você está observando? Pode ser difícil conseguir expressar o que vê caso se trate de algo que você jamais vivenciou. Se não compreendemos um conceito, é complicado seguir adiante com a linha de raciocínio. Imagine que lhe foi informado que o que você estava observando era um grupo de homens jogando Mahjong, um tipo de jogo de mesa com pequenas peças. As peças são usadas como cartas, embora sejam objetos retangulares menores, originalmente feitos de ossos ou bambu. Ainda que desconheça o Mahjong, você consegue compreender o conceito de “jogo”. Assim, pode começar a ver a cena diante de você de outra forma. Pode passar a ver os quatro homens como competidores, cada um esperando vencer o jogo, o que pode justificar o envolvimento entusiasmado. Pode começar a considerar os sons mais altos como uma provocação boa entre os competidores e não como gritos de rancor. A partir do momento em que você compreende o conceito de “jogo”, começa a traçar um quadro mental em relação à cena, iniciando uma interpretação dos dados coletados (pistas) de uma forma que faça sentido no contexto de um jogo. Sem o conceito de “jogo” você continuaria a ter dificuldade para dar sentido às suas observações.

Isso também acontece com relação aos conceitos importantes na enfermagem. Muitos autores concentram-se no processo de enfermagem sem se esforçarem para garantir que compreendemos os conceitos da ciência da enfermagem; o processo de enfermagem, entretanto, inicia com o entendimento desses conceitos subjacentes e necessita deles. Se não entendermos os conceitos básicos de nossa disciplina, encontraremos dificuldades para identificar padrões em nossos pacientes, famílias e comunidades. É fundamental, portanto, aprender (e ensinar) tais conceitos, para que os enfermeiros sejam capazes de reconhecer respostas humanas normais, além de estados de respostas anormais, de risco e de promoção da saúde relacionados a essas respostas. É justo dizermos que a aplicação do processo de enfermagem (avaliação do paciente, diagnóstico, identificação de resultados, intervenção e reavaliação contínua) só terá significado se entendermos suficientemente bem nossos conceitos (diagnósticos) de enfermagem para identificá-los a partir de padrões nos dados coletados durante a avaliação.

Sem uma fundamentação sólida dos conceitos de nossa disciplina, não começaremos a gerar hipóteses relativas ao que está acontecendo com nossos pacientes (suas respostas humanas, ou diagnósticos de enfermagem), nem teremos um rumo em termos da realização de uma avaliação mais aprofundada que nos possibilite descartar ou confirmar tais hipóteses. Assim, embora o conhecimento de conceitos não costume ser parte do processo de enfermagem, só aplicaremos esse processo tendo esse conhecimento.

Vejamos agora a ideia dos conceitos de enfermagem em um cenário clínico. Sara está em sua primeira experiência de estágio clínico como estudante de enfermagem, trabalhando com Douglas, um enfermeiro de uma instituição para idosos independentes e assistidos. Durante o estágio, a Sra. Lurdes vem consultar o enfermeiro. Ela tem 88 anos de idade e vive na instituição há apenas duas semanas. Ela conta a Douglas que está fatigada e não consegue se concentrar. Está bastante preocupada com a possibilidade de haver algo errado com o seu coração. Douglas começa verificando seus sinais vitais; enquanto faz isso, pede à Sra. Lurdes que relate o que está acontecendo com ela desde que começou a morar na instituição. Ela diz que, além da própria mudança, nada de incomum aconteceu. Ela declara que a decisão da mudança foi dela mesma, já que não se sentia mais segura em casa. Nega dores no peito, palpitações cardíacas ou falta de ar. Quando Douglas quer saber o motivo de sua preocupação com o coração, ela responde: “Bem, eu estou velha, e é o coração que tende a dar problemas”.

Douglas pergunta a respeito da quantidade de exercícios que ela faz e se anda se sentindo estressada ultimamente. A Sra. Lurdes indica não estar fazendo qualquer exercício desde a chegada à instituição, uma vez que não gosta de exercícios em grupo e que não há equipamento que ela possa utilizar por conta própria. Em casa, usava uma bicicleta para exercitar-se por pelo menos 30 minutos ao dia. Diz que foi difícil sair do bairro, já que tinha uma boa amiga que vivia perto de casa, e elas se encontravam diariamente. Agora, elas se falam somente por telefone. Embora esteja contente por poder conversar com ela, diz não ser a mesma coisa que tomar um chá na cozinha de casa com a amiga. Douglas pergunta se o quarto que agora ocupa está confortável. A moradora informa que o quarto tem janelas grandes que permitem a entrada de muita luz solar, algo de que gosta, embora seja bastante quente. Ela é moradora do terceiro andar, e, mesmo que desligue o aquecedor, o ambiente fica mais quente do que ela gostaria.

Douglas diz à Sra. Lurdes que seus sinais vitais estão muito bons, mas sugere que ela pode estar passando por uma alteração no padrão de sono e que há a possibilidade de tentarem algumas adaptações capazes de impactar seu sono e sensação de descanso. Primeiro, ele recomenda que ambos conversem com o responsável pela manutenção do ambiente para que o seu aquecedor seja ajustado a uma temperatura confortável. Ele também diz a ela que há bicicletas ergométricas e esteiras na unidade para residentes assistidos, mas que todos os moradores podem usá-las sempre que quiserem. O enfermeiro oferece ajuda para mostrar o local e assegurar-se de que ela saiba como usá-las confortavelmente, e ela se mostra grata. Por último, ele sugere contatar o diretor da habitação para que descubram como ela poderia visitar a amiga ou fazer com que esta venha à instituição para conhecer o seu novo quarto.

Sara fica maravilhada com o fato de Douglas ter quase imediatamente identificado um problema potencial para a Sra. Lurdes. Douglas chama a atenção para o diagnóstico de *insônia* (00095), e Sara se dá conta de que os dados da avaliação de Douglas são as características definidoras e os fatores relacionados desse diagnóstico. O enfermeiro fala sobre o conceito de sono e as coisas capazes de impactá-lo, como o estresse (a recente mudança da Sra. Lurdes, a falta de contato com a amiga, a vida no novo apartamento) e fatores externos (um novo ambiente que é quente demais), bem como o impacto que o exercício físico pode ter na melhora do sono. Douglas chegou rapidamente a esse diagnóstico de enfermagem porque entende os padrões de sono normais e conseguiu identificar fatores que contribuem para perturbar um padrão normal. Além disso, por compreender que a *insônia* é causada por fatores externos, identificou prováveis fatores etiológicos (relacionados). Sara, como estudante de enfermagem, ainda não tinha o conhecimento conceitual no qual se basear; para ela, esse diagnóstico não parecia tão claro.

É por isso que o estudo de conceitos subjacentes aos diagnósticos é tão importante. Não conseguimos diagnosticar problemas ou situações de risco se, primeiro, não entendermos os padrões normais das respostas humanas, e nem podemos considerar as oportunidades de promoção da saúde.

6.2 O processo de enfermagem

A avaliação do paciente talvez seja a etapa mais importante no processo de enfermagem. Quando essa etapa não é realizada de forma centralizada no paciente, os enfermeiros perdem o controle das demais etapas do processo. Sem uma avaliação de enfermagem adequada, não há diagnóstico de enfermagem centralizado no paciente; sem um diagnóstico apropriado, não há intervenções baseadas em evidências, centralizadas no paciente e independentes. A avaliação não deve ser feita somente para completar as lacunas em um formulário ou tela de computador. Se essa maneira de avaliação soa familiar, está na hora de relembrar a finalidade dessa etapa do processo.

6.2.1 Avaliação do paciente

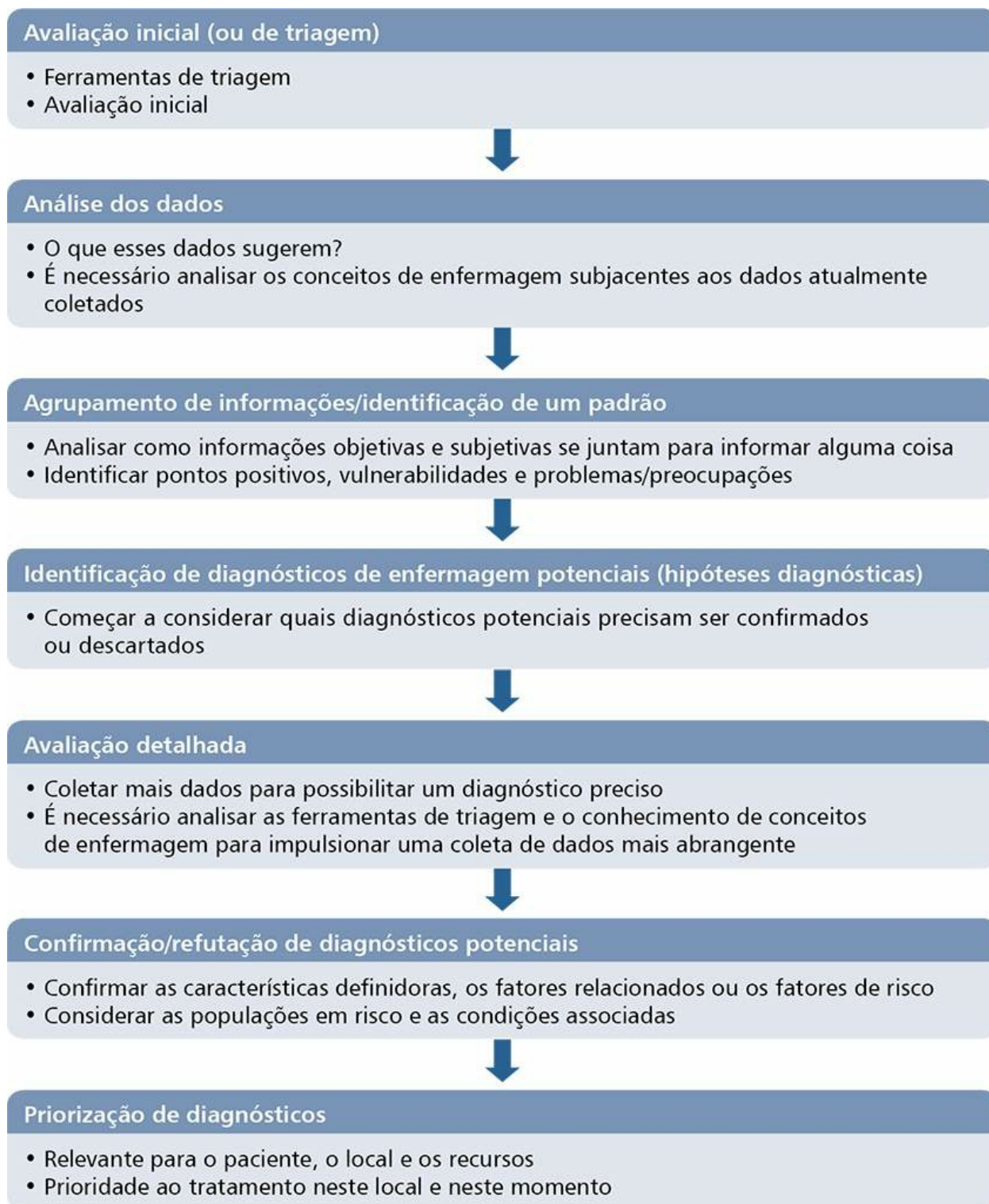
Durante as etapas de avaliação e diagnóstico do processo de enfermagem, os enfermeiros coletam dados de um paciente (ou família/grupo/comunidade), os processam em informações e organizam essas informações em categorias significativas de conhecimento que representam a disciplina de enfermagem, também conhecidas como diagnósticos de enfermagem. A avaliação é a melhor oportunidade que os enfermeiros têm para estabelecerem uma relação terapêutica eficaz com o paciente. Em outras palavras, a avaliação é uma atividade tanto intelectual quanto interpessoal.

Qual o objetivo de uma avaliação de enfermagem?

Como você pode ver na ► Figura 6.1, a avaliação envolve múltiplas etapas, sendo que o objetivo é elaborar hipóteses diagnósticas, confirmar/refutar essas hipóteses para determinar diagnósticos e, então, priorizar esses diagnósticos, que se tornam, assim, a base do tratamento de enfermagem. Esse processo pode parecer complexo e longo, e, honestamente, quem teria tempo para tudo isso? No mundo real, porém, essas etapas podem ocorrer em um piscar de olhos, especialmente com enfermeiros experientes. Por exemplo, se um enfermeiro vê um neonato irritável, com sinais de sofrimento

respiratório e incapaz de manter a sucção, pode medir a sua temperatura imediatamente e, ao encontrar 36°C, concluir que o neonato está com *hipotermia*. Logo, o movimento desde a coleta de dados (observação do comportamento do neonato) até a determinação dos diagnósticos potenciais (p. ex., *hipotermia*) ocorre em poucos minutos.

Figura 6.1 Etapas entre a avaliação do paciente e o diagnóstico.



Contudo, esse diagnóstico determinado tão rapidamente pode não ser o correto, ou pode não ser o de maior prioridade para o paciente. Então, como

diagnosticar de forma precisa? Apenas iniciando por uma avaliação precisa e pelo uso adequado dos dados coletados durante essa avaliação, é possível garantir a precisão diagnóstica. Este capítulo apresenta os conceitos básicos sobre o que fazer com todos os dados coletados. Afinal, por que coletar dados se você não os usará?

Na próxima seção, você passará por cada uma das etapas no processo que vai da avaliação do paciente ao diagnóstico. Antes, porém, discutiremos a respeito da sua finalidade, já que a avaliação não é apenas uma tarefa feita por enfermeiros. Precisamos compreender sua finalidade para que possamos compreender também o nosso papel profissional.

6.2.2 Por que os enfermeiros avaliam o paciente?

Os enfermeiros precisam avaliar os pacientes do ponto de vista da disciplina de enfermagem para diagnosticar com precisão e oferecer cuidados eficazes. O que é a “disciplina da enfermagem?” Basicamente, é o conjunto dos conhecimentos que compõem a ciência da enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam termos padronizados, com definições e critérios claros de avaliação, que representam esse conhecimento, da mesma forma como os diagnósticos médicos representam os conhecimentos da medicina. Contudo, diagnosticar um paciente apenas com base no diagnóstico médico ou em informações médicas não é um processo diagnóstico recomendado ou seguro. Uma conclusão tão simplificada poderia gerar intervenções inadequadas, permanência hospitalar prolongada e readmissões desnecessárias.

Conforme mencionado anteriormente, os enfermeiros diagnosticam uma resposta humana para condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta, e esse diagnóstico constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem que alcancem os resultados *pelos quais o enfermeiro é responsável* – o foco aqui é a “resposta humana.” Os seres humanos são complicados – nenhuma pessoa responde à mesma situação da mesma maneira. Nossas respostas baseiam-se em diversos fatores: genética, fisiologia, condição de saúde e experiências anteriores com doença/lesão. Essas respostas são, além disso, influenciadas por cultura, etnia, crenças religiosas/espirituais, gênero e criação familiar. Isso quer dizer que as respostas humanas não são de fácil identificação. Se simplesmente

pressupormos que cada paciente com determinado diagnóstico médico reagirá de determinada forma, poderemos tratar condições (e, assim, usar o tempo do enfermeiro e outros recursos) que não existem, deixando escapar outras que realmente precisam de nossa atenção.

É possível que haja relações próximas entre alguns diagnósticos de enfermagem e condições médicas; entretanto, até agora não temos evidências científicas suficientes para ligar definitivamente todos os diagnósticos de enfermagem a diagnósticos médicos. Por exemplo, não há como saber se um paciente tem *conhecimento deficiente* (00126) com base apenas em um novo diagnóstico médico ou procedimento. A pessoa pode ter algum outro membro na família com o mesmo diagnóstico, ou que tenha, anteriormente, realizado o mesmo procedimento. Não se pode pressupor, também, que todos os pacientes com um diagnóstico médico reajam da mesma maneira; nem todo paciente que precisa de um procedimento cirúrgico apresenta o diagnóstico de *ansiedade* (00146), por exemplo. Assim, a avaliação e o diagnóstico de enfermagem devem ser entendidos do ponto de vista da disciplina de enfermagem, e devem sempre ser baseados em uma avaliação tendo como foco o paciente.

O que está errado com esse processo diagnóstico?

Infelizmente, é possível que você observe durante a prática enfermeiros que designem ou “escolham” um diagnóstico antes de avaliarem o paciente. Por exemplo, um enfermeiro pode começar a fazer um plano de cuidados com base no diagnóstico de enfermagem *ansiedade* (00146) para uma paciente em trabalho de parto antes que ela chegue à unidade obstétrica ou que seja avaliada. Enfermeiros que trabalham em unidades obstétricas entram em contato com muitas pacientes em trabalho de parto, e elas costumam estar bastante ansiosas. Esses enfermeiros possivelmente sabem que orientar o trabalho de parto e respirar profundamente são intervenções eficazes para a redução da ansiedade.

Assim, pressupor uma relação entre trabalho de parto e ansiedade pode ser útil na prática. Porém, a declaração “pacientes em trabalho de parto estão ansiosas” pode não se aplicar a todas as pacientes (trata-se de uma hipótese)

e, então, precisa ser validada em cada caso. Isso é verdade especialmente porque a ansiedade é uma experiência subjetiva – ainda que possamos achar que a paciente parece ansiosa, ou que tenhamos essa expectativa, apenas ela pode realmente informar se está se *sentindo* ansiosa. Em outras palavras, o enfermeiro só consegue compreender como está a paciente quando esta lhe informa como se sente. Assim, *ansiedade* é um diagnóstico de enfermagem com foco no problema que exige dados subjetivos do paciente. O que parece *ansiedade* pode ser, na verdade, *dor no trabalho de parto* (00256) ou *processo perinatológico ineficaz* (00221). Somente saberemos quando avaliarmos a paciente e validarmos nossos achados. Assim, antes de o enfermeiro diagnosticar um paciente, é absolutamente necessário uma avaliação abrangente. Conhecer os diagnósticos potenciais e de alta frequência (os que costumam ocorrer em dado cenário ou com determinada população de pacientes), entretanto, pode ser muito útil, da mesma forma que conhecer os critérios diagnósticos relacionados a esses diagnósticos é capaz de ajudar a focalizar a avaliação do enfermeiro quando ele tenta descartar ou confirmar várias hipóteses diagnósticas.

6.2.3 Avaliação inicial ou de triagem

Existem dois tipos de avaliação: inicial (ou de triagem) e detalhada. Mesmo que ambas exijam coleta de dados, seus propósitos diferem. A avaliação de triagem é a etapa inicial de coleta de dados e é, provavelmente, a mais fácil de ser feita.

Não se trata somente de completar as lacunas

A maior parte dos cursos e instituições de cuidados de saúde oferece aos enfermeiros formulários padronizados para cada paciente – em papel ou no sistema de prontuário eletrônico – que devem ser preenchidos em determinado prazo. Por exemplo, pacientes admitidos em um hospital podem precisar dessa avaliação preenchida em 24 horas a partir da admissão. Em ambulatórios, pode ser necessário preencher a avaliação antes que os pacientes sejam examinados pelo provedor de cuidados primários (p. ex., médico ou enfermeiro clínico [*nurse practitioner*^[NT]]). A avaliação inicial pode incluir ferramentas de triagem padronizadas, como a Avaliação

Subjetiva Global (ASG) e/ou a Mini Avaliação Nutricional (MAN), para avaliar a possibilidade de desnutrição ou risco de desnutrição, respectivamente (Young et al., 2013), ou a Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) para triagem de depressão em adultos (Zimmerman et al., 2008). Pode haver perguntas de triagem abertas, como: “Com quem você consegue conversar diante de uma situação difícil a ser resolvida?” Algumas ferramentas permitem realizar uma avaliação com base em determinada teoria ou modelo de enfermagem (p. ex., padrões de saúde funcional de Gordon), revisão dos sistemas corporais ou algum outro método de organização de dados a serem coletados.

Para uma avaliação de triagem, são necessárias competências específicas para realizar vários procedimentos de forma precisa para que os dados sejam obtidos, demandando alto nível de habilidades de comunicação interpessoal. Os pacientes devem se sentir seguros e confiar no enfermeiro para que se sintam à vontade respondendo a perguntas pessoais, especialmente quando percebem que suas respostas podem não ser “normais” ou “aceitas” do ponto de vista cultural/espiritual.

Mencionamos, anteriormente, que a avaliação inicial ou de triagem pode ser a etapa mais fácil, de certa forma, porque é inicialmente um exercício de “completar as lacunas”. O formulário de triagem pode requisitar informações sobre os sinais vitais do paciente; assim, o enfermeiro precisa obter esses dados e inseri-los no formulário. Para preencher o formulário, é necessário coletar informações sobre vários sistemas fisiológicos do paciente, e o enfermeiro deve completar as lacunas do formulário relacionadas a esses sistemas (frequência cardíaca, presença de sopro, pulsos podálicos, sons pulmonares, sons intestinais, etc.), bem como dados psicológicos e psicossociais básicos.

Contudo, uma boa avaliação de enfermagem exige bem mais do que essa triagem inicial. É claro que quando o enfermeiro revisa analiticamente os dados coletados durante a avaliação e começa a identificar possíveis diagnósticos, ele precisa coletar mais dados que possam auxiliar a determinar se há ou não outras respostas humanas preocupantes, que indicam riscos ao paciente ou que sugerem oportunidades de promoção da saúde. O enfermeiro também precisará identificar a etiologia ou os fatores precipitantes de áreas de preocupação. É bem possível que esses questionamentos detalhados não estejam incluídos no formulário de avaliação da organização, porque não há

como abarcar todas as prováveis indagações que precisem ser feitas em relação a cada possibilidade de resposta humana!

O conhecimento sobre os conceitos subjacentes à disciplina de enfermagem deve conduzir essas indagações mais detalhadas, com base nas respostas do paciente/família obtidas durante a avaliação inicial. Por exemplo, se um paciente indicou ter dificuldades respiratórias ao subir alguns degraus, o enfermeiro precisa contar com o seu conhecimento a respeito de vários conceitos para obter mais dados que confirmem ou refutem diagnósticos potenciais. Se ele não compreendeu os conceitos de *tolerância à atividade*, *troca de gases* ou *equilíbrio de energia*, por exemplo, pode não saber que indagações fazer para continuar a avaliação e identificar um diagnóstico adequado.

6.2.4 Onde os enfermeiros avaliam e diagnosticam?

Vamos tratar rapidamente do papel dos enfermeiros profissionais e a avaliação do paciente. Os enfermeiros atuam em diferentes locais: da atenção primária aos hospitais, da ala de maternidade às salas de cirurgia. Não importa qual o local ou a unidade, enfermeiros devem sempre avaliar os pacientes, considerar diagnósticos relacionados às suas necessidades, identificar resultados relevantes e implementar intervenções.

Os diagnósticos de enfermagem são usados em salas de cirurgia, ambulatorios, clínicas psiquiátricas, atendimento domiciliar e organizações para cuidados paliativos, além das áreas de saúde pública, enfermagem escolar, saúde do trabalho e, naturalmente, nos hospitais. Mesmo com uma prática tão diversificada, alguns diagnósticos centrais parecem pertencer a todas as áreas: *dor aguda* (00132), *ansiedade* (00146), *conhecimento deficiente* (00126), *disposição para controle da saúde melhorado* (00162), por exemplo, podem provavelmente ser encontrados em qualquer local de atuação dos enfermeiros. Em salas de cirurgia, por exemplo, os enfermeiros avaliam o nível de ansiedade dos pacientes, além da condição de sua pele. Enquanto os pacientes estão sendo preparados para uma cirurgia, aqueles diagnosticados com *ansiedade* (00146) podem ser tocados com suavidade, ter contato visual estabelecido, ouvir uma música suave, obter respostas às suas dúvidas e aprender técnicas respiratórias, tudo para ajudá-los a relaxar. Enquanto a pele dos pacientes é preparada para a incisão, turgor, edema,

pontos de pressão e posicionamento serão levados em conta para redução do *risco de integridade da pele prejudicada* (00047) e *risco de lesão por posicionamento perioperatório* (00087).

Algumas vezes, os enfermeiros sugerem que o diagnóstico de enfermagem é irrelevante em unidades de tratamento intensivo, já que muito de sua prática se direciona aos diagnósticos médicos. Isso sugere, basicamente, que os enfermeiros não praticam enfermagem no tratamento intensivo; mas sabemos que não se trata disso. Não há dúvida de que enfermeiros que atendem pacientes críticos têm foco em intervenções relacionadas a condições médicas, e é comum que usem protocolos clínicos em vigência que necessitam de raciocínio crítico para sua implementação correta. Sejamos, porém, honestos: os enfermeiros nessas unidades precisam praticar a enfermagem!

Pacientes em condições críticas correm risco de muitas complicações passíveis de prevenção pela prática independente dos enfermeiros: pneumonias associadas à ventilação mecânica (*risco de infecção*, 00004), lesões por pressão (*risco de lesão por pressão*, 00249) e lesão na córnea (*risco de lesão na córnea*, 00245). É comum que os pacientes estejam assustados (*medo*, 00148), e as famílias, estressadas, embora tenham que saber como cuidar do ente querido quando voltarem para casa: *conhecimento deficiente* (00126), *sobrecarga de estresse* (00177), *risco de tensão do papel de cuidador* (00062). Se os enfermeiros cuidassem apenas de condições médicas óbvias, seria como diz o ditado: podem vencer a batalha, mas ainda perderiam a guerra! Esses pacientes podem ter sequelas capazes de serem evitadas; a permanência pode ser maior, ou a alta para casa resultar em eventos indesejados e aumento das taxas de readmissão. Enfermeiros que cuidam de pacientes críticos dão atendimento a condições médicas? Com certeza! Devem também concentrar-se nas respostas humanas? Sem dúvida!

6.2.5 Estrutura de avaliação

Nesse momento, vamos analisar o tipo de estrutura que dá suporte a uma avaliação de enfermagem completa. Deve ser usada uma estrutura de avaliação baseada em evidências para que haja precisão no diagnóstico de enfermagem, além de segurança no atendimento ao paciente. A estrutura de avaliação deve também representar a disciplina do profissional que a utiliza:

nesse caso, o formulário de avaliação (instrumento de coleta de dados) deve representar conhecimentos da disciplina de enfermagem.

Devemos usar a taxonomia da NANDA-I como uma estrutura de avaliação?

Às vezes, há confusão a respeito da diferença entre a Taxonomia II de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e a estrutura de avaliação dos Padrões de Saúde Funcional (FHP, *functional health pattern*) de Gordon (1994). A Taxonomia da NANDA-I foi desenvolvida com base no trabalho de Gordon; é por isso que as duas estruturas se assemelham. Seus propósitos e funções, no entanto, são totalmente diferentes.

A Taxonomia da NANDA-I atende ao propósito de distribuir/categorizar os diagnósticos de enfermagem. Cada domínio e classe estão definidos, então a estrutura ajuda os enfermeiros a localizarem um diagnóstico de enfermagem na Taxonomia. Por outro lado, os FHP foram elaborados de modo científico para padronizar a estrutura de avaliação de enfermagem (Gordon, 1994). Eles orientam a anamnese e o exame físico realizados pelos enfermeiros, oferecendo itens para avaliar e uma estrutura para organizar os dados da avaliação. Além disso, a sequência de 11 padrões propicia um fluxo eficiente e eficaz para a avaliação.

Ver os Capítulos 7 e 8 para informações mais específicas sobre a Taxonomia da NANDA-I.

Conforme o que foi expresso na Declaração de posição da NANDA-I (2011) (ver p. 27-28), o uso de uma estrutura de avaliação baseada em evidências, como a de Gordon, é altamente recomendado para a precisão diagnóstica na enfermagem e o atendimento seguro ao paciente. Não há intenção do uso da Taxonomia da NANDA-I como uma estrutura de avaliação.

6.3 Análise dos dados

A segunda etapa no processo de enfermagem é a conversão dos dados em informações. A finalidade é avaliar o possível significado dos dados coletados na avaliação inicial ou de triagem, ou identificar outros dados que devam ser coletados. Os termos “informações” e “dados” são usados, algumas vezes, de forma intercambiável; contudo, as reais características do que chamamos de dados e informações são bastante diferentes. Para que se compreenda melhor a avaliação e o diagnóstico de enfermagem, faremos aqui uma distinção desses termos.

Os dados são fatos brutos coletados pelos enfermeiros por meio de observações e de dados subjetivos fornecidos por pacientes/famílias. Enfermeiros coletam dados a partir de um paciente (ou família/grupo/comunidade) e, então, usando seus conhecimentos de enfermagem, transformam esses dados em informações. As informações podem ser entendidas como dados com um julgamento ou significado específico, como “alto” ou “baixo”, “normal” ou “anormal” e “importante” ou “não importante”. A ► Figura 6.2 traz um exemplo de como dados objetivos e subjetivos podem ser convertidos em informações pela aplicação de conhecimentos de enfermagem no estudo de caso da Sra. E, uma mulher de 79 anos de idade com dor abdominal aguda.

Figura 6.2 Convertendo dados em informações: o caso da Sra. E, mulher com 79 anos de idade com forte dor abdominal.

Coleta de dados

Dados objetivos

- Mulher com 79 anos de idade
- IMC 16,7
- Perdeu 4,5 kg nos últimos seis meses, de acordo com os prontuários médicos
- Esgares
- Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada observado no lado direito do abdome

Dados subjetivos

- Paciente queixa-se de dor forte no quadrante superior direito do abdome, classificada como 9 em uma escala de 1-10
- Diz estar constipada, com o mais recente movimento intestinal datado de sete dias atrás

História prévia

- Sem história significativa



Conhecimentos de enfermagem

- Função intestinal
- Teorias da dor e do controle da dor
- Necessidades nutricionais para o idoso



Informações

- Peso anormal: subpeso
 - IMC < 18,5 é considerado subpeso (CDC, 2015)
- Alto nível de dor
- Constipação

Acompanharemos seu caso a partir da avaliação de triagem até termos determinado quais diagnósticos de enfermagem são mais apropriados como base para os seus cuidados.

É importante observar que os mesmos dados podem ser interpretados de formas diferentes, dependendo do contexto ou da coleta de novos dados. Por exemplo, suponhamos que um enfermeiro escolar esteja examinando Rosana, uma estudante com 9 anos de idade, após uma queda de bicicleta no caminho para a escola. Durante o exame, o enfermeiro percebe os arranhões e cortes superficiais causados pelo acidente, e Rosana classifica sua dor como 3 numa escala da dor de 1 a 10, com 10 sendo a dor mais forte imaginável. Todavia, o enfermeiro está preocupado com a respiração da garota, que está rápida

(frequência de 40), superficial e marcada com sopros audíveis ocasionais. Ele ausculta, então, os pulmões de Rosana e percebe sons respiratórios diminuídos no lobo inferior direito, com crepitações nos lobos superiores. Mede a temperatura da menina via oral e constata que está alta, em 37,7°C. Esses fatos adquirem sentido quando comparados com achados normais aceitos à medida que o enfermeiro processa os dados em informações. O profissional percebe que Rosana apresenta febre baixa, com potencial de uma infecção respiratória. Após perguntar à menina como ela se sente, esta informa que ficou sem ir à escola por três dias no começo da semana, com “algo ruim nos pulmões”, usando medicação que a fez se sentir melhor. Com mais esse dado, o enfermeiro consegue concluir que a condição de Rosana está melhorando, ainda que demande supervisão durante alguns dias. O enfermeiro pode ainda querer conversar com os pais de Rosana para obter o diagnóstico médico e informações sobre o que foi receitado, para que mais dados fiquem disponíveis para uma análise de diagnósticos de enfermagem apropriados.

Assim, é importante incluir dados e informações ao ser documentada a avaliação. As informações só podem ser validadas por terceiros quando são oferecidos os dados originais. Por exemplo, apenas indicar “Rosana teve febre e sopros respiratórios” não tem utilidade clínica. Qual a gravidade da febre? Como foram coletados os dados (via oral, axilar, temperatura central)? Como eram os sons pulmonares e eram iguais bilateralmente? Uma documentação que mostra que Rosana teve febre de 37,7°C, medida por via oral, com sons respiratórios diminuídos no lobo inferior direito e crepitações no lobo superior direito, permite que outro enfermeiro compare dados novos coletados com dados anteriores, identificando se a paciente está melhorando.

6.3.1 Dados subjetivos *versus* objetivos

Qual é a diferença entre dados subjetivos e dados objetivos?

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

seus diagnósticos (Gordon, 2008). O *Cambridge Dictionary On-Line* (2017) define *subjetivo* como “influenciado ou baseado em crenças ou sentimentos pessoais mais do que em fatos”; *objetivo* significa “não influenciado por crenças ou sentimentos pessoais; justo ou real”. Deve-se ter cuidado com o fato de que, quando esses termos são empregados no contexto da avaliação de enfermagem, têm um sentido *levemente* diferente daquele da definição geral do dicionário. Ainda que a ideia básica permaneça, “subjetivo” não significa *crenças ou sentimentos do enfermeiro*, mas do sujeito do atendimento de enfermagem: paciente/família/grupo/comunidade. Além disso, “objetivo” significa aqueles fatos observados pelo enfermeiro ou outros profissionais da saúde.

Em outras palavras, os *dados subjetivos* decorrem de relatos verbais do paciente a respeito de percepções e pensamentos sobre sua saúde, vida cotidiana, conforto, relacionamentos, etc. Por exemplo, um paciente pode relatar “preciso controlar melhor minha saúde”, ou “meu parceiro jamais conversa sobre coisas importantes comigo”. Familiares/amigos próximos podem também trazer esse tipo de dados, ainda que dados obtidos com o paciente devam ser os buscados sempre que possível, por serem os dados do paciente. Às vezes, entretanto, o paciente não consegue oferecer dados subjetivos, situação em que temos que contar com essas outras fontes. Por exemplo, no caso de um paciente com demência significativa, que não consegue mais verbalizar, os parentes podem dar informações subjetivas com base no que conhecem do comportamento do indivíduo. Podemos exemplificar com uma filha adulta de uma paciente que diz ao enfermeiro “ela sempre gosta de escutar música suave enquanto se alimenta; parece que a acalma”.

Os enfermeiros coletam dados subjetivos por meio da história do paciente ou da entrevista. Conhecer a história não significa apenas fazer várias perguntas ao paciente usando um formato de rotina. Para obter dados precisos de um indivíduo, os profissionais devem incorporar habilidades de escuta ativa e empregar perguntas abertas o máximo possível, especialmente perguntas de acompanhamento quando são identificados dados potencialmente anormais.

Os *dados objetivos* são aqueles observados pelos enfermeiros a respeito do paciente. São coletados por meio de exames físicos e resultados de exames diagnósticos. Aqui, “observar” não significa apenas usar a visão: todos os

sentidos são empregados. Por exemplo, os enfermeiros olham a aparência geral de um paciente, escutam os sons pulmonares, podem sentir o odor de secreções desagradáveis e sentir a temperatura da pele por meio do toque. Além disso, usam vários instrumentos e recursos para a coleta de dados numéricos (p. ex., peso corporal, pressão arterial, saturação de oxigênio, nível de dor). Para conseguirem dados objetivos confiáveis e precisos, os enfermeiros devem ter conhecimentos e habilidades adequados para a realização de uma avaliação física e usar ferramentas padronizadas ou dispositivos de monitoração.

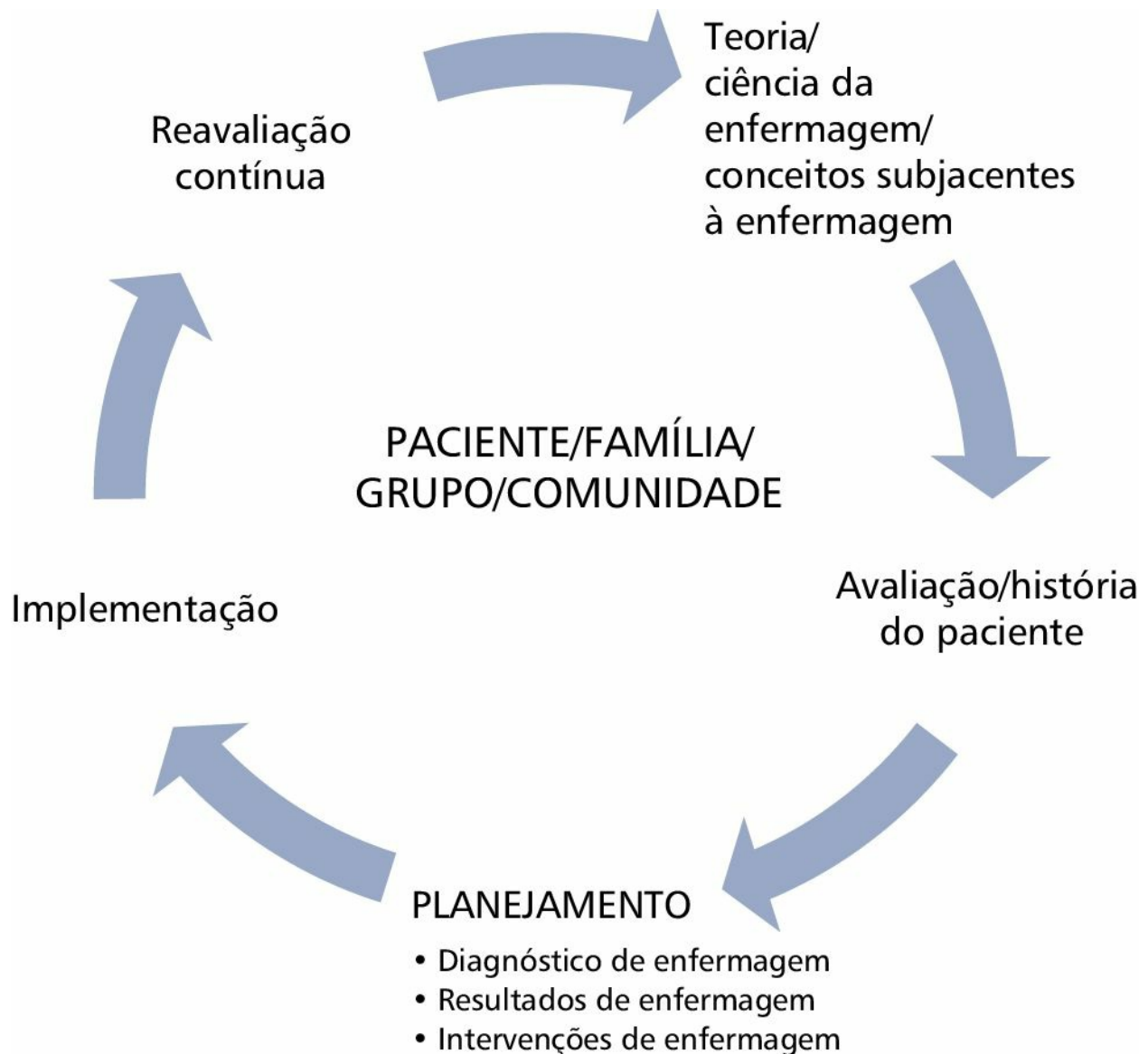
Pergunte-se: esses dados expressam...

- um problema?
- um elemento positivo?
- uma vulnerabilidade?

6.3.2 Agrupamento de informações/identificação de um padrão

Assim que o enfermeiro tiver coletado os dados e os transformado em informações, a etapa seguinte é começar a responder a pergunta: quais são as respostas humanas de meu paciente (diagnósticos de enfermagem)? Isso exige o conhecimento de uma variedade de teorias e modelos da enfermagem, bem como de várias disciplinas relacionadas. E, conforme observado anteriormente, requer também conhecimento dos conceitos subjacentes aos próprios diagnósticos de enfermagem. Lembra-se do diagrama modificado do processo diagnóstico apresentado no Capítulo 5? Nesse diagrama, ilustrado novamente na ► Figura 6.3, Herdman (2013) identifica a importância da teoria/ciência da enfermagem subjacente aos conceitos de enfermagem. Pense, também, em nossa discussão a respeito dos jogadores de Mahjong e na dificuldade que teria em compreender esse cenário se não soubesse que estava observando um tipo de jogo (um conceito).

Figura 6.3 O processo de enfermagem modificado. (Adaptada de Herdman, 2013.)



Em outras palavras, as técnicas de avaliação são inúteis se não soubermos usar os dados! Se o enfermeiro que avaliou a Sra. E (► Fig. 6.2) não conhecesse os parâmetros normais do IMC naquela faixa etária, poderia não ter conseguido interpretar que a paciente estava abaixo do peso. Se o enfermeiro não entendesse as teorias relativas à nutrição, ao padrão intestinal e à dor, poderia não ter identificado outras vulnerabilidades ou respostas/problemas evidenciadas por essa pessoa idosa.

6.4 Identificação de diagnósticos de enfermagem potenciais (hipóteses diagnósticas)

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

Agora que coletei os dados da avaliação e os transformei em informações, como saber o que é importante e o que é irrelevante para esse paciente específico?

Identificar padrões nos dados exige uma compreensão do conceito que fundamenta cada diagnóstico. Por exemplo, imagine-se trabalhando com uma família que inclui um casal com cerca de 45 anos de idade, ambos profissionais que trabalham o dia inteiro, cuidando de um dos pais (Sr. V) com demência, além dos seus três filhos (idades de 9, 14 e 17 anos). Ao visitar o Sr. V, você nota um aumento em sua necessidade de assistência no cuidado desde a visita anterior, há 28 dias. O seu filho, João, conta que o pai começou a perambular, tornando-se fisicamente agressivo. Também necessita de mais assistência nas atividades cotidianas, como higiene e alimentação. Há cerca de 20 dias, a família perdeu a cuidadora do dia porque o Sr. V tornou-se fisicamente resistente a seus cuidados, atingindo-a duas vezes. Embora ela soubesse que o paciente não tinha a intenção de causar dano, ele era muito mais forte e ela se sentiu insegura no ambiente. João tirou uma breve licença até um novo cuidador ser encontrado. Ele lhe conta que começou a perceber que o pai ficava muito agitado quando deixado sozinho, de modo que ficou difícil sair do quarto do paciente sempre que precisasse. Estava, assim, dormindo em cama improvisada ali. Antes, o Sr. V precisava de assistência mínima para reorientação, lembretes de horário de refeição e realização de tarefas de higiene; agora, precisava de monitoração e cuidados quase 24

horas por dia. João mostra-se claramente cansado e admite não ter conseguido dormir muito por recear que o pai levante da cama e se machuque durante a noite.

Ao longo de sua conversa com João, você observa que ele parece frustrado e nervoso, frequentemente referindo não ter certeza se está fazendo a coisa certa para o Sr. V. Está, sem dúvida, preocupado com o pai, embora mencione sentir ter deixado a esposa como se fosse uma “mãe solteira” com os filhos, já que não tem conseguido comparecer às atividades extracurriculares deles, tendo até mesmo deixado de ir às reuniões de pais na escola. Sabe que essa situação tem sido especialmente difícil para a filha mais jovem. João menciona ainda não ter certeza de quanto tempo consegue permanecer longe do trabalho antes que seu empregador comece a se incomodar com tal situação.

O que tudo isso informa a você? A menos que você tenha um bom entendimento de teorias de dinâmica familiar, estresse, enfrentamento, tensão do papel e pesar, tudo isso pode não dizer nada a você. Talvez você saiba que o Sr. V tem necessidades crescentes de cuidados. Mas você saberia como se concentrar também na família e procurar uma causa (fatores relacionados) ou outros dados (características definidoras) para determinar um diagnóstico exato para João?

Ainda que esteja atendendo o Sr. V, se não estiver concentrado no que ocorre com a família, estará realmente dando assistência às necessidades desse paciente? Uma situação assim pode levar o enfermeiro a, tão somente, concentrar-se no paciente do prontuário, mais do que levar em conta a família e seu impacto nos resultados do Sr. V. Ou, você pode ter percebido a necessidade de tratar o que está acontecendo com João, mas, como não tem conhecimentos básicos sobre as teorias antes referidas, você apenas “escolhe um diagnóstico” de uma lista para descrever a resposta de João. Conhecer os conceitos de cada diagnóstico de enfermagem possibilita ao enfermeiro dar sentidos exatos aos dados coletados com o paciente, preparando esse profissional para a realização de uma avaliação detalhada.

Quando você tem esse conhecimento conceitual, começa a olhar os dados coletados de outra maneira. Vai transformá-los em informações e observar como eles começam a se agrupar, formando padrões ou uma “imagem” do que pode estar ocorrendo com seu paciente. Olhe novamente a ► Figura 6.2. Com conhecimentos conceituais de enfermagem em nutrição, dor e função

intestinal, você poderá começar a ver as informações como diagnósticos possíveis, como:

- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)
- Constipação (00011)
- Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)
- Dor aguda (00132)

Essa etapa, infelizmente, costuma ser onde os enfermeiros param: elaboram uma lista de diagnósticos e iniciam a ação (determinando intervenções) ou, simplesmente, “escolhem” um diagnóstico que soe mais apropriado com base no seu título para, depois, passar à seleção das intervenções para esses diagnósticos. Outros podem determinar que desejam conseguir um resultado específico, e simplesmente começam a buscar intervenções para ele. O problema com tal abordagem é que, a menos que saibamos o problema *e a sua causa*, as intervenções escolhidas podem ser totalmente inadequadas para esse paciente. Claramente, essas abordagens são ineficazes e inadequadas como rumos de ação. Para que os diagnósticos sejam precisos, eles têm que ser validados – e isso demanda uma avaliação adicional e detalhada para sua confirmação, refutação ou “descarte”.

A combinação de conhecimentos fundamentais de enfermagem e de diagnósticos de enfermagem possibilita que o enfermeiro transite da identificação de possíveis diagnósticos com base na avaliação de triagem para uma avaliação detalhada e, então, para a determinação de diagnóstico(s) de enfermagem preciso(s).

6.5 Avaliação detalhada

Nessa etapa da coleta de dados de seu paciente, você deve ter revisado as informações resultantes da avaliação inicial ou de triagem para determinar quais itens são normais ou anormais, e se representam um risco (susceptibilidade) ou um elemento positivo. Os itens que não forem considerados normais ou que forem entendidos como uma susceptibilidade devem ser analisados em relação a um diagnóstico com foco no problema ou um diagnóstico de risco. As áreas em que o paciente indicou desejo de melhorar alguma coisa (p. ex., melhorar a nutrição) devem ser entendidas como um possível diagnóstico de promoção da saúde.

Se alguns dados forem interpretados como anormais, uma avaliação mais detalhada será crucial para o diagnóstico preciso do paciente. Se os enfermeiros, todavia, simplesmente coletarem dados sem prestar muita atenção a eles, poderá acontecer de alguns dados fundamentais não lhes chamarem a atenção. Olhe novamente a ► Figura 6.2. O enfermeiro poderia ter interrompido a avaliação aqui e simplesmente ter passado para os diagnósticos de *dor aguda* e *constipação* – possivelmente os mais “óbvios” para essa paciente. O profissional poderia ter fornecido orientações sobre ingestão de fibras e líquidos, além da importância do exercício para a manutenção de movimentos intestinais normais, e poderia ter abordado a dor aguda indicando o uso de bolsas quentes ou frias, por exemplo. No entanto, ao mesmo tempo em que todas essas coisas poderiam ser apropriadas, o enfermeiro poderia ter negligenciado a identificação de algumas questões importantes que, se não tratadas, poderiam levar à manutenção dos problemas na condição da Sra. E.

O enfermeiro, porém, compreendeu a necessidade de uma avaliação detalhada e conseguiu identificar a perda recente do esposo, o pesar e o isolamento social (► Fig. 6.4). Ele descobriu que a Sra. E tinha vulnerabilidades consistentes com um novo ambiente de vida estressante (mudança recente para uma instituição para idosos independentes, ausência de transporte, falta dos relacionamentos estabelecidos), bem como seu receio de ter uma doença aguda e morrer. O enfermeiro também identificou que a Sra. E apresentava um elemento positivo no apoio que recebia da igreja da comunidade, além do desejo expresso de melhorar a maneira de responder a

essa situação – elementos muito importantes em que embasar qualquer plano de cuidados! Assim, com mais essa avaliação detalhada, o enfermeiro conseguiu revisar analiticamente os possíveis diagnósticos:

- Dor aguda (00132)
- Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)
- Volume de líquidos deficiente (00027)
- Constipação (00011)
- Motilidade gastrintestinal disfuncional (00196)
- Pesar (00136)
- Síndrome do estresse por mudança (00114)
- Enfrentamento ineficaz (00069)
- Ansiedade relacionada à morte (00147)
- Disposição para resiliência melhorada (00212)

Figura 6.4 Avaliação detalhada: o caso da Sra. E, uma mulher com 79 anos de idade, com forte dor abdominal.

Coleta de dados

Dados objetivos

- Mulher com 79 anos de idade
- IMC 16,7
- Perdeu 4,5 kg nos últimos seis meses, de acordo com os prontuários médicos
- Esgares
- Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada observado no lado direito do abdome

Dados subjetivos

- Paciente queixa-se de dor forte no quadrante superior direito do abdome, classificada como 9 em uma escala de 1-10
- Diz estar constipada, com o mais recente movimento intestinal datado de sete dias atrás

História prévia

- Sem história significativa

Conhecimentos de enfermagem

Função intestinal

Teorias da dor e do controle da dor

Necessidades nutricionais para o idoso

Informações

Peso anormal: subpeso

- IMC < 18,5 é considerado subpeso (CDC, 2015)

Alto nível de dor

Constipação

Diagnósticos potenciais

Dor aguda (00132)

Constipação (00011)

Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)

Avaliação detalhada

O esposo faleceu, repentinamente, há 5 meses; não estava doente

- Ele se mostrava em excelente forma física, comia bem, andava diariamente
- Ela não compreende como isso ocorreu; teria deixado de notar alguma coisa que ocorria com ele?
- Não consegue deixar de pensar nele, "sente muita saudade"

Menor atenção às suas necessidades nutricionais

- Falta de interesse nos alimentos: "Esqueci-me de comer, não tenho apetite para mais nada"
- Bebe pouca água ou outros líquidos
- Membranas mucosas e pele muito ressecadas
- Menor turgor da pele

Solitária

- Mudou-se recentemente para instituição para idosos independentes

- Sente-se isolada, nem ela nem os amigos dirigem
- Encontra dificuldade para conhecer novas pessoas

Preocupação com a própria saúde/possibilidade de morte

- "Meu esposo era mais saudável que eu; se isso pode acontecer com ele, pode acontecer comigo!"
- Diz recear a hora de ir para a cama, porque o esposo morreu durante o sono

Observa o sólido apoio recebido pela igreja da comunidade

Diz desejar melhorar a forma como responde à sua situação

Diz desejar controlar mais a sua saúde

Diagnósticos potenciais revisados

Dor aguda (00132)

Constipação (00011)

Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)

Volume de líquidos deficiente (00027)

Pesar (00136)

Síndrome do estresse por mudança (00114)

Enfrentamento ineficaz (00069)

Ansiedade relacionada à morte (00147)

Disposição para resiliência melhorada (00212)

6.5.1 Confirmação/refutação de diagnósticos de enfermagem potenciais

Sempre que novos dados são coletados e processados em informações, é necessário reconsiderar diagnósticos potenciais ou determinados anteriormente. Nessa etapa, há três aspectos principais a serem considerados:

- A avaliação detalhada trouxe dados novos que descartam ou eliminam um ou mais dos seus diagnósticos potenciais?
- A avaliação detalhada apontou novos diagnósticos que você não havia considerado antes?
- Como você pode diferenciar entre diagnósticos similares?

Também é importante lembrar que outros enfermeiros deverão ser capazes de continuar a validação de seu diagnóstico e entender como você chegou a ele. Daí a importância do uso de termos padronizados, como os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, que não apenas dão um título (p. ex., *disposição para resiliência melhorada*), mas também uma definição e indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados ou de risco), para que outros enfermeiros consigam continuar validando – ou talvez refutando – o diagnóstico à medida que novos dados sejam obtidos. Termos simplesmente criados por enfermeiros à beira do leito, sem definições e indicadores diagnósticos confirmados, não têm significado consistente e não podem ser clinicamente confirmados ou validados. Quando não há um diagnóstico de enfermagem da NANDA-I que se ajuste a um padrão identificado no paciente, o mais seguro é descrever a condição em detalhes em vez de inventar um termo que terá sentidos diferentes para enfermeiros diferentes. Não se pode esquecer que a segurança do paciente depende da boa comunicação; por isso, você deve usar somente termos padronizados, com definições e indicadores diagnósticos claros para que eles possam ser facilmente confirmados!

6.5.2 Eliminação de possíveis diagnósticos

Uma das metas da avaliação detalhada é eliminar ou “descartar” um ou mais diagnósticos potenciais que você estava considerando. Isso é feito revisando-

se as informações obtidas e comparando-as com o que você conhece dos diagnósticos. É fundamental que os dados coletados deem suporte ao(s) diagnóstico(s).

Quando analiso as informações do paciente:

- Elas são coerentes com a definição do diagnóstico potencial?
- Os dados objetivos/subjetivos do paciente estão identificados nas características definidoras do diagnóstico?
- Elas incluem as causas (fatores relacionados) do diagnóstico potencial?

Os diagnósticos que não têm um bom suporte por meio dos indicadores diagnósticos oferecidos pela NANDA-I (características definidoras, fatores relacionados ou de risco) e/ou não têm suporte de fatores etiológicos (causas ou elementos colaboradores dos diagnósticos) não são apropriados a um paciente.

Analisando a ► Figura 6.4 e considerando os diagnósticos potenciais identificados pelo enfermeiro da Sra. E, podemos começar a eliminar alguns desses diagnósticos como diagnósticos válidos. Às vezes, é útil fazermos uma comparação lado a lado dos diagnósticos, concentrando-se nas características definidoras e nos fatores relacionados identificados durante a avaliação e a história do paciente (► Tab. 6.1).

Por exemplo, após uma reflexão, o enfermeiro da Sra. E rapidamente descarta o diagnóstico de *ansiedade relacionada à morte*. Ainda que a Sra. E indique ter receio de que o ocorrido com o esposo possa ocorrer com ela, o enfermeiro avalia que isso tem mais relação com seu *pesar* do que com um temor de uma ameaça à sua vida que seja real ou imaginada. Além disso, a paciente não apresenta fatores relacionados para o diagnóstico de *ansiedade relacionada à morte*; na verdade, ela possui aspectos positivos bastante opostos a ele!

Tabela 6.1 O caso da Sra. E: uma comparação entre domínios, classes,

definições, características definidoras e fatores relacionados identificados

Domínio, classe e diagnóstico	Definição	Características definidoras	Fatores relacionados
Domínio 12. Conforto Classe 1. Conforto físico Dor aguda (00132)	Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.	• Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada • Alteração no apetite • Autorrelato das características da dor, usando instrumento padronizado de dor	• Agente físico lesivo
Domínio 2. Nutrição Classe 1. Ingestão Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002)	Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.	• Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal • Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR) • Percepções incorretas	• Ingestão alimentar insuficiente
Domínio 2. Nutrição Classe 5. Hidratação Volume de líquidos deficiente (00027)	Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio.	• Alterações no turgor da pele • Membranas mucosas ressecadas • Pele ressecada • Perda súbita de peso	• Ingestão de líquidos insuficiente
Domínio 3. Eliminação e troca Classe 2. Função gastrointestinal Constipação (00011)	Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.	• Dor abdominal • Anorexia • Redução na frequência das fezes • Fadiga • Incapacidade de defecar	• Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo • Mudança ambiental recente • Desidratação

			• Alteração nos hábitos alimentares
Domínio 3. Eliminação e troca Classe 2. Função gastrointestinal Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)	Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal.	• Dor abdominal • Dificuldade para defecar	• Ansiedade • Desnutrição • Estilo de vida sedentário
Domínio 9. Enfrentamento/estresse Classe 2. Respostas de enfrentamento Pesar (00136)	Processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos emocionais, físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida a suas vidas diárias.	• Alteração no nível de atividade • Alteração no padrão de sono • Culpar • Encontrar sentido na perda • Manutenção da conexão com o falecido • Sofrimento psicológico	• (Nenhum)
Domínio 9. Enfrentamento/estresse Classe 1. Respostas pós-trauma Síndrome do estresse por mudança (00114)	Distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de transferência de um ambiente para outro.	• Estar só • Alteração no padrão de sono • Medo • Solidão	• Mudança de um ambiente para outro • Isolamento social
Domínio 9. Enfrentamento/estresse Classe 2. Respostas de enfrentamento Enfrentamento ineficaz (00069)	Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.	• Alteração no padrão de sono • Fadiga • Incapacidade de lidar com uma situação • Estratégias de enfrentamento ineficazes • Acesso insuficiente a apoio social • Comportamento voltado a metas insuficiente	• Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação • Sensação de controle insuficiente • Apoio social insuficiente
Domínio 9. Enfrentamento/estresse	Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor gerado por	• Medo de desenvolver	• (Nenhum)

Classe 2. Respostas de enfrentamento Ansiedade relacionada à morte (00147)	percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.	doença terminal • Medo de morte prematura • Sentimento de impotência	
Domínio 9. Enfrentamento/estresse Classe 2. Respostas de enfrentamento Disposição para resiliência melhorada (00212)	Padrão de capacidade de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode ser melhorado.	• Expressa desejo de aumentar a resiliência • Expressa desejo de aumentar a sensação de controle • Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias de enfrentamento	• (Nenhum)

6.5.3 Novos diagnósticos potenciais

É bastante possível, como no caso da Sra. E (► Fig. 6.4), que novos dados levem a novas informações e, em contrapartida, a novos diagnósticos. As mesmas perguntas usadas para eliminar diagnósticos potenciais devem ser utilizadas na análise desses novos diagnósticos.

6.5.4 Diferenciação entre diagnósticos similares

Para reduzir seus diagnósticos potenciais, é útil considerar aqueles que são similares, mas que apresentam algum aspecto diferenciado, o que faz com que um seja mais relevante para o paciente do que o outro. Vejamos novamente nossa paciente, a Sra. E. Após uma avaliação detalhada, o enfermeiro havia chegado a 10 diagnósticos potenciais; um deles foi eliminado, restando nove diagnósticos potenciais. Uma forma de começar o processo de diferenciação é verificar onde os diagnósticos se localizam na Taxonomia da NANDA-I. Isso lhe dá uma dica de como os diagnósticos estão agrupados em uma área mais ampla do conhecimento de enfermagem (domínio) e as subcategorias, ou grupo de diagnósticos com atributos similares (classe).

Após eliminar aquele diagnóstico para o qual a Sra. E não apresentou fatores relacionados, uma olhada rápida na ► Tabela 6.1 mostra que

enfermeiro está considerando o seguinte: dois diagnósticos no domínio Nutrição (*nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais e volume de líquidos deficiente*); dois no domínio Eliminação e troca (*constipação e motilidade gastrointestinal disfuncional*); quatro no domínio Enfrentamento/tolerância ao estresse (*pesar, síndrome do estresse por mudança, enfrentamento ineficaz e disposição para resiliência melhorada*) e um no domínio Conforto (*dor aguda*).

Quando analiso as informações do paciente, relacionando dois diagnósticos similares...

- Os diagnósticos compartilham um foco similar ou são diferentes?
- Se os diagnósticos compartilham um foco similar, um deles é mais focado/específico que o outro?
- Um diagnóstico conduz, potencialmente, a outro que identifiquei? Isto é, poderia ser o fator causador do outro diagnóstico?

Quando o enfermeiro considera o que sabe sobre a Sra. E, pode observar as respostas que identificou como diagnósticos potenciais à luz dessas perguntas. Sem dúvida, a Sra. E está desidratada; parece, porém, que a redução nutricional (*nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais*) e hídrica (*volume de líquidos deficiente*), bem como sua posterior *constipação* são, na verdade, consequências de suas respostas de *pesar e síndrome do estresse por mudança*, e não específicas de uma questão de falta de alimentos/líquidos, ou motilidade gastrointestinal (*motilidade gastrointestinal disfuncional*). Logo, embora o enfermeiro esteja preocupado com a ingestão alimentar e hídrica dessa paciente, tendo que tratar o sintoma de constipação, acredita que esses tópicos podem ser mais bem abordados em longo prazo, com o tratamento do *pesar e da síndrome do estresse por mudança* que, para o profissional, constituem causas subjacentes ao atual estado de saúde da Sra. E.

Depois de conversar com a Sra. E, o enfermeiro também acredita que usar o diagnóstico de promoção da saúde *disposição para resiliência melhorada* oferecerá o melhor apoio à paciente quanto à fixação de metas acerca da

condição alimentar e hídrica, atividade física e eliminação intestinal, ao mesmo tempo em que reforçará sua capacidade de voltar a controlar a própria vida e melhorar sua resiliência.

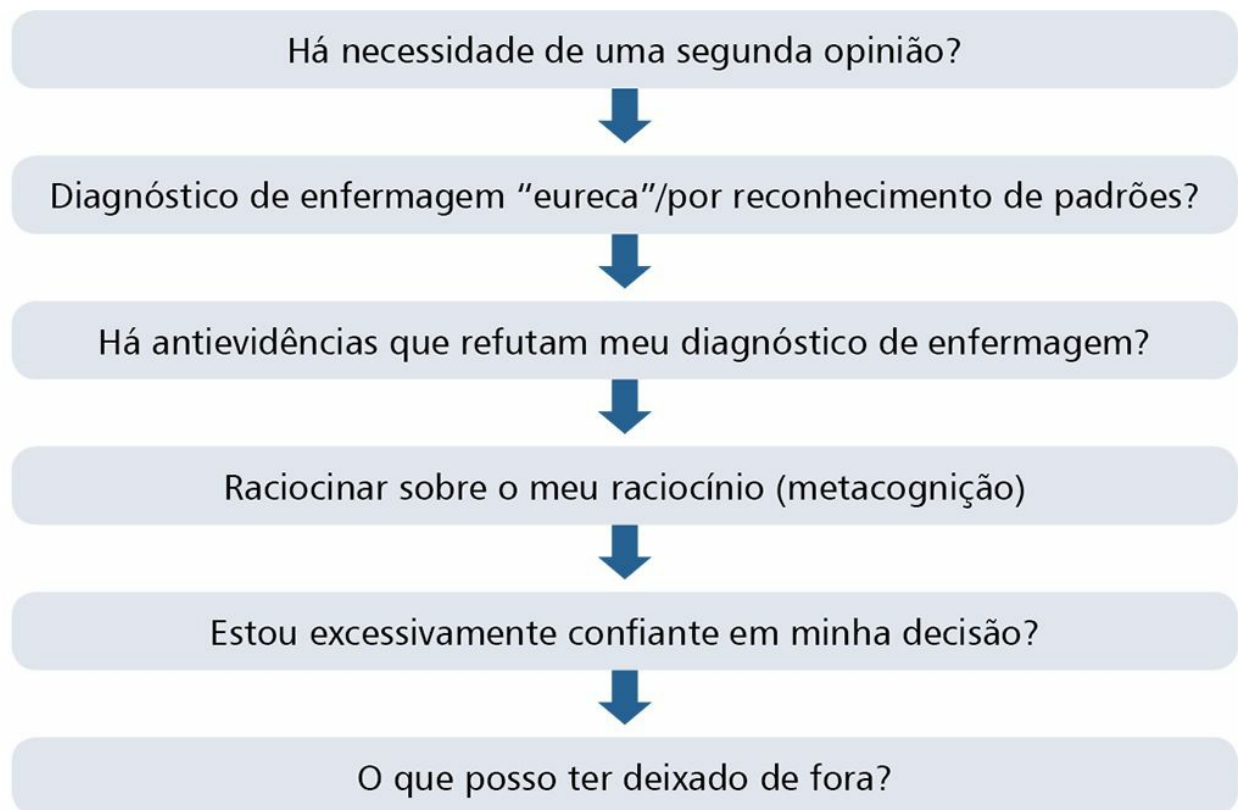
Quanto aos diagnósticos localizados no domínio enfrentamento/estresse, todos estão na mesma classe (respostas de enfrentamento), exceto a *síndrome do estresse por mudança* (respostas pós-trauma). Ainda que a Sra. E tenha fatores relacionados para *enfrentamento ineficaz*, o enfermeiro reconhece que ela expressou um desejo de melhorar a resiliência e sente que trabalhar sob uma perspectiva de promoção da saúde (*disposição para resiliência melhorada*) pode ser mais positivo para a paciente. Isso, acompanhado da crença antes mencionada de que a fixação de metas possa ser usada nesse diagnóstico de modo a tratar a questão da nutrição, dos líquidos e da constipação, pode tornar esse diagnóstico mais adequado à Sra. E.

A Sra. E está, sem dúvida, vivenciando o *pesar* pela perda do esposo, companheiro de quase 60 anos. Ainda que seja um processo normal, o enfermeiro está preocupado com o fato de a paciente não estar atendendo às próprias necessidades básicas. Ele sente ser imperativo que a Sra. E admita seu pesar, trabalhando com ele essa resposta. Esse pode ser um diagnóstico mais crítico, já que a Sra. E está lidando também com *síndrome do estresse por mudança* após passar a residir em uma instituição para idosos independentes.

Finalmente, é importante controlar a *dor aguda* sentida pela paciente. Como uma das metas é tornar essa paciente mais ativa de modo a apoiar a eliminação intestinal normal e auxiliar seu bem-estar geral, é importante aumentar seu conforto para que a dor não a proíba de aumentar seu nível de atividade.

Uma ferramenta de raciocínio (► Fig. 6.5) usada por nossos colegas da medicina pode ser útil como revisão, antes da determinação de seu(s) diagnóstico(s) final(is); no inglês, essa ferramenta é um acrônimo, que não se reflete na tradução (SEA TOW; Rencic, 2011). Essa ferramenta pode ser facilmente adaptada também para os diagnósticos de enfermagem.

Figura 6.5 Ferramenta de raciocínio para a tomada de decisão diagnóstica. (Adaptada de Rencic, 2011.)



É sempre útil pedir a um colega ou especialista uma *segunda opinião* se você está inseguro quanto ao diagnóstico adequado. O diagnóstico que você está analisando é consequência de um momento "eureka"? Você reconheceu um *padrão* nos dados coletados e na entrevista com o paciente? Confirmou esse padrão, analisando os indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados)? Coletou *antievidências*: dados que parecem refutar esse diagnóstico? É capaz de justificar o diagnóstico mesmo com esses dados, ou eles sugerem que você deve fazer uma análise mais detalhada? *Raciocine sobre o seu raciocínio*: foi lógico, racional, baseado em seus conhecimentos da ciência da enfermagem e na resposta humana que está diagnosticando? Você precisa de mais informações sobre a resposta antes de estar pronto para sua confirmação? Está *excessivamente confiante*? Isso pode acontecer se você está acostumado com pacientes que apresentam determinados diagnósticos; assim, você "salta" para um diagnóstico em lugar de, na verdade, aplicar habilidades de raciocínio clínico. Finalmente, *o que pode ter deixado de fora*? Há outros dados que você precisa coletar ou revisar para validar, confirmar ou descartar um diagnóstico de enfermagem

potencial? O uso dessa ferramenta pode ajudar na validação de seu processo de raciocínio clínico e aumentar a probabilidade de um diagnóstico preciso.

6.5.5 Priorização de diagnósticos

A última etapa é determinar o(s) diagnóstico(s) que irá(ão) orientar a intervenção para o paciente. Após a análise de tudo que o enfermeiro aprendeu sobre sua paciente, a Sra. E, o profissional pode ter determinado quatro diagnósticos-chave:

- Dor aguda (00132)
- Pesar (00136)
- Síndrome do estresse por mudança (00114)
- Disposição para resiliência melhorada (00212)

Lembre-se de que o processo de enfermagem, que inclui uma reavaliação do diagnóstico, é um processo contínuo e, à medida que mais dados se tornam disponíveis ou as condições do paciente são alteradas, o(s) diagnóstico(s) pode(m) também mudar – ou a prioridade pode ser alterada. Repense, por um momento, sobre a avaliação de triagem feita pelo enfermeiro a respeito da Sra. E. Você percebe que, sem mais acompanhamento, o profissional teria deixado de ver o importantíssimo diagnóstico de *pesar* e de *síndrome do estresse por mudança*, além de uma oportunidade de promoção da saúde para a paciente (*disposição para resiliência melhorada*), e poderia ter elaborado um plano que tratasse aspectos que não teriam solucionado as questões subjacentes da paciente?

Você consegue entender por que a ideia de apenas “escolher” um diagnóstico de enfermagem para acompanhar o diagnóstico médico não é a forma correta de agir? A avaliação contínua e detalhada da paciente proporcionou muito mais informações que podem ser usadas para determinar não somente os diagnósticos apropriados, mas resultados e intervenções realistas que atenderão melhor às necessidades individuais da Sra. E.

6.6 Resumo

A avaliação tem papel fundamental na enfermagem profissional e exige uma compreensão dos conceitos de enfermagem, com base nos quais são elaborados os diagnósticos. Coletar dados com a única finalidade de completar as lacunas de um formulário obrigatório ou uma tela de computador é perda de tempo e, com certeza, não oferece o atendimento de suporte individualizado aos pacientes. Uma coleta de dados que visa à identificação de informações essenciais, com análise dos diagnósticos de enfermagem, que leva a uma avaliação detalhada para validar e priorizar diagnósticos: este é o marco principal da enfermagem profissional.

Assim, ainda que possa parecer simples, padronizar diagnósticos sem uma avaliação pode e costuma gerar diagnósticos imprecisos, resultados inadequados e intervenções ineficazes e/ou desnecessárias para diagnósticos irrelevantes para o paciente – e pode fazer com que o enfermeiro não perceba o diagnóstico de enfermagem mais importante para o seu paciente!

6.7 Referências

- Banning M. Clinical reasoning and its application to nursing: concepts and research studies. *Nurse Educ Pract.* 2008; 8(3):177–183
- Bellinger G, Castro D, Mills A. *Date, Information, Knowledge, and Wisdom*. Available at: otec.uoregon.edu/data-wisdom.htm. Accessed February 27, 2017.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987; 36(4):205–210
- Cambridge University Press. *Cambridge Dictionary On-Line*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2017. Available at: <http://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/subjective>
- Centers for Disease Control & Prevention. About adult BMI. 2015. Available at: http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi
- Gordon M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1994
- Gordon M. *Assess Notes: Nursing Assessment and Diagnostic Reasoning*. Philadelphia PA: FA Davis; 2008
- Herdman, T.H. Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX CONGRESO FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico
- Koharchik L, Caputi L, Robb M, Culleton AL. Fostering clinical reasoning in nursing: how can instructors in practice settings impart this essential skill?. *Am J Nurs.* 2015; 115(1):58–61
- Merriam-Webster.com. *Subjective*. Merriam-Webster; n.d. Available at: www.merriam-webster.com/dictionary/subjective
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ.* 1997; 315(7115):1049–1053
- Rencic J. Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Med Teach.* 2011; 33 (11):887–892
- Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2010; 66(5):1151–1158
- Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ.* 2006; 45(6):204–211
- Young AM, Kidston S, Banks MD, Mudge AM, Isenring EA. Malnutrition screening tools: comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients. *Nutrition.* 2013; 29(1):101–106
- Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, Posternak MA. A clinically useful depression outcome scale. *Compr Psychiatry.* 2008; 49(2):131–140

[*nurse practitioner*] N. de R.T. O enfermeiro clínico pode, em alguns estados dos EUA, solicitar e interpretar exames diagnósticos, prescrever medicamentos e realizar alguns procedimentos. Essa categoria não existe no Brasil.

7 Introdução à Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA International

T. Heather Herdman

7.1 Introdução

A NANDA International, Inc., oferece uma *terminologia* padronizada de diagnósticos de enfermagem e apresenta todos em um esquema classificatório, mais especificamente uma *taxonomia*. É importante compreender um pouco sobre uma taxonomia, e como ela difere de uma terminologia. Vamos, então, discutir sobre o que uma taxonomia realmente representa.

Uma *terminologia* é um sistema de termos especializados, ao passo que uma *taxonomia* é uma técnica usada para criar um sistema com que classificar esses termos.

Em relação à enfermagem, a *terminologia* dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I inclui os termos definidos (títulos) usados para descrever julgamentos clínicos feitos por enfermeiros profissionais: os próprios diagnósticos. Uma definição da *Taxonomia* da NANDA-I poderia ser “uma ordenação sistemática de fenômenos/julgamentos clínicos, que define os conhecimentos da disciplina de enfermagem”. De forma mais simplificada, a Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um esquema classificatório para nos auxiliar a organizar os conceitos que dizem respeito (julgamentos de enfermagem ou diagnósticos de enfermagem) à prática de enfermagem.

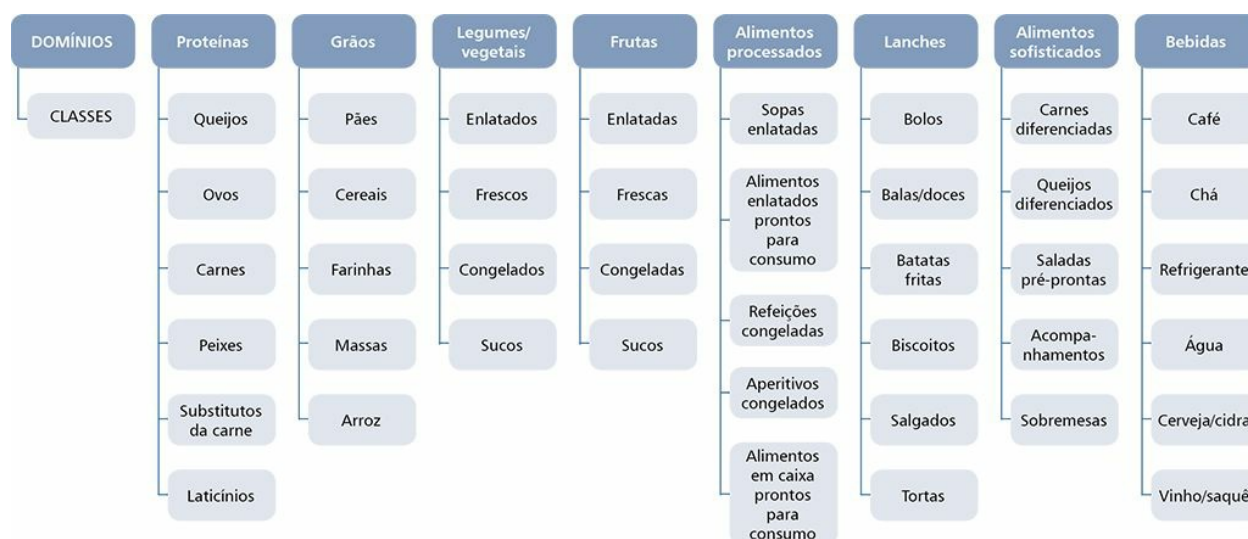
Uma *taxonomia* é uma forma de classificar ou ordenar coisas em categorias; é um esquema de classificação hierárquica de grupos principais, subgrupos e itens. Pode-se comparar uma *taxonomia* a um gaveteiro para arquivo – em uma gaveta (domínio) você pode guardar todas as informações que possui em relação às suas contas/dívidas. Nessa gaveta, podem ser guardadas pastas individualizadas (classes) para tipos diferentes de contas/dívidas: relativas à casa, ao automóvel, aos atendimentos de saúde, aos cuidados dos filhos, dos animais, etc. Em cada uma das pastas (classe), você teria contas individualizadas, representativas de cada tipo de dívida (diagnósticos de enfermagem). A atual taxonomia biológica teve origem com Carl Linnaeus, em 1735. Ele, originalmente, identificou três reinos (animal, vegetal e mineral), que foram depois divididos em classes, ordens, famílias, gêneros e espécies (Quammen, 2007). É bem possível que você tenha

aprendido a taxonomia biológica revisada em uma aula de ciência básica no ensino médio ou na universidade.

Uma *terminologia*, por outro lado, é uma linguagem usada para descrever algo específico; é a linguagem empregada em determinada disciplina para a descrição de seus conhecimentos. Logo, os diagnósticos de enfermagem formam uma linguagem específica de uma disciplina. Quando, então, queremos falar sobre os próprios diagnósticos, estamos falando sobre a *terminologia* do conhecimento de enfermagem. Se queremos falar sobre a forma como estruturamos ou categorizamos os diagnósticos da NANDA-I, estamos falando sobre a *Taxonomia*.

Pensemos na taxonomia relacionada com algo com que todos temos que lidar no cotidiano. Quando você precisa comprar comida, vai ao mercado. Suponhamos que haja um novo mercado em seu bairro, chamado *Mercado Categorizado, Ltda.* Você decide ir a esse local para fazer as compras. Entrando no mercado, nota que a disposição dos itens parece bastante diferente da organização com que está acostumado, mas a pessoa que o cumprimenta à entrada do estabelecimento lhe entrega um diagrama que ajuda a saber onde cada item está localizado (► Fig. 7.1).

Figura 7.1 Domínios e classes do *Mercado Categorizado, Ltda.*



Como você pode ver, o mercado organizou os itens em oito categorias principais, ou corredores de itens: proteínas, grãos, legumes/vegetais, frutas,

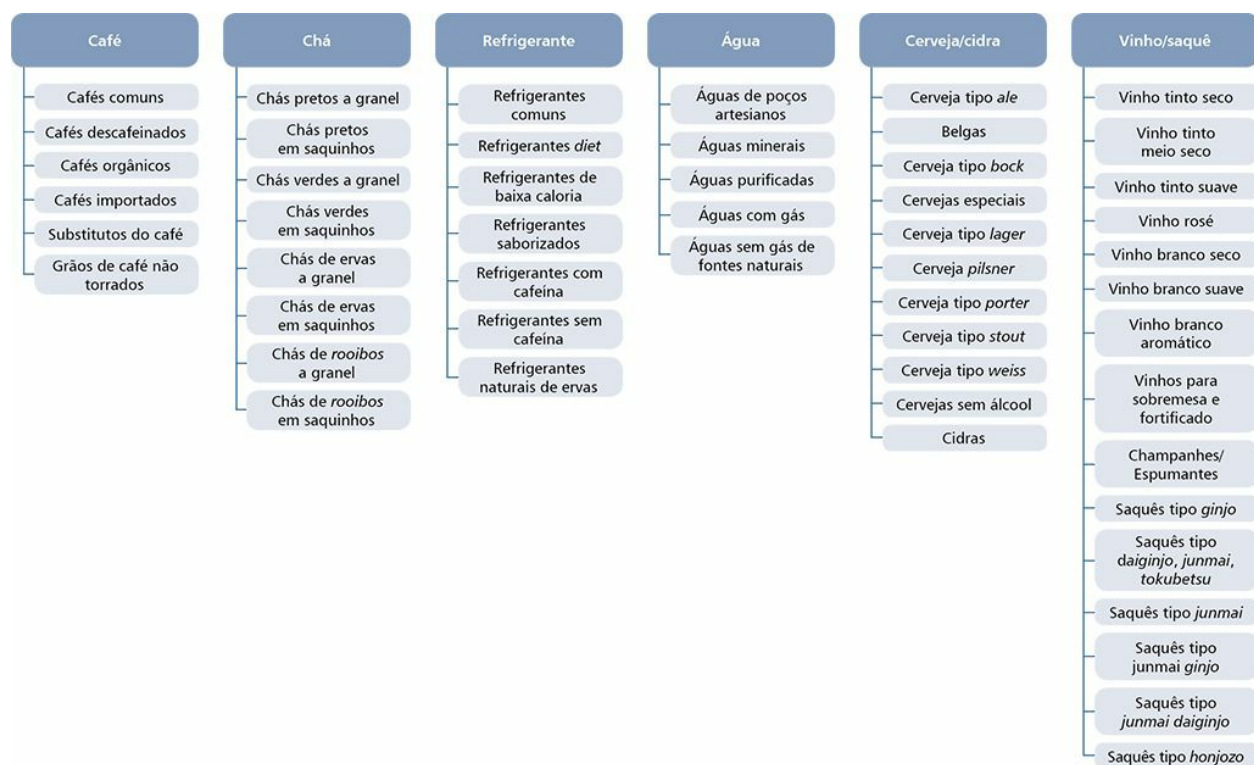
alimentos processados, lanches, alimentos sofisticados e bebidas. Essas categorias/corredores podem também ser chamados de “domínios” – são os níveis mais abrangentes de classificação, que dividem os fenômenos em grupos principais. Nesse caso, os fenômenos representam “itens alimentares”.

Você também pode observar que o diagrama não mostra apenas os oito corredores; cada um possui algumas expressões-chave que ajudam ainda mais o consumidor a compreender os tipos de alimentos encontrados em cada corredor. Por exemplo, o corredor (domínio) com o título “bebidas” mostra seis subcategorias: “café”, “chá”, “refrigerante”, “água”, “cerveja/cidra” e “vinho/saquê.” Outra maneira de dizer isso seria que essas subcategorias são “classes” de produtos encontrados no “domínio” das bebidas.

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

Voltando à análise do diagrama de nosso mercado, há mais informações a serem acrescentadas (► Fig. 7.2). Cada um dos corredores com alimentos está mais bem explicado, com informações mais detalhadas sobre os itens encontrados nos vários corredores. Por exemplo, a ► Figura 7.2 mostra as informações detalhadas encontradas no corredor das “bebidas”. Você perceberá as seis “classes” junto de cada detalhe adicional para cada uma delas. Essas representam vários tipos (ou conceitos) de bebidas, todos partilhando propriedades similares que os agrupam em um mesmo conjunto.

Figura 7.2 Classes e tipos (conceitos) de bebidas do *Mercado Categorizado, Ltda.*



Com as informações recebidas, encontramos facilmente os itens da lista de compras. Se quisermos encontrar algum refrigerante com cafeína, rapidamente conseguimos encontrar o corredor marcado como “bebidas”, a prateleira marcada como “refrigerante”, e conseguimos confirmar que os com cafeína encontram-se ali. Da mesma forma, se quisermos chás verdes a granel, procuramos o corredor das “bebidas”, achamos a prateleira marcada com a palavra “Chá” e encontramos depois “Chás verdes a granel”.

A finalidade dessa taxonomia de itens alimentares é, então, ajudar os consumidores a determinarem rapidamente a seção do mercado com os elementos nutricionais que desejam adquirir. Sem isso, as pessoas teriam que andar muito pelos corredores e tentar entender que produtos estão em que corredor – dependendo do tamanho do supermercado, isso poderia ser uma experiência bastante frustrante e confusa! Assim, o diagrama oferecido pelos funcionários mostra um “mapa conceitual”, ou um guia para compradores entenderem rapidamente de que forma os itens alimentares foram classificados em locais no mercado, procurando melhorar a experiência de consumo.

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

Esse exemplo de uma taxonomia de itens alimentares pode não atingir a meta de evitar sobreposição entre conceitos e classes de uma maneira lógica a todos os consumidores. Por exemplo, o suco de tomates está no domínio *legumes/vegetais* (sucos de legumes/vegetais), mas *não* no domínio *bebidas*. Embora um grupo de pessoas possa achar essa categorização lógica e clara, outras podem sugerir que todas as bebidas sejam colocadas juntas. O que importa é a distinção bem definida entre os domínios; isto é, que todos os legumes/vegetais e os produtos como eles sejam encontrados no domínio dos legumes/vegetais, ao passo que o domínio das bebidas contenha bebidas que não tenham esses elementos como base. O problema com essa distinção é que pode ser que alguém defenda que vinhos e outras bebidas (como as cidras) tenham que estar no corredor das frutas e as cervejas e os saquês, no de grãos!

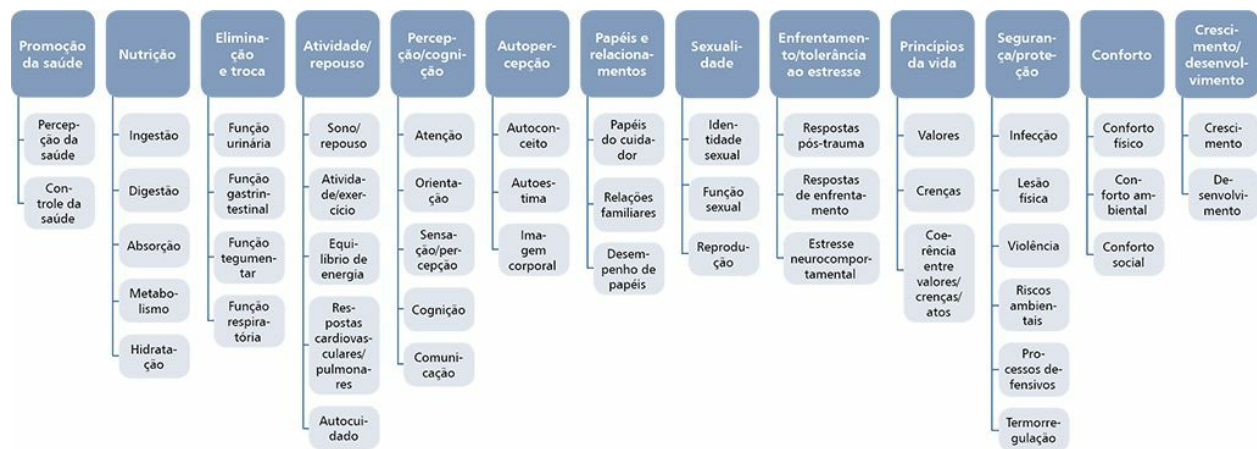
As taxonomias são uma tarefa contínua: elas continuam a aumentar, evoluir e até mesmo mudar de forma impactante à medida que mais conhecimentos sobre a área de estudos sejam desenvolvidos. Costuma ocorrer muita discussão sobre que estrutura é melhor para categorizar fenômenos de interesse para disciplinas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

7.2 Classificação na enfermagem

As profissões organizam seu conhecimento formal em dimensões consistentes, conceituais e lógicas para que elas reflitam o seu domínio profissional, tornando-o relevante para a prática clínica. Para os profissionais da saúde, conhecer os diagnósticos é uma parte importante dos conhecimentos profissionais e é essencial à prática clínica. O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem deve, assim, ser organizado de modo a legitimar a prática profissional e consolidar a jurisdição dessa profissão (Abbott, 1988).

Na Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, usamos um gráfico hierárquico para mostrar nossos domínios e classes (► Fig. 7.3). Os diagnósticos em si não estão descritos nesse gráfico, embora pudessem estar. A razão principal da não inclusão é a existência de 244 diagnósticos, o que deixaria o gráfico bastante grande – e de difícil leitura!

Figura 7.3 Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.



Uma classificação é um modo de compreender a realidade, dando nomes a itens, objetos e fenômenos e ordenando-os em categorias (von Krogh, 2011). Nos cuidados de saúde, sistemas de classificação denotam conhecimentos de disciplinas e demonstram como determinado grupo de profissionais percebe as áreas importantes de conhecimento da disciplina. Portanto, um sistema de classificação no atendimento de saúde tem múltiplas funções, inclusive

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

Na enfermagem, é de maior importância que os diagnósticos sejam classificados de modo a ter sentido clínico; assim, quando um enfermeiro está tentando identificar um diagnóstico que não costuma encontrar na prática, consegue, de modo lógico, usar a taxonomia para encontrar informações adequadas sobre possíveis diagnósticos relacionados. Embora a Taxonomia II da NANDA-I (► Fig. 7.3) *não* pretenda funcionar como uma estrutura para avaliação do paciente, ela constitui uma estrutura de classificação dos diagnósticos de enfermagem em domínios e classes, cada um definido com clareza.

Na ► Figura 7.4, damos um exemplo do que aconteceria se incluíssemos os diagnósticos de enfermagem na representação gráfica da Taxonomia. Apenas um dos domínios é mostrado, com suas classes e diagnósticos de enfermagem e, como você pode ver, há muita informação a ser representada num gráfico.

Figura 7.4 Domínio 2 da NANDA-I, *Nutrição*, com as classes e os diagnósticos de enfermagem.

Domínio 2: Nutrição

1. Ingestão

Produção insuficiente de leite materno

Amamentação ineficaz

Amamentação interrompida

Disposição para amamentação melhorada

Deglutição prejudicada

Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente

Dinâmica alimentar ineficaz da criança

Dinâmica de alimentação ineficaz do lactente

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Disposição para nutrição melhorada

Obesidade

Sobrepeso

Risco de sobrepeso

2. Digestão

3. Absorção

4. Metabolismo

Risco de função hepática prejudicada

Risco de glicemia instável

Hiperbilirrubinemia neonatal

Risco de hiperbilirrubinemia neonatal

Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

5. Hidratação

Risco de desequilíbrio eletrolítico

Volume de líquidos deficiente

Risco de volume de líquidos deficiente

Volume de líquidos excessivo

Risco de volume de líquidos desequilibrado

Os conhecimentos de enfermagem incluem respostas, riscos e aspectos positivos individuais, familiares, grupais e comunitários. A taxonomia da NANDA-I pretende funcionar das seguintes maneiras:

- fornecer um modelo, ou mapa cognitivo, do conhecimento da disciplina de enfermagem;
- comunicar esse conhecimento, seus aspectos e teorias;
- oferecer estrutura e ordem para esses conhecimentos;
- funcionar como um instrumento de apoio ao raciocínio clínico;
- oferecer uma maneira de organizar os diagnósticos de enfermagem em um prontuário eletrônico (adaptado de von Krogh, 2011).

7.3 Como usar a Taxonomia da NANDA-I

Ainda que a Taxonomia ofereça uma forma de categorizar fenômenos da enfermagem, ela pode ter outras funções. É capaz de auxiliar professores universitários a elaborarem um currículo de enfermagem, por exemplo, e auxiliar um enfermeiro a identificar um diagnóstico que ele possivelmente não utilize com frequência, embora possa necessitar para determinado paciente. Vejamos as duas situações.

7.4 Estruturando currículos de enfermagem

Embora a Taxonomia de enfermagem da NANDA-I não pretenda ser uma estrutura de avaliação de enfermagem (instrumento de coleta de dados), ela é capaz de dar suporte à organização de disciplinas de graduação. Por exemplo, currículos podem ser elaborados em torno de domínios e classes, possibilitando que as disciplinas sejam ensinadas com base nos conceitos essenciais da prática da enfermagem, categorizados em cada um dos domínios da NANDA-I.

Uma disciplina pode ser organizada em torno do domínio Nutrição (► Fig. 7.4) com unidades fundamentadas em cada uma das classes. Na Unidade 1, o foco pode estar na ingestão, e o conceito de nutrição equilibrada seria investigado em profundidade. O que é? Como impacta a saúde individual e familiar? Quais são alguns problemas comuns relacionados à nutrição com que se deparam nossos pacientes? Em que tipos de pacientes mais provavelmente identificaremos essas condições? Quais são as etiologias primárias? Quais são as consequências se essas condições não são diagnosticadas e/ou tratadas? Como podemos prevenir, tratar e/ou melhorar essas condições? Como podemos controlar os sintomas?

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

A elaboração de disciplinas de enfermagem nesses moldes possibilita aos alunos muita aprendizagem sobre os conhecimentos da enfermagem. Padrão de alimentação, dinâmica alimentar, amamentação, nutrição equilibrada e deglutição eficaz são alguns conceitos-chave do Domínio 2, Nutrição (► Fig. 7.4) – são os “estados neutros” que temos que compreender antes de sermos capazes de identificar problemas potenciais ou reais nessas respostas.

O entendimento de *nutrição equilibrada*, por exemplo, como um conceito essencial de prática da enfermagem exige a compreensão sólida de anatomia, fisiologia e fisiopatologia (inclusive diagnósticos médicos relacionados), bem como de respostas de outros domínios que possam coincidir com problemas na nutrição equilibrada. Quando você realmente entende o conceito de

nutrição equilibrada (o estado “normal” ou neutro), a identificação do estado anormal fica mais fácil, porque você sabe o que deve encontrar quando a nutrição está equilibrada; se os dados forem diferentes, você começa a suspeitar da existência de algum problema (ou do risco de surgimento de algum problema). Assim, elaborar disciplinas de enfermagem em torno desses conceitos essenciais possibilita aos professores universitários focar no conhecimento disciplinar da enfermagem (ciência) e, então, incorporar diagnósticos médicos relacionados e/ou preocupações interdisciplinares, de modo que os enfermeiros consigam se concentrar primeiro nos fenômenos da enfermagem para, então, levarem seus conhecimentos específicos para uma visão interdisciplinar do paciente, melhorando o cuidado do paciente. Isso nos leva ao estudo de conteúdos que usam resultados mais realistas ao paciente e intervenções baseadas em evidências que serão utilizadas pelos enfermeiros (intervenções de enfermagem dependentes e independentes) para oferecer o melhor cuidado possível ao paciente, de modo que ele alcance os resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis.

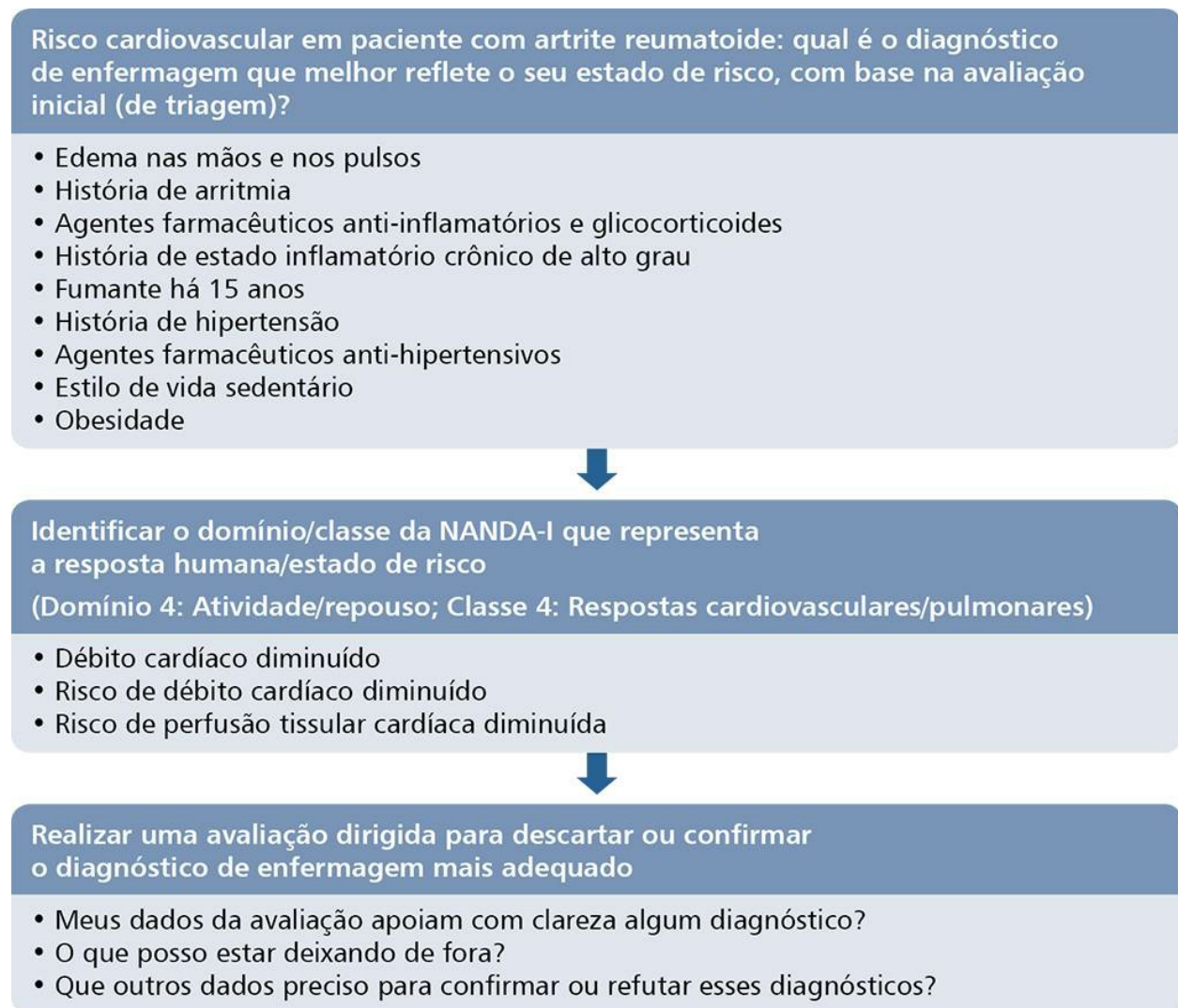
7.5 Identificando um diagnóstico de enfermagem fora da área de *expertise*

Os enfermeiros adquirem *expertise* em diagnósticos de enfermagem que encontram com maior frequência na prática clínica. Se sua área de interesse é a prática da enfermagem cardiovascular, sua *expertise* pode incluir conceitos-chave como *tolerância à atividade*, *padrão respiratório* e *débito cardíaco*, entre outros. Mas você cuidará de pacientes que, apesar de estarem sob seus cuidados principalmente devido a um evento cardíaco, também terão outros problemas que necessitam da sua atenção. A Taxonomia da NANDA-I pode ser útil na identificação dos diagnósticos potenciais para esses pacientes e no apoio a suas habilidades de raciocínio clínico, esclarecendo quais dados/indicadores diagnósticos são necessários na avaliação para a identificação rápida e precisa dos diagnósticos de seus pacientes.

Vamos supor que, ao admitir uma paciente com 45 anos de idade para reparo de uma hérnia inguinal, você descubra que ela tenha artrite reumatoide (AR) significativa e vários fatores de risco cardíacos. A paciente informa que a dor costuma se situar entre 5 e 6 em uma escala de 10 pontos, e que ela a classifica em 6 hoje; apresenta nódulos reumatoides e edema bastante evidentes nas mãos e nos pulsos. É fumante, descreve o nível de atividade física como mínimo e seu índice de massa corporal (IMC) é 27,6. Ela tem história de hipertensão e arritmia, embora hoje a pressão arterial pareça bem controlada por anti-hipertensivos, e você detecta ausência de arritmia.

Como você não tem muita experiência com pacientes com AR, decide revisar as implicações da AR no risco cardiovascular e constata que são preocupantes; pacientes com AR têm risco aumentado de morbidade e mortalidade cardiovascular em comparação com os demais. Analisando as pesquisas, percebe que a carga inflamatória e a cardiotoxicidade relacionada à medicação antirreumática são colaboradores importantes de risco cardiovascular. Você quer registrar o risco da paciente, mas não tem certeza do diagnóstico de enfermagem mais adequado para esta situação. Examinando a Taxonomia, rapidamente consegue formar um “mapa cognitivo” que pode ser útil para encontrar mais informações sobre diagnósticos relevantes para essa paciente (► Fig. 7.5).

Figura 7.5 Uso da Taxonomia da NANDA-I para identificar e validar um diagnóstico de enfermagem fora da sua *expertise*.



Você se preocupa com uma resposta cardiovascular, e uma revisão rápida da Taxonomia leva-o ao Domínio 4 (atividade/repouso), Classe 4 (respostas cardiovasculares/pulmonares). Você percebe que há três diagnósticos especificamente relacionados a respostas cardiovasculares e consegue revisar analiticamente as definições, as etiologias e os indicadores diagnósticos para esclarecer o diagnóstico mais apropriado para essa paciente. O uso da Taxonomia dessa forma dá suporte ao raciocínio clínico, bem como o auxilia a se orientar dentro de um grande volume de informações/conhecimentos (244 diagnósticos!) de modo eficiente e eficaz. Uma revisão dos fatores de

risco ou relacionados e das características definidoras desses três diagnósticos é capaz de: (1) oferecer-lhe dados adicionais necessários para tomar uma decisão informada e/ou (2) permitir-lhe comparar sua avaliação com aqueles indicadores diagnósticos para diagnosticar seu paciente com precisão.

Pense em um paciente recente – foi difícil diagnosticar sua resposta humana? Foi difícil saber como identificar diagnósticos potenciais? A Taxonomia pode lhe dar suporte na identificação de possíveis diagnósticos devido ao modo de agrupamento dos diagnósticos em classes e domínios representativos de áreas específicas do conhecimento. Não se esqueça, todavia, de que ***apenas olhar o título do diagnóstico e “escolher um deles” não representa uma prática segura*** ! Você precisa revisar a definição e os indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados ou de risco) para cada diagnóstico potencial, o que irá lhe auxiliar a identificar que outros dados deverão ser coletados, ou se há dados suficientes para diagnosticar com exatidão a resposta humana do paciente.

Revisemos o estudo de caso do Sr. S para compreender como você pode usar a Taxonomia como suporte para a identificação de diagnósticos potenciais.

Estudo de caso: Sr. S

Suponhamos que seu paciente, o Sr. S, viúvo, com 87 anos de idade, apresenta queixas de dor severa e excruciante na área direita do quadril. O paciente mora em instituição de assistência a idosos há dois anos, desde a morte da esposa, e os funcionários do local perceberam que ele é muito agitado, evidenciando sinais de dor severa sempre que eles tentam ajudá-lo a andar. Ele foi avaliado para excluir a possibilidade de fratura ou necessidade de reconstrução de quadril. Os funcionários percebem que o paciente já fez reposição do outro quadril há três anos, em razão de osteoporose. Aparentemente, a cirurgia teve sucesso.

O Sr. S não evidencia edema ou hematoma perceptível na área do quadril direito, embora se queixe de dor quando a área é palpada. Apresenta bons pulsos periféricos bilaterais nas extremidades inferiores e um tempo de preenchimento capilar de 4 segundos nessas extremidades. Sua história médica inclui acidente vascular encefálico aos 80 anos de idade. Conforme prontuários médicos desse paciente, ele apresentou

paralisia inicial no lado direito e perdeu toda a função da fala. Recebeu, por via endovenosa, alteplase r-tPA, um ativador tissular plasminogênico (TPA), tendo recuperado totalmente a mobilidade e a fala. Ficou em um centro de reabilitação como paciente interno durante 26 dias, fez terapia da fala, ocupacional e física, e cuidou-se com independência após receber alta para casa. Apresenta doença arterial coronariana moderada, mas nenhuma história médica importante além disso. De acordo com o funcionário que o acompanha, o Sr. S estava ativo até poucas semanas atrás quando começou a se queixar de dor. Gostava muito de dança de salão, fazia exercícios regulares na instituição e era visto com frequência caminhando no entorno e conversando com as pessoas, ou passeando pelo parque da instituição quando o tempo estava bom. O funcionário indicou também que, recentemente, o Sr. S ficou menos sociável, não tendo participado de diferentes atividades que ele normalmente apreciaria. Informa ainda que outros funcionários atribuíram isso a seu nível de desconforto.

O que mais chama sua atenção a respeito do Sr. S, no entanto, é o aparente retraimento, a quase ausência de troca de ideias e os raros contatos visuais. Mostra dificuldade para responder às perguntas, e o funcionário acompanhante costuma dar as respostas de imediato, impedindo que o paciente as dê por sua conta. Ainda que sua fala não pareça prejudicada, o paciente parece ter dificuldade de encontrar respostas mesmo a perguntas elementares, como idade ou ano da morte da esposa.

Após concluir sua avaliação e revisar a história do paciente, você acredita que ele pode estar com problemas relacionados à cognição, embora esta seja uma área da enfermagem em que você tem pouca experiência; há necessidade de uma análise dos diagnósticos potenciais. Já que você está considerando um problema cognitivo, examina a Taxonomia da NANDA-I para identificar a localização lógica desses diagnósticos. Identifica que o Domínio 5, Percepção/cognição, trata do sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação. Como você está analisando tópicos associados à cognição, acha que esse domínio terá diagnósticos relevantes para o paciente; rapidamente, você identifica a Classe 4, Cognição. Uma análise dessa classe leva à identificação de

três diagnósticos potenciais: confusão aguda, confusão crônica e memória prejudicada.

Perguntas que você deve fazer a si mesmo: que outras respostas humanas devo descartar ou levar em conta? Que outros sinais/sintomas ou etiologias devo procurar para confirmar esse diagnóstico?

Após revisão das definições e dos indicadores diagnósticos (fatores relacionados, características definidoras e fatores de risco), você diagnostica o Sr. S com *confusão crônica* (00129).

Alguns questionamentos finais devem incluir: estou deixando escapar alguma coisa? Estou diagnosticando sem evidências suficientes? Se você acredita que seu diagnóstico está correto, as perguntas passam a ser: que resultados posso, de forma realista, esperar alcançar com o Sr. S? Quais são as intervenções de enfermagem baseadas em evidências que devo levar em conta? Como avaliarei se foram eficazes ou não?

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

Em 1987, a NANDA-I publicou a Taxonomia I, estruturada de modo a refletir modelos teóricos de enfermagem da América do Norte. Em 2002, foi adotada a Taxonomia II, adaptada da estrutura de avaliação Padrões de Saúde Funcional, da Dra. Marjory Gordon. Essa estrutura de avaliação é, possivelmente, a mais usada no mundo. Ao longo dos últimos três anos, os membros da NANDA-I e usuários avaliaram a possibilidade de substituir a Taxonomia II por uma recomendação de uma Taxonomia III, desenvolvida pela Dra. Gunn von Krogh (discutida detalhadamente na 10ª edição deste livro). Em 2016, essa taxonomia foi levada aos membros da NANDA-I para a determinação de a organização manter ou não a Taxonomia II ou possivelmente passar para essa nova visão e adotar a Taxonomia III. Após reflexão, estudos e discussões, foi unânime a decisão dos membros em manter a Taxonomia II. Os trabalhos com a Taxonomia III podem continuar, com a possibilidade de ela voltar a ser reconsiderada pelos membros futuramente.

A ► Tabela 7.1 apresenta os domínios, classes e diagnósticos de enfermagem e como se localizam atualmente na Taxonomia II da NANDA-I.

Tabela 7.1 Domínios, classes e diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA-I

Código	Diagnóstico
Domínio 1. Promoção da saúde	Percepção de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função
Classe 1. Percepção da saúde	Reconhecimento de função normal e bem-estar
00097	Envolvimento em atividades de recreação diminuído
00168	Estilo de vida sedentário
00262	Disposição para letramento em saúde melhorado
Classe 2.	

Controle da saúde	Identificação, controle, desempenho e integração de atividades para manter a saúde e o bem-estar
00188	Comportamento de saúde propenso a risco
00078	Controle ineficaz da saúde
00162	Disposição para controle da saúde melhorado
00080	Controle da saúde familiar ineficaz
00099	Manutenção ineficaz da saúde
00043	Proteção ineficaz
00215	Saúde deficiente da comunidade
00257	Síndrome do idoso frágil
00231	Risco de síndrome do idoso frágil
Domínio 2. Nutrição	Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação dos tecidos e produção de energia
Classe 1. Ingestão	Levar alimentos ou nutrientes para dentro do organismo
00216	Produção insuficiente de leite materno ^a
00104	Amamentação ineficaz
00105	Amamentação interrompida
00106	Disposição para amamentação melhorada
00103	Deglutição prejudicada
00269	Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente
00270	Dinâmica alimentar ineficaz da criança
00271	Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente
00107	Padrão ineficaz de alimentação do lactente ^a
00002	Nutrição desequilibrada : menor do que as necessidades corporais
00163	Disposição para nutrição melhorada
00232	Obesidade
00233	Sobrepeso
00234	Risco de sobrepeso
Classe 2. Digestão	Atividades físicas e químicas que convertem alimentos em substâncias adequadas à absorção e à eliminação
Nenhum diagnóstico no momento.	

Classe 3. Absorção	Ato de absorver nutrientes pelos tecidos do organismo
Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 4. Metabolismo	Processos químicos e físicos que ocorrem nos organismos vivos e células para o desenvolvimento e o uso do protoplasma, a produção de resíduos e energia, com a liberação de energia para todos os processos vitais
00178	Risco de função hepática prejudicada
00179	Risco de glicemia instável
00194	Hiperbilirrubinemia neonatal
00230	Risco de hiperbilirrubinemia neonatal
00263	Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico
Classe 5. Hidratação	Ingestão e absorção de líquidos e eletrólitos
00195	Risco de desequilíbrio eletrolítico
00027	Volume de líquidos deficiente
00028	Risco de volume de líquidos deficiente
00026	Volume de líquidos excessivo
00025	Risco de volume de líquidos desequilibrado
Domínio 3. Eliminação e troca	Secreção e excreção de produtos residuais do organismo
Classe 1. Função urinária	Processo de secreção, reabsorção e excreção de urina
00016	Eliminação urinária prejudicada
00017	Incontinência urinária de esforço
00019	Incontinência urinária de urgência
00022	Risco de incontinência urinária de urgência
00020	Incontinência urinária funcional
00176	Incontinência urinária por transbordamento
00018	Incontinência urinária reflexa
00023	Retenção urinária
Classe 2. Função gastrointestinal	Processo de absorção e excreção dos subprodutos da digestão
00011	Constipação

00015	Risco de constipação
00012	Constipação percebida
00235	Constipação funcional crônica
00236	Risco de constipação funcional crônica
00013	Diarreia
00014	Incontinência intestinal
00196	Motilidade gastrointestinal disfuncional
00197	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional
Classe 3. Função tegumentar	Processo de secreção e excreção pela pele
Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 4. Função respiratória	Processo de troca de gases e remoção dos subprodutos do metabolismo
00030	Troca de gases prejudicada
Domínio 4. Atividade/repouso	Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos
Classe 1. Sono/repouso	Descanso, repouso, sossego, relaxamento ou inatividade
00095	Insônia
00198	Distúrbio no padrão de sono
00096	Privação de sono
00165	Disposição para sono melhorado
Classe 2. Atividade/exercício	Movimento de partes do corpo (mobilidade), realização de tarefas ou ações, normalmente (embora nem sempre) contra resistência
00090	Capacidade de transferência prejudicada
00088	Deambulação prejudicada
00238	Levantar-se prejudicado
00089	Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada
00085	Mobilidade física prejudicada
00091	Mobilidade no leito prejudicada
00237	Sentar-se prejudicado
00040	Risco de síndrome do desuso
Classe 3.	Estado dinâmico de harmonia entre ingestão e gasto de recursos

Equilíbrio de energia	
00273	Campo de energia desequilibrado
00093	Fadiga
00154	Perambulação
Classe 4. Respostas cardiovasculares/pulmonares	Mecanismos cardiopulmonares que apoiam atividade/repouso
00029	Débito cardíaco diminuído
00240	Risco de débito cardíaco diminuído
00032	Padrão respiratório ineficaz
00200	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída
00201	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz
00204	Perfusão tissular periférica ineficaz
00228	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz
00267	Risco de pressão arterial instável
00034	Resposta disfuncional ao desmame ventilatório
00092	Intolerância à atividade
00094	Risco de Intolerância à atividade
00033	Ventilação espontânea prejudicada
Classe 5. Autocuidado	Capacidade de desempenhar atividades para cuidar do próprio corpo e das funções corporais
00102	Déficit no autocuidado para alimentação
00108	Déficit no autocuidado para banho
00110	Déficit no autocuidado para higiene íntima
00109	Déficit no autocuidado para vestir-se
00182	Disposição para melhora do autocuidado
00193	Autonegligência
00098	Manutenção do lar prejudicada
Domínio 5. Percepção/cognição	Sistema humano de processamento que inclui atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação
Classe 1. Atenção	Disposição mental para perceber ou observar
00123	Negligência unilateral

Classe 2. Orientação	Percepção de tempo, local e pessoa
Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 3. Sensação/percepção	Recebimento de informações pelos sentidos do tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia e a compreensão de dados sensoriais, resultando em atribuição de nomes, associação e/ou reconhecimento de padrões
Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 4. Cognição	Uso de memória, aprendizagem, raciocínio, solução de problemas, abstração, julgamento, <i>insight</i>, capacidade intelectual, cálculos e linguagem
00128	Confusão aguda
00173	Risco de confusão aguda
00129	Confusão crônica
00126	Conhecimento deficiente
00161	Disposição para conhecimento melhorado
00222	Controle de impulsos ineficaz
00251	Controle emocional lábil
00131	Memória prejudicada
Classe 5. Comunicação	Envio e recebimento de informações verbais e não verbais
00157	Disposição para comunicação melhorada
00051	Comunicação verbal prejudicada
Domínio 6. Autopercepção	Percepção de si mesmo
Classe 1. Autoconceito	Percepção(ões) do eu total
00167	Disposição para autoconceito melhorado
00174	Risco de dignidade humana comprometida
00124	Desesperança
00185	Disposição para esperança melhorada
00121	Distúrbio na identidade pessoal
00225	Risco de distúrbio na identidade pessoal
Classe 2. Autoestima	Avaliação do próprio valor, importância, capacidade e sucesso
00119	Baixa autoestima crônica

00224	Risco de baixa autoestima crônica
00120	Baixa autoestima situacional
00153	Risco de baixa autoestima situacional
Classe 3. Imagem corporal	Imagem mental do próprio corpo
00118	Distúrbio na imagem corporal
Domínio 7. Papéis e relacionamentos	Conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas, e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas
Classe 1. Papéis do cuidador	Padrões de comportamento socialmente esperados em pessoas que oferecem cuidados e que não são profissionais da saúde
00056	Paternidade ou maternidade prejudicada
00057	Risco de paternidade ou maternidade prejudicada
00164	Disposição para paternidade ou maternidade melhorada
00061	Tensão do papel de cuidador
00062	Risco de tensão do papel de cuidador
Classe 2. Relações familiares	Associações de pessoas relacionadas biologicamente ou por opção
00063	Processos familiares disfuncionais
00060	Processos familiares interrompidos
00159	Disposição para processos familiares melhorados
00058	Risco de vínculo prejudicado
Classe 3. Desempenho de papéis	Qualidade de funcionamento em padrões de comportamento socialmente esperados
00064	Conflito no papel de pai/mãe
00055	Desempenho de papel ineficaz
00052	Interação social prejudicada
00223	Relacionamento ineficaz
00229	Risco de relacionamento ineficaz
00207	Disposição para relacionamento melhorado
Domínio 8. Sexualidade	Identidade sexual, função sexual e reprodução
Classe 1. Identidade sexual	Estado de ser de uma pessoa específica em relação à sexualidade e/ou ao gênero

Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 2. Função sexual	Capacidade ou habilidade de participar de atividades sexuais
00059	Disfunção sexual
00065	Padrão de sexualidade ineficaz
Classe 3. Reprodução	Qualquer processo pelo qual seres humanos são produzidos
00209	Risco de binômio mãe-feto perturbado
00221	Processo perinatólógico ineficaz
00227	Risco de processo perinatólógico ineficaz
00208	Disposição para processo perinatólógico melhorado
Domínio 9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	Confronto com eventos/processos da vida
Classe 1. Respostas pós-trauma	Respostas que ocorrem após trauma físico ou psicológico
00114	Síndrome do estresse por mudança
00149	Risco de síndrome do estresse por mudança
00142	Síndrome do trauma de estupro
00141	Síndrome pós-trauma
00145	Risco de síndrome pós-trauma
00260	Risco de transição complicada na imigração
Classe 2. Respostas de enfrentamento	Processo de lidar com o estresse ambiental
00146	Ansiedade
00147	Ansiedade relacionada à morte
00071	Enfrentamento defensivo
00069	Enfrentamento ineficaz
00158	Disposição para enfrentamento melhorado
00074	Enfrentamento familiar comprometido
00073	Enfrentamento familiar incapacitado
00075	Disposição para enfrentamento familiar melhorado
00077	Enfrentamento ineficaz da comunidade

00076	Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade
00177	Sobrecarga de estresse
00148	Medo
00072	Negação ineficaz
00136	Pesar
00135	Pesar complicado
00172	Risco de pesar complicado
00199	Planejamento de atividade ineficaz
00226	Risco de planejamento de atividade ineficaz
00241	Regulação do humor prejudicada
00210	Resiliência prejudicada
00211	Risco de resiliência prejudicada
00212	Disposição para resiliência melhorada
00125	Sentimento de impotência
00152	Risco de sentimento de impotência
00187	Disposição para poder melhorado ^a
00137	Tristeza crônica
Classe 3. Estresse neurocomportamental	Respostas comportamentais que refletem a função nervosa e cerebral
00049	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
00116	Comportamento des organizado do lactente
00115	Risco de comportamento des organizado do lactente
00117	Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente
00009	Disreflexia autonômica
00010	Risco de disreflexia autonômica
00258	Síndrome de abstinência de substâncias aguda
00259	Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda
00264	Síndrome de abstinência neonatal
Domínio 10. Princípios da vida	Princípios que subjazem à conduta, ao pensamento e ao comportamento com relação a atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco

Classe 1. Valores	Identificação e classificação de modos preferidos de conduta ou estados finais
Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 2. Crenças	Opiniões, expectativas ou juízos sobre atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco
00068	Disposição para bem-estar espiritual melhorado
Classe 3. Coerência entre valores/crenças/atos	Correspondência ou equilíbrio alcançado entre valores, crenças e atos
00169	Religiosidade prejudicada
00170	Risco de religiosidade prejudicada
00171	Disposição para religiosidade melhorada
00066	Sufrimento espiritual
00067	Risco de sofrimento espiritual
00175	Sufrimento moral
00083	Conflito de decisão^a
00184	Disposição para tomada de decisão melhorada
00242	Tomada de decisão emancipada prejudicada
00244	Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada
00243	Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada
Domínio 11. Segurança/proteção	Estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e da ausência de perigos
Classe 1. Infecção	Respostas do hospedeiro após invasão de patógenos
00004	Risco de infecção
00266	Risco de infecção no sítio cirúrgico
Classe 2. Lesão física	Dano ou ferimento ao corpo
00039	Risco de aspiração
00261	Risco de boca seca
00205	Risco de choque
00048	Dentição prejudicada
00031	Desobstrução ineficaz das vias aéreas
00086	Risco de Disfunção neurovascular periférica

00045	Integridade da membrana mucosa oral prejudicada
00247	Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada
00046	Integridade da pele prejudicada
00047	Risco de integridade da pele prejudicada
00044	Integridade tissular prejudicada
00248	Risco de integridade tissular prejudicada
00035	Risco de lesão
00250	Risco de lesão do trato urinário
00245	Risco de lesão na córnea
00087	Risco de lesão por posicionamento perioperatório
00249	Risco de lesão por pressão
00220	Risco de lesão térmica
00156	Risco de morte súbita do lactente
00155	Risco de quedas
00100	Recuperação cirúrgica retardada
00246	Risco de recuperação cirúrgica retardada
00219	Risco de ressecamento ocular
00206	Risco de sangramento
00036	Risco de sufocação
00213	Risco de trauma vascular
00038	Risco de trauma físico
00268	Risco de tromboembolismo venoso
Classe 3. Violência	Uso de força ou poder excessivo para causar lesão ou abuso
00151	Automutilação
00139	Risco de automutilação
00272	Risco de mutilação genital feminina
00150	Risco de suicídio
00138	Risco de violência direcionada a outros
00140	Risco de violência direcionada a si mesmo
Classe 4.	Fontes de perigo no entorno

Riscos ambientais	
00181	Contaminação
00180	Risco de contaminação
00037	Risco de envenenamento
00265	Risco de lesão ocupacional
Classe 5. Processos defensivos	Processos pelos quais o eu protege-se do não eu
00218	Risco de reação adversa a meio de contraste iodado
00217	Risco de reação alérgica
00041	Reação alérgica ao látex
00042	Risco de reação alérgica ao látex
Classe 6. Termorregulação	Processo fisiológico de regulação de calor e energia no corpo com o objetivo de proteger o organismo
00007	Hipertermia
00006	Hipotermia
00253	Risco de hipotermia
00254	Risco de hipotermia perioperatória
00008	Termorregulação ineficaz
00274	Risco de termorregulação ineficaz
Domínio 12. Conforto	Sensação de bem-estar ou tranquilidade mental, física ou social
Classe 1. Conforto físico	Sensação de bem-estar ou tranquilidade e/ou estar livre de dor
00214	Conforto prejudicado
00183	Disposição para conforto melhorado
00132	Dor aguda
00133	Dor crônica
00255	Síndrome da dor crônica^a
00256	Dor no trabalho de parto
00134	Náusea
Classe 2. Conforto ambiental	Sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente

00214	Conforto prejudicado
00183	Disposição para conforto melhorado
Classe 3. Conforto social	Sensação de bem-estar ou tranquilidade com a própria situação social
00214	Conforto prejudicado
00183	Disposição para conforto melhorado
00053	Isolamento social
00054	Risco de solidão
Domínio 13. Crescimento/desenvolvimento	Aumentos das dimensões físicas adequados à idade, amadurecimento dos sistemas de órgãos e/ou progressão ao longo dos marcos do desenvolvimento
Classe 1. Crescimento	Aumento nas dimensões físicas ou amadurecimento dos sistemas de órgãos
Nenhum diagnóstico no momento.	
Classe 2. Desenvolvimento	Progressão ou regressão na sequência de marcos de vida reconhecidos
00112	Risco de desenvolvimento atrasado

^a Esses conceitos não estão em ordem alfabética para que diagnósticos relacionados sejam mantidos em uma sequência lógica.

7.7 Referências

Abbott A. *The Systems of Professions*. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 1988

Quammen D. A passion for order. *National Geographic Magazine*. 2007. Available at: ngm.nationalgeographic.com/print/2007/06/Linnaeus-name-giver/david-quammen-text (retrieved November 1, 2013)

Von Krogh G. *Taxonomy III Proposal*. NANDA International Latin American Symposium. Sao Paulo, Brazil. May, 2011

8 Especificações e definições na Taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA International

T. Heather Herdman

8.1 Estrutura da Taxonomia II

Uma taxonomia é definida como o “sistema de nomear e organizar coisas [...] em grupos que compartilham qualidades similares” (Cambridge Dictionary On-Line, 2017). Inclusos na Taxonomia, os domínios são “uma área de interesse ou uma área sob a qual alguém exerce controle”, e as classes são “um grupo [...] com uma estrutura similar” (Cambridge Dictionary On-Line, 2017).

Podemos adaptar a definição para uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem; nos preocupamos especificamente com a classificação ordenada de focos dos diagnósticos que são do interesse da enfermagem, de acordo com suas supostas relações naturais. A Taxonomia II tem três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A ► Figura 7.3 mostra a organização de domínios e classes na Taxonomia II; a ► Tabela 7.1 mostra a Taxonomia II com seus 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos atuais.

A estrutura de códigos da Taxonomia II utiliza números inteiros de 32 bits (ou, se a base de dados do usuário utilizar outra notação, a estrutura é um código com cinco dígitos). Essa estrutura dá estabilidade e possibilita o crescimento e o desenvolvimento da estrutura de classificação, evitando a necessidade de mudança nos códigos quando há adição de novos diagnósticos, aperfeiçoamentos e revisões. Diagnósticos recentemente aprovados recebem códigos novos.

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

A terminologia da NANDA-I é uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) da American Nurses Association (ANA) (Lundberg et al., 2008). O benefício de uma linguagem de enfermagem reconhecida é a indicação de que o sistema de classificação é aceito como uma prática de apoio à enfermagem ao proporcionar uma terminologia de utilidade clínica. A terminologia também está registrada no

Health Level Seven International (HL7), um padrão informatizado de cuidados de saúde, como uma terminologia a ser usada para identificar os diagnósticos de enfermagem em mensagens eletrônicas entre sistemas de informação clínica (www.HL7.org).

8.2 Um sistema multiaxial para construir conceitos diagnósticos

Os diagnósticos da NANDA-I são conceitos construídos por meio de um sistema multiaxial. Um eixo na Taxonomia II da NANDA-I é definido operacionalmente como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Existem sete eixos. O *modelo de diagnóstico de enfermagem da NANDA-I* mostra esses eixos e suas relações mútuas.

- Eixo 1: foco do diagnóstico
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc.)
- Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz, etc.)
- Eixo 4: localização (oral, periférico, cerebral, etc.)
- Eixo 5: idade (neonato, lactente, criança, adulto, etc.)
- Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente)
- Eixo 7: categoria do diagnóstico (com foco no problema, de risco, de promoção da saúde)

Os eixos estão representados nos títulos dos diagnósticos de enfermagem por meio de seus valores. Em alguns casos, recebem nomes explícitos, como os diagnósticos *enfrentamento ineficaz da comunidade* e *processos familiares disfuncionais*, em que o sujeito do diagnóstico é citado usando-se os valores “comunidade” e “familiares” retirados do Eixo 2 (sujeito do diagnóstico). “Ineficaz” e “disfuncionais” são dois valores contidos no Eixo 3 (julgamento).

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

O Eixo 1 (o foco do diagnóstico) e o Eixo 3 (julgamento) são componentes essenciais de um diagnóstico de enfermagem. Todavia, em alguns casos, o foco do diagnóstico contém o julgamento (p. ex., *medo*); em casos assim, o julgamento não está separado, de forma explícita, do foco no título do

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

8.3 Definições dos eixos

8.3.1 Eixo 1: foco do diagnóstico

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

O foco do diagnóstico pode consistir em um ou mais substantivos. Quando mais de um substantivo é usado (p. ex., *regulação do humor*), cada um contribui com um sentido único ao foco do diagnóstico, como se os dois fossem um só termo. O significado do termo combinado, no entanto, é diferente de quando eles são considerados separadamente. Com frequência, um substantivo (*reação*) pode ser usado com um adjetivo (*alérgica*) para denotar o foco do diagnóstico *reação alérgica*.

Há casos em que o foco do diagnóstico e o conceito do diagnóstico são os mesmos, como no diagnóstico *medo*. Isso acontece quando o diagnóstico de enfermagem é enunciado em seu nível mais clinicamente útil, e a separação do foco não acrescenta nível significativo de abstração. Pode ser muito difícil determinar exatamente o que deve ser entendido como o foco do diagnóstico. Por exemplo, o uso dos diagnósticos *incontinência intestinal* (00014) e *incontinência urinária de esforço* (00017) leva à indagação: o foco do diagnóstico é somente *incontinência* ou há dois focos – *incontinência intestinal* e *incontinência urinária*? Nesse caso, apenas *incontinência* é o foco, e os termos de localização (Eixo 4) *intestinal* e *urinária* dão mais clareza ao foco. Contudo, *incontinência*, em si ou associado a algo, é um termo de julgamento que tem sentido sozinho, e então se torna o foco do diagnóstico independentemente do local.

Em alguns casos, porém, a retirada da localização (Eixo 4) do foco do diagnóstico evitaria que o diagnóstico fizesse sentido à prática da enfermagem. Por exemplo, analisando o diagnóstico *risco de função hepática prejudicada*, o foco do diagnóstico é *função hepática* ou apenas *função*? Ou, analisando o diagnóstico *distúrbio na identidade pessoal*, o foco do diagnóstico é *identidade* ou *identidade pessoal*? Decidir o que constitui a essência do foco do diagnóstico baseia-se naquilo que ajuda a identificar a implicação à prática da enfermagem e se o termo indica ou não uma resposta

humana. *Função* poderia significar função mecânica, o que não é uma resposta humana – então, é importante identificar *função hepática* como o conceito do diagnóstico. Da mesma forma, *identidade* pode ser apenas gênero, cor dos olhos, altura ou idade de alguém – essas são características, mas não respostas humanas; *identidade pessoal*, no entanto, indica a autopercepção que alguém possui, e essa é uma resposta humana. Em alguns casos, o foco pode parecer similar; na verdade, porém, é bastante diferente: *violência* e *violência direcionada a si mesmo* são duas respostas humanas diferentes, tendo que ser identificadas em separado, em termos de focos dos diagnósticos, na Taxonomia II. Os focos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I são mostrados na ► Tabela 8.1.

Tabela 8.1 Focos dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I

- Amamentação
- Ansiedade
- Ansiedade relacionada à morte
- Aspiração
- Autoconceito
- Autocuidado
- Autocuidado para alimentação
- Autocuidado para banho
- Autocuidado para higiene íntima
- Autocuidado para vestir-se
- Autoestima
- Automutilação
- Autonegligência
- Bem-estar espiritual
- Binômio mãe-feto
- Boca seca
- Campo de energia equilibrado
- Capacidade adaptativa
- Capacidade de transferência
- Choque
- Comportamento de saúde
- Comportamento organizado
- Comunicação
- Comunicação verbal
- Conflito de decisão
- Conflito no papel
- Conforto
- Confusão
- Conhecimento
- Constipação
- Constipação funcional
- Contaminação
- Controle da saúde

- Controle de impulsos
- Controle emocional
- Deambulação
- Débito cardíaco
- Deglutição
- Dentição
- Desempenho de papel
- Desenvolvimento
- Desobstrução das vias aéreas
- Diarreia
- Dignidade humana
- Dinâmica alimentar
- Dinâmica de alimentação
- Disreflexia autonômica
- Dor
- Dor no trabalho de parto
- Eliminação
- Enfrentamento
- Envenenamento
- Envolvimento em atividades de recreação
- Equilíbrio eletrolítico
- Esperança
- Estilo de vida
- Estresse
- Fadiga
- Função hepática
- Função neurovascular
- Função sexual
- Glicemia
- Hiperbilirrubinemia
- Hipertermia
- Hipotermia
- Hipotermia perioperatória
- Identidade pessoal
- Imagem corporal
- Incontinência
- Infecção
- Infecção no sítio cirúrgico
- Insônia
- Integridade da membrana mucosa
- Integridade da pele
- Integridade tissular
- Interação social
- Isolamento social
- Lesão
- Lesão ocupacional
- Lesão por posicionamento perioperatório
- Lesão por pressão
- Lesão térmica
- Letramento em saúde
- Levantar-se
- Manutenção da saúde
- Manutenção do lar
- Medo
- Memória
- Mobilidade
- Morte súbita

- Motilidade gastrointestinal
- Mutilação genital feminina
- Náusea
- Negação
- Negligência unilateral
- Nutrição
- Nutrição equilibrada
- Obesidade
- Padrão de alimentação
- Padrão de sexualidade
- Padrão de sono
- Padrão respiratório
- Paternidade ou maternidade
- Perambulação
- Perfusão tissular
- Pesar
- Planejamento de atividade
- Poder
- Pressão arterial estável
- Processo perinatólógico
- Processos familiares
- Produção de leite materno
- Proteção
- Quedas
- Reação adversa a meio de contraste iodado
- Reação alérgica
- Reação alérgica ao látex
- Recuperação cirúrgica
- Regulação do humor
- Relacionamento
- Religiosidade
- Resiliência
- Resposta ao desmame ventilatório
- Ressecamento ocular
- Retenção
- Sangramento
- Saúde
- Sentar-se
- Síndrome da dor crônica
- Síndrome de abstinência de substâncias aguda
- Síndrome de abstinência neonatal
- Síndrome do desequilíbrio metabólico
- Síndrome do desuso
- Síndrome do estresse por mudança
- Síndrome do idoso frágil
- Síndrome do trauma de estupro
- Síndrome pós-trauma
- Sobrepeso
- Sofrimento espiritual
- Sofrimento moral
- Solidão
- Sono
- Sufocação
- Suicídio
- Tensão do papel
- Termorregulação
- Tolerância à atividade

- Tomada de decisão
- Tomada de decisão emancipada
- Transição na imigração
- Trauma
- Trauma físico
- Tristeza
- Troca de gases
- Tromboembolismo venoso
- Ventilação espontânea
- Vínculo
- Violência direcionada a outros
- Violência direcionada a si mesmo
- Volume de líquidos
- Volume de líquidos equilibrado

8.3.2 Eixo 2: sujeito do diagnóstico

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

- *Indivíduo*: um único ser humano, distinto de outros; uma pessoa.
- *Cuidador*: membro da família ou um ajudante que, regularmente, atende uma criança ou uma pessoa doente, idosa ou com deficiência.
- *Família*: duas ou mais pessoas que têm relações contínuas ou permanentes, que percebem obrigações recíprocas, têm sentidos comuns e compartilham determinadas obrigações com outras pessoas; relacionadas pelo sangue e/ou por escolha.
- *Grupo*: conjunto de pessoas com características compartilhadas.
- *Comunidade*: grupo de pessoas que moram em um mesmo lugar, sob um mesmo governo. Exemplos incluem bairros e cidades.

Quando o sujeito do diagnóstico não é enunciado com clareza, passa a ser o indivíduo, automaticamente. No entanto, é apropriado também considerar esses diagnósticos em relação aos demais sujeitos do diagnóstico. O diagnóstico *conforto prejudicado* (00214) poderia ser aplicado a um indivíduo com controle situacional insuficiente, privacidade insuficiente e recursos insuficientes, tudo isso evidenciado por descontentamento com a situação individual, uma incapacidade de relaxar e alteração no padrão de sono. Poderia ser também adequado a uma comunidade que passa por

estímulos ambientais nocivos (p. ex., desastre ambiental) e possui controle ambiental insuficiente, bem como recursos insuficientes para combater o problema que enfrenta, e cujos moradores passam por sintomas de sofrimento, medo, ansiedade, etc.

8.3.3 Eixo 3: julgamento

Um julgamento é um elemento descritor ou modificador que limita ou especifica o significado do foco do diagnóstico. Este, junto com o julgamento do enfermeiro a seu respeito, forma o diagnóstico. Todas as definições usadas encontram-se no Oxford Dictionary On-Line (2017). As definições do Eixo 3 estão na ► Tabela 8.2.

Tabela 8.2 Definições de termos de julgamento do Eixo 3 da Taxonomia II da NANDA-I

Julgamento	Definição
Atrasado/retardado	Tardio, lento ou postergado
Baixo	Abaixo da média em quantidade, alcance ou intensidade; pequeno
Complicado	Que consiste em muitas partes ou elementos que se interconectam; intrincado; que envolve muitos aspectos diferentes e confusos
Comprometido	Que foi feito vulnerável ou que funciona com menor efetividade
Defensivo	Usado para defender ou proteger, ou que tem essa intenção
Deficiente/déficit	Não tem qualidade ou ingrediente específico suficiente; insuficiente ou inadequado
Desequilibrado	Falta de proporção ou relação entre coisas correspondentes
Desorganizado	Não planejado ou controlado de forma adequada; disperso ou ineficiente
Desproporcional ^[INT]	Grande ou pequeno demais em comparação com outra coisa (norma)
Diminuído	Menor em tamanho, quantidade, intensidade ou grau
Disfuncional	Que não opera de forma normal ou apropriada; incapaz de lidar adequadamente com normais sociais
Disposição para	Desejo de fazer alguma coisa; condição de estar totalmente preparado para algo
Eficaz	Que tem êxito na produção de um resultado desejado ou intencionalmente buscado
Emancipado	Livre de restrições legais, sociais ou políticas; liberado

Excessivo	Quantidade de algo que está além do necessário, permitido ou desejável
Falha ^[NT]	Ação ou estado de não funcionar; falta de sucesso
Falta de ^[NT]	Que expressa negação ou ausência
Frágil	Fraco ou delicado; física ou mentalmente sem firmeza ao longo do processo de envelhecimento
Funcional	Relativo à forma como algo funciona ou opera; a respeito ou possuidor de atividade, propósito ou tarefa específica
Incapacitado	Limitado em movimentos, sentidos ou atividades
Ineficaz	Que não produz qualquer efeito importante ou desejado
Instável	Propenso a mudanças, falha; não estabelecido com firmeza; propenso a abrir mão; sem estabilidade
Insuficiente	Que não basta, inadequado; incapaz, incompetente
Interrompido	Término de um progresso contínuo (de uma atividade ou processo); rompimento da continuidade de alguma coisa
Lábil	Vulnerável a mudanças; facilmente alterável; de ou com características emocionais de fácil surgimento, livremente expressas, tendendo a rápida e espontânea alteração
Melhorado	Intensificação, aumento ou aperfeiçoamento da qualidade, do valor ou do alcance
Organizado	Arrumado ou estruturado de forma sistemática; eficiente
Percebido	Quando se tem percepção ou consciência (de alguma coisa); de que se deu conta ou compreendeu
Perturbado/distúrbio	Que teve seu padrão ou função normais interrompidos
Prejudicado	Enfraquecido ou danificado (estado de alguma coisa, particularmente uma faculdade ou função)
Privação	Falta ou negação de algo considerado necessário
Propenso a risco	Com possibilidade ou suscetível de sofrer por, fazer ou vivenciar alguma coisa desagradável ou passível de arrependimento
Risco de	Situação que envolve exposição a perigo; possibilidade de que algo desagradável ou não desejado aconteça
Sedentário	(Uma forma de vida) caracterizada por excesso de sentar-se e pouco exercício físico
Situacional	Relacionado com, ou dependente de, um conjunto de circunstâncias ou estado de coisas; com relação ao local e arredores de um lugar
Sobrecarga	Encargo demasiado

8.3.4 Eixo 4: localização

A localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções relacionadas – todos os tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas. Todas as definições usadas encontram-se no Oxford Dictionary On-Line (2017). Os valores do Eixo 4 estão na ► Tabela 8.3.

Tabela 8.3 Localizações e suas definições no Eixo 4 da Taxonomia II da NANDA-I

Termo	Definição
Auditivo	Relativo ao sentido da audição
Bexiga	Saco membranoso muscular no abdome que recebe urina dos rins, armazenando-a para excreção
Boca	Abertura e cavidade na parte inferior do rosto humano cercada pelos lábios, pela qual os alimentos são ingeridos e os sons vocais são emitidos
Cardíaco	Relativo ao coração
Cardiopulmonar	Relativo ao coração e aos pulmões
Cardiovascular	Relativo ao coração e aos vasos sanguíneos
Cerebral	Do cérebro, parte do encéfalo
Cinestésico	Percepção da posição e do movimento das partes do corpo, por meio de órgãos sensoriais (proprioceptores) nos músculos e articulações
Corpo	Estrutura física, que inclui os ossos, os músculos e os órgãos de uma pessoa
Fígado	Grande órgão glandular com lóbulos, no abdome, envolvido em muitos processos metabólicos
Gastrointestinal	Relativo ao estômago e aos intestinos
Genital	Relativo aos órgãos de reprodução humana
Gustativo	Que tem a ver com o gosto, ou o sentido do paladar
Intestino	Parte do canal alimentar, abaixo do estômago
Intracraniano	No interior do crânio
Mamas	Tecido sobreposto aos músculos do peito (peitorais). As mamas femininas são feitas de tecido especializado, que produz leite (tecido glandular), e tecido adiposo
Membrana mucosa	Tecidos epiteliais que secretam muco e revestem muitas cavidades do corpo e órgãos tubulares, inclusive o intestino e as vias respiratórias
Neurovascular	Que contém estruturas neurais e vasculares; do sistema nervoso e vascular, ou relativo a esses sistemas, ou suas interações

Olfativo	Relativo ao sentido do olfato
Olho	Um de um par de órgãos globulares da visão na cabeça humana
Oral	Relativo à cavidade da boca
Pele	A camada fina de tecido formador da camada externa natural do corpo
Periférico	Da superfície, ou relativo a ela, ou parte externa de um corpo ou órgão; externo
Renal	Relativo aos rins
Tátil	Do sentido do tato, ou conectado a ele
Tecido	Qualquer um dos diferentes tipos de material de que são feitos os humanos, consistindo em células especializadas e seus produtos
Trato urinário	Relativo a, ou denotando, o sistema de órgãos, estruturas e ductos pelos quais é produzida e descartada a urina, envolvendo rins, ureteres, bexiga e uretra
Urinário	Relativo à urina
Vascular	Relativo a, influenciando, ou consistindo em um vaso ou vasos, em especial, os que transportam sangue
Vascular periférico	Sistema de veias e artérias que não estão no tórax ou no abdome
Venoso	Relativo a uma veia ou veias
Visual	Relativo a enxergar ou à visão

8.3.5 Eixo 5: idade

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

- *Feto*: ser humano não nascido, com mais de 8 semanas após a concepção até o nascimento
- *Neonato*: pessoa < 28 dias de idade
- *Lactente*: pessoa ≥ 28 dias e < 1 ano de idade
- *Criança*: pessoa com 1 a 9 anos, inclusive
- *Adolescente*: pessoa com 10 a 19 anos, inclusive
- *Adulto*: pessoa com mais de 19 anos, a não ser que alguma lei nacional defina a pessoa sendo adulta mais cedo
- *Ioso*: pessoa > 65 anos de idade

8.3.6 Eixo 6: tempo

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

- *Agudo*: duração < 3 meses
- *Crônico*: duração ≥ 3 meses
- *Intermitente*: interrompido, ou iniciando novamente, a intervalos; periódico; cíclico
- *Contínuo*: sem interrupção; que se mantém sem parar

8.3.7 Eixo 7: categoria do diagnóstico

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

- *Com foco no problema*: resposta humana indesejada a condições de saúde/processos da vida que existem no momento atual (inclui diagnósticos de síndrome)
- *De promoção da saúde*: motivação e desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana existente no momento (Pender et al., 2006).
- *De risco*: suscetibilidade para, futuramente, desenvolver uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos da vida (inclui diagnósticos de síndrome)

8.4 Elaboração e submissão de um diagnóstico de enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem é construído pela combinação de valores dos eixos 1 (o foco do diagnóstico), 2 (sujeito do diagnóstico) e 3 (julgamento), com acréscimo de valores dos demais eixos quando necessário. Pesquisadores ou enfermeiros interessados devem começar pelo foco do diagnóstico (Eixo 1), acrescentando o termo adequado de julgamento (Eixo 3). Não esquecer que esses dois eixos são, às vezes, combinados em um único conceito do diagnóstico, como pode ser visto no diagnóstico de enfermagem *medo* (00148). Depois, eles especificam o sujeito do diagnóstico (Eixo 2). Se o sujeito for um “indivíduo,” não há necessidade de explicitação. Finalmente, podem ser usados os demais eixos, quando apropriado, para adicionar mais detalhes.

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

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

Trata-se de uma grande preocupação com a segurança do paciente, uma vez que a falta de conhecimentos inerentes às partes que compõem um diagnóstico impossibilita a garantia de precisão diagnóstica. Termos de enfermagem criados arbitrariamente no local do atendimento podem resultar em interpretação errada do problema clínico/área do foco e, assim, gerar estabelecimento de resultados e escolha das intervenções inadequados. Também impossibilita a pesquisa precisa da incidência de diagnósticos de

enfermagem ou a realização de estudos de resultados ou intervenções relativos aos diagnósticos, já que, sem as partes componentes do diagnóstico (definições, características definidoras, fatores relacionados ou de risco) esclarecidas, é impossível saber se o conceito estudado representa, realmente, os mesmos fenômenos.

Assim, na discussão da construção de conceitos diagnósticos neste capítulo, o objetivo é informar os profissionais como são elaborados os conceitos diagnósticos e dar esclarecimentos às pessoas que os estão elaborando para submissão à Taxonomia da NANDA-I; **isso *não deve ser interpretado como se a NANDA-I apoiasse a criação de títulos diagnósticos por enfermeiros no local do atendimento ao paciente.***

8.5 Perspectivas futuras

A NANDA International se concentrará na revisão dos diagnósticos que, no momento, são parte da terminologia, mas que mantiveram seu “direito adquirido” após a adoção do nível de critérios de evidências, em 2002. Há mais de 50 diagnósticos nessa condição, que serão retirados da terminologia na próxima edição caso não ocorra essa revisão. Portanto, *desencorajamos enfaticamente a elaboração de novos diagnósticos neste momento*, com o foco, então, em trazer diagnósticos a um nível de evidência mínimo de 2.1 e de elevar o nível de evidência de outros diagnósticos. O outro foco da organização será fortalecer a utilidade clínica dos indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco). Desejamos conseguir identificar, pela pesquisa clínica e uma metanálise/metassíntese, aquelas características definidoras exigidas à elaboração de um diagnóstico (“características definidoras críticas”) e retirar as que não têm utilidade clínica. Isso fortalecerá nossa capacidade de dar apoio na tomada de decisão aos enfermeiros à beira do leito do paciente.

8.6 Leituras recomendadas

Matos FGOA, Cruz DALM. Development of an instrument to evaluate diagnosis accuracy. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Spe):1087–1095

Paans W, Nieweg RMB, van der Schans CP, Sermeus W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2011; 20(17–18):2386–2403

8.7 Referências

- Lundberg C, Warren J, Brokel J, et al. Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online J Nurs Inform* 2008; 12(2). Available at: http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf
- Oxford University Press. *Oxford English Living Dictionary On-Line*. Oxford University Press; 2017. Available at: <https://en.oxforddictionaries.com>
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall; 2006
- World Health Organization. *Health topics: Infant, newborn*. 2013. Available at: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/
- World Health Organization. *Definition of key terms*. 2013. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

-
- [Desproporcional] N. de R.T. No momento, não há diagnóstico com esse julgamento na Taxonomia; porém, havia o diagnóstico *Risco de crescimento desproporcional* na edição 2015-2017.
- [Falha] N. de R.T. No inglês, *failure*. No momento, não há diagnóstico com esse julgamento na Taxonomia; porém, o título do diagnóstico *Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar (failure to thrive)* estava incluído na edição 2012-2014.
- [Falta de] N. de R.T. No inglês, *non*. No momento, não há diagnóstico com esse julgamento na Taxonomia; porém, havia o diagnóstico *Falta de adesão (noncompliance)* na edição 2015-2017.
- [valores] N. de R.T. Alguns diagnósticos podem representar mais de um grupo etário. Por exemplo, também pode-se aplicar o diagnóstico *Risco de morte súbita do lactente* para neonatos.

9 Perguntas frequentes

9.1 Introdução

Recebemos perguntas pelo nosso *site* e por e-mail rotineiramente, e também quando os membros da Mesa de Diretores da NANDA-I ou a Diretora Executiva/CEO da organização viajam e participam de eventos. Incluímos aqui algumas das perguntas mais comuns e suas respectivas respostas, esperando que sejam úteis a outras pessoas que tenham as mesmas dúvidas.

9.2 Quando precisamos de diagnósticos de enfermagem?

Enfermeiros costumam trabalhar com pacientes que apresentam problemas médicos. De um ponto de vista legal, todavia, os médicos são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento desses problemas médicos. Da mesma forma, enfermeiros são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de problemas de enfermagem. A questão é que os problemas da enfermagem diferem dos problemas da medicina. Para esclarecer essa questão, vamos examinar como a prática da enfermagem existe no atendimento de saúde, usando uma perspectiva mais ampla baseada no *Modelo Tripartite de Prática da Enfermagem* (Kamitsuru, 2008). Trata-se de um modelo com três partes principais da prática da enfermagem, que são diferentes mas inter-relacionadas.

Na prática clínica, espera-se que os enfermeiros realizem muitas ações. Primeiro, temos práticas/intervenções orientadas por diagnósticos médicos. Essas ações da enfermagem relacionam-se com tratamentos médicos, supervisão e monitoração do paciente e colaboração interdisciplinar. Os enfermeiros realizam essas ações em resposta a diagnósticos médicos e usam padrões de cuidados médicos como a base dessas ações.

Segundo, temos uma prática orientada por diagnósticos de enfermagem. Essas intervenções independentes de enfermagem não exigem aprovação ou permissão médica. São fundamentadas em padrões de cuidados de enfermagem.

Por último, nossa prática é orientada por protocolos organizacionais, que podem ser ações relacionadas a cuidados básicos, como troca da roupa de cama, oferecimento de higiene e cuidados diários. São ações sem relação específica com diagnósticos médicos ou de enfermagem, ainda que baseadas em padrões de cuidados organizacionais.

Todas essas três ações combinadas compõem a prática da enfermagem. Cada uma possui uma base de conhecimentos diferente, com responsabilidades diferentes. As três partes têm igual importância no entendimento dos enfermeiros, embora apenas uma delas tenha relação com nossos conhecimentos disciplinares específicos – e é essa a área que conhecemos como diagnóstico de enfermagem. Esse modelo mostra também por que não precisamos renomear diagnósticos médicos como diagnósticos

de enfermagem. Os diagnósticos médicos já existem no domínio da medicina. Eles, porém, nem sempre explicam tudo que os enfermeiros entendem sobre pacientes, julgamentos que fazemos sobre suas respostas humanas ou intervenções que implementamos para os pacientes. Logo, usamos os diagnósticos de enfermagem para explicar julgamentos clínicos independentes que fazemos sobre nossos pacientes. Portanto, os diagnósticos de enfermagem subjazem às intervenções independentes de enfermagem.

9.3 Sobre linguagens de enfermagem padronizadas

O que é uma linguagem de enfermagem padronizada?

Uma linguagem de enfermagem padronizada (*standardized nursing language* [SNL]) é um conjunto de termos compreendidos por todos, usados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos em avaliações (diagnósticos de enfermagem), além de intervenções e resultados relativos à documentação dos cuidados de enfermagem. A padronização exige que termos, definições e indicadores (diagnósticos ou de resultados) sejam clinicamente úteis.

Quantas linguagens de enfermagem padronizadas existem?

A American Nurses Association reconhece 12 linguagens para a enfermagem. A NANDA-I é a única linguagem diagnóstica que usa um sistema revisado por pares para inclusão em sua Taxonomia. É também a única terminologia que oferece os indicadores diagnósticos críticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e populações em risco) de apoio ao julgamento clínico do enfermeiro à beira do leito do paciente.

Quais são as diferenças entre as linguagens de enfermagem padronizadas?

Muitas linguagens de enfermagem alegam ser padronizadas; algumas são apenas uma lista de termos, outras trazem as definições desses termos. A NANDA-I defende que uma linguagem padronizada que represente qualquer profissão deve oferecer, no mínimo, uma definição baseada em evidências e uma lista de características definidoras (sinais/sintomas) e fatores relacionados (fatores etiológicos), junto com dados adicionais que apoiem o diagnóstico, como populações em risco e condições associadas. Os diagnósticos de risco devem incluir uma definição baseada em evidências e uma lista de fatores de risco, passíveis de intervenções independentes de enfermagem. Sem isso, qualquer um pode definir qualquer termo à sua maneira, o que, evidentemente, viola a finalidade da padronização, e também

impede qualquer suporte eletrônico às decisões com vínculo direto a avaliações de enfermagem.

Algumas pessoas falam em “selecionar um diagnóstico”, “escolher um diagnóstico” e “indicar um diagnóstico” – isso faz parecer que existe uma maneira fácil de saber qual diagnóstico usar. É isso mesmo?

Quando falamos em diagnosticar, realmente não estamos falando sobre algo tão simples quanto selecionar um termo de uma lista ou escolher algo que “pareça adequado” ao paciente. Estamos falando sobre o processo de tomada de decisão diagnóstica, momento em que os enfermeiros diagnosticam. Assim, em vez de usar esses termos simples (selecionar, escolher, indicar), deveríamos realmente descrever o processo de diagnosticar. Em vez de dizer “escolher um diagnóstico”, deveríamos dizer “diagnosticar o paciente/a família”; em vez de dizer “indicar um diagnóstico,” poderíamos dizer “assegurar a acurácia do diagnóstico”, ou, de novo, simplesmente dizer “diagnosticar o paciente/a família”. As palavras têm poder. Quando dizemos coisas como “escolher”, “indicar” ou “selecionar”, isso realmente soa como algo simples, como ler uma lista de termos e escolher um deles. Usar o raciocínio diagnóstico, entretanto, é muito mais que isso – e *diagnosticar* é o que fazemos, o que vai muito além do que tão somente “escolher” alguma coisa!

9.4 Sobre a NANDA-I

O que é a NANDA International?

O uso dos diagnósticos de enfermagem reforça todos os aspectos da prática da enfermagem, desde a conquista do respeito profissional até a garantia de consistência da documentação que representa o julgamento clínico profissional dos enfermeiros e para possibilitar o reembolso. A NANDA-I existe para desenvolver, aperfeiçoar e promover uma terminologia que reflita, com precisão, julgamentos clínicos de enfermeiros.

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

Em qualquer área, o desenvolvimento e a manutenção de um conjunto de trabalho baseado em pesquisas exige um investimento de tempo e especialização, e a disseminação desse trabalho constitui mais uma despesa. Como uma organização de voluntários, patrocinamos reuniões de comitês que revisam os diagnósticos submetidos para análise, para termos certeza de que eles atendem aos critérios dos níveis de evidência. Também oferecemos cursos educativos e apoio em inglês, espanhol e português em razão da alta demanda para esse conteúdo. Temos membros em comitês de todo o mundo e realizamos videoconferências e ocasionalmente reuniões ao vivo, que constituem despesas – da mesma forma que as conferências e os eventos educativos. Nossas taxas financiam esse trabalho de forma equilibrada e são bastante modestas em comparação com as cobradas por outras bases de dados de atendimento de saúde e licenças eletrônicas disponíveis.

Se comprar um livro e digitar eu mesmo os conteúdos em um *software*, ainda assim tenho que pagar?

A NANDA International, Inc., depende dos fundos recebidos da venda de nossos livros e licenças eletrônicas para manter e aperfeiçoar o estado da ciência em nossa terminologia. A terminologia da NANDA-I tem direitos assegurados de *copyright*, assim, **nenhuma parte do *Diagnósticos de***

enfermagem da NANDA-I pode ser reproduzida, armazenada em sistema de recuperação ou transmitida por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, sem permissão prévia do editor. Isso inclui publicações em *blogs* , *sites* , etc.

Isso é válido independentemente da linguagem em que você pretende usar o trabalho. Para qualquer uso do material em língua portuguesa que não seja leitura ou consulta do livro, é necessário uma licença da Artmed Editora Ltda, uma empresa do Grupo A Educação S.A. Os detentores de direitos de tradução oficial do nosso trabalho para outros idiomas podem ser encontrados no *link* abaixo. O uso desse conteúdo exige que seja feita uma solicitação de permissão da editora para a reprodução de nosso trabalho em qualquer formato. Mais informações estão disponibilizadas em nosso *site* (www.nanda.org), ou você pode contatar a Artmed Editora em rights@grupoa.com.br.

A estrutura da Taxonomia II deve ser usada como estrutura de avaliação (coleta de dados) de enfermagem?

O objetivo da Taxonomia é organizar os termos (diagnósticos) na NANDA-I. Nunca pretendemos que fosse uma estrutura de avaliação. Consulte nossa Declaração de Posição sobre o uso da Taxonomia como uma estrutura de avaliação de enfermagem (p. 27).

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

“PES” é um acrônimo para problema, etiologia (fatores relacionados) e sinais/sintomas (características definidoras). O formato PES foi publicado pela primeira vez pela Dra. Marjory Gordon, uma das fundadoras e ex-presidente da NANDA-I. As partes que compõem os diagnósticos da NANDA-I são chamadas de *fatores relacionados* e *características definidoras*, sendo que a expressão “formato PES” não é utilizada nas edições atuais da NANDA-I. Ainda é empregada em vários países e em muitas publicações. Para formular diagnósticos precisos, é necessário avaliar e documentar os fatores relacionados e as características definidoras, e o formato PES dá suporte a isso, o que é essencial para a acurácia nos

diagnósticos de enfermagem, foco esse que a NANDA-I apoia veementemente.

A NANDA-I, porém, não exige esse formato ou qualquer outro específico para a documentação de diagnósticos de enfermagem. Estamos cientes da ampla variedade de sistemas eletrônicos de documentação em uso e em desenvolvimento no mundo todo. Parece que existem tantas formas de providenciar documentação de enfermagem quantos existem sistemas! Muitos sistemas eletrônicos não permitem o uso do modelo “relacionado a... evidenciado por”. É importante, no entanto, que os enfermeiros possam comunicar os dados de avaliação que apoiam o diagnóstico feito, para que outros que cuidam do paciente saibam por que um diagnóstico foi selecionado. Leia, por favor, a Declaração de Posição da NANDA-I número 2: A estrutura do enunciado do diagnóstico de enfermagem, quando fizer parte de um plano de cuidado (p. 28).

O formato PES ainda é um método sólido para ensino do raciocínio clínico e apoio a estudantes e enfermeiros que estão aprendendo a habilidade de diagnosticar. Como os pacientes costumam ter mais de um fator relacionado e/ou característica definidora, muitos locais substituem a expressão “manifestado/evidenciado por” e “relacionado a” por uma lista de características definidoras e fatores relacionados após o enunciado do diagnóstico. Essa lista baseia-se na situação de cada paciente e no uso de termos padronizados da NANDA-I.

Independentemente das exigências para a documentação, é importante lembrar que, para um atendimento seguro ao paciente nas áreas clínicas, é essencial pesquisar ou avaliar as características definidoras (manifestações de diagnósticos) e os fatores relacionados (ou causas) dos diagnósticos de enfermagem. A escolha de intervenções efetivas é baseada em fatores relacionados e características definidoras.

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

Os sistemas de documentação diferem conforme a organização; assim, em alguns casos, talvez você possa escrever (ou escolher em uma lista de computador) o título do diagnóstico que corresponda à resposta humana que você diagnosticou. Os dados da avaliação podem ser encontrados em seção

(ou “tela”) diferente do sistema de informática, e você escolhe seus fatores relacionados e características definidoras, ou seus fatores de risco, nesse local. Exemplos de registros no formato PES estão mostrados a seguir.

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

Paternidade ou maternidade prejudicada relacionada a disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade e pais muito jovens (fatores relacionados), evidenciado por interação mãe/pai-filho deficiente, inadequação ao papel percebida e habilidades impróprias para o cuidado (características definidoras).

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

Risco de tensão do papel de cuidador, evidenciado por imprevisibilidade do curso da doença e complexidade das atividades de cuidado (fatores de risco).

Diagnóstico de promoção da saúde. Como os diagnósticos de promoção da saúde não exigem um fator relacionado, pode não haver “relacionado a” em sua redação. Em vez disso, as características definidoras são apresentadas como evidência do desejo do paciente de melhorar seu estado de saúde atual (ou o reconhecimento do enfermeiro da existência de uma oportunidade de promoção da saúde, sendo implementada uma ação para promover a saúde, em nome do paciente, que está incapacitado de fazer isso sozinho).

Disposição para sono melhorado evidenciada por (paciente) expressa desejo de melhorar o sono.

A NANDA-I oferece uma lista de seus diagnósticos?

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

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

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

9.5 Sobre os diagnósticos de enfermagem

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

A NANDA-I identifica três categorias de diagnóstico de enfermagem: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco. Nas categorias com foco no problema e de risco, você pode encontrar o uso de síndromes. As definições de cada uma dessas categorias podem ser encontradas no “Glossário” (p. 130).

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

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma suscetibilidade a essa resposta por um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Requer uma avaliação de enfermagem para o diagnóstico correto do paciente – não é possível padronizar diagnósticos de enfermagem com segurança usando um diagnóstico médico. Embora seja verdade que existem diagnósticos de enfermagem que ocorrem com frequência em pacientes com vários diagnósticos médicos, o fato é que você só saberá se o diagnóstico de enfermagem é acurado ao identificar as características definidoras e estabelecer a existência de fatores relacionados importantes.

O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis. Isto é, os diagnósticos de enfermagem são usados para determinar o plano de cuidados apropriado para o paciente, orientando os resultados e as intervenções do paciente. Não é possível padronizar um diagnóstico de enfermagem, embora seja possível padronizar intervenções assim que o resultado adequado para o diagnóstico for escolhido, uma vez que, sempre que possível, as intervenções devam ser fundamentadas em evidências!

Os diagnósticos de enfermagem também propiciam uma linguagem padronizada para uso em prontuários eletrônicos, possibilitando a comunicação clara entre os membros da equipe de saúde e a coleta de dados

para o aperfeiçoamento contínuo dos cuidados ao paciente. Pelo uso de uma terminologia diagnóstica que dê apoio às decisões clínicas, por meio da articulação de indicadores diagnósticos (sinais/sintomas/etiologias), é possível a vinculação a ferramentas de avaliação de enfermagem, acarretando aperfeiçoamento da precisão diagnóstica e das habilidades de raciocínio clínico dos enfermeiros.

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

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

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

Há várias “partes” em um diagnóstico de enfermagem: o *título*, a *definição*, os critérios de avaliação utilizados para diagnosticar, as *características definidoras* e os *fatores relacionados* ou *de risco*. Tal como observado no

Capítulo 8, a NANDA-I tem preocupações sólidas quanto à segurança de uso de termos (títulos dos diagnósticos) sem um significado padronizado e/ou nenhum critério de avaliação. Escolher um diagnóstico em uma lista ou criar um termo à beira do leito do paciente é uma prática perigosa devido a algumas razões importantes. Primeiro, deve ser clara a comunicação entre os membros da equipe de cuidados de saúde, além de concisa e consistente. Se cada um definir um “diagnóstico” a seu modo, não haverá clareza. Segundo, como investigar a validade de um diagnóstico ou a capacidade de diagnosticar de um enfermeiro quando não temos dados que apoiem o diagnóstico?

Também é útil a análise das *populações em risco* e das *condições associadas* na consideração de diagnósticos de enfermagem que possam ter frequência maior em algumas populações, por exemplo.

Examinemos, por exemplo, a Sra. M, no estudo de caso adiante. Esse estudo de caso mostra o problema de “escolher” um diagnóstico em uma lista de termos sem conhecimento da definição ou dos dados de avaliação necessários para diagnosticar a resposta.

Estudo de caso

A Sra. M tem 72 anos de idade e foi hospitalizada para uma mastectomia em razão de um carcinoma invasivo. Ela chegou à unidade pré-operatória com a filha às 6 horas, conforme marcado. Seu acesso endovenoso fora iniciado pelo enfermeiro do turno da noite, e seus sinais vitais e parte da avaliação de admissão foram concluídos. Você nota que o enfermeiro que cuida dessa paciente documentou anteriormente três diagnósticos de enfermagem no prontuário: *ansiedade* (00146), *distúrbio na imagem corporal* (00118) e *conhecimento deficiente* (00126). Com base nessa comunicação, você compõe um quadro mental dessa paciente e de como irá tratá-la. A *ansiedade* alerta-o quanto a querer acalmar e tranquilizar a paciente em sua abordagem, enquanto *distúrbio na imagem corporal* é um diagnóstico que menciona que a cirurgia iminente terá impacto na parte do corpo da paciente associada à sexualidade feminina. O diagnóstico *conhecimento deficiente* preocupa-o, já que cabe a você ter certeza de que a paciente compreende o motivo de estar aqui, a finalidade

da cirurgia de hoje e as complicações potenciais, antes de sua liberação para a sala de cirurgia.

Um pouco mais tarde, você conclui a avaliação e identifica algumas diferenças em relação ao que foi avaliado pelo enfermeiro anterior. Ainda que compreenda por que seu colega tenha selecionado *ansiedade*, sabe que *medo* (00148) é, sem dúvida, mais exato – embora a Sra. M diga estar ansiosa, informa também ter preocupações quanto ao resultado da cirurgia, dando importância ao fato de o cirurgião poder não ser capaz de “dar conta de todo o câncer”. Já que *medo* é uma resposta a uma ameaça admitida de forma consciente como um perigo, mas *ansiedade* tem relação com uma ameaça desconhecida ou não específica, você opta pelo diagnóstico mais exato de *medo*.

A avaliação feita por você não confirmou qualquer uma das características definidoras de *conhecimento deficiente*, e você não identificou qualquer fator relacionado. Na verdade, você soube ser esta a segunda mastectomia da paciente (a anterior ocorreu há cinco anos); ela está bem informada sobre seu tipo de câncer e as potenciais opções de tratamento após a cirurgia, dependendo do resultado do procedimento. Facilmente, ela é capaz de identificar para você o tipo de procedimento pelos quais passará, a duração esperada e os riscos e resultados negativos mais comuns capazes de ocorrer. A Sra. M foi professora universitária, e você a acha muito inteligente, motivada para tomar boas decisões e bem informada.

Por último, a paciente não mostra sinais de *distúrbio na imagem corporal*. Optou por não reconstruir a mama na primeira mastectomia e indica ter tomado a mesma decisão para o procedimento de agora. É viúva e diz não achar valer a pena assumir riscos adicionais. Parece bastante à vontade com a imagem de seu corpo, até mesmo brincando que sua mama, para começo de conversa, “é bastante pequena”, não ocorrendo alguma “diferença passível de ser notada”.

Você percebe que a Sra. M parece estar evidenciando espasmos musculares que minimizam o movimento, talvez sinalizando certo desconforto. Ao perguntar-lhe, descobre que a paciente tem estenose grave da coluna e costuma usar um “adesivo narcótico para a dor” quase diariamente, e que não conseguiu usá-lo nas últimas 24 horas em razão da cirurgia. A paciente indica que sua dor está entre 6 e 7, em uma escala

de 1 a 10, com 10 sendo a pior dor possível. Ela ainda observa estar deitada em uma maca há quase 2 horas e que costuma tentar se movimentar pela manhã para “se soltar”, algo que ajuda a reduzir a dor. Embora você não possa medicar a paciente, já que a cirurgia está próxima, ajuda-a a trocar de posição e a aplicar calor à área de desconforto, algo que a paciente menciona também fazer em casa para ajudar.

Você altera o prontuário da paciente de modo a indicar dois diagnósticos: *medo* e *dor crônica* (00133).

No dia seguinte, ao mencionar ao colega sua diferença na avaliação, ouve a resposta “Escolho *conhecimento deficiente* para todos os pacientes – sempre há algo que possam aprender. E ela estava para fazer uma mastectomia, sendo óbvio que teria problemas na imagem corporal”.

Trata-se, sem dúvida, de uma ideia errada, e se o colega tivesse confirmado os diagnósticos analisando as definições, as características definidoras e os fatores relacionados – e conversado com a paciente, teria ficado claro não serem diagnósticos de enfermagem relevantes.

Concentrar-se nos “diagnósticos usuais” que seu colega faz a pacientes de mastectomias, *conhecimento deficiente* e *distúrbio na imagem corporal*, não foi adequado à Sra. M, uma vez que ela entendia com clareza sua doença, as opções de tratamento e as possíveis consequências. Além do que, a paciente não evidenciou preocupação com a imagem corporal e já tomara uma decisão em relação à reconstrução da mama. O foco nesses diagnósticos “padrões” para os quais não houve avaliação de apoio observada usa desnecessariamente o tempo do enfermeiro e leva ao oferecimento de cuidados desnecessários, ao mesmo tempo em que limita o tempo gasto em atendimento capaz de impactar os resultados do paciente. Igualmente, o colega falhou em realizar uma avaliação completa que teria levado ao diagnóstico importante de *dor crônica*. Esse erro no raciocínio clínico atrasou o início de intervenções não farmacológicas que poderiam ter tornado mais confortável o período da paciente em sua unidade.

Como escrevo um plano de cuidados que inclua um diagnóstico de enfermagem a pacientes com uma condição/diagnóstico médico

específico, como insuficiência cardíaca congestiva ou prótese de joelho?

Os diagnósticos de enfermagem são respostas de indivíduos (família, grupo ou comunidade) a problemas de saúde ou processos da vida. Isso quer dizer que não podemos padronizar os diagnósticos de enfermagem com base em diagnósticos ou procedimentos médicos. Ainda que muitos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva possam evidenciar diagnósticos de enfermagem, como *intolerância à atividade* (00092) ou *débito cardíaco diminuído* (00029), outros podem não ter tais respostas, ou podem somente correr o risco de tê-las neste momento. Pacientes que estão prestes a passar por implantação de prótese de joelho podem ter *dor aguda* (00132), *dor crônica* (00133), *risco de quedas* (00155) e/ou *deambulação prejudicada* (00088); outros podem reagir com *ansiedade* (00146) ou *fadiga* (00093). Sem uma avaliação de enfermagem, fica simplesmente impossível determinar o diagnóstico correto, e não há contribuição a um atendimento seguro e qualificado ao paciente.

O plano de cuidados para cada indivíduo baseia-se nos dados da avaliação. Esses dados e as preferências do paciente orientam o enfermeiro na priorização de diagnósticos e intervenções de enfermagem – o diagnóstico médico é apenas um item dos dados da avaliação, e não pode, assim, ser usado como o único fator determinante para a seleção de um diagnóstico de enfermagem. Há uma ferramenta de raciocínio usada por nossos colegas da medicina que pode ser útil na determinação de seus diagnósticos; no inglês, essa ferramenta é um acrônimo, que não se reflete na tradução (SEA TOW; Rencic, 2011; ► Fig. 6.5).

É sempre útil pedir a um colega ou especialista uma *segunda opinião* se você estiver inseguro quanto ao diagnóstico adequado. O diagnóstico que você está analisando é consequência de um momento “*eureka*”? Você reconheceu um *padrão* nos dados coletados e na entrevista com o paciente? Confirmou esse padrão, analisando os indicadores diagnósticos? Coletou *antievidências*: dados que parecem refutar esse diagnóstico? É capaz de justificar o diagnóstico mesmo com esses dados, ou eles sugerem que você deve fazer uma análise mais detalhada? *Raciocine sobre o seu raciocínio*: foi lógico, racional, baseado em seus conhecimentos da ciência da enfermagem e na resposta humana que está diagnosticando? Você precisa de mais informações sobre a resposta antes de estar pronto para sua confirmação?

Está *excessivamente confiante*? Isso pode acontecer se você está acostumado com pacientes que apresentam determinados diagnósticos; assim, você “salta” para um diagnóstico em lugar de, na verdade, aplicar habilidades de raciocínio clínico. Finalmente, *o que pode ter deixado de fora*? Há outros dados que você precisa coletar ou revisar para validar, confirmar ou descartar um diagnóstico de enfermagem potencial? O uso dessa ferramenta pode ajudar na validação de seu processo de raciocínio clínico e aumentar a probabilidade de um diagnóstico preciso.

Quantos diagnósticos meu paciente deve ter?

Estudantes costumam ser encorajados a identificar todos os diagnósticos de um paciente – trata-se de um método de aprendizagem para melhorar o raciocínio clínico e dominar a ciência da enfermagem. Na prática, porém, é importante priorizar diagnósticos, uma vez que eles devem compor a base das intervenções. Você deve considerar quais diagnósticos são mais críticos – tanto da perspectiva do paciente quanto da sua –, os recursos e o tempo disponíveis para o tratamento. Outros diagnósticos podem necessitar de encaminhamento a demais provedores ou locais de atendimento de saúde, como o domiciliar, uma unidade hospitalar diferente, uma instituição de enfermagem especializada, etc. Na prática, ter um diagnóstico para cada domínio da NANDA-I, ou um mínimo de 5 ou 10 diagnósticos não reflete a realidade. Ainda que seja importante identificar todos os diagnósticos (com foco no problema, de risco e promoção da saúde), os enfermeiros devem concentrar-se nos diagnósticos de alta prioridade e alto risco, inicialmente; outros podem ser adicionados mais tarde (subindo na lista de prioridades), substituindo os solucionados ou aqueles para os quais as intervenções estão claramente funcionando. Além disso, se a condição do paciente piorar ou outros dados forem identificados, levando a um diagnóstico mais urgente, a priorização de diagnósticos deve ser retomada. O planejamento de cuidados para o paciente não é algo que acontece apenas uma vez: assim como ocorre com todos os aspectos do processo de enfermagem, ele deve ser continuamente reavaliado e adaptado para atender às necessidades do paciente e da família.

Posso mudar um diagnóstico de enfermagem depois que ele tenha sido documentado no prontuário do paciente?

É claro! Ao continuar avaliando o paciente e coletando mais dados, você pode descobrir que seu diagnóstico inicial não era o mais crítico, a condição do paciente pode ter sido resolvida, ou novos dados ficaram disponíveis, levando a novas prioridades. É muito importante avaliar o paciente continuamente, determinando se o diagnóstico é ainda o mais acurado para ele naquele momento.

Posso documentar diagnósticos de enfermagem de familiares de um paciente no prontuário dele?

As regras de documentação variam, dependendo da organização, estado ou país. O conceito de atendimento com base na família, entretanto, está se tornando quase um padrão, e certamente os diagnósticos com impacto no paciente e que contribuem para seus resultados devem ser levados em conta pelo enfermeiro. Por exemplo, se um paciente é admitido na instituição devido à exacerbação de uma condição crônica, e o enfermeiro identifica na esposa sinais/sintomas de *tensão do papel de cuidador* (00061), é fundamental que ele confirme ou refute esse diagnóstico. Aproveitando a hospitalização do paciente, o enfermeiro pode trabalhar com o cônjuge para mobilizar recursos para o atendimento em casa, como identificar fontes de apoio para controle do estresse, folga do cuidador e preocupações financeiras. Uma revisão do regime terapêutico, com recomendações para simplificar ou organizar os cuidados, também pode ser muito útil. O diagnóstico e tratamento do cônjuge com *tensão do papel de cuidador* não somente afetarão o cuidador, mas causarão forte impacto nos resultados do paciente ao voltar para casa.

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

A classificação da NANDA-I representa uma prática internacional de enfermagem; assim, nem todos os diagnósticos são apropriados a todos os enfermeiros no mundo. Consulte as *Considerações internacionais sobre o uso do Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I* (p. 25).

9.6 Sobre as características definidoras

O que são características definidoras?

Características definidoras são indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Isso não implica apenas coisas que o enfermeiro é capaz de ver, mas de inferir pela audição (p. ex., narradas pelo paciente/família), tato ou olfato.

Este livro está empregando os termos “condições associadas” e “populações em risco” em muitos diagnósticos. Essas não são condições que nós, enfermeiros, podemos impactar de forma independente. Como usá-las na avaliação?

A intenção por trás dessas novas categorias é oferecer ao enfermeiro informações que apoiem o seu diagnóstico e também identifiquem, com clareza, aqueles dados da avaliação que ele pode e não pode influenciar diretamente. Ao separar esses indicadores, o enfermeiro consegue reconhecer mais rapidamente fatores relacionados a serem alvos das intervenções ou características definidoras que precisem de controle de sintomas. Essas novas categorias de dados constituem outra forma de apoio às decisões dos enfermeiros no local do atendimento.

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

Não! As características definidoras (e os fatores relacionados/de risco) estão listadas em ordem alfabética. O objetivo final é identificar as características definidoras críticas, que devem estar presentes para que seja definido o diagnóstico. Quando isso for possível, reorganizaremos os indicadores diagnósticos por ordem de importância.

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

Essa é uma pergunta difícil e que, na verdade, depende do diagnóstico. No caso de alguns diagnósticos, apenas uma característica definidora é necessária; por exemplo, com os diagnósticos de promoção da saúde, o desejo expresso de um paciente de melhorar determinada resposta humana já é suficiente. Outros diagnósticos requerem um grupo de sintomas, possivelmente três ou quatro, para que o diagnóstico seja acurado. Futuramente, gostaríamos de limitar a quantidade de indicadores diagnósticos oferecidos na NANDA-I, pois longas listas de sinais/sintomas não são tão úteis do ponto de vista clínico. Esse trabalho será facilitado à medida que mais pesquisas sobre conceitos diagnósticos sejam realizadas.

9.7 Sobre os fatores relacionados

Quanto fatores relacionados preciso identificar para definir determinado diagnóstico de enfermagem para um paciente?

Da mesma forma que com as características definidoras, isso, na verdade, depende do diagnóstico. É provável que um fator não seja adequado, o que é especialmente verdadeiro se você está usando apenas um diagnóstico médico como fator relacionado. Como vimos anteriormente, no caso da Sra. M, isso pode significar que cada paciente admitido para uma mastectomia seja “rotulado” com o diagnóstico de *distúrbio na imagem corporal* (00118), ou que cada paciente com um procedimento cirúrgico seja “rotulado” com o diagnóstico de *dor aguda* (00132). Essa não é uma prática diagnóstica, e sim uma rotulação do paciente com base no pressuposto de que a resposta de uma pessoa é exatamente a mesma que a de outra. Na melhor das hipóteses, é um pressuposto errado que pode trazer risco de erro no diagnóstico e levar os enfermeiros a gastarem tempo com intervenções desnecessárias. Na pior das hipóteses, pode causar um erro de omissão, em que um diagnóstico importante não é percebido, resultando em problemas significativos com os cuidados do paciente e a qualidade dos resultados.

Os fatores relacionados nos diagnósticos da NANDA-I nem sempre são fatores que um enfermeiro pode eliminar ou diminuir. Devo incluí-los no enunciado diagnóstico?

Após separar os fatores relacionados da edição anterior nas categorias “populações em risco” e “condições associadas”, há muitos diagnósticos com poucos ou nenhum fator relacionado que seja modificável pelo enfermeiro. Assim, durante o ciclo seguinte, nos concentraremos no desenvolvimento de fatores relacionados de maior utilidade clínica, nos quais seja possível intervir e definir intervenções que reduzam ou interrompam a resposta humana desfavorável que foi diagnosticada.

9.8 Sobre os fatores de risco

Quantos fatores de risco preciso identificar para definir determinado diagnóstico de enfermagem de risco para um paciente?

Da mesma forma que com as características definidoras e os fatores relacionados, isso, na verdade, depende do diagnóstico. Por exemplo, no diagnóstico *risco de lesão por pressão*, ter um escore ≤ 16 na escala Braden Q em uma criança, ou um escore < 17 na escala Braden em um adulto, ou um escore baixo na escala Risk Assessment Pressure Sore (RAPS) pode ser tudo de que se necessita para diagnosticar esse risco. Isso porque essas ferramentas padronizadas foram validadas clinicamente como preditores de risco de lesão por pressão. Para outros diagnósticos que ainda não têm esse nível de validação de indicadores diagnósticos, é possível que haja necessidade de um grupo de fatores de risco, embora provavelmente não mais do que três ou quatro.

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

Sim! Você deve perceber fortes semelhanças entre os fatores relacionados de um diagnóstico com foco no problema e os fatores de risco de um diagnóstico de risco associados a um mesmo conceito. Na verdade, as listas de fatores podem ser idênticas. A mesma condição que o coloca em risco de uma resposta indesejável costuma ser uma etiologia daquela resposta, se ela ocorrer. Por exemplo, no diagnóstico *risco de comportamento desorganizado do lactente* (00115), excesso de estímulos ambientais é registrado como fator de risco. No diagnóstico com foco no problema, *comportamento desorganizado do lactente* (00116), excesso de estímulos ambientais é registrado como um fator relacionado. Nos dois casos, há muitas intervenções de enfermagem disponíveis capazes de reduzir a resposta desfavorável ou modificar seu risco de ocorrência.

9.9 Sobre a diferenciação entre diagnósticos de enfermagem similares

Como posso escolher um entre diagnósticos muito similares – como saber qual é o mais acurado?

A acurácia diagnóstica é fundamental! Evite chegar a uma conclusão rápido demais e use ferramentas fáceis para refletir sobre seu processo de tomada de decisão. Na ► Figura 9.1, apresentamos uma dessas ferramentas, um auxiliar diagnóstico usado na medicina para diferenciar entre diagnósticos e que pode ser adaptada com facilidade para a enfermagem; no inglês, essa ferramenta é um acrônimo, que não se reflete na tradução (SNAPPS; Rencic, 2011). O uso dessa ferramenta possibilita *resumir* os dados coletados na avaliação e na entrevista, além de todos os demais dados relevantes encontrados no prontuário do paciente. Depois, você tenta *reduzir* as diferenças entre os diagnósticos, eliminando os dados que se ajustam aos dois para que restem apenas os que são diferentes. É preciso então *analisar* os dados – há um padrão mais evidente agora que você vê em um grupo de dados menor? Se você tiver dúvidas ou questões não solucionadas, é melhor *sondar* um professor, colega ou especialista; em vez de perguntar qual a resposta, acompanhe o raciocínio deles para ajudá-lo a determinar o diagnóstico mais apropriado. O próximo passo é *planejar* uma estratégia de controle que inclua outras avaliações frequentes, em especial no começo do plano, para assegurar que seu diagnóstico foi realmente preciso. Finalmente, você deve *selecionar* tópicos relacionados ao caso para serem mais investigados e estudados. Encontre um artigo, um estudo de caso em um periódico ou informações de algum texto recente capazes de aprofundar seu conhecimento sobre a resposta humana que acabou de diagnosticar.

Figura 9.1 Ferramenta de raciocínio para diferenciar diagnósticos. (Rencic, 2011.)



Posso acrescentar “risco de” a um diagnóstico com foco no problema para torná-lo um diagnóstico de risco? Ou retirar “risco de” de um diagnóstico de risco para torná-lo um diagnóstico com foco no problema?

De modo simples, a resposta a essa pergunta é “não”. Na verdade, “compor” um título diagnóstico de forma aleatória não faz sentido e achamos que pode ser perigoso. Por quê? Pergunte-se o seguinte: como esse diagnóstico é definido? Quais são os fatores de risco (para diagnósticos de risco) ou as características definidoras/fatores relacionados (para diagnósticos com foco no problema) que devem ser identificados durante sua avaliação de enfermagem? Como outras pessoas sabem o que você quer dizer se o diagnóstico não está definido com clareza ou é oferecido na forma de um recurso (texto, sistema de informática) para revisar e para possibilitar que ele seja validado?

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

Ao analisar se um diagnóstico de risco deve ou não ser modificado para criar um diagnóstico com foco no problema, pergunte-se: “isso já está identificado como um diagnóstico médico?”. Em caso positivo, não há razão

para renomeá-lo como um diagnóstico de enfermagem, a menos que haja alguma outra perspectiva diferenciada que a enfermagem traria a seus fenômenos, diferente daquela da medicina. Por exemplo, “ansiedade” é um diagnóstico de enfermagem/médico/psiquiátrico, e todas as disciplinas podem abordá-lo a partir de suas perspectivas. Por outro lado, ao analisar um diagnóstico como “pneumonia” (infecção), que ponto de vista o enfermeiro traria que seria diverso daquele da medicina? Até agora, não identificamos a existência de alguma diferença no tratamento entre disciplinas; assim, é um diagnóstico médico para o qual os enfermeiros utilizam intervenções de enfermagem. Perfeitamente aceitável!

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

9.10 Sobre a elaboração de um plano de tratamento

Como encontro intervenções para serem usadas com diagnósticos de enfermagem?

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

- *Dor aguda (fatores relacionados:* técnica inapropriada de levantar algo e postura corporal; *características definidoras:* relato de forte dor nas costas, espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada e posição para aliviar a dor).
- *Dor aguda (fatores relacionados:* procedimentos cirúrgicos; *características definidoras:* relato verbal de forte dor incisional, espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada e posição para aliviar a dor).

No primeiro exemplo, o enfermeiro pode direcionar as intervenções para os sintomas (oferecendo intervenções para alívio da dor), mas também para a etiologia (oferecendo informações sobre técnicas adequadas de levantar algo, mecânica corporal apropriada e exercícios de fortalecimento dos grupos musculares central e das costas).

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

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

Quando um plano de cuidados de enfermagem precisa de revisão?

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

O que significa “revisar” o plano de cuidados? Trata-se de algo que requer uma nova avaliação das condições atuais do paciente para identificar as respostas humanas atuais que exijam intervenção do enfermeiro, o que significa revisar as condições identificadas anteriormente para determinar se:

- Elas ainda estão presentes?
- Elas ainda são de prioridade alta?
- Elas apresentaram melhora, estão na mesma condição ou pioraram?
- As intervenções atuais são eficazes?
- E, talvez o mais importante, você identificou a resposta correta para ser tratada (diagnosticou com precisão)?

Essas perguntas exigem uma avaliação contínua do paciente. Quando uma intervenção não consegue alcançar determinados resultados, mantê-la pode não ser a melhor opção. É possível que esteja ocorrendo algo que não foi percebido antes? Que outros dados você precisa coletar para identificar outros problemas? O paciente concorda com você quanto à priorização dos cuidados? Existem outras intervenções que podem ser mais efetivas? Tudo isso está envolvido na análise e revisão do plano de cuidados. Lembre-se que o plano de cuidados de enfermagem é uma representação informatizada (ou escrita) do seu julgamento clínico – não é algo que você “faz” e depois esquece. Ele deve orientar cada passo no atendimento ao paciente — cada questionamento, cada resultado de exame diagnóstico e cada dado do exame físico acrescentam mais informações a serem consideradas ao examinar as respostas do paciente, o que significa que a avaliação do paciente e a reavaliação contínua devem ocorrer sempre que você olhar para o paciente, conversar com ele ou tocá-lo, e sempre que você interagir com sua família ou inserir/revisar dados no prontuário do paciente.

Raciocínio clínico, diagnóstico e planejamento de tratamento adequado exigem uma prática diligente e reflexiva. Não é uma tarefa que possa ser

finalizada antes que você passe para outra coisa – é o principal componente da prática da enfermagem profissional.

9.11 Sobre o ensino e a aprendizagem dos diagnósticos de enfermagem

Jamais aprendi sobre diagnósticos de enfermagem quando fazia o curso. Qual é a melhor maneira de estudá-los?

Usar este livro é um bom começo! Primeiro, porém, recomendamos que você separe alguns momentos para aprender/revisar os conceitos que servem de suporte aos diagnósticos. Pense sobre quanto você sabe sobre ventilação, enfrentamento, tolerância à atividade, mobilidade, padrões de alimentação, padrões de sono, perfusão tissular, etc. Você realmente precisa começar com um entendimento forte desses fenômenos “neutros”; o que é *normal*? O que você esperaria encontrar em um paciente saudável? Que fatores fisiológicos/psicológicos/sociológicos influenciam esses padrões normais? Assim que você realmente compreender os conceitos, poderá passar para os desvios da norma: como avaliá-los? Que outras áreas da saúde da pessoa podem ser afetadas por esses desvios? Que tipos de coisas colocariam alguém em risco de desenvolver uma resposta indesejada? Quais são os pontos positivos que as pessoas podem usar para melhorar essa área da sua saúde? O que os enfermeiros dizem sobre esses fenômenos – que pesquisas estão sendo feitas? Há diretrizes de prática clínica? Todas essas áreas do conhecimento contribuirão para que você compreenda os diagnósticos de enfermagem – afinal, são eles que nomeiam os conhecimentos da disciplina. Não basta pegar este livro, ou qualquer outro, e começar a registrar diagnósticos que “parecem” se adaptar ao paciente ou que tenham ligação com um diagnóstico médico de algum modo padronizado. Assim que você realmente entender os conceitos, começará a ver padrões nos dados da sua avaliação que indicarão estados de risco, estados de problemas e pontos fortes – então você poderá aprimorar sua compreensão dos diagnósticos por meio de uma análise das definições e indicadores diagnósticos para os diagnósticos que pareçam representar a maioria das respostas de pacientes encontradas em sua prática. Existem diagnósticos centrais em todas as áreas de prática e é neles que você desejará concentrar-se para construir as primeiras experiências.

Devo escolher um diagnóstico de cada um dos 13 domínios e combiná-los no final da avaliação?

Embora saibamos que alguns professores ensinem assim, não é um método que apoiamos. Designar arbitrariamente determinado número de diagnósticos para serem considerados não é algo prático nem que reflita, necessariamente, a realidade do paciente. Além disso, conforme observado anteriormente, os domínios não têm formato de avaliação. Você deve fazer uma avaliação de enfermagem e, enquanto isso, pode começar a construir hipóteses sobre os diagnósticos potenciais. Esses, por sua vez, deverão ser seguidos por uma avaliação dirigida para descartar ou confirmar as hipóteses. A avaliação é um processo fluido – um dado pode levá-lo de volta a dados obtidos anteriormente ou pode exigir uma avaliação detalhada para a coleta de informações adicionais. Recomendamos o uso de uma avaliação fundamentada em um modelo de enfermagem, como os Padrões de Saúde Funcional de Gordon. Embora a Taxonomia atual seja adaptada desses padrões, a estrutura de avaliação de enfermagem dá suporte aos enfermeiros ao entrevistar e avaliar o paciente, possibilitando (e encorajando!) uma análise fluida de como os dados e as informações obtidos a partir de outros padrões interagem durante o período da avaliação.

Meus professores não permitem o uso de diagnósticos de risco porque devemos focar em diagnósticos “reais”. Os estados de risco dos pacientes não são “reais”?

É claro que são! Diagnósticos de risco frequentemente são os diagnósticos de mais alta prioridade para os pacientes – um indivíduo com vulnerabilidade significativa a infecções, quedas, lesão por pressão ou sangramento pode não ter um diagnóstico mais crítico que o de risco. O uso anterior do termo diagnóstico “real” pode levar a essa confusão – alguns interpretaram isso de modo a significar que o diagnóstico real (com foco no problema) seria mais “real” que o de risco. Pense em uma jovem mulher que acabou de dar à luz um bebê saudável, mas que desenvolveu coagulação intravascular disseminada durante a gestação e possui uma história de hemorragia pós-parto. É bem provável que ela não tenha outro diagnóstico tão prioritário quanto *risco de sangramento* (00206). Talvez ela tenha *dor aguda* (00132)

em decorrência da episiotomia, *ansiedade* (00146) e *disposição para amamentação melhorada* (00106), mas qualquer enfermeiro perinatal dirá que o foco número 1 deve ser *risco de sangramento* !

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

A enfermagem, assim como outras disciplinas, se esforça para passar de um sistema carregado de conteúdo para um processo educativo baseado em quem aprende, com foco no raciocínio. Durante pelo menos as últimas décadas, o padrão na educação de enfermagem foi tentar incluir cada vez mais informações em aulas, leituras e tarefas, levando a um padrão de “memorização e regurgitação” de conhecimentos, comumente seguido do esquecimento da maior parte do que fora “aprendido” logo em seguida. Isso simplesmente não funciona! A velocidade do desenvolvimento de conhecimentos aumenta de modo exponencial – não podemos continuar a ensinar cada informação necessária. Em vez disso, precisamos ensinar conceitos centrais, ensinar os estudantes a raciocinarem, a descobrirem conhecimentos e saberem o que é confiável, além da forma de aplicação dos mesmos. Precisamos dar-lhes os instrumentos que levam a um aprendizado permanente, e o raciocínio clínico é, possivelmente, o mais fundamental de todos. Mas o raciocínio crítico exige um campo de conhecimento – no caso, a enfermagem –, o que demanda o domínio de nossos conhecimentos disciplinares, representados pelos diagnósticos de enfermagem.

Cada professor de enfermagem precisa ensinar diagnósticos de enfermagem – em todas as disciplinas e como o foco da disciplina. Pelo ensino de conceitos, os estudantes aprenderão sobre áreas relacionadas, seus diagnósticos e tratamentos-padrão. Aprenderão sobre as respostas humanas e como se diferenciam em uma variedade de situações, em decorrência de idade, gênero, cultura, etc. Reestruturar o currículo para que o foco seja realmente a enfermagem pode soar radical, mas é a única forma de oferecer solidamente conteúdos de enfermagem aos futuros enfermeiros. Ensine primeiro os diagnósticos centrais que perpassam todas as áreas da prática; depois, à medida que os estudantes adquirem conhecimentos, ensine os diagnósticos centrais por especialidade. Os restantes – aqueles que não ocorrem com frequência, ou ocorrem somente em condições muito

específicas – serão aprendidos com a prática e com pacientes que evidenciem essas respostas.

9.12 Sobre o uso da NANDA-I em prontuários eletrônicos

É obrigatório que problemas, intervenções e resultados do paciente incluídos em um prontuário eletrônico sejam enunciados usando a terminologia da NANDA-I? Por que usar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com um sistema de saúde eletrônico?

Não é obrigatório; porém, os diagnósticos de enfermagem da NANDA International são enfaticamente sugeridos pelas organizações que atestam padrões da prática como elementos a serem incluídos nos prontuários eletrônicos. Diversos trabalhos e estudos de especialistas internacionais promovem a inclusão da Taxonomia da NANDA-I nesses prontuários, com base em várias razões:

- A segurança dos pacientes exige documentação precisa de problemas de saúde (p. ex., estados de risco, diagnósticos com foco no problema, diagnósticos de promoção da saúde), e a NANDA-I é a única classificação com ampla literatura de apoio (com muitos diagnósticos baseados em evidências, incluindo um formato de nível de evidência [LOE, *level of evidence*]). Mais do que isso, os diagnósticos da NANDA-I são conceitos amplos que incluem fatores relacionados e características definidoras. Essa é uma das grandes diferenças em relação a outras terminologias.
- A NANDA-I, a NIC e a NOC (NNN) não apenas são as classificações de uso internacional mais frequentes, mas estudos mostram que são as classificações mais baseadas em evidências e abrangentes.
- Os diagnósticos da NANDA-I são permanentemente aperfeiçoados e desenvolvidos. A classificação não é produto de um único autor; baseia-se no trabalho de enfermeiros profissionais no mundo todo, membros e não membros da NANDA International (Anderson et al., 2009; Bernhard-Just et al., 2009; Keenan et al., 2008; Lunney, 2006; Lunney et al., 2005; Müller-Staub, 2007, 2009; Müller-Staub et al., 2007).

9.13 Sobre elaboração e revisão de diagnósticos

Quem elabora e revisa os diagnósticos da NANDA-I?

Os diagnósticos novos e os revisados são submetidos ao Diagnosis Development Committee (DDC, Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos) da NANDA-I por enfermeiros do mundo todo. Esses profissionais vêm principalmente de áreas da prática clínica e da educação, embora tenhamos pesquisadores e teóricos que, ocasionalmente, submetem diagnósticos também. O DDC formula e conduz processos de análise dos diagnósticos propostos. Os deveres do DDC incluem (mas não se limitam a isso): análise dos diagnósticos recém-propostos, revisões propostas ou deleções propostas de diagnósticos de enfermagem; solicitação e disseminação de *feedback* de especialistas; implementação de processos para análise pelos filiados e votação pela assembleia geral/filiados de assuntos sobre elaboração de diagnósticos.

Por que alguns diagnósticos são revisados?

O conhecimento está em constante evolução na prática da enfermagem e, como as pesquisas esclarecem e aperfeiçoam esses conhecimentos, é importante que a terminologia da NANDA-I reflita essas mudanças. Enfermeiros da prática clínica, bem como educadores e pesquisadores, submetem essas revisões, com base no próprio trabalho ou em revisões da literatura. A finalidade é aperfeiçoar os diagnósticos, oferecendo informações que possibilitem a acurácia diagnóstica.

9.14 Sobre o livro *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I*

Como sei quais diagnósticos são novos?

Os diagnósticos novos e revisados estão destacados na seção “Alterações e revisões” (p. 4).

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

Não. Os códigos que faltam representam os que não foram designados ou diagnósticos que foram retirados da Taxonomia ao longo do tempo. Os códigos não são reutilizados; eles são retirados junto com o diagnóstico. Da mesma forma, códigos não designados jamais são usados posteriormente, fora de sequência, e ficam para sempre sem ser designados.

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

A seção “Alterações e revisões” (p. 4) traz informações detalhadas sobre as mudanças feitas nesta edição. No entanto, a melhor maneira de conhecer cada mudança é comparar a edição atual com a anterior. Não listamos todas as mudanças feitas ao padronizarmos termos para indicadores diagnósticos, e essas mudanças não foram consideradas revisões. Foi enfatizado, durante os dois últimos ciclos, que fosse dada continuidade ao trabalho anterior de aperfeiçoamento e padronização de termos de características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Além disso, muitos dos indicadores diagnósticos atuais foram listados em populações em risco e condições associadas. Trata-se de um trabalho ainda em andamento, que exige tarefas lentas e meticulosas para assegurar que as alterações não impactem o sentido pretendido dos termos.

Por que nem todos os diagnósticos apresentam um nível de evidência (LOE, *level of evidence*)?

A NANDA International só começou a utilizar critérios de LOE em 2002. Assim, diagnósticos que ingressaram na Taxonomia antes desse ano não mostram critérios de LOE, uma vez que nenhum havia sido identificado no momento da submissão dos diagnósticos. Todos os que existiam na Taxonomia em 2002 mantiveram seu “direito adquirido”, e aqueles que claramente não atendiam aos critérios (p. ex., sem fatores relacionados identificados, múltiplos focos do diagnóstico no título, etc.) foram revisados ou removidos nas edições posteriores. Os últimos desses diagnósticos estão indicados para serem retirados na próxima edição. Encorajamos veementemente que seja trabalhado nos diagnósticos antigos para elevá-los a um LOE mínimo de 2.1, para que sejam mantidos na estrutura taxonômica.

O que houve com as referências? Por que a NANDA-I não imprimiu todas as referências usadas em todos os diagnósticos?

A NANDA-I começou a publicar as referências solicitando às pessoas que submetiam seu trabalho que identificassem suas três referências mais importantes. Na edição de 2009-2011, começamos a publicar a lista de referências completa devido ao grande número de perguntas recebidas em relação à literatura revisada de diferentes diagnósticos. Atualmente, muitas pessoas dizem que preferem ter acesso *online* às referências, em vez de no livro impresso. Também há preocupações sobre o impacto ambiental de um livro com mais páginas e recomendações para que as informações específicas a pesquisadores e profissionais da informática sejam publicadas no *site* da NANDA-I para quem quiser acesso a elas. Após uma discussão, determinamos que essa seria a decisão mais acertada, considerando os propósitos deste livro. Portanto, todas as referências para todos os diagnósticos estão localizadas no *site* www.grupoa.com.br/nanda-i, para que seja fácil de buscar e acessar essas informações.

9.15 Referências

- Anderson CA, Keenan G, Jones J. Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *Comput Inform Nurs*. 2009; 27(2):82–90
- Bernhart-Just A, Hillewerth K, Holzer-Pruss C, Paprotny M, Zimmermann Heinrich H. Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC-Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis. *Pflege*. 2009; 22(6):443–454
- Kamitsuru S. *Kango shindan seminar shiryō* [Nursing diagnosis seminar handout]. Kango Laboratory (Japanese); 2008
- Keenan GM, Tschannen D, Wesley ML. Standardized nursing terminologies can transform practice. *J Nurs Adm*. 2008; 38(3):103–106
- Lunney M. NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. *J Sch Nurs*. 2006; 22 (2):94–101
- Lunney M. Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. *OJIN: Online J Issues Nurs*. 2008; 13(1)
- Lunney M, Delaney C, Duffy M, Moorhead S, Welton J. Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *J Nurs Adm*. 2005; 35(1):1–3
- Müller-Staub M. *Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnostics: A Study on the Use of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Nursing Documentation*. Wageningen: Ponsen & Looijen; 2007
- Müller-Staub M. Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. Studies in health technology and informatics. *Connecting Health Humans*. 2009; 146:337–341
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(5):702–713
- Rencic J. Twelve tips for teaching expertise in clinical reasoning. *Med Teach*. 2011; 33 (11):887–892

10 Glossário

10.1 Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou a uma vulnerabilidade a essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção de intervenções de enfermagem que alcancem resultados que são de responsabilidade dos enfermeiros (aprovado na Nona Conferência da NANDA; acrescentado em 2009 e 2013).

10.1.1 Diagnóstico de enfermagem com foco no problema

Um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade.

Para se fazer um diagnóstico com foco no problema, devem estar presentes: características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de indicadores ou inferências relacionadas; e fatores relacionados (fatores etiológicos), que dizem respeito, contribuem ou antecedem o foco do diagnóstico, também são necessários.

10.1.2 Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde

Um julgamento clínico a respeito da motivação e do desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde.

Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. Em pessoas incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar a

existência de uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo. As respostas de promoção da saúde podem manifestar-se em um indivíduo, família, grupo ou comunidade.

10.1.3 Diagnóstico de enfermagem de risco

Um julgamento clínico a respeito da suscetibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida.

Para se fazer um diagnóstico de risco, o seguinte deve estar presente: ser apoiado por fatores de risco que contribuam para aumento da suscetibilidade.

10.1.4 Síndrome

Um julgamento clínico relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto e por meio de intervenções similares.

Para usar um diagnóstico de síndrome, o seguinte deve estar presente: dois ou mais diagnósticos de enfermagem devem ser usados como características definidoras. Fatores relacionados devem estar presentes.

10.2 Eixos diagnósticos

10.2.1 Eixo

Um eixo é definido operacionalmente como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. Há sete eixos que acompanham o International Standards Reference Model for a Nursing Diagnosis.

- Eixo 1: foco do diagnóstico
- Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc.)
- Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz, etc.)
- Eixo 4: localização (oral, periférico, cerebral, etc.)
- Eixo 5: idade (neonato, lactente, criança, adulto, etc.)
- Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente)
- Eixo 7: categoria do diagnóstico (com foco no problema, de risco, de promoção da saúde)

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

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

O Eixo 1 (foco do diagnóstico) e o Eixo 3 (julgamento) são componentes essenciais de um diagnóstico de enfermagem. Todavia, em alguns casos, o foco contém o julgamento (p. ex., *náusea*); em casos assim, o julgamento não

está separado, de forma explícita, do foco no título do diagnóstico. O Eixo 2 (sujeito do diagnóstico) também é fundamental, embora, como descrito anteriormente, possa estar implícito, não sendo parte do título. O DDC exige esses eixos no envio para análise do diagnóstico; os demais podem ser usados sempre que relevantes para a clareza.

10.2.2 Definições dos eixos

Eixo 1: foco do diagnóstico

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

O foco do diagnóstico pode consistir em um ou mais substantivos. Quando mais de um substantivo é usado (p. ex., *intolerância à atividade*), cada um contribui com um sentido único ao foco do diagnóstico, como se os dois fossem um só termo. O significado do termo combinado, no entanto, é diferente de quando eles são considerados separadamente. Com frequência, um substantivo (*sofrimento*) pode ser usado com um adjetivo (*espiritual*) para denotar o foco do diagnóstico *sofrimento espiritual* (ver ► Tab. 8.1)

Eixo 2: sujeito do diagnóstico

Pessoa para quem é determinado um diagnóstico de enfermagem. Os valores no Eixo 2 são indivíduo, cuidador, família, grupo e comunidade, representando a definição de “paciente” da NANDA-I.

- *Indivíduo*: um único ser humano, distinto de outros; uma pessoa.
- *Cuidador*: membro da família ou um ajudante que, regularmente, atende uma criança ou uma pessoa doente, idosa ou com deficiência.
- *Família*: duas ou mais pessoas que têm relações contínuas ou permanentes, que percebem obrigações recíprocas, têm sentidos comuns e compartilham determinadas obrigações com outras pessoas; relacionadas pelo sangue e/ou por escolha.
- *Grupo*: conjunto de pessoas com características compartilhadas.
- *Comunidade*: grupo de pessoas que moram em um mesmo lugar, sob um mesmo governo. Exemplos incluem bairros e cidades.

Eixo 3: julgamento

Um julgamento é um elemento descritor ou modificador que limita ou especifica o significado do foco do diagnóstico. Este, junto com o julgamento do enfermeiro a seu respeito, forma o diagnóstico. Os valores no Eixo 3 estão na ► Tabela 8.2.

Eixo 4: localização

A localização descreve as partes/regiões do corpo e/ou as funções relacionadas – todos os tecidos, órgãos, locais anatômicos ou estruturas. Os valores no Eixo 4 estão na ► Tabela 8.3.

Eixo 5: idade

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

- *Feto*: ser humano não nascido, com mais de 8 semanas após a concepção até o nascimento
- *Neonato*: pessoa < 28 dias de idade
- *Lactente*: pessoa ≥ 28 dias e < 1 ano de idade
- *Criança*: pessoa com 1 a 9 anos, inclusive
- *Adolescente*: pessoa com 10 a 19 anos, inclusive
- *Adulto*: pessoa com mais de 19 anos, a não ser que alguma lei nacional defina a pessoa sendo adulta mais cedo
- *Idoso*: pessoa > 65 anos de idade

Eixo 6: tempo

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

- *Agudo*: duração < 3 meses
- *Crônico*: duração ≥ 3 meses
- *Intermitente*: interrompido, ou iniciando novamente, a intervalos; periódico; cíclico
- *Contínuo*: sem interrupção; que se mantém sem parar

Eixo 7: categoria do diagnóstico

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

10.3 Componentes de um diagnóstico de enfermagem

10.3.1 Título do diagnóstico

Dá nome a um diagnóstico, refletindo, no mínimo, seu foco (do Eixo 1) e o julgamento de enfermagem (do Eixo 3). É um termo ou expressão concisa que representa um padrão de indicadores relacionados. Pode incluir modificadores.

10.3.2 Definição

Traz uma descrição clara e precisa; delinea o significado do diagnóstico e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

10.3.3 Características definidoras

Indicadores/inferências observáveis, que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Isso não implica apenas coisas que o enfermeiro é capaz de ver, mas de inferir pela audição (p. ex., narradas pelo paciente/família), tato ou olfato.

10.3.4 Fatores de risco

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

10.3.5 Fatores relacionados

Fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Esses fatores podem ser descritos como antecedentes, associados, relacionados, contribuintes ou estimuladores. Somente diagnósticos de enfermagem com foco no problema e síndromes

devem ter fatores relacionados; diagnósticos de promoção da saúde podem ter fatores relacionados se estes forem úteis para esclarecer o diagnóstico.

10.3.6 Populações em risco

Grupos de pessoas que partilham alguma característica que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana. Essas características não são modificáveis pelo enfermeiro.

10.3.7 Condições associadas

Diagnósticos médicos, lesões, procedimentos, dispositivos médicos ou agentes farmacêuticos. Essas condições não são independentemente modificáveis pelo enfermeiro.

10.4 Definições para a classificação dos diagnósticos de enfermagem

10.4.1 Classificação

É a organização de fenômenos relacionados em grupos taxonômicos, conforme as similaridades observadas; uma categoria em que algo é inserido (English Oxford Living Dictionary On-Line 2017).

10.4.2 Nível de abstração

Descreve a concretude/abstração de um conceito:

- Conceitos muito abstratos são teóricos e podem não ser diretamente mensuráveis. São definidos por conceitos concretos, dissociados de qualquer instância específica, independentes de tempo e espaço. Têm mais descritores gerais e podem não ser clinicamente úteis para planejar o tratamento.
- Conceitos concretos são observáveis, mensuráveis e limitados por tempo e espaço. Constituem uma categoria específica, são mais exclusivos, nomeiam uma coisa real ou classe de coisas. São restritos por natureza e podem ser clinicamente úteis para planejar o tratamento.

10.4.3 Nomenclatura

A indicação ou escolha de nomes para as coisas, especialmente em uma ciência ou em outra disciplina (English Oxford Living Dictionary On-Line 2017).

10.4.4 Taxonomia

O ramo da ciência que se dedica à classificação, especialmente de organismos; uma sistemática (English Oxford Living Dictionary On-Line 2017).

10.5 Referências

Oxford University Press. *English Oxford Living Dictionary On-Line*, British and World Version; 2017. Available at: <https://en.oxforddictionaries.com>

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall; 2006

World Health Organization. *Health topics: infant, newborn*; 2013. Available at: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/

World Health Organization. *Definition of key terms*; 2013. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

[Organização Mundial da Saúde] N. de R.T. Alguns diagnósticos podem representar mais de um grupo etário. Por exemplo, também pode-se aplicar o diagnóstico *Risco de morte súbita do lactente* para neonatos.

Parte 3
Diagnósticos de enfermagem da NANDA
International

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 1 • Percepção da saúde

Código do diagnóstico 00097

Envolvimento em atividades de recreação diminuído

Aprovado em 1980 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estimulação, interesse ou participação reduzidos em atividades recreativas ou de lazer.

Características definidoras

- Afeto superficial
- Alteração no humor
- Cochilos frequentes durante o dia
- Descontentamento com a situação
- Falta de condicionamento físico
- Tédio

Fatores relacionados

- Atividade de recreação insuficiente
- Barreira ambiental
- Desconforto físico
- Energia insuficiente
- Mobilidade prejudicada
- Motivação insuficiente
- O local atual não possibilita envolvimento em atividades
- Sofrimento psicológico

Populações em risco

- Extremos de idade
- Hospitalização prolongada
- Institucionalização prolongada

Condições associadas

- Imobilidade prescrita

- Isolamento terapêutico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 1 • Percepção da saúde

Código do diagnóstico 00168

Estilo de vida sedentário

Aprovado em 2004 • Nível de evidência 2.1

Definição

Um hábito de vida que se caracteriza por baixo nível de atividade física.

Características definidoras

- Falta de condicionamento físico
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Preferência por atividades com pouca atividade física

Fatores relacionados

- Conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico
- Interesse insuficiente em atividades físicas
- Motivação insuficiente para a atividade física
- Recursos insuficientes para a atividade física
- Treinamento insuficiente para fazer exercício físico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 1 • Percepção da saúde

Código do diagnóstico 00262

Disposição para **letramento em saúde** melhorado

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Um padrão de uso e desenvolvimento de um conjunto de habilidades e competências (letramento, conhecimento, motivação, cultura e linguagem) para encontrar, entender, avaliar e usar conceitos e informações em saúde para a tomada de decisões diária, a promoção e manutenção da saúde, a redução dos riscos à saúde e a melhora da qualidade de vida geral, que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a compreensão de costumes e crenças para a tomada de decisões em saúde
- Expressa desejo de aumentar a compreensão de informações de saúde para fazer escolhas de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar a conscientização sobre processos cívicos e/ou governamentais que impactam a saúde pública
- Expressa desejo de aumentar o conhecimento sobre os determinantes de saúde atuais em ambientes sociais e físicos
- Expressa desejo de melhorar a capacidade de ler, escrever, falar e interpretar números para as necessidades de saúde cotidianas
- Expressa desejo de melhorar a comunicação sobre saúde com os profissionais
- Expressa desejo de melhorar o apoio social à saúde
- Expressa desejo de melhorar o processo pessoal de tomada de decisão
- Expressa desejo de obter informações suficientes para transitar no sistema de saúde

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00188

Comportamento de saúde propenso a risco

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2006, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Capacidade prejudicada de modificar o estilo de vida e/ou as ações de forma a melhorar o nível de bem-estar.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde
- Falha em alcançar um senso de controle ideal
- Minimiza mudanças no estado de saúde
- Não aceitação da mudança no estado de saúde
- Tabagismo

Fatores relacionados

- Ansiedade social
- Apoio social insuficiente
- Baixa autoeficácia
- Compreensão inadequada
- Estressores
- Percepção negativa da estratégia recomendada de cuidados de saúde
- Percepção negativa do provedor de cuidados de saúde

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- História familiar de alcoolismo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00078

Controle ineficaz da saúde

Aprovado em 1994 • Revisado em 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Barreira percebida
- Benefício percebido
- Conflito de decisão
- Conflito familiar
- Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico
- Demandas excessivas
- Dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo
- Dificuldade de transitar por sistemas complexos de cuidados de saúde
- Gravidade da condição percebida
- Número inadequado de indícios de ação
- Padrão familiar de cuidados de saúde
- Sentimento de impotência
- Suscetibilidade percebida

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00162

Disposição para **controle da saúde** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2010, 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

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

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00080

Controle da saúde familiar ineficaz

Aprovado em 1992 • Revisado em 2013, 2017

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Conflito de decisão
- Conflito familiar
- Dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo
- Dificuldade de transitar por sistemas complexos de cuidados de saúde

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00099

Manutenção ineficaz da saúde

Aprovado em 1982 • Revisado em 2017

Definição

Incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter o bem-estar.

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Habilidades de comunicação ineficazes
- Pesar complicado
- Recursos insuficientes
- Sofrimento espiritual
- Tomada de decisões prejudicada

População em risco

- Atraso no desenvolvimento

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Redução nas habilidades motoras finas
- Redução nas habilidades motoras grossas
- Transtornos perceptivos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00043

Proteção ineficaz

Aprovado em 1990 • Revisado em 2017

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Nutrição inadequada

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Câncer
- Distúrbio imunológico
- Perfil sanguíneo anormal
- Regime de tratamento

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00215

Saúde deficiente da comunidade

Aprovado em 2010 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Acesso insuficiente a provedores de cuidados de saúde
- Falta de especialistas na comunidade
- Programa aborda o problema de saúde de forma incompleta
- Programa com apoio social inadequado
- Programa com dados de resultados inadequados
- Programa com orçamento inadequado
- Programa com plano de avaliação inadequado
- Recursos insuficientes
- Satisfação inadequada do consumidor com o programa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00257

Síndrome do idoso frágil

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Depressão
- Desnutrição
- Equilíbrio prejudicado
- Estilo de vida sedentário

- Exaustão
- Força muscular diminuída
- Fraqueza muscular
- Imobilidade
- Intolerância à atividade
- Isolamento social
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo de quedas
- Mobilidade prejudicada
- Obesidade
- Redução da energia
- Tristeza

Populações em risco

- Baixo nível educacional
- Desfavorecido economicamente
- Etnia diferente da caucasiana
- História de quedas
- Hospitalização prolongada
- Idade > 70 anos
- Morar só
- Sexo feminino
- Viver em espaço limitado
- Vulnerabilidade social

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Anorexia
- Caminhada de 4 metros requer > 5 segundos
- Déficit sensorial
- Disfunção da regulação endócrina
- Doença crônica
- Obesidade sarcopênica
- Perda não intencional de > 4,5 kg em 1 ano

- Perda não intencional de 25% do peso corporal em 1 ano
- Processo de coagulação alterado
- Redução da concentração sérica de 25-hidroxivitamina D
- Resposta inflamatória suprimida
- Sarcopenia
- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 1 • Promoção da saúde

Classe 2 • Controle da saúde

Código do diagnóstico 00231

Risco de síndrome do idoso frágil

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Fatores de risco

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Depressão
- Desnutrição
- Equilíbrio prejudicado
- Estilo de vida sedentário
- Exaustão
- Força muscular diminuída
- Fraqueza muscular
- Imobilidade
- Intolerância à atividade
- Isolamento social
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo de quedas
- Mobilidade prejudicada
- Obesidade
- Redução da energia
- Tristeza

Populações em risco

- Baixo nível educacional

- Desfavorecido economicamente
- Etnia diferente da caucasiana
- História de quedas
- Hospitalização prolongada
- Idade > 70 anos
- Morar só
- Sexo feminino
- Viver em espaço limitado
- Vulnerabilidade social

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Anorexia
- Caminhada de 4 metros requer > 5 segundos
- Déficit sensorial
- Disfunção da regulação endócrina
- Doença crônica
- Obesidade sarcopênica
- Perda não intencional de > 4,5 kg em 1 ano
- Perda não intencional de 25% do peso corporal em 1 ano
- Processo de coagulação alterado
- Redução da concentração sérica de 25-hidroxivitamina D
- Reposta inflamatória suprimida
- Sarcopenia
- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00216

Produção insuficiente de leite materno

Aprovado em 2010 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 3.1

Definição

Suprimento inadequado de leite materno para atender ao estado nutricional de um lactente ou uma criança.

Características definidoras

- Ausência de produção de leite com estimulação do mamilo
- Choro frequente do lactente
- Constipação do lactente
- Ganho de peso do lactente inferior a 500 g em 1 mês
- Lactente busca sugar a mama com frequência
- Lactente elimina pequenas quantidades de urina concentrada
- Lactente se recusa sugar a mama
- Leite materno ordenhado é inferior ao volume prescrito a um lactente
- Retardo na produção de leite
- Sucção na mama não sustentada
- Tempo de amamentação prolongado

Fatores relacionados

- Consumo de álcool pela mãe
- Desnutrição materna
- Oportunidade insuficiente de sugar a mama
- Pega ineficaz do seio materno
- Reflexo de sucção ineficaz
- Regime de tratamento materno
- Rejeição da mama
- Tabagismo materno
- Tempo de sucção na mama insuficiente
- Volume de líquidos deficiente da mãe

Condição associada

- Gravidez

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00104

Amamentação ineficaz

Aprovado em 1988 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 3.1

Definição

Dificuldade para oferecer o leite das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente ou da criança.

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Alimentações suplementares com bico artificial
- Amamentação interrompida
- Ambivalência materna
- Anomalia da mama materna
- Ansiedade materna
- Apoio familiar insuficiente

- Atraso do estágio II da lactogênese
- Conhecimento insuficiente dos pais sobre a importância da amamentação
- Conhecimento insuficiente dos pais sobre técnicas de amamentação
- Dor materna
- Fadiga materna
- Obesidade materna
- Oportunidade insuficiente de sugar a mama
- Reflexo de sucção do lactente insatisfatório
- Suprimento de leite inadequado
- Uso da chupeta

Populações em risco

- Cirurgia prévia da mama
- História anterior de falha na amamentação
- Lactente prematuro
- Licença maternidade curta

Condição associada

- Defeito orofaríngeo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00105

Amamentação interrompida

Aprovado em 1992 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

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

Característica definidora

- Amamentação não exclusiva

Fatores relacionados

- Necessidade de desmamar abruptamente o lactente
- Separação entre mãe e lactente

Populações em risco

- Emprego materno
- Hospitalização da criança
- Lactente prematuro

Condições associadas

- Contraindicações ao aleitamento materno
- Doença da mãe
- Doença do lactente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00106

Disposição para **amamentação** melhorada

Aprovado em 1990 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

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

Características definidoras

- Mãe expressa desejo de melhorar a capacidade de amamentar com exclusividade
- Mãe expressa desejo de melhorar a capacidade de amamentar para atender às necessidades nutricionais da criança

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00103

Deglutição prejudicada

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

Primeiro estágio: oral

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

Segundo estágio: faríngeo

- Alteração na posição da cabeça

- Ânsia de vômito
- Asfixia
- Deglutição repetida
- Deglutição retardada
- Elevação inadequada da laringe
- Fase faríngea anormal na avaliação da deglutição
- Febres de etiologia desconhecida
- Infecção pulmonar recorrente
- Qualidade gorgolejante da voz
- Recusa do alimento
- Refluxo nasal
- Tosse

Terceiro estágio: esofágico

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

Fatores relacionados

- Comportamento de autolesão
- Problema de comportamento alimentar

Populações em risco

- Atraso no desenvolvimento
- Falha em desenvolver-se
- História de alimentação enteral
- Prematuridade

Condições associadas

- Acalasia
- Anormalidade de vias aéreas superiores
- Anormalidade da laringe
- Anormalidade da orofaringe
- Condição respiratória
- Condições com hipotonia muscular significativa
- Defeito laríngeo
- Defeito na cavidade nasofaríngea
- Defeito nasal
- Defeito traqueal
- Defeitos anatômicos adquiridos
- Desnutrição proteico-calórica
- Doença cardíaca congênita
- Doença do refluxo esofágico
- Envolvimento de nervo craniano
- Lesão encefálica
- Obstrução mecânica
- Paralisia cerebral
- Prejuízo neuromuscular
- Problemas neurológicos
- Trauma

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00269

Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Atitudes e comportamentos alimentares alterados que resultam em padrões de alimentação excessiva ou insuficiente, comprometendo a saúde nutricional.

Características definidoras

- Alimentação excessiva
- Alimentação frequente em restaurantes *fast food*
- Alimentação insuficiente
- Esquiva de participação nos horários regulares de refeição
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Ingestão frequente de alimentos de baixa qualidade
- Ingestão frequente de alimentos processados
- Pouco apetite
- Queixas de fome entre as refeições
- Recusa do alimento

Fatores relacionados

- Abuso psicológico
- Ansiedade
- Controle excessivo da família durante as refeições
- Depressão
- Dinâmica familiar alterada
- Escolha inadequada de alimentos
- Estresse excessivo
- Horário irregular das refeições
- Influência midiática no comportamento de ingestão de alimentos altamente calóricos e não saudáveis
- Influência midiática no conhecimento de alimentos altamente calóricos e não saudáveis

- Influências negativas dos pais nos comportamentos alimentares
- Momentos de refeições estressantes
- Mudança na autoestima ao iniciar a puberdade
- Negligência psicológica
- Refeições sem companhia
- Transtorno alimentar

Condições associadas

- Desafio físico relacionado ao ato de alimentar
- Desafio físico relacionado ao ato de comer
- Questões de saúde física dos pais
- Questões de saúde psicológica dos pais

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00270

Dinâmica alimentar ineficaz da criança

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Atitudes, comportamentos e influências alterados nos padrões de alimentação da criança que resultam em saúde nutricional comprometida.

Características definidoras

- Alimentação excessiva
- Alimentação frequente em restaurantes *fast food*
- Alimentação insuficiente
- Esquiva de participação nos horários regulares de refeição
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Ingestão frequente de alimentos de baixa qualidade
- Ingestão frequente de alimentos processados
- Pouco apetite
- Queixas de fome entre as refeições
- Recusa do alimento

Fatores relacionados

Hábito alimentar

- Ausência de horários regulares de refeições
- Chantagem para que a criança se alimente
- Consumo de grandes volumes de alimento em um período curto de tempo
- Controle excessivo dos pais no horário de refeições em família
- Controle excessivo dos pais relativo à experiência alimentar da criança
- Criança forçada a comer
- Escolha inadequada de alimentos
- Hábitos alimentares desorganizados
- Ingestão não estruturada de lanches entre as refeições
- Limitação da alimentação da criança

- Momentos de refeições estressantes
- Padrões alimentares imprevisíveis
- Recompensar a criança por se alimentar
- Refeições sem companhia

Processo familiar

- Estilo de paternidade/maternidade com excesso de envolvimento
- Estilo de paternidade/maternidade com pouco envolvimento
- Estilo de paternidade/maternidade sem envolvimento
- Relação ansiosa pais-filhos
- Relação hostil pais-filhos
- Relação insegura pais-filhos
- Relação tensa pais-filhos
- Relacionamento abusivo

Nos pais

- Abuso de substâncias
- Anorexia
- Depressão
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Falta de confiança na criança quanto ao desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis
- Falta de confiança no crescimento apropriado da criança
- Incapacidade de apoiar padrões alimentares saudáveis
- Incapacidade de divisão da responsabilidade sobre o ato de alimentar entre pais e filhos
- Incapacidade de divisão da responsabilidade sobre o ato de comer entre pais e filhos

Ambientais

- Influência midiática no comportamento de ingestão de alimentos altamente calóricos e não saudáveis
- Influência midiática no conhecimento de alimentos altamente calóricos e não saudáveis

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- Envolvimento com sistemas de acolhimento/adoção de crianças

- Obesidade paterna/materna
- População de rua
- Transição de vida

Condições associadas

- Desafio físico relacionado ao ato de alimentar
- Desafio físico relacionado ao ato de comer
- Questões de saúde física dos pais
- Questões de saúde psicológica dos pais

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00271

Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Comportamentos de alimentação alterados por parte dos pais que resultam em padrões de alimentação excessiva ou insuficiente.

Características definidoras

- Alimentação excessiva
- Alimentação insuficiente
- Pouco apetite
- Recusa do alimento
- Transição inadequada para alimentos sólidos

Fatores relacionados

- Estilo de paternidade/maternidade com excesso de envolvimento
- Estilo de paternidade/maternidade com pouco envolvimento
- Estilo de paternidade/maternidade sem envolvimento
- Falta de confiança no crescimento apropriado do lactente
- Falta de confiança no lactente quanto ao desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis
- Falta de conhecimento sobre a responsabilidade dos pais em relação à alimentação do lactente
- Falta de conhecimento sobre métodos adequados de alimentação do lactente para cada estágio do desenvolvimento
- Falta de conhecimento sobre os estágios de desenvolvimento do lactente
- Influência midiática no conhecimento de alimentos altamente calóricos e não saudáveis
- Influência midiática no oferecimento de alimentos altamente calóricos e não saudáveis
- Múltiplos cuidadores
- Problemas de vínculo
- Relacionamento abusivo

Populações em risco

- Abandono do lactente

- Desfavorecido economicamente
- Envolvimento com sistemas de acolhimento/adoção de crianças
- Experiências com cuidados intensivos neonatais
- História de experiências inseguras com atos de comer e alimentar
- Hospitalização prolongada
- Pequeno para a idade gestacional
- População de rua
- Prematuridade
- Transição de vida

Condições associadas

- Alimentações enterais prolongadas
- Defeitos no tubo neural
- Desafio físico relacionado ao ato de comer
- Disfunção de integração sensorial
- Distúrbio genético
- Distúrbios cromossômicos
- Doença cardíaca congênita
- Fenda labial
- Fenda palatina
- Questões de saúde física dos pais
- Questões de saúde psicológica dos pais

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00107

Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Aprovado em 1992 • Revisado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Capacidade prejudicada de um lactente de sugar ou de coordenar a resposta sucção-deglutição que resulta em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas.

Características definidoras

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

Fator relacionado

- Estado de jejum oral (NPO, do latim *nil per os*) prolongado

População em risco

- Prematuridade

Condições associadas

- Atraso neurológico
- Hipersensibilidade oral
- Prejuízo neurológico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00002

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Aprovado em 1975 • Revisado em 2000, 2017

Definição

Ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas.

Características definidoras

- Alteração no paladar
- Aversão a alimento
- Cavidade oral ferida
- Cólica abdominal
- Diarreia
- Dor abdominal
- Fragilidade capilar
- Fraqueza dos músculos necessários à deglutição
- Fraqueza dos músculos necessários à mastigação
- Incapacidade percebida de ingestão de alimentos
- Informações incorretas
- Informações insuficientes
- Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR)
- Interesse insuficiente pelos alimentos
- Membranas mucosas pálidas
- Percepções incorretas
- Perda de peso com ingestão adequada de alimentos
- Perda excessiva de pelos
- Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal
- Ruídos intestinais hiperativos
- Saciedade imediatamente após a ingestão de alimentos
- Tônus muscular insuficiente

Fator relacionado

- Ingestão alimentar insuficiente

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- Fatores biológicos

Condições associadas

- Incapacidade de absorver nutrientes
- Incapacidade de digerir os alimentos
- Incapacidade de ingerir os alimentos
- Transtorno psicológico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00163

Disposição para **nutrição** melhorada

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de ingestão de nutrientes que pode ser melhorado.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar a nutrição

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00232

Obesidade

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 3.2

Definição

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

Características definidoras

- ADULTO: Índice de massa corporal (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$
- CRIANÇA < 2 anos: Termo não usado com crianças dessa idade
- CRIANÇA 2-18 anos: Índice de massa corporal (IMC) $>$ percentil 95, ou 30 kg/m^2 para a idade e o sexo

Fatores relacionados

- Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade
- Baixo consumo alimentar de cálcio nas crianças
- Comportamento sedentário que ocorre por ≥ 2 horas/dia
- Comportamentos alimentares desorganizados
- Consumo de bebidas açucaradas
- Consumo excessivo de álcool
- Distúrbio do sono
- Frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras
- Gasto de energia abaixo da ingestão de energia, com base em avaliação padronizada
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo relativo à falta de suprimento de alimentos
- Percepções alimentares desorganizadas
- Tamanhos das porções maiores que os recomendados
- Tempo de sono reduzido

Populações em risco

- Aumento rápido de peso durante a infância
- Aumento rápido de peso durante a lactância, inclusive na primeira semana, quatro primeiros meses e primeiro ano
- Desfavorecido economicamente
- Diabetes melito materno
- Escore elevado de desinibição e comportamento de contenção alimentar
- Herança de fatores inter-relacionados
- Lactentes alimentados com fórmula ou alimentação mista
- Obesidade paterna/materna
- Pubarca precoce
- Sobrepeso na lactância
- Tabagismo materno

Condição associada

- Distúrbio genético

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00233

Sobrepeso

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 3.2

Definição

Condição em que o indivíduo acumula gordura excessiva para a idade e o sexo.

Características definidoras

- ADULTO: Índice de massa corporal (IMC) $> 25 \text{ kg/m}^2$
- CRIANÇA < 2 anos: Relação peso-altura $>$ percentil 95
- CRIANÇA 2-18 anos: Índice de massa corporal (IMC) $>$ percentil 85, ou 25 kg/m^2 , mas percentil < 95 , ou 30 kg/m^2 , para a idade e o sexo

Fatores relacionados

- Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade
- Baixo consumo alimentar de cálcio nas crianças
- Comportamento sedentário que ocorre por ≥ 2 horas/dia
- Comportamentos alimentares desorganizados
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Consumo de bebidas açucaradas
- Consumo excessivo de álcool
- Distúrbio do sono
- Frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras
- Gasto de energia abaixo da ingestão de energia, com base em avaliação padronizada
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo relativo à falta de suprimento de alimentos
- Percepções alimentares desorganizadas
- Tamanhos das porções maiores que os recomendados
- Tempo de sono reduzido

Populações em risco

- ADULTO: Índice de massa corporal (IMC) próximo de 25 kg/m^2
- CRIANÇA < 2 anos: Relação peso-altura próxima do percentil 95
- CRIANÇA 2-18 anos: Índice de massa corporal (IMC) próximo do percentil 85, ou 25 kg/m^2
- Aumento rápido de peso durante a infância
- Aumento rápido de peso durante a lactância, inclusive na primeira semana, quatro primeiros meses e primeiro ano
- Crianças com elevados percentis de índice de massa corporal (IMC)
- Crianças que estão ultrapassando percentis de índice de massa corporal (IMC)
- Desfavorecido economicamente
- Diabetes melito materno
- Escore elevado de desinibição e comportamento de contenção alimentar
- Herança de fatores inter-relacionados
- Lactentes alimentados com fórmula ou alimentação mista
- Obesidade na infância
- Obesidade paterna/materna
- Pubarca precoce
- Tabagismo materno

Condição associada

- Distúrbio genético

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 1 • Ingestão

Código do diagnóstico 00234

Risco de sobrepeso

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 3.2

Definição

Suscetibilidade ao acúmulo de gordura excessiva para a idade e o sexo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alimentos sólidos como principal fonte alimentar antes dos 5 meses de idade
- Baixo consumo alimentar de cálcio nas crianças
- Comportamento sedentário que ocorre por ≥ 2 horas/dia
- Comportamentos alimentares desorganizados
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Consumo de bebidas açucaradas
- Consumo excessivo de álcool
- Distúrbio do sono
- Frequência alta a restaurantes e de consumo de frituras
- Gasto de energia abaixo da ingestão de energia, com base em avaliação padronizada
- Hábito de “beliscar” alimentos com frequência
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo relativo à falta de suprimento de alimentos
- Percepções alimentares desorganizadas
- Tamanhos das porções maiores que os recomendados
- Tempo de sono reduzido

Populações em risco

- ADULTO: Índice de massa corporal (IMC) próximo de 25 kg/m^2
- CRIANÇA < 2 anos: Relação peso-altura próxima do percentil 95
- CRIANÇA 2-18 anos: Índice de massa corporal (IMC) próximo do percentil 85, ou 25 kg/m^2
- Aumento rápido de peso durante a infância

- Aumento rápido de peso durante a lactância, inclusive na primeira semana, quatro primeiros meses e primeiro ano
- Crianças com elevados percentis de índice de massa corporal (IMC)
- Crianças que estão ultrapassando percentis de índice de massa corporal (IMC)
- Desfavorecido economicamente
- Diabetes melito materno
- Escore elevado de desinibição e comportamento de contenção alimentar
- Herança de fatores inter-relacionados
- Lactentes alimentados com fórmula ou alimentação mista
- Obesidade na infância
- Obesidade paterna/materna
- Pubarca precoce
- Tabagismo materno

Condição associada

- Distúrbio genético

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 2 • Digestão

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 3 • Absorção

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 4 • Metabolismo

Código do diagnóstico 00178

Risco de **função hepática** prejudicada

Aprovado em 2006 • Revisado em 2008, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Fator de risco

- Abuso de substâncias

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Coinfecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- Infecção viral

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores de risco adicionais.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 4 • Metabolismo

Código do diagnóstico 00179

Risco de **glicemia** instável

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à variação dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Controle ineficaz de medicamentos
- Controle insuficiente do diabetes
- Estresse excessivo
- Falta de adesão ao plano de controle do diabetes
- Ganho de peso excessivo
- Ingestão alimentar insuficiente
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Monitoração inadequada da glicemia
- Não aceita o diagnóstico
- Perda de peso excessiva

Populações em risco

- Alteração no estado mental
- Atraso no desenvolvimento cognitivo
- Estado de saúde física comprometido
- Período de crescimento rápido

Condição associada

- Gravidez

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 4 • Metabolismo

Código do diagnóstico 00194

Hiperbilirrubinemia neonatal

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Acúmulo de bilirrubina não conjugada na circulação (menos de 15 mL/dL) que ocorre após 24 horas de vida.

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Atraso na eliminação do mecônio
- Lactentes com nutrição inadequada
- Padrão de alimentação deficiente

Populações em risco

- Diabetes melito materno
- Etnia asiática-oriental
- Etnia indígena norte-americana
- Idade ≤ 7 dias
- Incompatibilidade de grupo sanguíneo ABO
- Incompatibilidade de tipo sanguíneo entre a mãe e o lactente
- Incompatibilidade do fator Rhesus (Rh)
- Irmão anterior com icterícia
- Lactente com baixo peso ao nascer
- Lactente em aleitamento materno
- Lactente prematuro
- Muitos hematomas/equimoses durante o nascimento

- Populações que vivem em altitudes elevadas

Condições associadas

- Hemorragia interna
- Infecção bacteriana
- Infecção pré-natal
- Infecção viral
- Lactente com deficiência enzimática
- Lactente com mau funcionamento hepático
- Sepses

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 4 • Metabolismo

Código do diagnóstico 00230

Risco de **hiperbilirrubinemia** neonatal

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade ao acúmulo de bilirrubina não conjugada na circulação (menos de 15 mL/dL) que ocorre após 24 horas de vida e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Atraso na eliminação do mecônio
- Lactentes com nutrição inadequada
- Padrão de alimentação deficiente

Populações em risco

- Diabetes melito materno
- Etnia asiática-oriental
- Etnia indígena norte-americana
- Idade ≤ 7 dias
- Incompatibilidade de grupo sanguíneo ABO
- Incompatibilidade de tipo sanguíneo entre a mãe e o lactente
- Incompatibilidade do fator Rhesus (Rh)
- Irmão anterior com icterícia
- Lactente com baixo peso ao nascer
- Lactente em aleitamento materno
- Lactente prematuro
- Muitos hematomas/equimoses durante o nascimento
- Populações que vivem em altitudes elevadas

Condições associadas

- Hemorragia interna
- Infecção bacteriana
- Infecção pré-natal

- Infecção viral
- Lactente com deficiência enzimática
- Lactente com mau funcionamento hepático
- Seps

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 4 • Metabolismo

Código do diagnóstico 00263

Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a um agrupamento tóxico de fatores bioquímicos e fisiológicos associados ao desenvolvimento de doença cardiovascular decorrente de obesidade e diabetes tipo 2 que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Comportamento de saúde propenso a risco (00188)
- Estilo de vida sedentário (00168)
- Manutenção ineficaz da saúde (00099)
- Obesidade (00232)
- Risco de glicemia instável (00179)
- Sobrecarga de estresse (00177)
- Sobrepeso (00233)

Populações em risco

- História familiar de diabetes melito
- História familiar de dislipidemia
- História familiar de hipertensão
- História familiar de obesidade
- Idade > 30 anos

Condições associadas

- Ácido úrico > 7 mg/dL
- Glicocorticoides endógenos ou exógenos em excesso > 25 g/dL
- Microalbuminúria > 30 mg/dL
- Pressão arterial instável
- Síndrome dos ovários policísticos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 5 • Hidratação

Código do diagnóstico 00195

Risco de desequilíbrio eletrolítico

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Diarreia
- Volume de líquidos deficiente
- Volume de líquidos excessivo
- Vômito

Condições associadas

- Disfunção da regulação endócrina
- Disfunção renal
- Mecanismo de regulação comprometido
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 5 • Hidratação

Código do diagnóstico 00027

Volume de líquidos deficiente

Aprovado em 1978 • Revisado em 1996, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Alteração no estado mental
- Alterações no turgor da pele
- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento da temperatura corporal
- Aumento na concentração urinária
- Diminuição da pressão arterial
- Diminuição da pressão de pulso
- Diminuição do débito urinário
- Diminuição do enchimento venoso
- Diminuição do turgor da língua
- Diminuição do volume do pulso
- Fraqueza
- Hematócrito aumentado
- Membranas mucosas ressecadas
- Pele ressecada
- Perda súbita de peso
- Sede

Fatores relacionados

- Barreira ao acesso a líquidos
- Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquidos
- Ingestão de líquidos insuficiente

Populações em risco

- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Fatores que influenciam a necessidade de líquidos

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Desvios que afetam a absorção de líquidos
- Desvios que afetam a ingestão de líquidos
- Mecanismo de regulação comprometido
- Perda ativa de volume de líquido
- Perda de líquido por vias anormais
- Perda excessiva de líquido por vias normais

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 5 • Hidratação

Código do diagnóstico 00028

Risco de **volume de líquidos** deficiente

Aprovado em 1978 • Revisado em 2010, 2013, 2017

Definição

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

Fatores de risco

- Barreira ao acesso a líquidos
- Conhecimento insuficiente sobre necessidades de líquido
- Ingestão de líquidos insuficiente

Populações em risco

- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Fatores que influenciam a necessidade de líquidos

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Desvios que afetam a absorção de líquidos
- Desvios que afetam a ingestão de líquidos
- Mecanismo de regulação comprometido
- Perda ativa de volume de líquido
- Perda de líquido por vias anormais
- Perda excessiva de líquido por vias normais

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 2 • Nutrição

Classe 5 • Hidratação

Código do diagnóstico 00026

Volume de líquidos excessivo

Aprovado em 1982 • Revisado em 1996, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Entrada excessiva e/ou retenção de líquidos.

Características definidoras

- Alteração na gravidade específica da urina
- Alteração na pressão arterial
- Alteração na pressão arterial pulmonar (PAP)
- Alteração no estado mental
- Alteração no padrão respiratório
- Anasarca
- Ansiedade
- Aumento da pressão venosa central (PVC)
- Azotemia
- Congestão pulmonar
- Derrame pleural
- Desequilíbrio eletrolítico
- Dispneia
- Dispneia paroxística noturna
- Distensão da veia jugular
- Edema
- Ganho de peso em um curto período de tempo
- Hematócrito diminuído
- Hemoglobina diminuída
- Hepatomegalia
- Ingestão maior que a eliminação
- Inquietação
- Oligúria
- Ortopneia

- Presença de 3ª bulha cardíaca (B3)
- Reflexo hepatojugular positivo
- Ruídos adventícios respiratórios

Fatores relacionados

- Entrada excessiva de líquidos
- Entrada excessiva de sódio

Condição associada

- Mecanismo de regulação comprometido

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 2 • Nutrição

Classe 5 • Hidratação

Código do diagnóstico 00025

Risco de **volume de líquidos** desequilibrado

Aprovado em 1998 • Revisado em 2008, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular que pode comprometer a saúde. Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Aférese
- Ascite
- Lesão por queimadura
- Obstrução intestinal
- Pancreatite
- Regime de tratamento
- Sepses
- Trauma

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores de risco.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00016

Eliminação urinária prejudicada

Aprovado em 1973 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Disfunção na eliminação de urina.

Características definidoras

- Disúria
- Hesitação
- Incontinência urinária
- Noctúria
- Retenção urinária
- Urgência urinária
- Urinar com frequência

Fator relacionado

- Múltiplas causas

Condições associadas

- Dano sensório-motor
- Infecção do trato urinário
- Obstrução anatômica

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados específicos.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00017

Incontinência urinária de esforço

Aprovado em 1986 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de contração do detrusor
- Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga
- Perda involuntária de pequenos volumes de urina

Fator relacionado

- Enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico

Condições associadas

- Aumento da pressão intra-abdominal
- Deficiência intrínseca do esfíncter uretral
- Mudanças degenerativas da musculatura do assoalho pélvico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00019

Incontinência urinária de urgência

Aprovado em 1986 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Consumo de álcool
- Hábitos de higiene íntima ineficazes
- Impactação fecal
- Ingestão de cafeína
- Relaxamento involuntário do esfíncter

Condições associadas

- Capacidade vesical diminuída
- Contratilidade da bexiga prejudicada
- Hiperatividade do detrusor com contratilidade da bexiga prejudicada
- Infecção da bexiga
- Regime de tratamento
- Uretrite atrófica
- Vaginite atrófica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00022

Risco de **incontinência** urinária de urgência

Aprovado em 1998 • Revisado em 2008, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Fatores de risco

- Consumo de álcool
- Hábitos de higiene íntima ineficazes
- Impactação fecal
- Ingestão de cafeína
- Relaxamento involuntário do esfíncter

Condições associadas

- Capacidade vesical diminuída
- Contratilidade da bexiga prejudicada
- Hiperatividade do detrusor com contratilidade da bexiga prejudicada
- Infecção da bexiga
- Regime de tratamento
- Uretrite atrófica
- Vaginite atrófica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00020

Incontinência urinária funcional

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Esvaziamento completo da bexiga
- Incontinência urinária no início da manhã
- Perda de urina antes de chegar ao banheiro
- Sensação de necessidade de urinar
- Tempo necessário para chegar ao banheiro é longo demais após sensação de urgência

Fatores relacionados

- Alteração em fator ambiental
- Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo neuromuscular
- Transtorno psicológico
- Visão prejudicada

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00176

Incontinência urinária por transbordamento

Aprovado em 2006 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga.

Características definidoras

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

Fator relacionado

- Impactação fecal

Condições associadas

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

Fatores relacionados adicionais a serem desenvolvidos.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00018

Incontinência urinária reflexa

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

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

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 1 • Função urinária

Código do diagnóstico 00023

Retenção urinária

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017

Definição

Incapacidade de esvaziar completamente a bexiga.

Características definidoras

- Ausência de eliminação de urina
- Distensão da bexiga
- Disúria
- Eliminação urinária em pequena quantidade
- Gotejamento
- Incontinência por transbordamento
- Sensação de enchimento da bexiga
- Urina residual
- Urinar com frequência

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Bloqueio do trato urinário
- Esfincter uretral muito potente
- Inibição do arco reflexo
- Pressão uretral alta

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00011

Constipação

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Abdome distendido
- Anorexia
- Apresentações incomuns em pessoas idosas
- Aumento da pressão intra-abdominal
- Borborigmo
- Cefaleia
- Dor abdominal
- Dor ao evacuar
- Esforço para evacuar
- Fadiga
- Fezes formadas endurecidas
- Fezes líquidas
- Flatulência excessiva
- Incapacidade de defecar
- Indigestão
- Macicez à percussão abdominal
- Massa abdominal palpável
- Massa retal palpável
- Mudança no padrão intestinal
- Presença de fezes macias e pastosas no reto
- Redução na frequência das fezes
- Redução no volume das fezes
- Ruídos intestinais hiperativos

- Ruídos intestinais hipoativos
- Sangue vermelho-vivo nas fezes
- Sensação de preenchimento retal
- Sensação de pressão retal
- Sensibilidade abdominal com resistência muscular palpável
- Sensibilidade abdominal sem resistência muscular palpável
- Vômito

Fatores relacionados

- Abuso de laxantes
- Alteração nos hábitos alimentares
- Confusão
- Costume de ignorar a urgência para defecar
- Depressão
- Desidratação
- Fraqueza dos músculos abdominais
- Hábitos alimentares inadequados
- Hábitos de evacuação irregulares
- Hábitos de higiene íntima inadequados
- Higiene oral inadequada
- Ingestão de fibras insuficiente
- Ingestão de líquidos insuficiente
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Motilidade gastrointestinal diminuída
- Mudança ambiental recente
- Obesidade
- Transtorno emocional

Condições associadas

- Abscesso retal
- Aumento da próstata
- Dentição inadequada
- Desequilíbrio eletrolítico
- Doença de Hirschprung

- Estenose anorretal
- Fissura anorretal
- Gravidez
- Hemorroidas
- Obstrução intestinal pós-operatória
- Prejuízo neurológico
- Prolapso retal
- Retocele
- Sais de ferro
- Tumor
- Úlcera retal

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00015

Risco de constipação

Aprovado em 1998 • Revisado em 2013, 2017

Definição

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

Fatores de risco

- Abuso de laxantes
- Alteração nos hábitos alimentares
- Confusão
- Costume de ignorar a urgência para defecar
- Depressão
- Desidratação
- Fraqueza dos músculos abdominais
- Hábitos alimentares inadequados
- Hábitos de evacuação irregulares
- Hábitos de higiene íntima inadequados
- Higiene oral inadequada
- Ingestão de fibras insuficiente
- Ingestão de líquidos insuficiente
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Motilidade gastrointestinal diminuída
- Mudança ambiental recente
- Obesidade
- Transtorno emocional

Condições associadas

- Abscesso retal
- Aumento da próstata
- Dentição inadequada

- Desequilíbrio eletrolítico
- Doença de Hirschprung
- Estenose anorretal
- Fissura anorretal
- Gravidez
- Hemorroidas
- Obstrução intestinal pós-operatória
- Prejuízo neurológico
- Prolapso retal
- Retocele
- Sais de ferro
- Tumor
- Úlcera retal

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00012

Constipação percebida

Aprovado em 1988

Definição

Autodiagnóstico de constipação combinado com abuso de laxantes, enemas e/ou supositórios para garantir uma evacuação diária.

Características definidoras

- Abuso de enemas
- Abuso de laxantes
- Abuso de supositórios
- Expectativa de evacuação diária
- Expectativa de evacuação no mesmo horário todos os dias

Fatores relacionados

- Crenças culturais de saúde
- Crenças familiares de saúde
- Processo de pensamento prejudicado

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00235

Constipação funcional crônica

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente há pelo menos 3 dos 12 meses anteriores.

Características definidoras

Adulto: presença de ≥ 2 critérios no sistema de classificação de Roma III:

- ≤ 3 evacuações por semana
- Esforço durante $\geq 25\%$ das evacuações
- Fezes granulosas ou duras em $\geq 25\%$ das evacuações
- Manobras manuais para facilitar $\geq 25\%$ das evacuações (manipulação digital, apoio ao assoalho pélvico)
- Sensação de evacuação incompleta em $\geq 25\%$ das evacuações
- Sensação de obstrução/bloqueio anorretal em $\geq 25\%$ das evacuações

Criança > 4 anos de idade: presença de ≥ 2 critérios no sistema de classificação de Roma III pediátrico, durante ≥ 2 meses:

- ≤ 2 evacuações por semana
- ≥ 1 episódio de incontinência fecal por semana
- Evacuações dolorosas ou difíceis
- Fezes com diâmetro grande que podem obstruir o vaso sanitário
- Postura de retenção de fezes
- Presença de grande massa fecal no reto

Criança ≤ 4 anos de idade: presença de ≥ 2 critérios no sistema de classificação de Roma III pediátrico, durante ≥ 1 mês:

- ≤ 2 evacuações por semana
- ≥ 1 episódio de incontinência fecal por semana
- Evacuações dolorosas ou difíceis
- Fezes com diâmetro grande que podem obstruir o vaso sanitário

- Postura de retenção de fezes
- Presença de grande massa fecal no reto

Gerais

- Abdome distendido
- Dor ao evacuar
- Esforço prolongado
- Impactação fecal
- Massa abdominal palpável
- Saída de fezes com estimulação digital
- Teste positivo para sangue oculto nas fezes
- Tipo 1 ou 2 na Escala de Bristol

Fatores relacionados

- Baixa ingestão calórica
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Costume de ignorar a urgência para defecar
- Depressão
- Desidratação
- Dieta com baixo teor de fibras
- Dieta desproporcionalmente rica em gorduras
- Dieta desproporcionalmente rica em proteínas
- Estilo de vida sedentário
- Ingestão alimentar insuficiente
- Ingestão alimentar reduzida
- Ingestão de líquidos insuficiente
- Mobilidade prejudicada
- Síndrome do idoso frágil

Condições associadas

- Acidente vascular encefálico
- Agente farmacêutico
- Amiloidose
- Câncer colorretal

- Dano ao períneo
- Demência
- Dermatomiosite
- Diabetes melito
- Disfunção do assoalho pélvico
- Distrofia miotônica
- Doença de Hirschprung
- Doença de Parkinson
- Doença intestinal inflamatória
- Escleroderma
- Esclerose múltipla
- Estenose anal
- Estenose cirúrgica
- Estenose isquêmica
- Estenose pós-inflamatória
- Fissura anal
- Gravidez
- Hemorroidas
- Hipercalcemia
- Hipotireoidismo
- Insuficiência renal crônica
- Lesão da medula espinal
- Massa extraintestinal
- Neuropatia autonômica
- Pan-hipopituitarismo
- Paraplegia
- Polifarmácia
- Porfiria
- Proctite
- Pseudo-obstrução intestinal crônica
- Tempo de trânsito colônico lento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00236

Risco de **constipação funcional** crônica

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Suscetibilidade à evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente em quase 3 dos 12 meses anteriores, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Baixa ingestão calórica
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Costume de ignorar a urgência para defecar
- Depressão
- Desidratação
- Dieta com baixo teor de fibras
- Dieta desproporcionalmente rica em gorduras
- Dieta desproporcionalmente rica em proteínas
- Estilo de vida sedentário
- Ingestão alimentar insuficiente
- Ingestão alimentar reduzida
- Ingestão de líquidos insuficiente
- Mobilidade prejudicada
- Síndrome do idoso frágil

Condições associadas

- Acidente vascular encefálico
- Agente farmacêutico
- Amiloidose
- Câncer colorretal
- Dano ao períneo
- Demência
- Dermatomiosite

- Diabetes melito
- Disfunção do assoalho pélvico
- Distrofia miotônica
- Doença de Hirschprung
- Doença de Parkinson
- Doença intestinal inflamatória
- Escleroderma
- Esclerose múltipla
- Estenose anal
- Estenose cirúrgica
- Estenose isquêmica
- Estenose pós-inflamatória
- Fissura anal
- Gravidez
- Hemorroidas
- Hipercalcemia
- Hipotireoidismo
- Insuficiência renal crônica
- Lesão da medula espinal
- Massa extraintestinal
- Neuropatia autonômica
- Pan-hipopituitarismo
- Paraplegia
- Polifarmácia
- Porfíria
- Proctite
- Pseudo-obstrução intestinal crônica
- Tempo de trânsito colônico lento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00013

Diarreia

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Eliminação de fezes soltas e não formadas.

Características definidoras

- Cólicas
- Dor abdominal
- Evacuações de fezes líquidas, > 3 em 24 horas
- Ruídos intestinais hiperativos
- Urgência intestinal

Fatores relacionados

- Abuso de laxantes
- Abuso de substâncias
- Altos níveis de estresse
- Ansiedade

Populações em risco

- Exposição a contaminantes
- Exposição a preparo de alimentos sem cuidados higiênicos
- Exposição a toxinas

Condições associadas

- Alimentação enteral
- Infecção
- Inflamação gastrintestinal
- Irritação gastrintestinal
- Má absorção
- Parasita

- Regime de tratamento

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00014

Incontinência intestinal

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Eliminação involuntária de fezes.

Características definidoras

- Desatento à urgência para evacuar
- Eliminação constante de fezes amolecidas
- Incapacidade de expelir fezes formadas, apesar de reconhecer que o reto está preenchido
- Incapacidade de reconhecer o preenchimento retal
- Incapacidade de retardar a evacuação
- Manchas de fezes
- Não reconhece a urgência para evacuar
- Urgência intestinal

Fatores relacionados

- Abuso de laxantes
- Dificuldade no autocuidado para higiene íntima
- Diminuição geral no tônus muscular
- Estressores
- Esvaziamento intestinal incompleto
- Fator ambiental
- Hábitos alimentares inadequados
- Imobilidade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- Anormalidade do esfíncter retal
- Aumento anormal da pressão abdominal

- Aumento anormal da pressão intestinal
- Capacidade do reservatório prejudicada
- Diarreia crônica
- Esfincter retal disfuncional
- Impactação
- Lesão colorretal
- Lesão em nervo motor inferior
- Lesão em nervo motor superior

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00196

Motilidade gastrointestinal disfuncional

Aprovado em 2008 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Abdome distendido
- Aceleração do esvaziamento gástrico
- Ausência de flatos
- Cólica abdominal
- Diarreia
- Dificuldade para defecar
- Dor abdominal
- Fezes formadas endurecidas
- Mudança nos ruídos intestinais
- Náusea
- Regurgitação
- Resíduo gástrico aumentado
- Resíduo gástrico cor de bÍlis
- Vômito

Fatores relacionados

- Alteração na fonte de água
- Alteração nos hábitos alimentares
- Ansiedade
- Desnutrição
- Estilo de vida sedentário
- Estressores
- Imobilidade

- Preparo de alimentos sem cuidados higiênicos

Populações em risco

- Envelhecimento
- Ingestão de material contaminado
- Prematuridade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alimentação enteral
- Circulação gastrointestinal diminuída
- Diabetes melito
- Doença do refluxo gastresofágico
- Infecção
- Intolerância alimentar
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 2 • Função gastrointestinal

Código do diagnóstico 00197

Risco de **motilidade gastrointestinal** disfuncional

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal, a qual pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração na fonte de água
- Alteração nos hábitos alimentares
- Ansiedade
- Desnutrição
- Estilo de vida sedentário
- Estressores
- Imobilidade
- Preparo de alimentos sem cuidados higiênicos

Populações em risco

- Envelhecimento
- Ingestão de material contaminado
- Prematuridade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alimentação enteral
- Circulação gastrointestinal diminuída
- Diabetes melito
- Doença do refluxo gastresofágico
- Infecção
- Intolerância alimentar
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 3 • Função tegumentar

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 3 • Eliminação e troca

Classe 4 • Função respiratória

Código do diagnóstico 00030

Troca de gases prejudicada

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Batimento de asa do nariz
- Cefaleia ao acordar
- Confusão
- Cor da pele anormal
- Diaforese
- Diminuição do nível de dióxido de carbono (CO₂)
- Dispneia
- Gasometria arterial anormal
- Hipercapnia
- Hipoxemia
- Hipóxia
- Inquietação
- Irritabilidade
- Padrão respiratório anormal
- Perturbação visual
- pH arterial anormal
- Sonolência
- Taquicardia

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Alterações na membrana alveolocapilar

- Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 1 • Sono/repouso

Código do diagnóstico 00095

Insônia

Aprovado em 2006 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o desempenho normal das funções da vida diária.

Características definidoras

- Acordar cedo demais
- Alteração na concentração
- Alteração no afeto
- Alteração no humor
- Alteração no padrão de sono
- Aumento de acidentes
- Aumento do absenteísmo
- Dificuldade para iniciar o sono
- Dificuldade para manter o sono
- Distúrbio do sono que produz consequências no dia seguinte
- Energia insuficiente
- Estado de saúde comprometido
- Insatisfação com o sono
- Padrão de sono não restaurador
- Redução na qualidade de vida

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Cochilos frequentes durante o dia
- Consumo de álcool
- Depressão
- Desconforto físico

- Estressores
- Higiene do sono inadequada
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Medo
- Pesar

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração hormonal

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 1 • Sono/repouso

Código do diagnóstico 00198

Distúrbio no padrão de sono

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.

Características definidoras

- Despertar não intencional
- Dificuldade no desempenho das funções diárias
- Dificuldade para iniciar o sono
- Dificuldade para manter o sono
- Insatisfação com o sono
- Não se sentir descansado

Fatores relacionados

- Barreira ambiental
- Interrupção causada pelo parceiro de sono
- Padrão de sono não restaurador
- Privacidade insuficiente

Condição associada

- Imobilização

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 1 • Sono/repouso

Código do diagnóstico 00096

Privação de sono

Aprovado em 1998 • Revisado em 2017

Definição

Períodos prolongados de tempo sem suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa que proporciona o descanso.

Características definidoras

- Agitação
- Alteração na concentração
- Alucinações
- Ansiedade
- Apatia
- Capacidade funcional diminuída
- Combatividade
- Confusão
- Estado de sonolência
- Fadiga
- Inquietação
- Irritabilidade
- Letargia
- Mal-estar
- Nistagmo passageiro
- Paranoia transitória
- Sensibilidade aumentada à dor
- Tempo de resposta prolongado
- Transtornos perceptivos
- Tremores nas mãos

Fatores relacionados

- Ambiente excessivamente estimulante

- Assincronia circadiana prolongada
- Barreira ambiental
- Confusão no final do dia
- Desconforto prolongado
- Higiene do sono inadequada por tempo prolongado
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo
- Mudanças de estágios de sono relacionadas à idade
- Padrão de sono não restaurador
- Sonambulismo
- Terror noturno

População em risco

- Paralisia do sono familiar

Condições associadas

- Apneia do sono
- Condições com movimento periódico de membros
- Demência
- Enurese relacionada ao sono
- Ereções dolorosas relacionadas ao sono
- Hipersonolência idiopática do sistema nervoso central
- Narcolepsia
- Pesadelos
- Regime de tratamento

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 1 • Sono/repouso

Código do diagnóstico 00165

Disposição para **sono** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar o sono

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00090

Capacidade de transferência prejudicada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Limitação de movimento independente entre duas superfícies próximas.

Características definidoras

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

Fatores relacionados

- Barreira ambiental
- Conhecimento insuficiente sobre as técnicas de transferência
- Dor
- Equilíbrio prejudicado
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Obesidade

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo musculoesquelético

- Prejuízo neuromuscular
- Visão prejudicada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00088

Deambulação prejudicada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Limitação do movimento de andar no ambiente de forma independente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de andar em aclive
- Capacidade prejudicada de andar em declive
- Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares
- Capacidade prejudicada de andar uma distância necessária
- Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio)
- Capacidade prejudicada de subir escadas

Fatores relacionados

- Alteração no humor
- Barreira ambiental
- Conhecimento insuficiente sobre estratégias de mobilidade
- Dor
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Medo de quedas
- Obesidade
- Resistência diminuída

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Equilíbrio prejudicado
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Visão prejudicada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00238

Levantar-se prejudicado

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Limitação da capacidade para, de maneira independente e intencional, atingir e/ou manter o corpo em posição ereta, dos pés à cabeça.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de adaptar a posição de um ou ambos os membros inferiores sobre superfície irregular
- Capacidade prejudicada de conseguir uma posição de equilíbrio do torso
- Capacidade prejudicada de estender um ou ambos os joelhos
- Capacidade prejudicada de estender um ou ambos os quadris
- Capacidade prejudicada de flexionar um ou ambos os joelhos
- Capacidade prejudicada de flexionar um ou ambos os quadris
- Capacidade prejudicada de manter o torso em posição equilibrada
- Capacidade prejudicada de tensionar o torso com o peso do corpo

Fatores relacionados

- Desnutrição
- Dor
- Energia insuficiente
- Força muscular insuficiente
- Obesidade
- Postura de alívio autoimposta
- Resistência insuficiente
- Transtorno emocional

Condições associadas

- Distúrbio da perfusão circulatória
- Distúrbio neurológico
- Função metabólica prejudicada

- Lesão em extremidade inferior
- Postura recomendada
- Procedimento cirúrgico
- Sarcopenia

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00089

Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Limitação de operar uma cadeira de rodas de forma independente pelo ambiente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em acline
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em declive
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície regular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície irregular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual no meio-fio
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em acline
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em declive
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em superfície regular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em superfície irregular
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada no meio-fio

Fatores relacionados

- Alteração no humor
- Barreira ambiental
- Conhecimento insuficiente sobre o uso da cadeira de rodas
- Dor
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Obesidade
- Resistência diminuída

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo musculoesquelético

- Prejuízo neuromuscular
- Visão prejudicada

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja marcadamente diferenciado de *Mobilidade física prejudicada* (00085).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00085

Mobilidade física prejudicada

Aprovado em 1973 • Revisado em 1998, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Alteração na marcha
- Desconforto
- Dificuldade para virar-se
- Dispneia ao esforço
- Envolvimento em substituições do movimento
- Instabilidade postural
- Movimentos descoordenados
- Movimentos espásticos
- Movimentos lentos
- Redução na amplitude de movimentos
- Redução nas habilidades motoras finas
- Redução nas habilidades motoras grossas
- Tempo de resposta prolongado
- Tremor induzido pelo movimento

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Apoio ambiental insuficiente
- Conhecimento insuficiente sobre o valor da atividade física
- Controle muscular diminuído
- Crenças culturais em relação às atividades aceitáveis
- Depressão
- Desnutrição

- Desuso
- Dor
- Estilo de vida sedentário
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular diminuída
- Intolerância à atividade
- Massa muscular diminuída
- Percentil de índice de massa corporal (IMC) > 75 adequado à idade e ao sexo
- Relutância em iniciar movimentos
- Resistência diminuída
- Rigidez articular

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na integridade de estruturas ósseas
- Alteração no metabolismo
- Atraso no desenvolvimento
- Contraturas
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Prejuízo sensório-perceptivo
- Restrições prescritas de movimento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00091

Mobilidade no leito prejudicada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição prona e a supina
- Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada e a supina
- Capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada prolongada e a supina
- Capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama
- Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro

Fatores relacionados

- Barreira ambiental
- Conhecimento insuficiente sobre estratégias de mobilidade
- Dor
- Falta de condicionamento físico
- Força muscular insuficiente
- Obesidade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja marcadamente diferenciado de *Mobilidade física prejudicada* (00085).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00237

Sentar-se prejudicado

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Limitação da capacidade para, de maneira independente e intencional, atingir e/ou manter uma posição de descanso apoiada pelas nádegas e coxas, e com o torso ereto.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de adaptar a posição de um ou ambos os membros inferiores sobre superfície irregular
- Capacidade prejudicada de conseguir uma posição de equilíbrio do torso
- Capacidade prejudicada de flexionar ou movimentar os dois joelhos
- Capacidade prejudicada de flexionar ou movimentar os quadris
- Capacidade prejudicada de manter o torso em posição equilibrada
- Capacidade prejudicada de tensionar o torso com o peso do corpo

Fatores relacionados

- Desnutrição
- Dor
- Energia insuficiente
- Força muscular insuficiente
- Postura de alívio autoimposta
- Resistência insuficiente

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Cirurgia ortopédica
- Distúrbio neurológico
- Função metabólica prejudicada
- Postura recomendada
- Sarcopenia

- Transtorno psicológico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 2 • Atividade/exercício

Código do diagnóstico 00040

Risco de síndrome do desuso

Aprovado em 1988 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde.

Fator de risco

- Dor

Condições associadas

- Alteração no nível de consciência
- Imobilidade mecânica
- Imobilidade prescrita
- Paralisia

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 3 • Equilíbrio de energia

Código do diagnóstico 00273

Campo de energia desequilibrado

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Ruptura no fluxo vital de energia humana que costuma ser um todo contínuo único, dinâmico, criativo e não linear.

Características definidoras

- Bloqueio do fluxo energético
- Congestionamento do fluxo energético
- Déficit de energia do fluxo energético
- Diferenciais de temperatura fria no fluxo energético
- Diferenciais de temperatura quente no fluxo energético
- Empuxo magnético para uma área do campo de energia
- Expressão da necessidade de recuperar a experiência do todo
- Frequência de pulsação para uma frequência de batimentos dos padrões do campo de energia
- Hiperatividade do fluxo energético
- Padrões aleatórios do campo de energia
- Padrões arrítmicos do campo de energia
- Padrões congestionados do campo de energia
- Padrões fortes do campo de energia
- Padrões fracos do campo de energia
- Padrões irregulares do campo de energia
- Padrões lentos do campo de energia
- Padrões rápidos do campo de energia
- Padrões tumultuados do campo de energia
- Pulsações sentidas no fluxo energético
- Ritmos assíncronos sentidos no fluxo energético
- Ritmos dissonantes dos padrões do campo de energia
- Sensação de formigamento no fluxo energético

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Desconforto
- Dor
- Estresse excessivo
- Intervenções que perturbam o padrão ou o fluxo energético

Populações em risco

- Estados de crise
- Transição de vida

Condições associadas

- Doença
- Lesão

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 3 • Equilíbrio de energia

Código do diagnóstico 00093

Fadiga

Aprovado em 1988 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual.

Características definidoras

- Alteração na concentração
- Alteração na libido
- Apatia
- Aumento da necessidade de descanso
- Aumento dos sintomas físicos
- Cansaço
- Capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais
- Capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física
- Culpa devido à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades
- Desempenho de papel ineficaz
- Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca
- Energia insuficiente
- Estado de sonolência
- Introspecção
- Letargia
- Padrão de sono não restaurador

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Aumento no esforço físico
- Barreira ambiental
- Depressão
- Desnutrição

- Estilo de vida não estimulante
- Estressores
- Falta de condicionamento físico
- Privação do sono

Populações em risco

- Exposição a evento de vida negativo
- Profissão exigente

Condições associadas

- Anemia
- Doença
- Gravidez

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 3 • Equilíbrio de energia

Código do diagnóstico 00154

Perambulação

Aprovado em 2000 • Revisado em 2017

Definição

Vagar a esmo, ou locomoção repetitiva, que expõe o indivíduo a danos; frequentemente incongruente com divisas, limites ou obstáculos.

Características definidoras

- Age como se examinasse o ambiente
- Andar de um lado para o outro
- Capacidade prejudicada de localizar marcos em ambiente familiar
- Comportamento de busca
- Comportamento de fuga
- Entrar em local proibido
- Hiperatividade
- Imitar movimentos de locomoção do cuidador
- Locomoção agitada
- Locomoção ao acaso
- Locomoção persistente em busca de alguma coisa
- Locomoção por espaços não autorizados
- Locomoção que não pode ser facilmente desencorajada
- Locomoção que resulta em perder-se
- Longos períodos de locomoção sem destino aparente
- Movimento contínuo de um lugar a outro
- Movimento frequente de um lugar a outro
- Períodos de locomoção intercalados com períodos de não locomoção

Fatores relacionados

- Alteração no ciclo sono-vigília
- Ambiente excessivamente estimulante
- Desejo de ir para casa

- Estado fisiológico
- Separação de ambiente familiar

População em risco

- Comportamento pré-morbidade

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Atrofia cortical
- Sedação
- Transtorno psicológico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00029

Débito cardíaco diminuído

Aprovado em 1975 • Revisado em 1996, 2000, 2017

Definição

Volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo.

Características definidoras

Frequência/ritmo cardíaco alterado

- Alteração no eletrocardiograma (ECG)
- Bradicardia
- Palpitações cardíacas
- Taquicardia

Pré-carga alterada

- Aumento da pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) (pressão capilar)
- Aumento da pressão venosa central (PVC)
- Diminuição da pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) (pressão capilar)
- Diminuição da pressão venosa central (PVC)
- Distensão da veia jugular
- Edema
- Fadiga
- Ganho de peso
- Sopro cardíaco

Pós-carga alterada

- Alteração na pressão arterial
- Cor da pele anormal
- Dispneia
- Oligúria
- Pele pegajosa

- Pulsos periféricos diminuídos
- Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- Resistência vascular pulmonar (RVP) diminuída
- Resistência vascular sistêmica (RVS) aumentada
- Resistência vascular sistêmica (RVS) diminuída
- Tempo de preenchimento capilar prolongado

Contratilidade alterada

- Dispneia paroxística noturna
- Fração de ejeção diminuída
- Índice cardíaco diminuído
- Índice de volume sistólico (IVS) diminuído
- Índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo (ITSVE) diminuído
- Ortopneia
- Presença de 3ª bulha cardíaca (B3)
- Presença de 4ª bulha cardíaca (B4)
- Ruídos adventícios respiratórios
- Tosse

Comportamentais/emocionais

- Ansiedade
- Inquietação

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Alteração na contratilidade
- Alteração na frequência cardíaca
- Alteração na pós-carga
- Alteração na pré-carga
- Alteração no ritmo cardíaco
- Alteração no volume sistólico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00240

Risco de **débito cardíaco** diminuído

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender às demandas metabólicas do organismo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Alteração na contratilidade
- Alteração na frequência cardíaca
- Alteração na pós-carga
- Alteração na pré-carga
- Alteração no ritmo cardíaco
- Alteração no volume sistólico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores de risco modificáveis.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00032

Padrão respiratório ineficaz

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 1998, 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

Características definidoras

- Assumir posição de três pontos
- Batimento de asa do nariz
- Bradipneia
- Capacidade vital diminuída
- Diâmetro anteroposterior do tórax aumentado
- Diminuição da pressão expiratória
- Diminuição da pressão inspiratória
- Dispneia
- Excursão torácica alterada
- Fase de expiração prolongada
- Ortopneia
- Padrão respiratório anormal
- Respiração com os lábios franzidos
- Taquipneia
- Uso da musculatura acessória para respirar
- Ventilação-minuto diminuída

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Dor
- Fadiga
- Fadiga da musculatura respiratória
- Hiperventilação
- Obesidade

- Posição do corpo que inibe a expansão pulmonar

Condições associadas

- Deformidade da parede do tórax
- Deformidade óssea
- Imaturidade neurológica
- Lesão da medula espinal
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neurológico
- Prejuízo neuromuscular
- Síndrome da hipoventilação

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00200

Risco de **perfusão tissular** cardíaca diminuída

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma redução na circulação cardíaca (coronariana) que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis

População em risco

- História familiar de doença cardiovascular

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Cirurgia cardiovascular
- Diabetes melito
- Espasmo da artéria coronária
- Hiperlipidemia
- Hipertensão
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipóxia
- Proteína C-reativa elevada
- Tamponamento cardíaco

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00201

Risco de **perfusão tissular** cerebral ineficaz

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde.

Fator de risco

- Abuso de substâncias

População em risco

- Infarto do miocárdio recente

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Aneurisma cerebral
- Aterosclerose aórtica
- Coagulação intravascular disseminada
- Coagulopatia
- Dissecção arterial
- Embolia
- Endocardite infecciosa
- Estenose da carótida
- Estenose mitral
- Fibrilação atrial
- Hipercolesterolemia
- Hipertensão
- Lesão encefálica
- Miocardiopatia dilatada
- Mixoma atrial
- Neoplasia encefálica
- Prótese valvar mecânica

- Regime de tratamento
- Segmento acinético da parede do ventrículo esquerdo
- Síndrome do nó sinusal
- Tempo de protrombina (TP) anormal
- Tempo de tromboplastina parcial (TTP) anormal

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores de risco adicionais.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00204

Perfusão tissular periférica ineficaz

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.

Características definidoras

- A cor não volta à perna quando esta é baixada após 1 minuto de sua elevação
- Alteração em característica da pele
- Alteração na função motora
- Ausência de pulsos periféricos
- Claudicação intermitente
- Cor da pele pálida na elevação de membro
- Diminuição da pressão arterial nas extremidades
- Distância em teste de caminhada de 6 minutos abaixo da faixa normal
- Dor em extremidade
- Edema
- Índice tornozelo-braquial < 0,90
- Parestesia
- Percorre menores distâncias livre de dor no teste de caminhada de 6 minutos
- Pulsos periféricos diminuídos
- Retardo na cicatrização de ferida periférica
- Sopro femoral
- Tempo de enchimento capilar > 3 segundos

Fatores relacionados

- Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Entrada excessiva de sódio
- Estilo de vida sedentário

- Tabagismo

Condições associadas

- Diabetes melito
- Hipertensão
- Procedimento intravascular
- Trauma

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00228

Risco de **perfusão tissular** periférica ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Entrada excessiva de sódio
- Estilo de vida sedentário
- Tabagismo

Condições associadas

- Diabetes melito
- Hipertensão
- Procedimento intravascular
- Trauma

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00267

Risco de **pressão arterial** instável

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a forças oscilantes do fluxo sanguíneo pelos vasos arteriais que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Inconsistência com o regime medicamentoso
- Ortostasia

Condições associadas

- Absorção e distribuição rápida de agente antiarrítmico
- Absorção e distribuição rápida de agente diurético
- Absorção e distribuição rápida de agentes vasodilatadores
- Alteração hormonal
- Arritmia cardíaca
- Desequilíbrio eletrolítico
- Efeitos adversos da cocaína
- Efeitos adversos de esteroides
- Efeitos adversos de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)
- Hiperparatireoidismo
- Hipertireoidismo
- Hipotireoidismo
- Pressão intracraniana elevada
- Reações simpáticas
- Retenção de líquidos
- Síndrome de Cushing
- Soluções hiperosmolares
- Troca de líquidos
- Uso de agentes antidepressivos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

N. de R.T. O foco do diagnóstico é **pressão arterial estável**. No português, não é possível reproduzir o destaque em negrito conforme o original em inglês (*unstable blood pressure*).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00034

Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Aprovado em 1992 • Revisado em 2017

Definição

Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico que interrompe e prolonga o processo de desmame.

Características definidoras

Leves

- Aumento da concentração na respiração
- Aumento leve da frequência respiratória acima dos valores basais
- Desconforto respiratório
- Fadiga
- Inquietação
- Medo de mau funcionamento do aparelho
- Percepção da necessidade aumentada de oxigênio
- Sensação de calor

Moderadas

- Apreensão
- Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (< 20 bpm)
- Aumento da pressão arterial em relação aos parâmetros basais (< 20 mmHg)
- Aumento moderado da frequência respiratória acima dos valores basais
- Capacidade prejudicada para cooperar
- Capacidade prejudicada para responder a orientações
- Cor da pele anormal
- Diaforese
- Diminuição da entrada de ar à ausculta
- Expressão facial de medo
- Foco exagerado nas atividades
- Uso mínimo da musculatura acessória respiratória

Graves

- Agitação
- Aumento da frequência cardíaca em relação aos parâmetros basais (≥ 20 bpm)
- Aumento da pressão arterial em relação aos parâmetros basais (≥ 20 mmHg)
- Aumento significativo da frequência respiratória em relação aos parâmetros basais
- Cor da pele anormal
- Deterioração na gasometria arterial em relação aos valores basais
- Diaforese profusa
- Nível de consciência diminuído
- Respiração abdominal paradoxal
- Respiração agônica (tipo *gaspings*)
- Respiração sem sincronia com o ventilador
- Respiração superficial
- Ruídos adventícios respiratórios
- Uso de musculatura acessória respiratória importante

Fatores relacionados

Fisiológicos

- Alteração no padrão de sono
- Desobstrução ineficaz das vias aéreas
- Dor
- Nutrição inadequada

Psicológicos

- Ansiedade
- Baixa autoestima
- Confiança insuficiente nos profissionais da saúde
- Conhecimento insuficiente sobre o processo de desmame
- Desesperança
- Incerteza quanto à capacidade de desmame
- Medo
- Motivação diminuída
- Sentimento de impotência

Situacionais

- Apoio social insuficiente
- Barreira ambiental
- Episódios não controlados de demanda energética
- Ritmo inadequado do processo de desmame ventilatório

Condições associadas

- História de dependência do ventilador por > 4 dias
- História de tentativas de desmame malsucedidas

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00092

Intolerância à atividade

Aprovado em 1982 • Revisado em 2017

Definição

Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

Características definidoras

- Alteração no eletrocardiograma (ECG)
- Desconforto ao esforço
- Dispneia ao esforço
- Fadiga
- Fraqueza generalizada
- Resposta anormal da frequência cardíaca à atividade
- Resposta anormal da pressão arterial à atividade

Fatores relacionados

- Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio
- Estilo de vida sedentário
- Falta de condicionamento físico
- Imobilidade
- Inexperiência com uma atividade

População em risco

- História anterior de intolerância à atividade

Condições associadas

- Condição respiratória
- Problema circulatório

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00094

Risco de Intolerância à atividade

Aprovado em 1982 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio
- Estilo de vida sedentário
- Falta de condicionamento físico
- Imobilidade
- Inexperiência com uma atividade

População em risco

- História anterior de intolerância à atividade

Condições associadas

- Condição respiratória
- Problema circulatório

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 4 • Respostas cardiovasculares/pulmonares

Código do diagnóstico 00033

Ventilação espontânea prejudicada

Aprovado em 1992 • Revisado em 2017

Definição

Incapacidade de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida.

Características definidoras

- Apreensão
- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO₂)
- Aumento da taxa metabólica
- Cooperação diminuída
- Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO₂)
- Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO₂)
- Dispneia
- Inquietação
- Uso aumentado da musculatura acessória
- Volume corrente diminuído

Fator relacionado

- Fadiga da musculatura respiratória

Condição associada

- Alteração no metabolismo

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00102

Déficit no autocuidado para alimentação

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de alimentar-se de forma independente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de abrir recipientes
- Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável
- Capacidade prejudicada de alimentar-se de uma refeição inteira
- Capacidade prejudicada de engolir alimentos em quantidade suficiente
- Capacidade prejudicada de engolir o alimento
- Capacidade prejudicada de levar os alimentos à boca
- Capacidade prejudicada de manipular os alimentos na boca
- Capacidade prejudicada de manusear os utensílios
- Capacidade prejudicada de mastigar os alimentos
- Capacidade prejudicada de pegar a xícara
- Capacidade prejudicada de pegar os alimentos com os utensílios
- Capacidade prejudicada de preparar alimentos
- Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Desconforto
- Dor
- Fadiga
- Fraqueza
- Motivação diminuída

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Transtornos perceptivos

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00108

Déficit no autocuidado para banho

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de completar as atividades de limpeza do corpo de forma independente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água
- Capacidade prejudicada de acessar o banheiro
- Capacidade prejudicada de lavar o corpo
- Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho
- Capacidade prejudicada de regular a água do banho
- Capacidade prejudicada de secar o corpo

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Dor
- Fraqueza
- Motivação diminuída

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Capacidade prejudicada de perceber uma parte do corpo
- Capacidade prejudicada de perceber relações espaciais
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Transtornos perceptivos

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00110

Déficit no autocuidado para higiene íntima

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal de forma independente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de chegar ao vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de dar descarga no vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de levantar-se do vaso sanitário
- Capacidade prejudicada de manipular as roupas para realizar a higiene íntima
- Capacidade prejudicada de realizar a higiene íntima
- Capacidade prejudicada de sentar-se no vaso sanitário

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Capacidade de transferência prejudicada
- Dor
- Fadiga
- Fraqueza
- Mobilidade prejudicada
- Motivação diminuída

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo musculoesquelético
- Prejuízo neuromuscular
- Transtornos perceptivos

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00109

Déficit no autocuidado para vestir-se

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de vestir e retirar as roupas de forma independente.

Características definidoras

- Capacidade prejudicada de colocar roupas na parte inferior do corpo
- Capacidade prejudicada de colocar roupas na parte superior do corpo
- Capacidade prejudicada de despir cada item de vestuário
- Capacidade prejudicada de escolher as roupas
- Capacidade prejudicada de fechar as roupas
- Capacidade prejudicada de manter a aparência
- Capacidade prejudicada de reunir os artigos de vestuário
- Capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário
- Capacidade prejudicada para pegar os itens do vestuário
- Capacidade prejudicada para usar dispositivos auxiliares
- Capacidade prejudicada para usar zíperes

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Barreira ambiental
- Desconforto
- Dor
- Fadiga
- Fraqueza
- Motivação diminuída

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo musculoesquelético

- Prejuízo neuromuscular
- Transtornos perceptivos

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00182

Disposição para melhora do autocuidado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de realização de atividades para si mesmo para atingir as metas relativas à saúde que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a independência na saúde
- Expressa desejo de aumentar a independência na vida
- Expressa desejo de aumentar a independência no bem-estar
- Expressa desejo de aumentar a independência no desenvolvimento pessoal
- Expressa desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado
- Expressa desejo de melhorar o autocuidado

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00193

Autonegligência

Aprovado em 2008 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito (Gibbons, Lauder e Ludwick, 2006).

Características definidoras

- Falta de adesão a atividades de saúde
- Higiene ambiental insuficiente
- Higiene pessoal insuficiente

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Escolha do estilo de vida
- Estressores
- Função executiva deficiente
- Incapacidade para manter o controle
- Medo de internação ou institucionalização

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Dificuldades de aprendizagem
- Disfunção do lobo frontal
- Fingimento de doença
- Prejuízo funcional
- Síndrome de Capgras
- Transtorno psicótico
- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 4 • Atividade/repouso

Classe 5 • Autocuidado

Código do diagnóstico 00098

Manutenção do lar prejudicada

Aprovado em 1980 • Revisado em 2017

Definição

Incapacidade de manter, de forma independente, um ambiente seguro para promoção do crescimento.

Características definidoras

- Ambiente sem condições sanitárias
- Capacidade prejudicada de manter a moradia
- Dificuldade para manter um ambiente confortável
- Equipamento de cozinha insuficiente
- Equipamento insuficiente para a manutenção da casa
- Excesso de responsabilidades familiares
- Falta de roupas de cama
- Padrão de doenças causadas por condições não higiênicas
- Padrão de infecções causadas por condições não higiênicas
- Roupas insuficientes
- Solicitação de ajuda para a manutenção da casa

Fatores relacionados

- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da casa
- Conhecimento insuficiente sobre os recursos do bairro
- Modelo inadequado
- Organização familiar insuficiente
- Planejamento familiar insuficiente
- Sistema de apoio insuficiente

População em risco

- Crise financeira

Condição associada

- Alteração na função cognitiva

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 1 • Atenção

Código do diagnóstico 00123

Negligência unilateral

Aprovado em 1986 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Alteração no comportamento de segurança no lado negligenciado
- Deixa a comida no prato do lado negligenciado
- Desempenho prejudicado nos testes de cancelamento e bissecção de linha
- Desvio marcante do tronco aos estímulos no lado não negligenciado
- Desvio marcante dos olhos aos estímulos no lado não negligenciado
- Distúrbio na lateralização do som
- Falha em cuidar da estética do lado negligenciado
- Falha em movimentar a cabeça no hemiespaço negligenciado
- Falha em movimentar o tronco no hemiespaço negligenciado
- Falha em movimentar os membros no hemiespaço negligenciado
- Falha em movimentar os olhos no hemiespaço negligenciado
- Falha em perceber pessoas que se aproximam a partir do lado negligenciado
- Falha em vestir o lado negligenciado
- Hemianopsia
- Hemiplegia do lado esquerdo decorrente de acidente vascular encefálico
- Negligência representacional
- Negligência visuoespacial unilateral
- Omissão de desenhos no lado negligenciado
- Parece não perceber posicionamento do membro negligenciado
- Perseverança
- Substituição de letras ao ler, para formar palavras alternativas

- Transferência da sensação de dor para o lado não negligenciado
- Uso de apenas metade vertical da página ao escrever

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condição associada

- Lesão encefálica

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 2 • Orientação

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 3 • Sensação/percepção

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00128

Confusão aguda

Aprovado em 1994 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a 3 meses.

Características definidoras

- Agitação
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função psicomotora
- Alteração no nível de consciência
- Alucinações
- Incapacidade de iniciar comportamento voltado a uma meta
- Incapacidade de iniciar um comportamento intencional
- Inquietação
- Percepções incorretas
- Seguimento insuficiente de comportamento intencional
- Seguimento insuficiente de comportamento voltado a uma meta

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alteração no ciclo sono-vigília
- Desidratação
- Desnutrição
- Dor
- Mobilidade prejudicada
- Privação sensorial
- Retenção urinária
- Uso inadequado de contenção

Populações em risco

- História de acidente vascular encefálico
- Idade ≥ 60 anos
- Sexo masculino

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- *Delirium*
- Demência
- Função metabólica prejudicada
- Infecção

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00173

Risco de **confusão** aguda

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Suscetibilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve e que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Alteração no ciclo sono-vigília
- Desidratação
- Desnutrição
- Dor
- Mobilidade prejudicada
- Privação sensorial
- Retenção urinária
- Uso inadequado de contenção

Populações em risco

- História de acidente vascular encefálico
- Idade ≥ 60 anos
- Sexo masculino

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- *Delirium*
- Demência
- Função metabólica prejudicada
- Infecção

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00129

Confusão crônica

Aprovado em 1994 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 3.1

Definição

Alteração irreversível, progressiva, insidiosa e prolongada do intelecto, do comportamento e da personalidade, manifestada por prejuízo nas funções cognitivas (memória, fala, linguagem, tomada de decisão e função executiva) e dependência na execução das atividades diárias.

Características definidoras

- Alteração em pelo menos uma função cognitiva além da memória
- Alteração na função social
- Alteração na memória de curto prazo
- Alteração na memória de longo prazo
- Alteração na personalidade
- Alteração no comportamento
- Estado de alerta adequado aos arredores
- Incapacidade de realizar pelo menos uma atividade cotidiana
- Início insidioso e irreversível no prejuízo cognitivo
- Prejuízo cognitivo prolongado
- Prejuízo progressivo na função cognitiva

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Acidente vascular encefálico
- Demência

Este diagnóstico foi revisado em 2017 para um nível de evidência 3.1, porém não possui Fatores relacionados devido à recategorização de indicadores para Condições associadas.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00126

Conhecimento deficiente

Aprovado em 1980 • Revisado em 2017

Definição

Ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico.

Características definidoras

- Comportamento inapropriado
- Conhecimento insuficiente
- Desempenho inadequado em um teste
- Seguimento de instruções inadequado

Fatores relacionados

- Conhecimento insuficiente sobre recursos
- Informações incorretas apresentadas por outros
- Informações insuficientes
- Interesse insuficiente em aprender

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na memória

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00161

Disposição para **conhecimento** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico, que pode ser melhorado.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar a aprendizagem

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00222

Controle de impulsos ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem levar em conta as consequências negativas dessas reações ao indivíduo impulsivo ou aos outros.

Características definidoras

- Agir sem pensar
- Busca de sensações
- Compartilhar detalhes pessoais de forma inadequada
- Comportamento violento
- Explosões de temperamento
- Familiaridade excessiva com estranhos
- Fazer perguntas pessoais sem levar em conta o desconforto dos outros
- Incapacidade de poupar dinheiro ou regular as finanças
- Irritabilidade
- Promiscuidade sexual
- Vício em jogos de apostas

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Desesperança
- Tabagismo
- Transtorno do humor

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Alteração no desenvolvimento
- Distúrbio cerebral orgânico
- Transtorno da personalidade

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00251

Controle emocional lábil

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Rompantes incontroláveis de expressão emocional exagerada e involuntária.

Características definidoras

- Ausência de contato visual
- Choro
- Choro excessivo sem sentir tristeza
- Choro incontrolável
- Choro involuntário
- Constrangimento relacionado à expressão de emoções
- Dificuldade em usar expressões faciais
- Distanciamento de situação profissional
- Distanciamento de situação social
- Expressão de emoções incongruente com o fator desencadeador
- Risadas excessivas sem sentir felicidade
- Risadas incontroláveis
- Risadas involuntárias

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alteração na autoestima
- Conhecimento insuficiente sobre a doença
- Conhecimento insuficiente sobre o controle de sintomas
- Estressores
- Fadiga
- Força muscular insuficiente
- Mal-estar social

- Transtorno emocional

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Deficiência física
- Lesão encefálica
- Prejuízo funcional
- Prejuízo musculoesquelético
- Transtorno do humor
- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 4 • Cognição

Código do diagnóstico 00131

Memória prejudicada

Aprovado em 1994 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 3.1

Definição

Incapacidade persistente de recordar ou recuperar partes de informações ou habilidades.

Características definidoras

- Capacidade preservada de realizar atividades da vida diária de forma independente
- Esquecimento constante de efetuar uma ação em horário agendado
- Esquecimento persistente
- Incapacidade persistente de aprender novas habilidades
- Incapacidade persistente de aprender novas informações
- Incapacidade persistente de executar uma habilidade previamente aprendida
- Incapacidade persistente de manter uma nova habilidade
- Incapacidade persistente de recordar informações sobre fatos ou eventos
- Incapacidade persistente de recordar nomes, palavras ou objetos familiares
- Incapacidade persistente de recordar se uma ação foi efetuada
- Incapacidade persistente de reter novas informações

Fator relacionado

- Alteração no volume de líquidos

Condições associadas

- Anemia
- Débito cardíaco diminuído
- Desequilíbrio eletrolítico
- Doença de Parkinson
- Hipóxia
- Lesão encefálica
- Prejuízo cognitivo leve
- Prejuízo neurológico

Outros fatores relacionados modificáveis a serem desenvolvidos.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 5 • Comunicação

Código do diagnóstico 00157

Disposição para **comunicação** melhorada

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de troca de informações e ideias com outros que pode ser melhorado.

Característica definidora

- Expressa desejo de melhorar a comunicação

Domínio 5 • Percepção/cognição

Classe 5 • Comunicação

Código do diagnóstico 00051

Comunicação verbal prejudicada

Aprovado em 1983 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Ausência de contato visual
- Déficit visual parcial
- Déficit visual total
- Desorientação em relação a pessoas
- Desorientação no espaço
- Desorientação no tempo
- Dificuldade em manter a comunicação
- Dificuldade em usar expressões corporais
- Dificuldade em usar expressões faciais
- Dificuldade na atenção seletiva
- Dificuldade para compreender a comunicação
- Dificuldade para expressar pensamentos verbalmente
- Dificuldade para falar
- Dificuldade para formar frases
- Dificuldade para formar palavras
- Dificuldade para verbalizar
- Dispneia
- Fala arrastada
- Gagueira
- Incapacidade de falar
- Incapacidade de falar o idioma do cuidador
- Incapacidade de usar expressões corporais
- Incapacidade de usar expressões faciais

- Verbalização inapropriada

Fatores relacionados

- Alteração no autoconceito
- Baixa autoestima
- Barreira ambiental
- Estímulos insuficientes
- Incongruência cultural
- Informações insuficientes
- Transtorno emocional
- Vulnerabilidade

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Condições associadas

- Alteração na percepção
- Alteração no desenvolvimento
- Barreira física
- Condição fisiológica
- Defeito orofaríngeo
- Prejuízo no sistema nervoso central
- Regime de tratamento
- Transtorno psicótico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito

Código do diagnóstico 00167

Disposição para **autoconceito** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de percepções ou ideias sobre si mesmo que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Aceitação das limitações
- Aceitação das qualidades
- Ações congruentes com expressões verbais
- Expressa confiança nas capacidades
- Expressa desejo de melhorar o autoconceito
- Expressa desejo de melhorar o desempenho de papel
- Expressa satisfação com a identidade pessoal
- Expressa satisfação com a imagem corporal
- Expressa satisfação com pensamentos sobre si mesmo
- Expressa satisfação com senso de valorização

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito

Código do diagnóstico 00174

Risco de **dignidade humana** comprometida

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à perda percebida de respeito e honra que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Compreensão insuficiente das informações de saúde
- Estigmatização
- Experiência limitada de tomada de decisão
- Exposição do corpo
- Humilhação
- Incongruência cultural
- Intromissão do profissional de saúde
- Invasão da privacidade
- Perda de controle sobre função corporal
- Revelação de informações confidenciais
- Tratamento desumano

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito

Código do diagnóstico 00124

Desesperança

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017

Definição

Estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias em benefício próprio.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Apetite reduzido
- Contato visual insuficiente
- Dá as costas a quem está falando
- Diminuição no afeto
- Encolhe os ombros em resposta a quem está falando
- Envolvimento inadequado no cuidado
- Indicadores verbais de desânimo
- Iniciativa diminuída
- Passividade
- Resposta diminuída a estímulos
- Verbalização diminuída

Fatores relacionados

- Estresse crônico
- Isolamento social
- Perda da crença em um poder espiritual
- Perda da fé em valores transcendentais
- Restrição prolongada de atividade

População em risco

- História de abandono

Condição associada

- Deterioração da condição fisiológica

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito

Código do diagnóstico 00185

Disposição para **esperança** melhorada

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de expectativas e desejos para mobilizar energias em benefício próprio que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a coerência entre expectativas e metas
- Expressa desejo de aumentar a crença nas possibilidades
- Expressa desejo de aumentar a esperança
- Expressa desejo de aumentar a percepção de sentido da vida
- Expressa desejo de melhorar a capacidade de estabelecer metas alcançáveis
- Expressa desejo de melhorar a conexão com os outros
- Expressa desejo de melhorar a espiritualidade
- Expressa desejo de melhorar a resolução de problemas para alcançar as metas

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito

Código do diagnóstico 00121

Distúrbio na identidade pessoal

Aprovado em 1978 • Revisado em 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de manter uma percepção integrada e completa de si mesmo.

Características definidoras

- Alteração da imagem corporal
- Comportamento inconsistente
- Confusão de gênero
- Confusão em relação a metas
- Confusão em relação a valores culturais
- Confusão em relação a valores ideológicos
- Descrição de si mesmo por meio de ideias delirantes
- Desempenho de papel ineficaz
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Incapacidade de distinguir estímulos internos de externos
- Relacionamentos ineficazes
- Sensação de estranhamento
- Sensação de vazio
- Sentimentos oscilantes acerca de si mesmo

Fatores relacionados

- Alteração no papel social
- Baixa autoestima
- Discriminação
- Doutrinação de um determinado culto
- Estados maníacos
- Estágios de crescimento
- Incongruência cultural

- Preconceito percebido
- Processos familiares disfuncionais

Populações em risco

- Crise situacional
- Exposição a substância química tóxica
- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Distúrbio cerebral orgânico
- Transtorno de identidade dissociativa
- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 1 • Autoconceito

Código do diagnóstico 00225

Risco de distúrbio na **identidade pessoal**

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à incapacidade de manter uma percepção integrada e completa de si mesmo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração no papel social
- Baixa autoestima
- Discriminação
- Doutrinação de um determinado culto
- Estados maníacos
- Estágios de crescimento
- Incongruência cultural
- Preconceito percebido
- Processos familiares disfuncionais

Populações em risco

- Crise situacional
- Exposição a substância química tóxica
- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Distúrbio cerebral orgânico
- Transtorno de identidade dissociativa
- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima

Código do diagnóstico 00119

Baixa **autoestima** crônica

Aprovado em 1988 • Revisado em 1996, 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Avaliação e/ou sentimentos negativos sobre as próprias capacidades, com duração de pelo menos 3 meses.

Características definidoras

- Busca excessiva por reafirmação
- Comportamento indeciso
- Comportamento não assertivo
- Contato visual insuficiente
- Culpa
- Dependente das opiniões dos outros
- Exagera no *feedback* negativo sobre si mesmo
- Excessivamente conformado
- Falta de sucesso frequente nos eventos da vida
- Hesita em tentar novas experiências
- Passividade
- Rejeita *feedback* positivo
- Subestima a capacidade de lidar com a situação
- Vergonha

Fatores relacionados

- Afeto recebido inadequado
- Enfrentamento ineficaz da perda
- Incongruência cultural
- Incongruência espiritual
- Participação inadequada em grupos
- Pertencimento inadequado
- Recebe aprovação insuficiente dos outros

- Respeito inadequado dos outros

Populações em risco

- Exposição a situações traumáticas
- Padrão de fracassos
- Reforço negativo repetido

Condição associada

- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima

Código do diagnóstico 00224

Risco de baixa **autoestima** crônica

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a avaliação e/ou sentimentos negativos e prolongados sobre as próprias capacidades que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Afeto recebido inadequado
- Enfrentamento ineficaz da perda
- Incongruência cultural
- Incongruência espiritual
- Participação inadequada em grupos
- Pertencimento inadequado
- Recebe aprovação insuficiente dos outros
- Respeito inadequado dos outros

Populações em risco

- Exposição a situações traumáticas
- Padrão de fracassos
- Reforço negativo repetido

Condição associada

- Transtorno psiquiátrico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima

Código do diagnóstico 00120

Baixa **autoestima** situacional

Aprovado em 1988 • Revisado em 1996, 2000, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Ausência de propósito
- Comportamento indeciso
- Comportamento não assertivo
- Desafio situacional ao próprio valor
- Desamparo
- Subestima a capacidade de lidar com a situação
- Verbalizações autonegativas

Fatores relacionados

- Alteração da imagem corporal
- Alteração no papel social
- Autoexpectativas não realistas
- Comportamento inconsistente em relação aos valores
- Diminuição do controle sobre o ambiente
- Padrão de desamparo
- Reconhecimento inadequado

Populações em risco

- História de abandono
- História de abuso
- História de negligência
- História de perda
- História de rejeição
- Padrão de fracassos

- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Doença física
- Prejuízo funcional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 2 • Autoestima

Código do diagnóstico 00153

Risco de baixa **autoestima** situacional

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração da imagem corporal
- Alteração no papel social
- Autoexpectativas não realistas
- Comportamento inconsistente em relação aos valores
- Diminuição do controle sobre o ambiente
- Padrão de desamparo
- Reconhecimento inadequado

Populações em risco

- História de abandono
- História de abuso
- História de negligência
- História de perda
- História de rejeição
- Padrão de fracassos
- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Doença física
- Prejuízo funcional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 6 • Autopercepção

Classe 3 • Imagem corporal

Código do diagnóstico 00118

Distúrbio na **imagem corporal**

Aprovado em 1973 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Confusão na imagem mental do eu físico.

Características definidoras

- Alteração na estrutura corporal
- Alteração na função corporal
- Alteração na visão do próprio corpo
- Ausência de parte do corpo
- Comportamento de monitoração do próprio corpo
- Comportamento de reconhecimento do próprio corpo
- Despersonalização de parte do corpo pelo uso de pronomes impessoais
- Despersonalização de uma perda por meio de pronomes impessoais
- Ênfase nos pontos positivos remanescentes
- Esconder parte do corpo
- Evita olhar o próprio corpo
- Evita tocar o próprio corpo
- Extensão dos limites do corpo
- Foco em função do passado
- Foco em ponto positivo do passado
- Foco na aparência anterior
- Medo da reação dos outros
- Mudança na capacidade de avaliar a relação espacial do corpo com o ambiente
- Mudança no envolvimento social
- Mudança no estilo de vida
- Percepções que refletem uma visão alterada da aparência do corpo
- Personalização de uma parte do corpo por meio de um nome
- Personalização de uma perda por meio de um nome
- Preocupação com mudança

- Preocupação com perda
- Realização aumentada
- Recusa em reconhecer alterações
- Resposta não verbal a alteração no corpo
- Resposta não verbal a alteração no corpo percebida
- Sentimento negativo em relação ao corpo
- Superexposição de parte do corpo
- Trauma em relação a não funcionamento de parte do corpo

Fatores relacionados

- Alteração na autopercepção
- Incongruência cultural
- Incongruência espiritual

População em risco

- Transição de desenvolvimento

Condições associadas

- Alteração da função cognitiva
- Alteração na função corporal
- Doença
- Funcionamento psicossocial prejudicado
- Lesão
- Procedimento cirúrgico
- Regime de tratamento
- Trauma

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador

Código do diagnóstico 00056

Paternidade ou maternidade prejudicada

Aprovado em 1978 • Revisado em 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

No lactente ou na criança

- Acidentes frequentes
- Ansiedade da separação diminuída
- Atraso no desenvolvimento cognitivo
- Comportamento de vínculo insuficiente
- Doença frequente
- Falha em desenvolver-se
- Fraco desempenho acadêmico
- Fuga de casa
- Função social prejudicada
- Transtorno de comportamento

Nos pais

- Abandono da criança
- Arranjos impróprios para o cuidado dos filhos
- Controle inconsistente do comportamento
- Cuidado inconsistente
- Declarações negativas a respeito da criança
- Estimulação inapropriada
- Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro
- Frustração com o filho
- Habilidades impróprias para o cuidado

- Hostilidade
- Inadequação ao papel percebida
- Incapacidade percebida de satisfazer às necessidades da criança
- Inflexibilidade em satisfazer às necessidades da criança
- Interação mãe/pai-filho deficiente
- Manutenção inadequada da saúde da criança
- Negligência com as necessidades da criança
- Punitivo
- Redução na capacidade de controlar a criança
- Redução no carinho
- Rejeição do filho

Fatores relacionados

No lactente ou na criança

- Separação prolongada dos pais
- Temperamento conflitante com as expectativas dos pais

Nos pais

- Acesso insuficiente a recursos
- Alteração no padrão de sono
- Apoio social insuficiente
- Arranjos insuficientes para o cuidado dos filhos
- Baixa autoestima
- Coesão familiar insuficiente
- Conflito entre parceiros
- Conhecimento insuficiente sobre a manutenção da saúde da criança
- Conhecimento insuficiente sobre o desenvolvimento da criança
- Conhecimento insuficiente sobre habilidades paternas/maternas
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Cuidado pré-natal tardio
- Depressão
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores

- Exemplo paterno/materno insuficiente
- Expectativas não realistas
- Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro
- Habilidades de comunicação ineficazes
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas
- Incapacidade de colocar as necessidades da criança à frente das próprias
- Isolamento social
- Mãe da criança não envolvida
- Padrão de sono não restaurador
- Pai da criança não envolvido
- Preferência por punições físicas
- Privação do sono
- Reação insuficiente aos sinais emitidos pelo lactente
- Recursos insuficientes
- Tensão do papel
- Transporte insuficiente
- Valorização insuficiente da paternidade/maternidade

Populações em risco

No lactente ou na criança

- Atraso no desenvolvimento
- História de abuso
- História de trauma
- Prematuridade
- Sexo diferente do desejado pelos pais
- Temperamento difícil

Nos pais

- Baixo nível educacional
- Desemprego
- Desfavorecido economicamente
- Dificuldades legais
- Dificuldades no trabalho

- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade
- Gestações com intervalos pequenos
- Grande número de gestações
- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada
- História de abuso
- História de abuso de substâncias
- História de doença mental
- História de ser abusivo
- Mudança de endereço
- Mudança na unidade familiar
- Nascimentos múltiplos
- Pai ou mãe que cria o filho sozinho(a)
- Pais muito jovens
- Processo de nascimento difícil

Condições associadas

No lactente ou na criança

- Alteração nas habilidades perceptivas
- Condição incapacitante
- Doença crônica
- Transtorno de comportamento

Nos pais

- Alteração na função cognitiva
- Condição incapacitante
- Doença física

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador

Código do diagnóstico 00057

Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Aprovado em 1978 • Revisado em 1998, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a dificuldades do cuidador principal de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, que podem comprometer seu bem-estar.

Fatores de risco

No lactente ou na criança

- Separação prolongada dos pais
- Temperamento conflitante com as expectativas dos pais

Nos pais

- Acesso insuficiente a recursos
- Alteração no padrão de sono
- Apoio social insuficiente
- Arranjos insuficientes para o cuidado dos filhos
- Baixa autoestima
- Coesão familiar insuficiente
- Conflito entre parceiros
- Conhecimento insuficiente sobre a manutenção da saúde da criança
- Conhecimento insuficiente sobre o desenvolvimento da criança
- Conhecimento insuficiente sobre habilidades paternas/maternas
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Cuidado pré-natal tardio
- Depressão
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Exemplo paterno/materno insuficiente
- Expectativas não realistas

- Falha em oferecer um ambiente domiciliar seguro
- Habilidades de comunicação ineficazes
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas
- Incapacidade de colocar as necessidades da criança à frente das próprias
- Isolamento social
- Mãe da criança não envolvida
- Padrão de sono não restaurador
- Pai da criança não envolvido
- Preferência por punições físicas
- Privação do sono
- Reação insuficiente aos sinais emitidos pelo lactente
- Recursos insuficientes
- Tensão do papel
- Transporte insuficiente
- Valorização insuficiente da paternidade/maternidade

Populações em risco

No lactente ou na criança

- Atraso no desenvolvimento
- História de abuso
- História de trauma
- Prematuridade
- Sexo diferente do desejado pelos pais
- Temperamento difícil

Nos pais

- Baixo nível educacional
- Desemprego
- Desfavorecido economicamente
- Dificuldades legais
- Dificuldades no trabalho
- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade
- Gestações com intervalos pequenos

- Grande número de gestações
- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada
- História de abuso
- História de abuso de substâncias
- História de doença mental
- História de ser abusivo
- Mudança de endereço
- Mudança na unidade familiar
- Nascimentos múltiplos
- Pai ou mãe que cria o filho sozinho(a)
- Pais muito jovens
- Processo de nascimento difícil

Condições associadas

No lactente ou na criança

- Alteração nas habilidades perceptivas
- Condição incapacitante
- Doença crônica
- Transtorno de comportamento

Nos pais

- Alteração na função cognitiva
- Condição incapacitante
- Doença física

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador

Código do diagnóstico 00164

Disposição para **paternidade ou maternidade** melhorada

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de provimento de ambiente que favorece o crescimento e o desenvolvimento das crianças e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Filhos expressam desejo de melhorar o ambiente do lar
- Pai/mãe expressa desejo de aumentar o apoio emocional a outra pessoa dependente
- Pai/mãe expressa desejo de aumentar o apoio emocional aos filhos
- Pai/mãe expressa desejo de melhorar a paternidade/maternidade

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador

Código do diagnóstico 00061

Tensão do papel de cuidador

Aprovado em 1992 • Revisado em 1998, 2000, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Dificuldade para atender a responsabilidades, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à família ou a pessoas significativas.

Características definidoras

Atividades de cuidado

- Apreensão quanto à capacidade futura para fornecer cuidados
- Apreensão quanto à possível institucionalização do receptor de cuidados
- Apreensão quanto à saúde futura do receptor de cuidados
- Apreensão quanto ao bem-estar do receptor de cuidados caso seja incapaz de oferecê-los
- Dificuldade para concluir as tarefas necessárias
- Dificuldade para realizar as atividades necessárias
- Mudanças disfuncionais nas atividades de cuidado
- Preocupação com a rotina de cuidados

Estado de saúde do cuidador: fisiológicas

- Cefaleia
- Desconforto gastrointestinal
- Exantema
- Fadiga
- Hipertensão
- Mudança no peso

Estado de saúde do cuidador: emocionais

- Alteração no padrão de sono
- Depressão
- Estratégias de enfrentamento ineficazes

- Estressores
- Falta de tempo para atender às necessidades pessoais
- Frustração
- Impaciência
- Indecisão emocional
- Nervosismo
- Raiva
- Somatização

Estado de saúde do cuidador: socioeconômicas

- Baixa produtividade no trabalho
- Isolamento social
- Mudança nas atividades de lazer
- Recusas de promoções na carreira

Relação cuidador-receptor de cuidados

- Dificuldade em ver o receptor de cuidados com a doença
- Incerteza quanto a alterações no relacionamento com o receptor de cuidados
- Pesar quanto a alterações no relacionamento com o receptor de cuidados

Processos familiares

- Conflito familiar
- Preocupações com relação a membro(s) da família

Fatores relacionados

No receptor de cuidados

- Abuso de substâncias
- Alta recebida com necessidades importantes
- Aumento da necessidade de cuidados
- Comportamento problemático
- Condição de saúde instável
- Dependência
- Imprevisibilidade do curso da doença

No cuidador

- Abuso de substâncias
- Autoexpectativas não realistas
- Condições físicas
- Conhecimento insuficiente sobre recursos da comunidade
- Cuidador não desenvolvido o suficiente para esse papel
- Energia insuficiente
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Incapacidade de preencher as expectativas de outros
- Incapacidade de preencher as próprias expectativas
- Inexperiência em executar cuidados
- Isolamento
- Privacidade insuficiente
- Recreação insuficiente
- Resiliência emocional insuficiente
- Responsabilidades relacionadas ao papel que competem entre si

Relação cuidador-receptor de cuidados

- Codependência
- Expectativas não realistas do receptor de cuidados
- Padrão de relacionamentos ineficazes
- Presença de abuso
- Relacionamento abusivo
- Relacionamento violento

Atividades de cuidado

- Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidado
- Assistência insuficiente
- Complexidade das atividades de cuidado
- Equipamentos insuficientes para oferecimento de cuidados
- Excesso de atividades de cuidado
- Imprevisibilidade da situação de cuidado

- Insuficiência de descanso do cuidador
- Mudança na natureza das atividades de cuidado
- Necessidade de cuidados por longo prazo
- Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia
- Tempo insuficiente

Processos familiares

- Adaptação ineficaz da família
- Isolamento da família
- Padrão de disfunção familiar anterior à situação de prestação de cuidados
- Padrão de disfunção familiar
- Padrão de enfrentamento familiar ineficaz

Socioeconômicos

- Alienação
- Apoio social insuficiente
- Dificuldade de acesso a apoio
- Dificuldade de acesso à assistência
- Dificuldade de acesso a recursos da comunidade
- Isolamento social
- Recursos comunitários insuficientes
- Transporte insuficiente

Populações em risco

- Atraso no desenvolvimento do cuidador
- Atraso no desenvolvimento do receptor de cuidados
- Condição do receptor de cuidados inibe o diálogo
- Crise financeira
- Cuidador é o parceiro
- Cuidador feminino
- Exposição à violência
- Prematuridade

Condições associadas

No receptor de cuidados

- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio congênito
- Doença crônica
- Gravidade da doença
- Transtorno psicológico
- Transtorno psiquiátrico

No cuidador

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo à saúde
- Transtorno psicológico

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 1 • Papéis do cuidador

Código do diagnóstico 00062

Risco de **tensão do papel** de cuidador

Aprovado em 1992 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dificuldade para atender a responsabilidades, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à família ou a pessoas significativas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

No receptor de cuidados

- Abuso de substâncias
- Alta recebida com necessidades importantes
- Aumento da necessidade de cuidados
- Comportamento problemático
- Condição de saúde instável
- Dependência
- Imprevisibilidade do curso da doença

No cuidador

- Abuso de substâncias
- Autoexpectativas não realistas
- Condições físicas
- Conhecimento insuficiente sobre recursos da comunidade
- Cuidador não desenvolvido o suficiente para esse papel
- Energia insuficiente
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estressores
- Incapacidade de preencher as expectativas de outros
- Incapacidade de preencher as próprias expectativas
- Inexperiência em executar cuidados
- Isolamento

- Privacidade insuficiente
- Recreação insuficiente
- Resiliência emocional insuficiente
- Responsabilidades relacionadas ao papel que competem entre si

Relação cuidador-receptor de cuidados

- Codependência
- Expectativas não realistas do receptor de cuidados
- Padrão de relacionamentos ineficazes
- Presença de abuso
- Relacionamento abusivo
- Relacionamento violento

Atividades de cuidado

- Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidado
- Assistência insuficiente
- Atividades excessivas de cuidados
- Complexidade das atividades de cuidado
- Equipamentos insuficientes para oferecimento de cuidados
- Imprevisibilidade da situação de cuidado
- Insuficiência de descanso do cuidador
- Mudança na natureza das atividades de cuidado
- Necessidade de cuidados por longo prazo
- Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia
- Tempo insuficiente

Processos familiares

- Adaptação ineficaz da família
- Isolamento da família
- Padrão de disfunção familiar anterior à situação de prestação de cuidados
- Padrão de disfunção familiar
- Padrão de enfrentamento familiar ineficaz

Socioeconômicos

- Alienação
- Apoio social insuficiente
- Dificuldade de acesso a apoio
- Dificuldade de acesso à assistência
- Dificuldade de acesso a recursos da comunidade
- Isolamento social
- Recursos comunitários insuficientes
- Transporte insuficiente

Populações em risco

- Atraso no desenvolvimento do cuidador
- Atraso no desenvolvimento do receptor de cuidados
- Condição do receptor de cuidados inibe o diálogo
- Crise financeira
- Cuidador é o parceiro
- Cuidador feminino
- Exposição à violência
- Prematuridade

Condições associadas

No receptor de cuidados

- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio congênito
- Doença crônica
- Gravidade da doença
- Transtorno psicológico
- Transtorno psiquiátrico

No cuidador

- Alteração na função cognitiva
- Prejuízo à saúde
- Transtorno psicológico

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares

Código do diagnóstico 00063

Processos familiares disfuncionais

Aprovado em 1994 • Revisado em 2008, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.

Características definidoras

Comportamentais

- Abuso de substâncias
- Abuso verbal de pai/mãe
- Abuso verbal de parceiro
- Abuso verbal dos filhos
- Adição à nicotina
- Agitação
- Alteração na concentração
- Autojulgamento rígido
- Busca de afirmação
- Busca de aprovação
- Caos
- Comportamento não confiável
- Conflitos subsequentes
- Conhecimento insuficiente sobre abuso de substâncias
- Criticar
- Culpar
- Culpar a si mesmo
- Dependência
- Dificuldade com relacionamento íntimo
- Dificuldade com transição de ciclo de vida
- Dificuldade para divertir-se
- Doença física relacionada a estresse

- Evitação de conflitos
- Expressão inapropriada de raiva
- Falha em realizar as tarefas de desenvolvimento
- Habilidades de comunicação ineficazes
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas
- Imaturidade
- Incapacidade de aceitar ajuda
- Incapacidade de aceitar uma ampla gama de sentimentos
- Incapacidade de adaptar-se a mudanças
- Incapacidade de atender às necessidades de proteção de seus membros
- Incapacidade de atender às necessidades emocionais de seus membros
- Incapacidade de atender às necessidades espirituais de seus membros
- Incapacidade de expressar uma ampla gama de sentimentos
- Incapacidade de lidar com experiências traumáticas de forma construtiva
- Incapacidade de receber ajuda de maneira adequada
- Isolamento social
- Lutas por poder
- Manipulação
- Mentir
- Negação de problemas
- Ocasões especiais centradas no uso de substâncias
- Orientações favorecem mais o alívio de tensão que o alcance de metas
- Padrão contraditório de comunicação
- Padrão de controle da comunicação
- Padrão paradoxal de comunicação
- Padrão que possibilita o uso de substâncias
- Perturbação no desempenho acadêmico dos filhos
- Pesar complicado
- Promessas não cumpridas
- Racionalização
- Recusa em buscar ajuda
- Redução do contato físico

Emocionais

- Abandono
- Ansiedade
- Assumir responsabilidade por comportamento de quem abusa de substâncias
- Baixa autoestima
- Confusão
- Confusão entre amor e pena
- Constrangimento
- Controle das emoções pelos outros
- Culpa
- Depressão
- Desconfiança
- Desesperança
- Desvalorização
- Emoções reprimidas
- Fracasso
- Frustração
- Hostilidade
- Infelicidade
- Insatisfação
- Insegurança
- Isolamento emocional
- Mau humor
- Medo
- Perda
- Perda de identidade
- Raiva
- Rejeição
- Ressentimento persistente
- Sentimento de impotência
- Sentir que não é amado
- Sentir-se diferente dos outros
- Sentir-se ferido
- Sentir-se incompreendido
- Sofrimento

- Solidão
- Tensão
- Vergonha
- Vulnerabilidade

Papéis e relacionamentos

- Apoio paterno/materno insuficiente percebido
- Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e ao amadurecimento mútuos
- Coesão insuficiente
- Comunicação ineficaz com o parceiro
- Conflito entre parceiros
- Deterioração nos relacionamentos familiares
- Dinâmica familiar perturbada
- Habilidades de relacionamento insuficientes
- Interrupção de rituais familiares
- Mudança em função de papel
- Negação da família
- Negligência de obrigações com membro da família
- Padrão de rejeição
- Paternidade/maternidade inconsistente
- Problemas familiares crônicos
- Respeito insuficiente da família pela autonomia de seus membros
- Respeito insuficiente da família pela individualidade de seus membros
- Rompimento de papéis na família
- Sistema de comunicação fechado
- Triangulação de relacionamentos familiares

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas
- Personalidade adicta

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- História familiar de abuso de substâncias
- História familiar de resistência ao tratamento
- Predisposição genética a abuso de substâncias

Condições associadas

- Disfunção da intimidade
- Fatores biológicos
- Procedimento cirúrgico

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares

Código do diagnóstico 00060

Processos familiares interrompidos

Aprovado em 1982 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Ruptura na continuidade do funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros.

Características definidoras

- Diminuição da disponibilidade de apoio emocional
- Diminuição do apoio mútuo
- Mudança em aliança de poder
- Mudança em ritual
- Mudança na disponibilidade para resposta afetiva
- Mudança na intimidade
- Mudança na participação para a solução de problemas
- Mudança na resolução de conflito familiar
- Mudança na satisfação com a família
- Mudança na somatização
- Mudança nas tarefas designadas
- Mudança no comportamento de redução do estresse
- Mudança no padrão de comunicação
- Mudanças na participação na tomada de decisões
- Mudanças nas expressões de conflito com os recursos da comunidade
- Mudanças nas expressões de isolamento dos recursos da comunidade
- Mudanças nos padrões de relacionamento
- Realização de tarefas ineficaz

Fatores relacionados

- Mudanças na interação com a comunidade
- Troca de papéis na família
- Trocas de poder entre membros da família

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento
- Crise situacional
- Mudança na condição social da família
- Mudança nas finanças da família
- Transição de desenvolvimento
- Transição situacional

Condição associada

- Mudança do estado de saúde de um membro da família

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares

Código do diagnóstico 00159

Disposição para **processos familiares** melhorados

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de funcionamento familiar para sustentar o bem-estar de seus membros que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a interdependência com a comunidade
- Expressa desejo de aumentar a manutenção dos limites entre os membros da família
- Expressa desejo de aumentar a resiliência familiar
- Expressa desejo de aumentar a segurança dos membros da família
- Expressa desejo de aumentar o nível de energia da família para apoiar as atividades da vida diária
- Expressa desejo de aumentar o respeito pelos membros da família
- Expressa desejo de melhorar a adaptação da família a mudanças
- Expressa desejo de melhorar a dinâmica familiar
- Expressa desejo de melhorar o crescimento dos membros da família
- Expressa desejo de melhorar o equilíbrio entre autonomia e coesão
- Expressa desejo de melhorar o padrão de comunicação

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 2 • Relações familiares

Código do diagnóstico 00058

Risco de **vínculo** prejudicado

Aprovado em 1994 • Revisado em 2008, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à ruptura do processo interativo, entre pais ou pessoa significativa e a criança, que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Ansiedade
- Barreira física
- Comportamento desorganizado do lactente
- Conflito do(a) pai/mãe devido a comportamento desorganizado do lactente
- Doença da criança impede o início do contato com pai/mãe
- Incapacidade dos pais de satisfazer às necessidades pessoais
- Privacidade insuficiente
- Separação pais/filho

População em risco

- Lactente prematuro

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis

Código do diagnóstico 00064

Conflito no papel de pai/mãe

Aprovado em 1988 • Revisado em 2017

Definição

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

Características definidoras

- Ansiedade
- Culpa
- Frustração
- Inadequação percebida para atender às necessidades do filho
- Medo
- Perda de controle percebida de decisões relacionadas ao filho
- Preocupação com a família
- Preocupação em relação a mudanças no papel paterno/materno
- Relutância em participar de atividades usuais de cuidador
- Ruptura nas rotinas do cuidador

Fatores relacionados

- Interrupções na vida familiar em razão do regime de cuidados domiciliares
- Intimidado por modalidades invasivas
- Intimidado por modalidades restritivas
- Separação pais/filho

Populações em risco

- Cuidado domiciliar de uma criança com necessidades especiais
- Mudança na situação conjugal
- Viver em local não tradicional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis

Código do diagnóstico 00055

Desempenho de papel ineficaz

Aprovado em 1978 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

Padrão de comportamento e autoexpressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.

Características definidoras

- Adaptação ineficaz a mudanças
- Alteração na percepção do papel
- Ambivalência de papel
- Ansiedade
- Apoio externo insuficiente para o desempenho do papel
- Assédio
- Autocontrole insuficiente
- Confiança insuficiente
- Conflito de papéis
- Conflito de sistema
- Confusão de papéis
- Conhecimento insuficiente sobre as exigências do papel
- Depressão
- Desempenho de papel ineficaz
- Discriminação
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Expectativas de desenvolvimento inapropriadas
- Habilidades insuficientes
- Incerteza
- Insatisfação com o papel
- Motivação insuficiente
- Mudança na autopercepção do papel
- Mudança na capacidade de retomar o papel

- Mudança na percepção de outros sobre o papel
- Mudança no padrão habitual de responsabilidade
- Negação do papel
- Oportunidades insuficientes para desempenho do papel
- Pessimismo
- Sentimento de impotência
- Tensão do papel
- Violência doméstica

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alteração da imagem corporal
- Baixa autoestima
- Conflito
- Depressão
- Dor
- Estressores
- Expectativas não realistas a respeito do papel
- Fadiga
- Modelo inadequado
- Preparo insuficiente para o papel
- Recompensas insuficientes
- Recursos insuficientes
- Sistema de apoio insuficiente
- Socialização insuficiente para o papel
- Vínculo inadequado com o sistema de saúde
- Violência doméstica

Populações em risco

- Altas exigências do horário de trabalho
- Baixo nível educacional
- Desfavorecido economicamente
- Idade jovem
- Nível de desenvolvimento inapropriado para a expectativa do papel

Condições associadas

- Defeito neurológico
- Doença física
- Psicose
- Transtorno da personalidade

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis

Código do diagnóstico 00052

Interação social prejudicada

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017

Definição

Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.

Características definidoras

- Desconforto em situações sociais
- Família relata mudança na interação
- Função social prejudicada
- Insatisfação com envolvimento social
- Interação disfuncional com outras pessoas

Fatores relacionados

- Barreira ambiental
- Barreira de comunicação
- Conhecimento insuficiente sobre como fortalecer a reciprocidade
- Dissonância sociocultural
- Distúrbio no autoconceito
- Habilidades insuficientes para fortalecimento da reciprocidade
- Mobilidade prejudicada
- Processos de pensamento perturbados

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Condição associada

- Isolamento terapêutico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis

Código do diagnóstico 00223

Relacionamento ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de parceria mútua que é insuficiente para o atendimento das necessidades recíprocas.

Características definidoras

- Apoio mútuo insuficiente nas atividades cotidianas entre os parceiros
- Atraso no atendimento às metas de desenvolvimento apropriadas ao estágio do ciclo de vida familiar
- Compreensão inadequada do funcionamento comprometido do parceiro
- Comunicação insatisfatória entre os parceiros
- Equilíbrio insuficiente na autonomia entre os parceiros
- Equilíbrio insuficiente na colaboração entre os parceiros
- Insatisfação com a relação complementar entre os parceiros
- Insatisfação no atendimento das necessidades emocionais entre os parceiros
- Insatisfação no atendimento das necessidades físicas entre os parceiros
- Insatisfação no compartilhamento de ideias entre os parceiros
- Insatisfação no compartilhamento de informações entre os parceiros
- Parceiro não identificado como pessoa de apoio
- Respeito mútuo insuficiente entre os parceiros

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Estressores
- Expectativas não realistas
- Habilidades de comunicação ineficazes

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento
- Encarceramento de um parceiro

- História de violência doméstica

Condição associada

- Alteração na função cognitiva de um parceiro

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis

Código do diagnóstico 00229

Risco de **relacionamento** ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade ao desenvolvimento de um padrão insuficiente para oferecimento de parceria mútua para o atendimento das necessidades recíprocas.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Estressores
- Expectativas não realistas
- Habilidades de comunicação ineficazes

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento
- Encarceramento de um parceiro
- História de violência doméstica

Condição associada

- Alteração na função cognitiva de um parceiro

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 7 • Papéis e relacionamentos

Classe 3 • Desempenho de papéis

Código do diagnóstico 00207

Disposição para **relacionamento** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de parceria mútua para atender às necessidades recíprocas que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a autonomia entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar a colaboração entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar a compreensão da deficiência funcional do parceiro
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com a relação complementar entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com o atendimento às necessidades emocionais de cada parceiro
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com o atendimento às necessidades físicas de cada um dos parceiros
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com o compartilhamento de ideias entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com o compartilhamento de informações entre os parceiros
- Expressa desejo de aumentar o respeito mútuo entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar a comunicação entre os parceiros
- Expressa desejo de melhorar o atendimento às necessidades emocionais de cada parceiro

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 1 • Identidade sexual

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 2 • Função sexual

Código do diagnóstico 00059

Disfunção sexual

Aprovado em 1980 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Alteração na atividade sexual
- Alteração na excitação sexual
- Alteração na satisfação sexual
- Busca de confirmação da qualidade de ser desejável
- Limitação sexual percebida
- Mudança indesejada na função sexual
- Mudança no interesse por outras pessoas
- Mudança no interesse por si mesmo
- Mudança no papel sexual
- Redução do desejo sexual

Fatores relacionados

- Abuso psicossocial
- Ausência de privacidade
- Conflito de valores
- Conhecimento insuficiente sobre a função sexual
- Informações incorretas sobre a função sexual
- Modelo inadequado
- Presença de abuso
- Vulnerabilidade

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Condições associadas

- Alteração na estrutura corporal
- Alteração na função corporal

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 2 • Função sexual

Código do diagnóstico 00065

Padrão de sexualidade ineficaz

Aprovado em 1986 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Expressões de preocupação quanto à própria sexualidade.

Características definidoras

- Alteração na atividade sexual
- Alteração no comportamento sexual
- Alteração no relacionamento com pessoa significativa
- Conflito de valores
- Dificuldade com atividade sexual
- Dificuldade com comportamento sexual
- Mudança no papel sexual

Fatores relacionados

- Ausência de privacidade
- Conflito sobre orientação sexual
- Conflito sobre variação de preferência
- Conhecimento insuficiente sobre alternativas relacionadas à sexualidade
- Déficit de habilidades sobre alternativas relacionadas à sexualidade
- Medo de gravidez
- Medo de infecção sexualmente transmissível
- Modelo inadequado
- Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa

População em risco

- Ausência de pessoa significativa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução

Código do diagnóstico 00209

Risco de **binômio mãe-feto** perturbado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à ruptura da relação simbiótica mãe-feto em consequência de comorbidade ou problemas relacionados à gestação que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Cuidado pré-natal inadequado
- Presença de abuso

Condições associadas

- Alteração no metabolismo da glicose
- Complicação gestacional
- Regime de tratamento
- Transferência de oxigênio ao feto comprometida

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução

Código do diagnóstico 00221

Processo perinatológico ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de preparar-se para e/ou manter a gestação, o processo de nascimento e os cuidados do recém-nascido saudáveis para assegurar o bem-estar.

Características definidoras

Durante a gestação

- Acesso insuficiente a sistema de apoio
- Controle ineficaz de sintomas desagradáveis na gestação
- Cuidado pré-natal inadequado
- Estilo de vida pré-natal inadequado
- Plano de nascimento não realista
- Preparo inadequado do ambiente de casa
- Preparo inadequado dos itens necessários ao cuidado do recém-nascido
- Respeito insuficiente pelo bebê ainda não nascido

Durante o trabalho de parto e o nascimento

- Acesso insuficiente a sistema de apoio
- Comportamento de vínculo insuficiente
- Estilo de vida inadequado para o estágio do trabalho de parto
- Redução da proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento
- Resposta inadequada ao início do trabalho de parto

Após o nascimento

- Acesso insuficiente a sistema de apoio
- Ambiente inseguro para o lactente
- Comportamento de vínculo insuficiente
- Cuidados inadequados com as mamas

- Estilo de vida pós-parto inadequado
- Técnicas inadequadas de cuidados do bebê
- Técnicas inadequadas para alimentar o bebê

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Ambiente inseguro
- Baixa confiança materna
- Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatóológico
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade
- Exemplo paterno/materno insuficiente
- Nutrição materna inadequada
- Plano de nascimento não realista
- Sentimento de impotência materno
- Sistema de apoio insuficiente
- Sofrimento psicológico materno
- Violência doméstica
- Visitas de saúde inconsistentes no pré-natal

Populações em risco

- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução

Código do diagnóstico 00227

Risco de **processo perinatólogico** ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma incapacidade de preparar-se para e/ou manter a gestação, o processo de nascimento e os cuidados do recém-nascido saudáveis para assegurar o bem-estar.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Ambiente inseguro
- Baixa confiança materna
- Conhecimento insuficiente sobre o processo perinatólogico
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Disposição cognitiva insuficiente para a paternidade/maternidade
- Exemplo paterno/materno insuficiente
- Nutrição materna inadequada
- Plano de nascimento não realista
- Sentimento de impotência materno
- Sistema de apoio insuficiente
- Sofrimento psicológico materno
- Violência doméstica
- Visitas de saúde inconsistentes no pré-natal

Populações em risco

- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 8 • Sexualidade

Classe 3 • Reprodução

Código do diagnóstico 00208

Disposição para **processo perinatóológico** melhorado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de preparação para e manutenção da gestação, processo de nascimento e cuidados do recém-nascido saudáveis para assegurar o bem-estar que pode ser melhorado.

Características definidoras

Durante a gestação

- Expressa desejo de aumentar o controle de sintomas desagradáveis na gestação
- Expressa desejo de aumentar o preparo para o recém-nascido
- Expressa desejo de aumentar os conhecimentos sobre o processo perinatóológico
- Expressa desejo de melhorar o estilo de vida pré-natal

Durante o trabalho de parto e o nascimento

- Expressa desejo de aumentar a proatividade durante o trabalho de parto e o nascimento
- Expressa desejo de reforçar um estilo de vida adequado ao estágio do trabalho de parto

Após o nascimento

- Expressa desejo de aumentar a segurança ambiental para o bebê
- Expressa desejo de aumentar o comportamento de vínculo
- Expressa desejo de aumentar o cuidado das mamas
- Expressa desejo de aumentar o uso de sistemas de apoio
- Expressa desejo de melhorar as técnicas de cuidado do bebê
- Expressa desejo de melhorar as técnicas para alimentar o bebê
- Expressa desejo de melhorar o estilo de vida pós-parto

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma

Código do diagnóstico 00114

Síndrome do estresse por mudança

Aprovado em 1992 • Revisado em 2000, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Alienação
- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade (00146)
- Aumento da verbalização de necessidades
- Aumento de doenças
- Aumento dos sintomas físicos
- Baixa autoestima
- Dependência
- Depressão
- Distanciamento
- Estar só
- Falta de vontade de mudar-se
- Frustração
- Insegurança
- Medo (00148)
- Perda da autovalorização
- Perda de identidade
- Pessimismo
- Preocupação
- Preocupação quanto a mudança
- Raiva
- Solidão

Fatores relacionados

- Aconselhamento insuficiente anterior à partida
- Barreira linguística
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Imprevisibilidade da experiência
- Isolamento social
- Mudança ambiental significativa
- Mudança de um ambiente para outro
- Sentimento de impotência
- Sistema de apoio insuficiente

População em risco

- História de perda

Condições associadas

- Competência mental deficiente
- Estado de saúde comprometido
- Funcionamento psicossocial prejudicado

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma

Código do diagnóstico 00149

Risco de síndrome do estresse por mudança

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a distúrbio fisiológico e/ou psicossocial decorrente de transferência de um ambiente para outro que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Aconselhamento insuficiente anterior à partida
- Barreira linguística
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Imprevisibilidade da experiência
- Isolamento social
- Mudança ambiental significativa
- Mudança de um ambiente para outro
- Sentimento de impotência
- Sistema de apoio insuficiente

População em risco

- História de perda

Condições associadas

- Competência mental deficiente
- Estado de saúde comprometido
- Funcionamento psicossocial prejudicado

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma

Código do diagnóstico 00142

Síndrome do trauma de estupro

Aprovado em 1980 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Resposta mal-adaptada e sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Agitação
- Agressão
- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade (00146)
- Baixa autoestima
- Choque
- Confusão
- Constrangimento
- Culpa
- Culpar a si mesmo
- Dependência
- Depressão
- Desamparo
- Desorganização
- Disfunção sexual (00059)
- Espasmo muscular
- Estado hiperalerta
- Fobias
- Humilhação
- Medo (00148)
- Mudança no(s) relacionamento(s)
- Negação

- Oscilações no humor
- Paranoia
- Pensamentos de vingança
- Pesadelos
- Raiva
- Sentimento de impotência (00125)
- Tensão muscular
- Tomada de decisões prejudicada
- Trauma físico
- Vergonha
- Vulnerabilidade percebida

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

População em risco

- Estupro

Condições associadas

- História de tentativa de suicídio
- Transtorno de identidade dissociativa

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma

Código do diagnóstico 00141

Síndrome pós-trauma

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Agressão
- Alienação
- Alteração na concentração
- Alteração no humor
- Amnésia dissociativa
- Ansiedade (00146)
- Ataques de pânico
- Cefaleia
- Comportamento compulsivo
- Comportamentos de esquiva
- Culpa
- Depressão
- Desesperança (00124)
- Enurese
- Fúria
- Hipervigilância
- História de afastamento
- Horror
- Irritabilidade
- Irritabilidade neurosensorial
- Irritação gastrointestinal
- Lembranças repetidas dos fatos (*flashbacks*)
- Medo (00148)

- Negação
- Palpitações cardíacas
- Pensamentos invasivos
- Pesadelos
- Pesar (00136)
- Raiva
- Reação de susto exagerada
- Relata sensação de entorpecimento
- Repressão
- Sonhos invasivos
- Vergonha

Fatores relacionados

- Ambiente que não atende às necessidades
- Apoio social insuficiente
- Comportamento de autolesão
- Força do ego diminuída
- Papel de sobrevivente
- Percepção de evento como traumático
- Senso de responsabilidade exagerado

Populações em risco

- Acidente grave
- Ameaça grave a entes queridos
- Ameaça grave a si mesmo
- Destruição do lar
- Evento diferente da experiência humana habitual
- Exposição a desastre
- Exposição a epidemias
- Exposição a evento envolvendo múltiplas mortes
- Exposição a guerras
- Forçado a sair de casa
- História de abuso
- História de ser prisioneiro de guerra

- História de tortura
- História de vitimização criminal
- Lesão grave a entes queridos
- Ocupações relacionadas a serviços humanitários
- Persistência de evento traumático
- Testemunhar morte violenta
- Testemunhar mutilação

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional para que ele atenda à definição de síndrome.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma

Código do diagnóstico 00145

Risco de síndrome pós-trauma

Aprovado em 1998 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente que não atende às necessidades
- Apoio social insuficiente
- Comportamento de autolesão
- Força do ego diminuída
- Papel de sobrevivente
- Percepção de evento como traumático
- Senso de responsabilidade exagerado

Populações em risco

- Acidente grave
- Ameaça grave a entes queridos
- Ameaça grave a si mesmo
- Destruição do lar
- Evento diferente da experiência humana habitual
- Exposição a desastre
- Exposição a epidemias
- Exposição a evento envolvendo múltiplas mortes
- Exposição a guerras
- Forçado a sair de casa
- História de abuso
- História de ser prisioneiro de guerra
- História de tortura
- História de vitimização criminal

- Lesão grave a entes queridos
- Ocupações relacionadas a serviços humanitários
- Persistência de evento traumático
- Testemunhar morte violenta
- Testemunhar mutilação

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional junto com *Síndrome pós-trauma* (00141).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 1 • Respostas pós-trauma

Código do diagnóstico 00260

Risco de **transição** complicada na imigração

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a sentimentos negativos (solidão, medo, ansiedade) em resposta a consequências insatisfatórias e barreiras culturais à adaptação de um imigrante, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente no país hospedeiro
- Barreiras culturais no país hospedeiro
- Barreiras linguísticas no país hospedeiro
- Conflitos pais-filhos relativos ao processo de aculturação no país hospedeiro
- Conhecimento insuficiente sobre o processo de acesso a recursos no país hospedeiro
- Discriminação explícita
- Habitação sem condições sanitárias
- Multiplicidade de pessoas desconhecidas no domicílio
- Proprietário do domicílio abusivo
- Superlotação no domicílio
- Trabalho disponível abaixo do nível educacional

Populações em risco

- Condição de ilegalidade no país hospedeiro
- Condições perigosas de trabalho com treinamento inadequado
- Expectativas de imigração não satisfeitas
- Exploração do trabalho
- Migração forçada
- Separação da família no país de origem
- Separação dos amigos no país de origem
- Situação econômica precária

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00146

Ansiedade

Aprovado em 1973 • Revisado em 1982, 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

Comportamentais

- Age como se examinasse o ambiente
- Contato visual insuficiente
- Gestos de inquietação
- Hipervigilância
- Inquietação
- Insônia
- Movimento sem finalidade
- Olhares de relance
- Preocupações em razão de mudança em eventos da vida
- Produtividade diminuída

Afetivas

- Agonia
- Apreensão
- Arrependimento
- Atos bruscos
- Desamparo
- Entusiasmo excessivo

- Foco em si próprio
- Incerteza
- Irritabilidade
- Medo
- Nervosismo
- Sensação de inadequação
- Sofrimento
- Suspeição aumentada

Fisiológicas

- Aumento da tensão
- Aumento da transpiração
- Estremecimentos
- Tensão facial
- Tremores
- Tremores nas mãos
- Voz trêmula

Simpáticas

- Alteração no padrão respiratório
- Anorexia
- Aumento da frequência cardíaca
- Aumento da frequência respiratória
- Aumento da pressão arterial
- Boca seca
- Diarreia
- Excitação cardiovascular
- Fraqueza
- Movimentos bruscos
- Palpitações cardíacas
- Pupilas dilatadas
- Reflexos rápidos
- Rubor facial
- Vasoconstrição superficial

Parassimpáticas

- Alteração no padrão de sono
- Desmaio
- Diarreia
- Diminuição da frequência cardíaca
- Diminuição da pressão arterial
- Dor abdominal
- Fadiga
- Formigamento das extremidades
- Frequência urinária
- Hesitação urinária
- Náusea
- Urgência urinária

Cognitivas

- Alteração na atenção
- Alteração na concentração
- Bloqueio de pensamentos
- Campo de percepção diminuído
- Capacidade diminuída para aprender
- Capacidade diminuída para solucionar problemas
- Confusão
- Consciência dos sintomas fisiológicos
- Esquecimento
- Preocupação
- Ruminação mental
- Tendência a culpar os outros

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Ameaça à condição atual
- Ameaça de morte
- Conflito de valores

- Conflito sobre as metas da vida
- Contágio interpessoal
- Estressores
- Necessidades não atendidas
- Transmissão interpessoal

Populações em risco

- Crise maturacional
- Crise situacional
- Exposição a toxinas
- Hereditariedade
- História familiar de ansiedade
- Mudança importante

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00147

Ansiedade relacionada à morte

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.

Características definidoras

- Medo da dor relacionada ao morrer
- Medo de desenvolver doença terminal
- Medo de morte prematura
- Medo de perda de capacidades mentais quando estiver morrendo
- Medo de sofrimento ao morrer
- Medo de um processo de morte prolongado
- Medo do processo de morrer
- Pensamentos negativos relacionados à morte e ao morrer
- Preocupação quanto à tensão do cuidador
- Preocupação quanto ao impacto da própria morte sobre pessoa significativa
- Sentimento de impotência
- Tristeza profunda

Fatores relacionados

- Antecipação da dor
- Antecipação de consequências adversas de anestesia
- Antecipação de sofrimento
- Antecipação do impacto da própria morte nos outros
- Discussões sobre o assunto “morte”
- Incerteza quanto a encontrar um poder maior
- Incerteza quanto à existência de um poder maior
- Incerteza quanto à vida após a morte
- Incerteza quanto ao prognóstico

- Não aceitação da própria mortalidade
- Observações relacionadas à morte
- Percepção de iminência de morte

Populações em risco

- Experiência de quase morte
- Experiência do processo de morrer
- Observações relacionadas ao processo de morrer

Condição associada

- Doença terminal

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00071

Enfrentamento defensivo

Aprovado em 1988 • Revisado em 2008 • Nível de evidência 2.1

Definição

Projeção repetida de uma autoavaliação falsamente positiva, baseada em um padrão autoprotetor que defende contra ameaças subjacentes percebidas a uma autoestima positiva.

Características definidoras

- Alteração em teste de realidade
- Atitude superior em relação aos outros
- Dificuldade para estabelecer relacionamentos
- Dificuldade para manter relacionamentos
- Distorção da realidade
- Gargalhada hostil
- Hipersensibilidade a críticas
- Hipersensibilidade a uma indelicadeza
- Negação de fraquezas
- Negação de problemas
- Participação insuficiente no tratamento
- Projeção de culpa
- Projeção de responsabilidade
- Racionalização de fracassos
- Ridicularização dos outros
- Seguimento insuficiente do tratamento
- Sentimentos de grandeza

Fatores relacionados

- Autoconfiança insuficiente
- Autoexpectativas não realistas
- Confiança insuficiente nos outros
- Conflito entre autopercepção e sistema de valores

- Incerteza
- Medo da humilhação
- Medo de repercussões
- Medo do fracasso
- Resiliência insuficiente
- Sistema de apoio insuficiente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00069

Enfrentamento ineficaz

Aprovado em 1978 • Revisado em 1998

Definição

Padrão de avaliação inválida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, que falha em controlar as demandas relativas ao bem-estar.

Características definidoras

- Abuso de substâncias
- Acesso insuficiente a apoio social
- Alteração na concentração
- Alteração no padrão de sono
- Comportamento de assumir riscos
- Comportamento destrutivo em relação a si mesmo
- Comportamento destrutivo em relação aos outros
- Comportamento voltado a metas insuficiente
- Dificuldade para organizar informações
- Doença frequente
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Fadiga
- Habilidades insuficientes para a solução de problemas
- Incapacidade de atender às expectativas do papel
- Incapacidade de lidar com uma situação
- Incapacidade de pedir ajuda
- Incapacidade de satisfazer às necessidades básicas
- Incapacidade de seguir informações
- Mudança no padrão de comunicação
- Resolução insuficiente de problemas

Fatores relacionados

- Alto grau de ameaça

- Apoio social insuficiente
- Avaliação imprecisa de ameaças
- Confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação
- Estratégias ineficazes para alívio de tensão
- Incapacidade de conservar energias adaptativas
- Oportunidade inadequada de preparar-se para estressores
- Recursos inadequados
- Sensação de controle insuficiente

Populações em risco

- Crise maturacional
- Crise situacional

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00158

Disposição para **enfrentamento** melhorado

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de avaliação válida de estressores, com esforços cognitivos e/ou comportamentais, para controlar as demandas relativas ao bem-estar, que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Consciência de possível mudança ambiental
- Expressa desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias para controle do estresse
- Expressa desejo de aumentar o controle de estressores
- Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas à emoção
- Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema
- Expressa desejo de aumentar o uso de recursos espirituais
- Expressa desejo de melhorar o apoio social

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00074

Enfrentamento familiar comprometido

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2017

Definição

Uma pessoa importante, geralmente apoiadora (membro da família, parceiro ou amigo próximo), oferece apoio, conforto, assistência ou encorajamento insuficiente, ineficaz ou comprometido, que pode ser necessário ao paciente para administrar ou dominar as tarefas adaptativas relacionadas a seu desafio de saúde.

Características definidoras

- Comportamento protetor da pessoa de apoio incoerente com a necessidade de autonomia do paciente
- Comportamento protetor da pessoa de apoio incoerente com as habilidades do paciente
- Comportamentos de assistência da pessoa de apoio produzem resultados insatisfatórios
- Limitação na comunicação entre a pessoa de apoio e o paciente
- Paciente preocupa-se com a resposta da pessoa de apoio a problema de saúde
- Paciente queixa-se da resposta da pessoa de apoio a problema de saúde
- Pessoa de apoio afasta-se do paciente
- Pessoa de apoio relata compreensão inadequada que interfere em comportamentos eficazes
- Pessoa de apoio relata conhecimento insuficiente que interfere em comportamentos eficazes
- Pessoa de apoio relata preocupação com a própria reação à necessidade do paciente

Fatores relacionados

- Apoio insuficiente dado pelo paciente à pessoa de apoio
- Apoio recíproco insuficiente
- Compreensão incorreta de informações pela pessoa de apoio
- Compreensão insuficiente de informações pela pessoa de apoio
- Desorganização familiar
- Exaustão da capacidade da pessoa de apoio
- Informações incorretas obtidas pela pessoa de apoio
- Informações insuficientes disponíveis à pessoa de apoio

- Preocupação da pessoa de apoio com questões de fora da família
- Situações coexistentes que afetam a pessoa de apoio

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento vivenciada pela pessoa de apoio
- Crise situacional vivenciada pela pessoa de apoio
- Doença prolongada que esgota capacidades da pessoa de apoio
- Mudança em papéis familiares

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00073

Enfrentamento familiar incapacitado

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2008 • Nível de evidência 2.1

Definição

Comportamento de pessoa importante (membro da família, parceiro ou amigo próximo) que inabilita suas próprias capacidades e as capacidades do paciente para tratar, de maneira eficaz, das tarefas essenciais para a adaptação de qualquer uma dessas pessoas ao desafio de saúde.

Características definidoras

- Abandono
- Adoção dos sintomas da doença do paciente
- Agitação
- Agressão
- Capacidade prejudicada para a estruturação de uma vida significativa
- Comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar
- Dependência do paciente
- Depressão
- Desconsideração das necessidades do paciente
- Deserção
- Distorção da realidade com relação ao problema de saúde do paciente
- Foco exagerado prolongado no paciente
- Hostilidade
- Individualismo prejudicado
- Intolerância
- Negligência em relação às necessidades básicas do paciente
- Negligência quanto ao regime de tratamento
- Negligência quanto ao relacionamento com membro da família
- Realização das rotinas usuais desconsiderando as necessidades do paciente
- Rejeição
- Sintomas psicossomáticos

Fatores relacionados

- Estilos de enfrentamento dissonantes entre a pessoa de apoio e o paciente
- Estilos de enfrentamento dissonantes entre as pessoas de apoio
- Manejo inconsistente da resistência da família ao tratamento
- Pessoa de apoio com sentimentos cronicamente não expressos
- Relacionamentos familiares ambivalentes

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00075

Disposição para **enfrentamento** familiar melhorado

Aprovado em 1980 • Revisado em 2013

Definição

Padrão de controle das tarefas adaptativas por pessoa importante (membro da família, parceiro ou amigo próximo) envolvida com o desafio de saúde do paciente que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a conexão com outros que tenham passado por situação similar
- Expressa desejo de escolher experiências que otimizem o bem-estar
- Expressa desejo de melhorar a promoção da saúde
- Expressa desejo de melhorar o estilo de vida
- Expressa desejo de reconhecer o impacto de crescimento da crise

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00077

Enfrentamento ineficaz da comunidade

Aprovado em 1994 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Padrão de atividades comunitárias de adaptação e resolução de problemas que é insatisfatório para atender às demandas ou necessidades da comunidade.

Características definidoras

- A comunidade não atende às expectativas de seus membros
- Alta incidência de problemas na comunidade
- Estresse excessivo
- Excesso de conflitos na comunidade
- Participação comunitária deficiente
- Percepção de impotência da comunidade
- Percepção de vulnerabilidade da comunidade
- Taxa elevada de doenças na comunidade

Fatores relacionados

- Falta de sistemas comunitários
- Recursos comunitários insuficientes
- Recursos inadequados à solução de problemas

Populações em risco

- Exposição a desastre
- História de desastre

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00076

Disposição para **enfrentamento** melhorado da comunidade

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013

Definição

Padrão de atividades comunitárias de adaptação e resolução de problemas que atende às demandas ou necessidades da comunidade e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a disponibilidade de programas de relaxamento na comunidade
- Expressa desejo de aumentar a disponibilidade de programas recreativos na comunidade
- Expressa desejo de aumentar a responsabilidade da comunidade para controle de estresse
- Expressa desejo de aumentar os recursos da comunidade para controlar estressores
- Expressa desejo de melhorar a comunicação entre grupos e a comunidade maior
- Expressa desejo de melhorar a comunicação entre membros da comunidade
- Expressa desejo de melhorar a solução de problemas para uma questão identificada
- Expressa desejo de melhorar o planejamento da comunidade para estressores previsíveis

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00177

Sobrecarga de **estresse**

Aprovado em 2006 • Nível de evidência 3.2

Definição

Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.

Características definidoras

- Aumento da impaciência
- Aumento da raiva
- Aumento de comportamento de raiva
- Estresse excessivo
- Funcionamento prejudicado
- Impacto negativo do estresse
- Sentir-se pressionado
- Tensão
- Tomada de decisões prejudicada

Fatores relacionados

- Estressores
- Estressores repetidos
- Recursos insuficientes

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00148

Medo

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2000, 2017

Definição

Resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.

Características definidoras

- Apreensão
- Aumento da pressão arterial
- Aumento da tensão
- Autossegurança diminuída
- Estado de agitação
- Gestos de inquietação
- Náusea
- Palidez
- Pupilas dilatadas
- Sensação de alarme
- Sensação de medo
- Sensação de pânico
- Sensação de receio
- Sensação de terror
- Tensão muscular
- Vômito

Cognitivas

- Capacidade de aprendizagem diminuída
- Capacidade de resolução de problemas diminuída
- Estímulos entendidos como ameaça
- Identifica o objeto do medo
- Produtividade diminuída

Comportamentais

- Comportamentos de ataque
- Comportamentos de esquiva
- Estado de alerta aumentado
- Foco direcionado para a fonte do medo
- Impulsividade

Fisiológicas

- Alteração na resposta fisiológica
- Anorexia
- Aumento da transpiração
- Boca seca
- Diarreia
- Dispneia
- Fadiga

Fatores relacionados

- Barreira linguística
- Cenário pouco conhecido
- Reação a um estímulo fóbico
- Reação aprendida a uma ameaça
- Separação do sistema de apoio

Condição associada

- Déficit sensorial

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00072

Negação ineficaz

Aprovado em 1988 • Revisado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Tentativa consciente ou inconsciente de negar o conhecimento ou o significado de um evento para reduzir ansiedade e/ou medo, o que leva a prejuízo da saúde.

Características definidoras

- Afeto inadequado
- Desloca a origem dos sintomas
- Desloca o medo do impacto da condição
- Minimiza os sintomas
- Não admite o impacto da doença na vida
- Não percebe a relevância do perigo
- Não percebe a relevância dos sintomas
- Nega medo da morte
- Nega medo de invalidez
- Recusa da assistência à saúde
- Retarda a procura de assistência à saúde
- Usa comentários de desconsideração ao falar sobre evento causador de sofrimento
- Usa gestos de desconsideração ao falar sobre evento causador de sofrimento
- Utiliza tratamento não aconselhado pelo profissional de saúde

Fatores relacionados

- Ameaça de realidade desagradável
- Ansiedade
- Apoio emocional insuficiente
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estresse excessivo
- Inadequação percebida ao lidar com emoções fortes
- Medo da morte

- Medo da separação
- Medo de perda da autonomia
- Sensação de controle insuficiente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00136

Pesar

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos emocionais, físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida a suas vidas diárias.

Características definidoras

- Afastamento
- Alteração na função imunológica
- Alteração na função neuroendócrina
- Alteração no nível de atividade
- Alteração no padrão de sonho
- Alteração no padrão de sono
- Comportamento de pânico
- Crescimento pessoal
- Culpa por sentir alívio
- Culpar
- Desespero
- Desorganização
- Dor
- Encontrar sentido na perda
- Manutenção da conexão com o falecido
- Raiva
- Sofrimento
- Sofrimento psicológico

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Antecipação de perda de objeto significativo
- Antecipação de perda de pessoa significativa
- Morte de pessoa significativa
- Perda de objeto significativo

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00135

Pesar complicado

Aprovado em 1980 • Revisado em 1986, 2004, 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Ansiedade
- Baixos níveis de intimidade
- Culpar a si mesmo
- Depressão
- Desconfiança
- Descrença
- Esquiva do pesar
- Estresse excessivo
- Fadiga
- Memórias dolorosas persistentes
- Não aceitação de uma morte
- Preocupação com pensamentos sobre a pessoa falecida
- Procura por uma pessoa falecida
- Raiva
- Redução das funções nos papéis de vida
- Ruminação mental
- Saudade da pessoa falecida
- Sensação de abalo
- Sensação de afastamento dos outros
- Sensação de bem-estar insuficiente
- Sensação de choque
- Sensação de estupor
- Sensação de vazio

- Sofrimento pela separação
- Sofrimento relativo à pessoa falecida
- Sofrimento traumático
- Vivência dos sintomas sentidos pelo falecido

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Transtorno emocional

População em risco

- Morte de pessoa significativa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00172

Risco de **pesar** complicado

Aprovado em 2004 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a distúrbio que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente
- Transtorno emocional

População em risco

- Morte de pessoa significativa

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00199

Planejamento de atividade ineficaz

Aprovado em 2008 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições.

Características definidoras

- Ansiedade excessiva relativa a uma tarefa a ser enfrentada
- Ausência de um plano
- Habilidades organizacionais insuficientes
- Medo relativo a uma tarefa a ser enfrentada
- Metas não atendidas para a atividade escolhida
- Padrão de fracassos
- Preocupação relativa a uma tarefa a ser assumida
- Recursos insuficientes

Fatores relacionados

- Apoio social insuficiente
- Capacidade insuficiente de processar informações
- Comportamento de esquiva diante de uma solução proposta
- Hedonismo
- Percepção irreal de capacidades pessoais
- Percepção irreal do evento

População em risco

- História de procrastinação

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00226

Risco de planejamento de atividade ineficaz

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Apoio social insuficiente
- Capacidade insuficiente de processar informações
- Comportamento de esquiva diante de uma solução proposta
- Hedonismo
- Percepção irreal de capacidades pessoais
- Percepção irreal do evento

População em risco

- História de procrastinação

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00241

Regulação do humor prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estado mental caracterizado por mudanças no humor ou no afeto e que abarca uma série de manifestações afetivas, cognitivas, somáticas e/ou fisiológicas, variando de leves a graves.

Características definidoras

- Afeto triste
- Agitação psicomotora
- Autoestima influenciada
- Autopercepção excessiva
- Concentração prejudicada
- Culpa excessiva
- Culpabilização excessiva de si mesmo
- Desesperança
- Desinibição
- Disforia
- Distanciamento
- Fluxo rápido de pensamentos
- Irritabilidade
- Mudança no comportamento verbal
- Retardo psicomotor

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alteração no apetite
- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Dor
- Função social prejudicada

- Hipervigilância
- Ideias de morte recorrentes
- Ideias de suicídio recorrentes
- Isolamento social
- Mudança no peso
- Solidão

Condições associadas

- Doença crônica
- Prejuízo funcional
- Psicose

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00210

Resiliência prejudicada

Aprovado em 2008 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Capacidade diminuída de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação.

Características definidoras

- Aumento renovado do sofrimento
- Baixa autoestima
- Culpa
- Depressão
- Estado de saúde prejudicado
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Integração ineficaz
- Interesse diminuído pelas atividades acadêmicas
- Interesse diminuído pelas atividades profissionais
- Isolamento social
- Sensação de controle ineficaz
- Vergonha

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Adaptação ineficaz da família
- Apoio social insuficiente
- Controle insuficiente dos impulsos
- Dinâmica familiar perturbada
- Interrupção de rituais familiares
- Múltiplas situações adversas coexistentes
- Paternidade/maternidade inconsistente
- Processos familiares disfuncionais

- Recursos inadequados
- Recursos insuficientes
- Rompimento de papéis na família
- Violência na comunidade
- Vulnerabilidade percebida

Populações em risco

- Baixa capacidade intelectual
- Baixo nível educacional materno
- Condição étnica minoritária
- Cronicidade de crise existente
- Dados demográficos que aumentam a possibilidade de má adaptação
- Desfavorecido economicamente
- Doença mental paterna/materna
- Exposição à violência
- Família grande
- Nova crise
- Sexo feminino

Condição associada

- Transtorno psicológico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00211

Risco de **resiliência** prejudicada

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma capacidade diminuída de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Adaptação ineficaz da família
- Apoio social insuficiente
- Controle insuficiente dos impulsos
- Dinâmica familiar perturbada
- Interrupção de rituais familiares
- Múltiplas situações adversas coexistentes
- Paternidade/maternidade inconsistente
- Processos familiares disfuncionais
- Recursos inadequados
- Recursos insuficientes
- Rompimento de papéis na família
- Violência na comunidade
- Vulnerabilidade percebida

Populações em risco

- Baixa capacidade intelectual
- Baixo nível educacional materno
- Condição étnica minoritária
- Cronicidade de crise existente
- Dados demográficos que aumentam a possibilidade de má adaptação
- Desfavorecido economicamente
- Doença mental paterna/materna

- Exposição à violência
- Família grande
- Nova crise
- Sexo feminino

Condição associada

- Transtorno psicológico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00212

Disposição para **resiliência** melhorada

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de capacidade de se recuperar de situações adversas ou alteradas percebidas, por meio de um processo dinâmico de adaptação, que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a própria responsabilidade pelas ações
- Expressa desejo de aumentar a resiliência
- Expressa desejo de aumentar a segurança ambiental
- Expressa desejo de aumentar a sensação de controle
- Expressa desejo de aumentar o envolvimento em atividades
- Expressa desejo de aumentar o progresso na direção de metas
- Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias de enfrentamento
- Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias para controle de conflitos
- Expressa desejo de aumentar o uso de recursos
- Expressa desejo de aumentar os recursos disponíveis
- Expressa desejo de melhorar a autoestima
- Expressa desejo de melhorar as habilidades de comunicação
- Expressa desejo de melhorar as relações com os outros
- Expressa desejo de melhorar o estabelecimento de metas
- Expressa desejo de melhorar o sistema de apoio
- Expressa desejo de melhorar uma perspectiva de futuro positiva

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00125

Sentimento de impotência

Aprovado em 1982 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado.

Características definidoras

- Alienação
- Dependência
- Depressão
- Dúvida em relação ao desempenho do papel
- Frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores
- Participação inadequada no cuidado
- Sensação de controle insuficiente
- Vergonha

Fatores relacionados

- Ambiente institucional disfuncional
- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Baixa autoestima
- Conhecimento insuficiente para controlar a situação
- Dor
- Estigmatização
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Interações interpessoais insuficientes
- Marginalização social
- Papel de cuidador

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Doença
- Doença progressiva
- Imprevisibilidade do curso da doença
- Regime de tratamento complexo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

N. de R.T. No inglês, o título deste diagnóstico é “***Powerlessness***”. O foco do diagnóstico em português é “**poder**”, porém a tradução do conceito não pode ser destacada em negrito da mesma forma.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00152

Risco de sentimento de impotência

Aprovado em 2000 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente institucional disfuncional
- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Baixa autoestima
- Conhecimento insuficiente para controlar a situação
- Dor
- Estigmatização
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Interações interpessoais insuficientes
- Marginalização social
- Papel de cuidador

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Doença
- Doença progressiva
- Imprevisibilidade do curso da doença
- Regime de tratamento complexo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

N. de R.T. No inglês, o título deste diagnóstico é “*Risk for **Powerlessness***”. O foco do diagnóstico em português é “**poder**”, porém a tradução do conceito não pode ser destacada em negrito da mesma forma.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00187

Disposição para **poder** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de participação intencional na mudança para o bem-estar que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança
- Expressa desejo de aumentar a independência de ações de mudança
- Expressa desejo de aumentar a participação em escolhas sobre a vida diária
- Expressa desejo de aumentar a participação nas escolhas de saúde
- Expressa desejo de aumentar a percepção de possíveis mudanças
- Expressa desejo de aumentar o conhecimento para participação em mudanças
- Expressa desejo de aumentar o envolvimento na mudança
- Expressa desejo de aumentar o poder

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 2 • Respostas de enfrentamento

Código do diagnóstico 00137

Tristeza crônica

Aprovado em 1998 • Revisado em 2017

Definição

Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada (por pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência.

Características definidoras

- Sensação que interfere no bem-estar
- Sentimentos negativos devastadores
- Tristeza

Fatores relacionados

- Crise no controle da deficiência
- Crise no controle da doença
- Marcos não vivenciados
- Oportunidades perdidas

Populações em risco

- Crise de desenvolvimento
- Morte de pessoa significativa
- Muito tempo como cuidador

Condições associadas

- Doença crônica
- Incapacidade crônica

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00049

Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Aprovado em 1994

Definição

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

Características definidoras

- Aumento desproporcional da pressão intracraniana (PIC) após estímulos
- Curvas da pressão intracraniana (PIC) com grande amplitude
- Elevação de curva da pressão intracraniana de onda corrente (PIC P2)
- Pressão intracraniana (PIC) basal ≥ 10 mmHg
- Repetidos aumentos na pressão intracraniana (PIC) ≥ 10 mmHg por 5 minutos ou mais, após estímulos externos
- Variação no teste de resposta volume-pressão (razão volume-pressão = 2, índice de volume-pressão < 10)

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Aumento sustentado na pressão intracraniana (PIC) de 10-15 mmHg
- Hipotensão sistêmica com hipertensão intracraniana
- Lesão encefálica
- Redução na perfusão cerebral ≤ 50 -60 mmHg

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00116

Comportamento desorganizado do lactente

Aprovado em 1994 • Revisado em 1998, 2017

Definição

Desintegração dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental.

Características definidoras

Sistema de atenção-interação

- Resposta prejudicada a estímulos sensoriais

Sistema motor

- Estremecimentos
- Gestos de inquietação
- Hiperextensão das extremidades
- Mãos cerradas em punho
- Mãos espalmadas
- Mãos no rosto
- Movimentos bruscos
- Movimentos descoordenados
- Reação de susto exagerada
- Reflexos primitivos alterados
- Tônus motor prejudicado

Fisiológicas

- Arritmias
- Bradicardia
- Cor da pele anormal
- Dessaturação do oxigênio
- Intolerância à alimentação
- Sinalização de necessidade de diminuição de estímulos

- Taquicardia

Problemas regulatórios

- Incapacidade de inibir sobressaltos
- Irritabilidade

Sistema de organização do estado

- Atividade eletrencefalográfica (EEG) alfa difusa com os olhos fechados
- Choro irritável
- Despertar ativo
- Despertar quieto
- Oscilação de estados

Fatores relacionados

- Ambiente físico inadequado
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre indicadores comportamentais
- Contenção insuficiente no ambiente
- Desnutrição do lactente
- Dor
- Estimulação sensorial ambiental insuficiente
- Excesso de estimulação sensorial
- Excesso de estímulos ambientais
- Intolerância à alimentação
- Leitura errada de indicador pelo cuidador
- Privação sensorial

Populações em risco

- Baixa idade pós-concepção
- Exposição pré-natal a teratogênicos
- Prematuridade

Condições associadas

- Distúrbio congênito
- Distúrbio genético

- Doença do lactente
- Função motora prejudicada do lactente
- Função neurológica imatura
- Prejuízo oral do lactente
- Procedimento invasivo

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00115

Risco de **comportamento** des **organizado** do lactente

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade à desintegração no padrão de modulação dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente físico inadequado
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre indicadores comportamentais
- Contenção insuficiente no ambiente
- Desnutrição do lactente
- Dor
- Estimulação sensorial ambiental insuficiente
- Excesso de estimulação sensorial
- Excesso de estímulos ambientais
- Intolerância à alimentação
- Leitura errada de indicador pelo cuidador
- Privação sensorial

Populações em risco

- Baixa idade pós-concepção
- Exposição pré-natal a teratogênicos
- Prematuridade

Condições associadas

- Distúrbio congênito
- Distúrbio genético
- Doença do lactente
- Função motora prejudicada do lactente
- Função neurológica imatura

- Prejuízo oral do lactente
- Procedimento invasivo

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00117

Disposição para **comportamento organizado** melhorado do lactente

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013

Definição

Padrão de modulação integrado dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Pai/mãe expressa desejo de aumentar o reconhecimento de indicadores
- Pai/mãe expressa desejo de melhorar as condições ambientais
- Pai/mãe expressa desejo de melhorar o reconhecimento dos comportamentos autorreguladores do lactente

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00009

Disreflexia autonômica

Aprovado em 1988 • Revisado em 2017

Definição

Resposta não inibida do sistema nervoso simpático, que representa uma ameaça à vida, a um estímulo nocivo após lesão de medula espinal na sétima vértebra torácica (T7) ou acima.

Características definidoras

- Bradicardia
- Calafrios
- Congestão conjuntival
- Congestão nasal
- Diaforese acima da lesão
- Dor difusa em diferentes áreas da cabeça
- Dor no peito
- Gosto metálico na boca
- Hipertensão paroxística
- Manchas vermelhas na pele acima da lesão
- Palidez abaixo da lesão
- Parestesia
- Reflexo pilomotor
- Síndrome de Horner
- Taquicardia
- Visão turva

Fatores relacionados

Estímulos gastrintestinais

- Constipação
- Dificuldade de passagem de fezes
- Distensão intestinal

- Enemas
- Estimulação digital
- Impactação fecal
- Supositórios

Estímulos tegumentares

- Estimulação cutânea
- Ferida
- Irritação da pele
- Queimadura de sol

Estímulos musculoesqueléticos e neurológicos

- Espasmo
- Estímulos de dor abaixo do nível da lesão
- Estímulos irritantes abaixo do nível da lesão
- Exercícios de amplitude de movimento
- Pressão nos órgãos genitais
- Pressão sobre saliência óssea

Estímulos situacionais e regulatórios

- Oscilações da temperatura do ambiente
- Posicionamento
- Roupas apertadas

Estímulos reprodutivos e urológicos

- Distensão da bexiga
- Espasmo da bexiga
- Instrumentação
- Relação sexual

Outros

- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre o processo da doença
- Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença

Populações em risco

- Ejaculação
- Extremos de temperatura ambiental
- Menstruação

Condições associadas

- Abstinência de substância
- Agente farmacêutico
- Cálculos biliares
- Cálculos renais
- Cateterização urinária
- Cistite
- Cisto ovariano
- Dissinergia do esfíncter detrusor
- Doença do refluxo esofágico
- Embolia pulmonar
- Epididimite
- Fratura
- Gravidez
- Hemorroidas
- Infecção do trato urinário
- Osso heterotópico
- Patologia do sistema gastrointestinal
- Período de trabalho de parto e nascimento
- Procedimento cirúrgico
- Trombose venosa profunda
- Úlcera gástrica
- Uretrite

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00010

Risco de disreflexia autonômica

Aprovado em 1998 • Revisado em 2000, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a uma resposta não inibida do sistema nervoso simpático, que representa uma ameaça à vida, pós-choque medular, em indivíduo com lesão de medula espinal ou lesão na sexta vértebra torácica (T6) ou acima (foi demonstrada em pacientes com lesões na sétima vértebra torácica [T7] e na oitava vértebra torácica [T8]), que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Estímulos gastrintestinais

- Constipação
- Dificuldade de passagem de fezes
- Distensão intestinal
- Enemas
- Estimulação digital
- Impactação fecal
- Supositórios

Estímulos tegumentares

- Estimulação cutânea
- Ferida
- Irritação da pele
- Queimadura de sol

Estímulos musculoesqueléticos e neurológicos

- Espasmo
- Estímulos de dor abaixo do nível da lesão
- Estímulos irritantes abaixo do nível da lesão

- Exercícios de amplitude de movimento
- Pressão nos órgãos genitais
- Pressão sobre saliência óssea

Estímulos situacionais e regulatórios

- Oscilações da temperatura do ambiente
- Posicionamento
- Roupas apertadas

Estímulos reprodutivos e urológicos

- Distensão da bexiga
- Espasmo da bexiga
- Instrumentação
- Relação sexual

Outros

- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre o processo da doença
- Conhecimento insuficiente sobre o processo da doença

Populações em risco

- Ejaculação
- Extremos de temperatura ambiental
- Menstruação

Condições associadas

- Abstinência de substância
- Agente farmacêutico
- Cálculos biliares
- Cálculos renais
- Cateterização urinária
- Cistite
- Cisto ovariano
- Dissinergia do esfíncter detrusor
- Doença do refluxo esofágico

- Embolia pulmonar
- Epididimite
- Fratura
- Gravidez
- Hemorroidas
- Infecção do trato urinário
- Osso heterotópico
- Patologia do sistema gastrointestinal
- Período de trabalho de parto e nascimento
- Procedimento cirúrgico
- Trombose venosa profunda
- Úlcera gástrica
- Uretrite

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00258

Síndrome de abstinência de substâncias aguda

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Sequelas graves e multifatoriais após cessação repentina de uma substância aditiva.

Características definidoras

- Ansiedade (00146)
- Confusão aguda (00128)
- Distúrbio no padrão de sono (00198)
- Náusea (00134)
- Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)
- Risco de lesão (00035)

Fatores relacionados

- Desenvolvimento de dependência do álcool ou de outra substância aditiva
- Desnutrição
- Interrupção repentina de uma substância aditiva
- Uso pesado de substância aditiva ao longo do tempo

Populações em risco

- História anterior de sintomas de abstinência
- Pessoas idosas

Condições associadas

- Doença física grave comórbida
- Transtorno mental comórbido

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00259

Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a sequelas graves e multifatoriais após cessação repentina de uma substância aditiva que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desenvolvimento de dependência do álcool ou de outra substância aditiva
- Desnutrição
- Interrupção repentina de uma substância aditiva
- Uso pesado de substância aditiva ao longo do tempo

Populações em risco

- História anterior de sintomas de abstinência
- Pessoas idosas

Condições associadas

- Doença física grave comórbida
- Transtorno mental comórbido

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 9 • Enfrentamento/tolerância ao estresse

Classe 3 • Estresse neurocomportamental

Código do diagnóstico 00264

Síndrome de abstinência neonatal

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Conjunto de sintomas de abstinência observados em recém-nascidos como resultado de exposição uterina a substâncias aditivas ou em consequência de controle farmacológico da dor no pós-natal.

Características definidoras

- Comportamento desorganizado do lactente (00116)
- Conforto prejudicado (00214)
- Diarreia (00013)
- Distúrbio no padrão de sono (00198)
- Estresse neurocomportamental
- Padrão ineficaz de alimentação do lactente (00107)
- Risco de aspiração (00039)
- Risco de integridade da pele prejudicada (00047)
- Risco de lesão (00035)
- Risco de termorregulação ineficaz (00274)
- Risco de vínculo prejudicado (00058)

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Exposição iatrogênica a substância para controle da dor após doença crítica ou cirurgia
- Exposição uterina secundária a uso de substância pela mãe

Recomenda-se o Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool (FNAST) (Instrumento de Classificação de Abstinência Neonatal de Finnegan) para avaliação de sintomas de abstinência e tomada de decisões relativas ao plano de cuidados. Um escore de 8 ou mais no FNAST, combinado com uma história de exposição uterina a substâncias, costuma ser usado para a elaboração do diagnóstico de *Síndrome de abstinência neonatal*. Esse instrumento foi elaborado e tem uso predominante nos Estados Unidos e

outros países ocidentais, então pode não ser apropriada a sua recomendação à comunidade internacional.

Fatores relacionados modificáveis a serem desenvolvidos.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 1 • Valores

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 2 • Crenças

Código do diagnóstico 00068

Disposição para **bem-estar espiritual** melhorado

Aprovado em 1994 • Revisado em 2002, 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode ser melhorado.

Características definidoras

Conexões consigo mesmo

- Expressa desejo de aumentar a aceitação
- Expressa desejo de aumentar a alegria
- Expressa desejo de aumentar a coragem
- Expressa desejo de aumentar a entrega
- Expressa desejo de aumentar a esperança
- Expressa desejo de aumentar a prática da meditação
- Expressa desejo de aumentar a satisfação com a filosofia de vida
- Expressa desejo de aumentar a serenidade
- Expressa desejo de aumentar o amor
- Expressa desejo de aumentar o enfrentamento
- Expressa desejo de aumentar o perdão a si mesmo
- Expressa desejo de aumentar o propósito na vida
- Expressa desejo de aumentar o sentido da vida

Conexões com outros

- Expressa desejo de aumentar os serviços aos outros
- Expressa desejo de melhorar a interação com líderes espirituais
- Expressa desejo de melhorar a interação com pessoa significativa
- Expressa desejo de melhorar o perdão pelos outros

Conexões com a arte, a música, a literatura e a natureza

- Expressa desejo de aumentar o tempo ao ar livre
- Expressa desejo de melhorar a energia criativa
- Expressa desejo de melhorar a leitura espiritual

Conexões com um poder maior

- Expressa desejo de aumentar a oração
- Expressa desejo de aumentar a participação em atividades religiosas
- Expressa desejo de aumentar a reverência
- Expressa desejo de melhorar as experiências místicas

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00169

Religiosidade prejudicada

Aprovado em 2004 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou participar de rituais de alguma fé religiosa.

Características definidoras

- Angústia por separação de uma comunidade religiosa
- Desejo de reconectar-se com costumes anteriores
- Desejo de reconectar-se com padrão anterior de crença
- Dificuldade em aderir a crenças religiosas prescritas
- Dificuldade em aderir a rituais religiosos prescritos
- Questionamento de costumes religiosos
- Questionamento de padrões de crenças religiosas

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Barreira ambiental à prática da religião
- Barreira cultural à prática da religião
- Cuidado ineficaz
- Depressão
- Dor
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Insegurança
- Interação sociocultural insuficiente
- Medo da morte
- Sofrimento espiritual
- Transporte insuficiente

Populações em risco

- Crise espiritual
- Crise pessoal
- Crises do estágio final da vida
- Envelhecimento
- História de manipulação religiosa
- Hospitalização
- Transição de vida

Condição associada

- Doença

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00170

Risco de **religiosidade** prejudicada

Aprovado em 2004 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à capacidade prejudicada de confiar em crenças e/ou de participar de rituais de alguma fé religiosa, o que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ansiedade
- Apoio social insuficiente
- Barreira ambiental à prática da religião
- Barreira cultural à prática da religião
- Cuidado ineficaz
- Depressão
- Dor
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Insegurança
- Interação sociocultural insuficiente
- Medo da morte
- Sofrimento espiritual
- Transporte insuficiente

Populações em risco

- Crise espiritual
- Crise pessoal
- Crises do estágio final da vida
- Envelhecimento
- História de manipulação religiosa
- Hospitalização
- Transição de vida

Condição associada

- Doença

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00171

Disposição para **religiosidade** melhorada

Aprovado em 2004 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de confiança em crenças e/ou participação em rituais de alguma fé religiosa que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a conexão com um líder religioso
- Expressa desejo de aumentar a participação em experiências religiosas
- Expressa desejo de aumentar a participação em práticas religiosas
- Expressa desejo de aumentar as opções religiosas
- Expressa desejo de aumentar o perdão
- Expressa desejo de aumentar o uso de material religioso
- Expressa desejo de reforçar costumes religiosos usados no passado
- Expressa desejo de reforçar padrões de crenças usados no passado

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00066

Sufrimento espiritual

Aprovado em 1978 • Revisado em 2002, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior.

Características definidoras

- Ansiedade
- Choro
- Fadiga
- Insônia
- Medo
- Questionamento da identidade
- Questionamento do sentido da vida
- Questionamento do sentido do sofrimento

Conexões consigo mesmo

- Aceitação inadequada
- Coragem insuficiente
- Culpa
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Falta percebida de sentido na vida
- Raiva
- Redução na serenidade
- Sentir que não é amado

Conexões com outros

- Alienação
- Recusa de interação com líderes espirituais
- Recusa de interação com pessoa significativa

- Separação do sistema de apoio

Conexões com a arte, a música, a literatura e a natureza

- Falta de interesse na literatura espiritual
- Falta de interesse na natureza
- Redução na expressão do padrão anterior de criatividade

Conexões com um poder maior

- Desesperança
- Incapacidade de introspecção
- Incapacidade de participar de atividades religiosas
- Incapacidade de rezar
- Incapacidade de vivenciar o transcendente
- Mudança repentina em prática religiosa
- Raiva direcionada a poder maior que o próprio
- Sentimento de abandono
- Sofrimento percebido
- Solicitação de líder espiritual

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alienação social
- Ansiedade
- Aumento da dependência de outro
- Autoalienação
- Baixa autoestima
- Barreira para experimentar o amor
- Conflito cultural
- Depressão
- Dor
- Estressores
- Incapacidade de perdoar
- Mudança ambiental
- Mudança em ritual religioso

- Mudança na prática espiritual
- Percepção de ter negócios inacabados
- Privação sociocultural
- Relações ineficazes
- Separação do sistema de apoio
- Solidão

Populações em risco

- Conflito racial
- Envelhecimento
- Evento de vida inesperado
- Exposição a desastre natural
- Exposição à morte
- Morte de pessoa significativa
- Nascimento de criança
- Perda
- Recebimento de notícia ruim
- Transição de vida

Condições associadas

- Doença
- Doença crônica
- Doença física
- Morte iminente
- Perda de função de parte do corpo
- Perda de parte do corpo
- Processo de morte ativo
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00067

Risco de sofrimento espiritual

Aprovado em 1998 • Revisado em 2004, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de conexões consigo mesmo, com a literatura, a natureza e/ou com um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Alienação social
- Ansiedade
- Aumento da dependência de outro
- Autoalienação
- Baixa autoestima
- Barreira para experimentar o amor
- Conflito cultural
- Depressão
- Dor
- Estressores
- Incapacidade de perdoar
- Mudança ambiental
- Mudança em ritual religioso
- Mudança na prática espiritual
- Percepção de ter negócios inacabados
- Privação sociocultural
- Relações ineficazes
- Separação do sistema de apoio
- Solidão

Populações em risco

- Conflito racial
- Envelhecimento
- Evento de vida inesperado
- Exposição a desastre natural
- Exposição à morte
- Morte de pessoa significativa
- Nascimento de criança
- Perda
- Recebimento de notícia ruim
- Transição de vida

Condições associadas

- Doença
- Doença crônica
- Doença física
- Morte iminente
- Perda de função de parte do corpo
- Perda de parte do corpo
- Processo de morte ativo
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00175

Sufrimento moral

Aprovado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

Resposta à incapacidade de pôr em prática as decisões e/ou ações éticas ou morais escolhidas.

Característica definidora

- Angústia acerca de agir conforme a escolha moral

Fatores relacionados

- Conflito entre os tomadores de decisão
- Dificuldade de chegar a decisões de final de vida
- Dificuldade de chegar a uma decisão sobre tratamento
- Incongruência cultural
- Informações conflitantes disponíveis para a tomada de decisões éticas
- Informações conflitantes disponíveis para a tomada de decisões morais
- Tempo limitado para tomada de decisão

Populações em risco

- Distância física do tomador de decisão
- Perda de autonomia

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00083

Conflito de decisão

Aprovado em 1988 • Revisado em 2006 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

- Atraso na tomada de decisão
- Foco em si próprio
- Incerteza quanto a escolhas
- Indecisão ao fazer escolhas
- Questionamento de crenças pessoais ao tentar chegar a uma decisão
- Questionamento de princípios morais ao tentar chegar a uma decisão
- Questionamento de regras morais ao tentar chegar a uma decisão
- Questionamento de valores morais ao tentar chegar a uma decisão
- Questionamento de valores pessoais ao tentar chegar a uma decisão
- Reconhecimento das consequências indesejadas das ações consideradas
- Sinal físico de sofrimento
- Sinal físico de tensão
- Sofrimento ao tentar chegar a uma decisão

Fatores relacionados

- Ameaça percebida ao sistema de valores
- Conflito com fontes de informação
- Conflito com obrigação moral
- Crenças pessoais não esclarecidas
- Inexperiência com tomada de decisões
- Informações insuficientes
- Interferência na tomada de decisão
- Princípio moral apoia ações mutuamente inconsistentes

- Regra moral apoia ações mutuamente inconsistentes
- Sistema de apoio insuficiente
- Valor moral apoia ações mutuamente inconsistentes
- Valores pessoais não esclarecidos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00184

Disposição para tomada de decisão melhorada

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de escolha de um curso de ação para atingir metas de saúde de curto e longo prazos que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com a meta
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com meta sociocultural
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com valores
- Expressa desejo de aumentar a coerência das decisões com valores socioculturais
- Expressa desejo de aumentar a compreensão das escolhas na tomada de decisão
- Expressa desejo de aumentar a compreensão do significado das escolhas
- Expressa desejo de aumentar o uso de evidências confiáveis para as decisões
- Expressa desejo de melhorar a análise de riscos-benefícios das decisões
- Expressa desejo de melhorar a tomada de decisões

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00242

Tomada de decisão emancipada prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que não inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou que não ocorre em ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão.

Características definidoras

- Atraso na implementação da opção de cuidados de saúde escolhida
- Incapacidade de descrever como a opção combinará com o estilo de vida atual
- Incapacidade de escolha de uma opção de cuidados de saúde que combine melhor com o atual estilo de vida
- Medo excessivo do que os outros pensam sobre a decisão
- Preocupação excessiva acerca do que os outros acreditam ser a melhor decisão
- Sentir-se restringido ao descrever a própria opinião
- Sofrimento ao escutar a opinião de outros
- Verbalização limitada sobre a opção de cuidados de saúde na presença de outros

Fatores relacionados

- Autoconfiança insuficiente na tomada de decisão
- Confiança insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde
- Incapacidade de expressar adequadamente as percepções das opções de cuidados de saúde
- Informações insuficientes sobre opções de cuidados de saúde
- Privacidade insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde
- Redução na compreensão de todas as opções de cuidados de saúde disponíveis
- Tempo inadequado para discutir as opções de cuidados de saúde

Populações em risco

- Experiência limitada de tomada de decisão
- Família tradicional hierárquica

- Sistemas de saúde tradicionais hierárquicos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00244

Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que não inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou que não ocorre em ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão.

Fatores de risco

- Autoconfiança insuficiente na tomada de decisão
- Confiança insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde
- Incapacidade de expressar adequadamente as percepções das opções de cuidados de saúde
- Informações insuficientes sobre opções de cuidados de saúde
- Privacidade insuficiente para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde
- Redução na compreensão de todas as opções de cuidados de saúde disponíveis
- Tempo inadequado para discutir as opções de cuidados de saúde

Populações em risco

- Experiência limitada de tomada de decisão
- Família tradicional hierárquica
- Sistemas de saúde tradicionais hierárquicos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 10 • Princípios da vida

Classe 3 • Coerência entre valores/crenças/atos

Código do diagnóstico 00243

Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada

Aprovado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que inclui conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais e que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a capacidade de compreender todas as opções disponíveis de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar a capacidade de escolha de opções de cuidados de saúde que melhor combinem com o atual estilo de vida
- Expressa desejo de aumentar a capacidade de implementar a opção de saúde escolhida
- Expressa desejo de aumentar a capacidade de verbalizar a própria opinião sem restrições
- Expressa desejo de aumentar a confiança na tomada de decisões
- Expressa desejo de aumentar a confiança para discutir abertamente as opções de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar a privacidade para discutir opções de cuidados de saúde
- Expressa desejo de aumentar o conforto ao manifestar as opções de cuidados de saúde na presença de outros
- Expressa desejo de melhorar a tomada de decisões

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 1 • Infecção

Código do diagnóstico 00004

Risco de infecção

Aprovado em 1986 • Revisado em 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alteração na integridade da pele
- Alteração no peristaltismo
- Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos
- Desnutrição
- Estase de líquidos orgânicos
- Obesidade
- Tabagismo
- Vacinação inadequada

População em risco

- Exposição a surto de doença

Condições associadas

- Alteração no pH das secreções
- Diminuição da ação ciliar
- Doença crônica
- Hemoglobina diminuída
- Imunossupressão
- Leucopenia
- Procedimento invasivo
- Resposta inflamatória suprimida
- Ruptura prematura de membrana amniótica
- Ruptura prolongada de membrana amniótica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 1 • Infecção

Código do diagnóstico 00266

Risco de infecção no sítio cirúrgico

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à invasão de organismos patogênicos no sítio cirúrgico que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Alcoolismo
- Obesidade
- Tabagismo

Populações em risco

- Aumento da exposição ambiental a patógenos
- Contaminação de ferida cirúrgica
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2
- Quantidade excessiva de profissionais de saúde durante procedimento cirúrgico
- Temperatura fria na sala de cirurgia

Condições associadas

- Artrite reumatoide
- Comorbidade
- Diabetes melito
- Duração da cirurgia
- Hipertensão
- Imunossupressão
- Infecções em outros sítios cirúrgicos
- Osteoartrite pós-traumática
- Procedimento invasivo
- Profilaxia antibiótica inadequada
- Profilaxia antibiótica ineficaz
- Tipo de anestesia

- Tipo de procedimento cirúrgico
- Uso de implantes e/ou próteses

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00039

Risco de aspiração

Aprovado em 1988 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Barreira à elevação da porção superior do corpo
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Motilidade gastrintestinal diminuída
- Tosse ineficaz

Condições associadas

- Alimentação enteral
- Capacidade prejudicada para deglutir
- Cirurgia do pescoço
- Cirurgia facial
- Cirurgia oral
- Esfíncter esofágico inferior incompetente
- Esvaziamento gástrico retardado
- Fixação cirúrgica dos maxilares
- Nível de consciência diminuído
- Presença de sonda oral/nasal
- Pressão intragástrica aumentada
- Reflexo de engasgo deprimido
- Regime de tratamento
- Resíduo gástrico aumentado
- Trauma facial
- Trauma no pescoço
- Trauma oral

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00261

Risco de boca seca

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a desconforto ou dano à mucosa oral devido à quantidade reduzida ou à qualidade da saliva para hidratar a mucosa que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Depressão
- Desidratação
- Estresse excessivo
- Inquietude
- Tabagismo

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Doenças sistêmicas
- Gravidez
- Incapacidade de alimentar-se por via oral
- Oxigenoterapia
- Quimioterapia
- Radioterapia na cabeça e pescoço
- Restrição hídrica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00205

Risco de **choque**

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, que pode levar a disfunção celular que ameaça a vida, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Hipotensão
- Hipovolemia
- Hipoxemia
- Hipóxia
- Infecção
- Sepses
- Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS)

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores de risco.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00048

Dentição prejudicada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2017

Definição

Ruptura nos padrões de desenvolvimento/erupção dentários ou na integridade estrutural de cada dente.

Características definidoras

- Assimetria facial
- Ausência de dentes
- Cáries dentais
- Cáries na raiz do dente
- Dentes desgastados
- Dentes frouxos
- Descoloração do esmalte
- Dor de dente
- Erosão do esmalte
- Erupção incompleta dos dentes para a idade
- Excesso de placa
- Excesso de tártaro
- Fratura de dente
- Halitose
- Má oclusão
- Mau alinhamento dos dentes
- Perda prematura de dentes primários

Fatores relacionados

- Barreira ao autocuidado
- Conhecimento insuficiente sobre saúde dental
- Desnutrição
- Dificuldade de acesso a cuidados dentários

- Hábitos alimentares inadequados
- Higiene oral inadequada
- Ingestão excessiva de flúor
- Uso excessivo de agentes de limpeza oral abrasivos
- Uso habitual de substância que mancha

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- Predisposição genética

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Bruxismo
- Sensibilidade oral à temperatura
- Vômito crônico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00031

Desobstrução ineficaz das vias aéreas

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 1998, 2017

Definição

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

Características definidoras

- Alteração na frequência respiratória
- Alteração no padrão respiratório
- Ausência de tosse
- Cianose
- Dificuldade para verbalizar
- Dispneia
- Escarro em excesso
- Inquietação
- Olhos arregalados
- Ortopneia
- Ruídos adventícios respiratórios
- Sons respiratórios diminuídos
- Tosse ineficaz

Fatores relacionados

- Corpo estranho na via aérea
- Exposição à fumaça
- Fumo passivo
- Muco excessivo
- Secreções retidas
- Tabagismo

Condições associadas

- Alergia em via aérea

- Asma
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Espasmo de via aérea
- Exsudato nos alvéolos
- Hiperplasia das paredes dos brônquios
- Infecção
- Prejuízo neuromuscular
- Presença de via aérea artificial

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00086

Risco de Disfunção neurovascular periférica

Aprovado em 1992 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a interrupção na circulação, na sensibilidade e no movimento de uma extremidade que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Cirurgia ortopédica
- Compressão mecânica
- Fratura
- Imobilização
- Lesão por queimadura
- Obstrução vascular
- Trauma

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00045

Integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Aprovado em 1982 • Revisado em 1998, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe.

Características definidoras

- Bolsas gengivais mais profundas do que 4 mm
- Capacidade prejudicada para deglutir
- Descamação
- Desconforto oral
- Desprendimento da mucosa
- Dificuldade para comer
- Dificuldade para falar
- Dor oral
- Drenagem oronasal purulenta
- Edema oral
- Estomatite
- Exposição a patógeno
- Exsudato oral esbranquiçado como leite talhado
- Exsudatos oronasais purulentos
- Fissura oral
- Gosto ruim na boca
- Halitose
- Hiperemia
- Hiperplasia gengival
- Lesão oral
- Língua atrófica lisa
- Língua geográfica
- Língua saburrosa
- Macroplasia

- Manchas brancas na boca
- Manchas esponjosas na boca
- Nódulo oral
- Paladar diminuído
- Palidez da mucosa oral
- Palidez gengival
- Pápula oral
- Placa esbranquiçada na boca
- Presença de massa
- Queilite
- Recessão gengival
- Sangramento
- Tonsilas aumentadas
- Úlcera oral
- Vesículas orais
- Xerostomia

Fatores relacionados

- Agente químico lesivo
- Barreira ao autocuidado oral
- Barreira ao cuidado dos dentes
- Conhecimento insuficiente sobre higiene oral
- Consumo de álcool
- Depressão
- Desidratação
- Desnutrição
- Estressores
- Higiene oral inadequada
- Nutrição inadequada
- Redução da salivação
- Respiração pela boca
- Tabagismo

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Alergia
- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio autossômico
- Doença autoimune
- Estado de jejum oral (NPO, do latim *nil per os*) > 24 horas
- Fator mecânico
- Fenda labial
- Fenda palatina
- Imunodeficiência
- Imunossupressão
- Infecção
- Perda da estrutura de apoio oral
- Procedimento cirúrgico
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Redução do nível hormonal nas mulheres
- Redução nas plaquetas
- Regime de tratamento
- Síndrome de Sjögren
- Transtorno de comportamento
- Trauma
- Trauma oral

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00247

Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente químico lesivo
- Barreira ao autocuidado oral
- Barreira ao cuidado dos dentes
- Conhecimento insuficiente sobre higiene oral
- Consumo de álcool
- Depressão
- Desidratação
- Desnutrição
- Estressores
- Higiene oral inadequada
- Nutrição inadequada
- Redução da salivação
- Respiração pela boca
- Tabagismo

População em risco

- Desfavorecido economicamente

Condições associadas

- Alergia
- Alteração na função cognitiva
- Distúrbio autossômico

- Doença autoimune
- Estado de jejum oral (NPO, do latim *nil per os*) > 24 horas
- Fator mecânico
- Fenda labial
- Fenda palatina
- Imunodeficiência
- Imunossupressão
- Infecção
- Perda da estrutura de apoio oral
- Procedimento cirúrgico
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Redução do nível hormonal nas mulheres
- Redução nas plaquetas
- Regime de tratamento
- Síndrome de Sjögren
- Transtorno de comportamento
- Trauma
- Trauma oral

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00046

Integridade da pele prejudicada

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Epiderme e/ou derme alterada.

Características definidoras

- Alteração na integridade da pele
- Área localizada quente ao toque
- Dor aguda
- Hematoma
- Matéria estranha perfurando a pele
- Sangramento
- Vermelhidão

Fatores relacionados

Externos

- Agente químico lesivo
- Excreções
- Hidratação
- Hipertermia
- Hipotermia
- Pressão sobre saliência óssea
- Secreções
- Umidade

Internos

- Alteração no volume de líquidos
- Fator psicogênico
- Nutrição inadequada

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração hormonal
- Alteração na pigmentação
- Alteração na sensibilidade
- Alteração no metabolismo
- Alterações no turgor da pele
- Circulação prejudicada
- Imunodeficiência
- Punção arterial
- Radioterapia
- Trauma vascular

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00047

Risco de integridade da pele prejudicada

Aprovado em 1975 • Revisado em 1998, 2010, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Agente químico lesivo
- Excreções
- Hidratação
- Hipertermia
- Hipotermia
- Pressão sobre saliência óssea
- Secreções
- Umidade

Internos

- Alteração no volume de líquidos
- Fator psicogênico
- Nutrição inadequada

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração hormonal
- Alteração na pigmentação
- Alteração na sensibilidade

- Alteração no metabolismo
- Alterações no turgor da pele
- Circulação prejudicada
- Imunodeficiência
- Punção arterial
- Radioterapia
- Trauma vascular

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00044

Integridade tissular prejudicada

Aprovado em 1986 • Revisado em 1998, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Características definidoras

- Área localizada quente ao toque
- Dano tecidual
- Dor aguda
- Hematoma
- Sangramento
- Tecido destruído
- Vermelhidão

Fatores relacionados

- Agente químico lesivo
- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular
- Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular
- Estado nutricional desequilibrado
- Umidade
- Volume de líquidos deficiente
- Volume de líquidos excessivo

Populações em risco

- Exposição à rede elétrica de alta voltagem
- Extremos de idade
- Extremos de temperatura ambiental

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na sensibilidade
- Alteração no metabolismo
- Circulação prejudicada
- Mobilidade prejudicada
- Neuropatia periférica
- Procedimento cirúrgico
- Punção arterial
- Radioterapia
- Trauma vascular

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00248

Risco de integridade tissular prejudicada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente químico lesivo
- Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular
- Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular
- Estado nutricional desequilibrado
- Umidade
- Volume de líquidos deficiente
- Volume de líquidos excessivo

Populações em risco

- Exposição à rede elétrica de alta voltagem
- Extremos de idade
- Extremos de temperatura ambiental

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na sensibilidade
- Alteração no metabolismo
- Circulação prejudicada
- Mobilidade prejudicada
- Neuropatia periférica
- Procedimento cirúrgico
- Punção arterial
- Radioterapia

- Trauma vascular

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00035

Risco de lesão

Aprovado em 1978 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Agente nosocomial
- Barreira física
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Desnutrição
- Exposição a patógeno
- Exposição a substância química tóxica
- Fonte nutricional comprometida
- Modo inseguro de transporte
- Nível de imunização na comunidade

Populações em risco

- Extremos de idade
- Mecanismos de defesa primários prejudicados

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função psicomotora
- Alteração na sensibilidade
- Disfunção autoimune
- Disfunção bioquímica
- Disfunção de integração sensorial
- Disfunção dos efetores
- Disfunção imune

- Hipóxia tissular
- Perfil sanguíneo anormal

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00250

Risco de **lesão** do trato urinário

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dano às estruturas do trato urinário em decorrência de uso de cateteres que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Confusão
- Conhecimento deficiente do paciente ou cuidador em relação a cuidados com o cateter urinário
- Obesidade

População em risco

- Extremos de idade

Condições associadas

- Alergia ao látex
- Balão de retenção inflado a ≥ 30 mL
- Cognição prejudicada
- Condição que previne a capacidade de fixar o cateter
- Dissinergia do esfíncter detrusor
- Lesão medular
- Múltiplas cateterizações
- Uso de cateter urinário de grande calibre
- Uso prolongado de cateter urinário
- Variação anatômica em órgãos pélvicos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00245

Risco de **lesão** na córnea

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a infecção ou lesão inflamatória no tecido da córnea que pode afetar camadas superficiais ou profundas e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Exposição do globo ocular

População em risco

- Hospitalização prolongada

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Edema periorbital
- Escore < 6 na Escala de Coma de Glasgow
- Intubação
- Oxigenoterapia
- Pisca < 5 vezes por minuto
- Traqueostomia
- Ventilação mecânica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00087

Risco de lesão por posicionamento perioperatório

Aprovado em 1994 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a mudanças físicas e anatômicas inadvertidas em consequência de postura ou equipamento usado durante procedimento invasivo/cirúrgico que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Desorientação
- Edema
- Emaciação
- Fraqueza muscular
- Imobilização
- Obesidade
- Transtornos sensoriais/perceptivos decorrentes de anestesia

Em razão da quantidade limitada do contato com o paciente no pré-operatório, os enfermeiros podem não conseguir intervir em várias dessas condições associadas.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00249

Risco de lesão por pressão

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Suscetibilidade a lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (NPUAP, 2007).

Fatores de risco

- Atrito em superfície
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de lesão por pressão
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Déficit no autocuidado
- Desidratação
- Forças de cisalhamento
- Hidratação da pele
- Hipertermia
- Incontinência
- Nutrição inadequada
- Pele com descamação
- Pele ressecada
- Período prolongado de imobilidade em superfície rija
- Pressão sobre saliência óssea
- Redução na mobilidade
- Sobrepeso
- Tabagismo
- Uso de lençóis com propriedade de redução da umidade insuficiente

Populações em risco

- ADULTO: escore na Escala Braden < 17
- CRIANÇA: Escala de Braden Q $\leq$ 16
- Escore baixo na escala Risk Assessment Pressure Sore (RAPS)

- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2
- Escore na classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) ≥ 1
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- História de acidente vascular encefálico
- História de lesão por pressão
- História de trauma
- Sexo feminino

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- Alteração na sensibilidade
- Anemia
- Circulação prejudicada
- Doença cardiovascular
- Edema
- Espessura reduzida da dobra de pele do tríceps
- Fratura de quadril
- Imobilização física
- Linfopenia
- Redução na oxigenação tissular
- Redução na perfusão tissular
- Redução no nível de albumina sérica
- Temperatura da pele elevada em torno de 1 a 2°C

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00220

Risco de **lesão térmica**

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a danos à pele e às membranas mucosas devido a temperaturas extremas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ambiente inseguro
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre precauções de segurança
- Conhecimento insuficiente sobre precauções de segurança
- Fadiga
- Falta de atenção
- Roupas de proteção inadequadas
- Supervisão inadequada
- Tabagismo

Populações em risco

- Extremos de idade
- Extremos de temperatura ambiental

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Intoxicação alcoólica
- Intoxicação por drogas ou fármacos
- Neuropatia
- Prejuízo neuromuscular
- Regime de tratamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00156

Risco de morte súbita do lactente

Aprovado em 2002 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 3.2

Definição

Suscetibilidade de um lactente à morte imprevisível.

Fatores de risco

- Atraso no início do cuidado pré-natal
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Excesso de roupas no lactente
- Exposição como fumante passivo
- Lactente colocado para dormir de bruços
- Lactente colocado para dormir de lado
- Lactente com menos de 4 meses colocado em dispositivos para sentar em sono de rotina
- Objetos macios e soltos colocados perto do lactente
- Superaquecimento do lactente
- Superfície macia para dormir

Populações em risco

- Baixo peso ao nascer
- Etnia afro-americana
- Etnia indígena norte-americana
- Exposição pós-natal a droga ilícita
- Exposição pós-natal ao álcool
- Exposição pré-natal a droga ilícita
- Exposição pré-natal ao álcool
- Idade de pico entre 2 e 4 meses
- Lactente com aleitamento não exclusivo ou alimentado exclusivamente com leite retirado das mamas
- Pais muito jovens
- Prematuridade
- Sexo masculino

- Tabagismo materno durante a gestação

Condição associada

- Condição atmosférica fria

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00155

Risco de quedas

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade aumentada a quedas que pode causar dano físico e comprometer a saúde.

Fatores de risco

Em crianças

- Ausência de portão em escadas
- Ausência de protetor de janela
- Equipamento de contenção em automóvel insuficiente
- Supervisão inadequada

Ambientais

- Ambiente cheio de objetos
- Cenário pouco conhecido
- Exposição a condições atmosféricas inseguras
- Iluminação insuficiente
- Material antiderrapante insuficiente nos banheiros
- Uso de imobilizadores
- Uso de tapetes soltos

Fisiológicos

- Alteração na glicemia sanguínea
- Ausência de sono
- Desmaio ao estender o pescoço
- Desmaio ao virar o pescoço
- Diarreia
- Dificuldades na marcha
- Incontinência

- Mobilidade prejudicada
- Redução da força em extremidade inferior
- Urgência urinária

Outros

- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Consumo de álcool

Populações em risco

- História de quedas
- Idade ≤ 2 anos
- Idade ≥ 65 anos
- Morar só
- Sexo masculino quando < 1 ano de idade

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na função cognitiva
- Anemia
- Artrite
- Condição que afeta os pés
- Déficit proprioceptivo
- Doença aguda
- Doença vascular
- Equilíbrio prejudicado
- Hipotensão ortostática
- Neoplasia
- Neuropatia
- Período de recuperação pós-operatória
- Prejuízo da audição
- Prótese de membro inferior
- Uso de dispositivo auxiliar
- Visão prejudicada

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00100

Recuperação cirúrgica retardada

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar.

Características definidoras

- Adia o retorno ao trabalho
- Desconforto
- Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica
- Incapacidade de retornar ao emprego
- Mobilidade prejudicada
- Necessita de ajuda para o autocuidado
- Perda do apetite
- Tempo excessivo necessário à recuperação

Fatores relacionados

- Desnutrição
- Dor
- Obesidade
- Reação emocional pós-operatória

Populações em risco

- Extremos de idade
- História de atraso em cicatrização de ferida

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Contaminação do sítio cirúrgico
- Diabetes melito
- Edema no sítio cirúrgico

- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3
- Infecção perioperatória no sítio cirúrgico
- Mobilidade prejudicada
- Náusea persistente
- Procedimento cirúrgico extenso
- Procedimento cirúrgico prolongado
- Transtorno psicológico no período pós-operatório
- Trauma no sítio cirúrgico
- Vômito persistente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00246

Risco de **recuperação cirúrgica** retardada

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desnutrição
- Dor
- Obesidade
- Reação emocional pós-operatória

Populações em risco

- Extremos de idade
- História de atraso em cicatrização de ferida

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Contaminação do sítio cirúrgico
- Diabetes melito
- Edema no sítio cirúrgico
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 3
- Infecção perioperatória no sítio cirúrgico
- Mobilidade prejudicada
- Náusea persistente
- Procedimento cirúrgico extenso
- Procedimento cirúrgico prolongado
- Transtorno psicológico no período pós-operatório
- Trauma no sítio cirúrgico
- Vômito persistente

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00219

Risco de ressecamento ocular

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Ar condicionado
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Deficiência de vitamina A
- Excesso de vento
- Exposição ao sol
- Ingestão de cafeína
- Leitura prolongada
- Poluição do ar
- Tabagismo
- Umidade baixa

Populações em risco

- Envelhecimento
- História de alergia
- Sexo feminino
- Usuário de lentes de contato

Condições associadas

- Alteração hormonal
- Dano à superfície ocular
- Doença autoimune
- Lesão neurológica com perda de reflexo sensorial ou motor
- Regime de tratamento

- Ventilação mecânica

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00206

Risco de sangramento

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde.

Fator de risco

- Conhecimento insuficiente sobre precauções de sangramento

População em risco

- História de quedas

Condições associadas

- Aneurisma
- Circuncisão
- Coagulação intravascular disseminada
- Coagulopatia inerente
- Complicação gestacional
- Complicação pós-parto
- Condição gastrointestinal
- Função hepática prejudicada
- Regime de tratamento
- Trauma

Fatores de risco adicionais a serem desenvolvidos.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00036

Risco de sufocação

Aprovado em 1980 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a disponibilidade inadequada de ar para inalação que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Acesso a refrigerador/congelador vazios
- Aquecedor a combustível em local sem ventilação
- Brincar com saco plástico
- Brincar desacompanhado na água
- Chupeta pendurada no pescoço do lactente
- Colocar grande quantidade de comida na boca
- Conhecimento insuficiente sobre precauções de segurança
- Fumar na cama
- Mamadeira apoiada no berço do lactente
- Objeto pequeno na via aérea
- Superfície macia para dormir
- Transtorno emocional
- Varal de roupas esticado em altura baixa
- Vazamento de gás
- Veículo ligado em garagem fechada

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na função olfativa
- Doença no rosto/pescoço
- Função motora prejudicada
- Lesão no rosto/pescoço

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00213

Risco de **trauma** vascular

Aprovado em 2008 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a dano em veia e tecidos ao redor relacionado à presença de cateter e/ou soluções infundidas que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Local de inserção disponível inadequado
- Tempo prolongado em que o cateter está no local

Condições associadas

- Solução irritante
- Taxa de infusão rápida

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00038

Risco de trauma físico

Aprovado em 1980 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a lesão física de início e gravidade súbitos que exige atenção imediata.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a armas
- Aparelhos com defeito
- Ausência de dispositivo para pedir socorro
- Ausência de portão em escadas
- Ausência de protetor de janela
- Banho em água muito quente
- Brincar com explosivo
- Brincar com objetos perigosos
- Cabos de panelas virados para fora do fogão
- Calçadas inseguras
- Cama em posição alta
- Chão escorregadio
- Combustível armazenado de forma inadequada
- Corrimão de escada inadequado
- Crianças viajando no banco da frente do carro
- Dispositivo para pedir socorro com defeito
- Estradas inseguras
- Exposição a maquinário perigoso
- Exposição a produto corrosivo
- Exposição à radiação
- Exposição a substância química tóxica
- Falta de uso de cintos de segurança

- Fiação elétrica sem fixação
- Fumar na cama
- Fumar perto de oxigênio
- Gordura derramada em fogão
- Iluminação insuficiente
- Material antiderrapante insuficiente nos banheiros
- Objeto inflamável
- Perigo elétrico
- Pontas de gelo pendentes do teto
- Proteção insuficiente contra fonte de calor
- Proximidade de acesso de veículos
- Retardo no acendimento de aparelhos a gás
- Substância corrosiva armazenada de forma inadequada
- Tentar se livrar de imobilizadores
- Uso de cadeira instável
- Uso de escada instável
- Uso de louça rachada
- Uso de roupas largas perto de chamas
- Uso de tapetes soltos
- Uso errado de cinto de segurança
- Uso incorreto de equipamentos de proteção para a cabeça
- Uso inseguro de equipamento pesado
- Vias de acesso obstruídas

Internos

- Conhecimento insuficiente sobre precauções de segurança
- Equilíbrio prejudicado
- Fraqueza
- Transtorno emocional
- Visão insuficiente

Populações em risco

- Desfavorecido economicamente
- Extremos de temperatura ambiental

- História de trauma
- Vazamento de gás
- Vizinhança com alta taxa de criminalidade

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Alteração na sensibilidade
- Redução na coordenação muscular
- Redução na coordenação olhos-mãos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 2 • Lesão física

Código do diagnóstico 00268

Risco de tromboembolismo venoso

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade ao desenvolvimento de coágulo sanguíneo em veia profunda, geralmente na coxa, panturrilha ou extremidade superior, que pode se romper e alojar-se em outro vaso, o que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desidratação
- Mobilidade prejudicada
- Obesidade

Populações em risco

- Admissão em unidade de terapia intensiva
- Fumante atual
- História anterior de tromboembolismo venoso
- História de acidente vascular encefálico
- Idade > 60 anos
- Menos de 6 semanas pós-parto
- Parente de primeiro grau com história de tromboembolismo venoso

Condições associadas

- Acidente vascular encefálico
- Cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos
- Comorbidade médica significativa
- Diagnóstico atual de câncer
- Pós-operatório de cirurgia importante
- Pós-operatório de cirurgia ortopédica
- Trauma abaixo da cintura
- Trauma de extremidade superior

- Trombofilia
- Uso de contraceptivos contendo estrogênio
- Uso de terapia de reposição hormonal
- Veias varicosas

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência

Código do diagnóstico 00151

Automutilação

Aprovado em 2000 • Revisado em 2017

Definição

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

Características definidoras

- Arranhões no corpo
- Compressão de parte do corpo
- Corte de parte do corpo
- Cortes no corpo
- Cutucar feridas
- Esfolar-se
- Golpear-se
- Inalação de substâncias prejudiciais
- Ingestão de substâncias prejudiciais
- Inserção de objetos em orifícios do corpo
- Morder-se
- Queimadura autoinfligida

Fatores relacionados

- Abuso de substâncias
- Alteração da imagem corporal
- Ausência de confidente na família
- Autoestima prejudicada
- Baixa autoestima
- Comportamento instável
- Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente
- Dissociação
- Estratégias de enfrentamento ineficazes

- Impulsividade
- Incapacidade de expressar tensão verbalmente
- Isolamento dos colegas
- Necessita de redução rápida do estresse
- Padrão de incapacidade para enxergar consequências no longo prazo
- Padrão de incapacidade para planejar soluções
- Perda de controle sobre situação de solução de problemas
- Perfeccionismo
- Perturbação nos relacionamentos interpessoais
- Sentimento negativo
- Sentir-se ameaçado com a perda de relacionamento significativo
- Tensão crescente intolerável
- Transtorno alimentar
- Transtorno emocional
- Urgência irresistível de cortar-se
- Urgência irresistível de violência direcionada a si mesmo
- Uso de manipulação para obter relacionamento de apoio com outros

Populações em risco

- Abuso de substâncias na família
- Adolescência
- Atraso de desenvolvimento
- Cirurgia na infância
- Colegas que se automutilam
- Criança maltratada
- Crise de identidade sexual
- Divórcio na família
- Doença na infância
- Encarceramento
- História de abuso na infância
- História de violência direcionada a si mesmo
- História familiar de comportamento autodestrutivo
- Violência entre figuras paterna/materna
- Viver em local não tradicional

Condições associadas

- Autismo
- Despersonalização
- Transtorno da personalidade *borderline*
- Transtorno de caráter
- Transtorno psicótico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência

Código do diagnóstico 00139

Risco de automutilação

Aprovado em 1992 • Revisado em 2000, 2013, 2017

Definição

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

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Alteração da imagem corporal
- Ausência de confidente na família
- Autoestima prejudicada
- Baixa autoestima
- Comportamento instável
- Comunicação ineficaz entre pai/mãe e adolescente
- Dissociação
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Impulsividade
- Incapacidade de expressar tensão verbalmente
- Isolamento dos colegas
- Necessita de redução rápida do estresse
- Padrão de incapacidade para enxergar consequências no longo prazo
- Padrão de incapacidade para planejar soluções
- Perda de controle sobre situação de solução de problema
- Perfeccionismo
- Perturbação nos relacionamentos interpessoais
- Sentimento negativo
- Sentir-se ameaçado com a perda de relacionamento significativo
- Tensão crescente intolerável
- Transtorno alimentar
- Transtorno emocional

- Urgência irresistível de cortar-se
- Urgência irresistível de violência direcionada a si mesmo
- Uso de manipulação para obter relacionamento de apoio com outros

Populações em risco

- Abuso de substâncias na família
- Adolescência
- Atraso de desenvolvimento
- Cirurgia na infância
- Colegas que se automutilam
- Criança maltratada
- Crise de identidade sexual
- Divórcio na família
- Doença na infância
- Encarceramento
- História de abuso na infância
- História de violência direcionada a si mesmo
- História familiar de comportamento autodestrutivo
- Perda de relacionamento significativo
- Violência entre figuras paterna/materna
- Viver em local não tradicional

Condições associadas

- Autismo
- Despersonalização
- Transtorno da personalidade *borderline*
- Transtorno de caráter
- Transtorno psicótico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência

Código do diagnóstico 00272

Risco de mutilação genital feminina

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a ablação total ou parcial da genitália externa feminina e outras lesões da genitália, seja por razão cultural, religiosa ou qualquer outra razão não terapêutica, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Falta de conhecimento da família sobre o impacto da prática na saúde física
- Falta de conhecimento da família sobre o impacto da prática na saúde reprodutiva
- Falta de conhecimento da família sobre o impacto da prática na saúde psicossocial

Populações em risco

- Atitude familiar favorável à prática
- Lideranças familiares pertencem a grupo étnico em que a prática é aceita
- Plano de visita a país de origem da família
- Ser moradora de país onde a prática é aceita
- Ser parte de família em que uma mulher foi submetida à prática
- Ser parte de grupo étnico em que a prática é aceita
- Sexo feminino

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência

Código do diagnóstico 00150

Risco de suicídio

Aprovado em 2000 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a lesão autoinfligida que ameaça a vida.

Fatores de risco

Comportamentais

- Acúmulo de medicamentos armazenados
- Compra de uma arma
- Distribuir suas posses
- Fazer um testamento
- Impulsividade
- Mudança acentuada de comportamento
- Mudança acentuada na atitude
- Mudança acentuada no desempenho escolar
- Mudar um testamento
- Recuperação eufórica repentina de depressão profunda

Psicológicos

- Abuso de substâncias
- Culpa

Situacionais

- Acesso a armas
- Perda de autonomia
- Perda de independência

Sociais

- Apoio social insuficiente
- Desamparo

- Desesperança
- Dificuldades legais
- Isolamento social
- Perda de relacionamento significativo
- Pesar
- Problemas disciplinares
- Solidão
- Suicídios em grupo
- Vida familiar problemática

Verbais

- Ameaça matar-se
- Relata desejo de morrer

Outros

- Dor crônica

Populações em risco

- Adolescência
- Adolescentes que vivem em locais não tradicionais
- Aposentadoria
- Desfavorecido economicamente
- Divorciado
- Etnia caucasiana
- Etnia indígena norte-americana
- História de abuso na infância
- História de tentativa de suicídio
- História familiar de suicídio
- Homens na vida adulta jovem
- Institucionalização
- Jovens homossexuais
- Morar só
- Mudança de endereço
- Pessoas idosas

- Sexo masculino
- Viuvez

Condições associadas

- Doença física
- Doença terminal
- Transtorno psiquiátrico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência

Código do diagnóstico 00138

Risco de **violência** direcionada a outros

Aprovado em 1980 • Revisado em 1996, 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros.

Fatores de risco

- Acesso a armas
- Comportamento suicida
- Impulsividade
- Linguagem corporal negativa
- Padrão de ameaças de violência
- Padrão de comportamento antissocial violento
- Padrão de violência direcionada a outros
- Padrão de violência indireta

Populações em risco

- História de abuso de substâncias
- História de abuso na infância
- História de crueldade com os animais
- História de desrespeito à legislação de veículos automotivos
- História de provocação de incêndio
- História de testemunhar violência familiar

Condições associadas

- Alteração na função cognitiva
- Complicações perinatais
- Complicações pré-natais
- Intoxicação patológica
- Prejuízo neurológico
- Transtorno psicótico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 3 • Violência

Código do diagnóstico 00140

Risco de violência direcionada a si mesmo

Aprovado em 1994 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a si mesmo.

Fatores de risco

- Conflito em relação(ões) interpessoal(is)
- Conflito sobre orientação sexual
- Envolvimento em atos sexuais autoeróticos
- Ideação suicida
- Indicadores comportamentais de intenção suicida
- Indicadores verbais de intenção suicida
- Isolamento social
- Plano suicida
- Preocupação com emprego
- Recursos pessoais insuficientes

Populações em risco

- Estado civil
- História de múltiplas tentativas de suicídio
- Idade $\geq$ 45 anos
- Idade entre 15 e 19 anos
- Ocupação
- Padrão de dificuldades nos antecedentes familiares

Condições associadas

- Problema de saúde física
- Problema de saúde mental
- Transtorno psicológico

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais

Código do diagnóstico 00181

Contaminação

Aprovado em 2006 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

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

Características definidoras

Pesticidas

- Efeitos dermatológicos da exposição a pesticidas
- Efeitos gastrintestinais da exposição a pesticidas
- Efeitos neurológicos da exposição a pesticidas
- Efeitos pulmonares da exposição a pesticidas
- Efeitos renais da exposição a pesticidas

Produtos químicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a produtos químicos
- Efeitos gastrintestinais da exposição a produtos químicos
- Efeitos imunológicos da exposição a produtos químicos
- Efeitos neurológicos da exposição a produtos químicos
- Efeitos pulmonares da exposição a produtos químicos
- Efeitos renais da exposição a produtos químicos

Agentes biológicos

- Efeitos dermatológicos da exposição a agentes biológicos
- Efeitos gastrintestinais da exposição a agentes biológicos
- Efeitos neurológicos da exposição a agentes biológicos
- Efeitos pulmonares da exposição a agentes biológicos
- Efeitos renais da exposição a agentes biológicos

Poluição

- Efeitos neurológicos da exposição à poluição
- Efeitos pulmonares da exposição à poluição

Resíduos

- Efeitos dermatológicos da exposição a resíduos
- Efeitos gastrintestinais da exposição a resíduos
- Efeitos hepáticos da exposição a resíduos
- Efeitos pulmonares da exposição a resíduos

Radioatividade

- Efeitos genéticos da exposição à radiação
- Efeitos imunológicos da exposição à radiação
- Efeitos neurológicos da exposição à radiação
- Efeitos oncológicos da exposição à radiação

Fatores relacionados

Externos

- Brincar onde são usados contaminantes ambientais
- Contaminação química da água
- Contaminação química de alimentos
- Degradação inadequada de contaminante
- Exposição sem proteção a material radioativo
- Exposição sem proteção a metais pesados
- Exposição sem proteção a substâncias químicas
- Ingestão de material contaminado
- Piso acarpetado
- Práticas inadequadas de higiene da casa
- Práticas inadequadas de higiene pessoal
- Roupas de proteção inadequadas
- Serviços municipais inadequados
- Superfície descascando na presença de crianças pequenas
- Uso de contaminante ambiental em casa
- Uso de material intoxicante em área com ventilação insuficiente

- Uso de material intoxicante sem proteção eficaz
- Uso inadequado de roupas de proteção

Internos

- Exposição concomitante
- Nutrição inadequada
- Tabagismo

Populações em risco

- Crianças < 5 anos
- Desfavorecido economicamente
- Exposição a áreas com alto nível de contaminantes
- Exposição a bioterrorismo
- Exposição a desastre
- Exposição a poluentes atmosféricos
- Exposição à radiação
- Exposição anterior a contaminante
- Idade gestacional durante a exposição
- Pessoas idosas
- Sexo feminino

Condições associadas

- Doença preexistente
- Gravidez

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais

Código do diagnóstico 00180

Risco de contaminação

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à exposição a contaminantes ambientais que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Brincar onde são usados contaminantes ambientais
- Contaminação química da água
- Contaminação química de alimentos
- Degradação inadequada de contaminante
- Exposição sem proteção a material radioativo
- Exposição sem proteção a metais pesados
- Exposição sem proteção a substâncias químicas
- Ingestão de material contaminado
- Piso acarpetado
- Práticas inadequadas de higiene da casa
- Práticas inadequadas de higiene pessoal
- Roupas de proteção inadequadas
- Serviços municipais inadequados
- Superfície descascando na presença de crianças pequenas
- Uso de contaminante ambiental em casa
- Uso de material intoxicante em área com ventilação insuficiente
- Uso de material intoxicante sem proteção eficaz
- Uso inadequado de roupas de proteção

Internos

- Exposição concomitante
- Nutrição inadequada

- Tabagismo

Populações em risco

- Crianças < 5 anos
- Desfavorecido economicamente
- Exposição a áreas com alto nível de contaminantes
- Exposição a bioterrorismo
- Exposição a desastre
- Exposição a poluentes atmosféricos
- Exposição à radiação
- Exposição anterior a contaminante
- Idade gestacional durante a exposição
- Pessoas idosas
- Sexo feminino

Condições associadas

- Doença preexistente
- Gravidez

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais

Código do diagnóstico 00037

Risco de **envenenamento**

Aprovado em 1980 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a exposição acidental ou ingestão de substâncias ou produtos perigosos em doses suficientes que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

- Acesso a agente farmacêutico
- Acesso a drogas ilícitas potencialmente contaminadas por aditivos venenosos
- Acesso a produto perigoso
- Ambiente de trabalho sem medidas de proteção adequadas

Internos

- Conhecimento insuficiente sobre agente farmacêutico
- Conhecimento insuficiente sobre prevenção de envenenamento
- Precauções inadequadas contra envenenamento
- Transtorno emocional
- Visão insuficiente

Condição associada

- Alteração na função cognitiva

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 4 • Riscos ambientais

Código do diagnóstico 00265

Risco de lesão ocupacional

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a acidente ou doença relacionados ao trabalho que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

Individuais

- Atos inseguros por excesso de confiança
- Atos inseguros por hábitos negativos não saudáveis
- Conhecimento insuficiente
- Controle do tempo inadequado
- Desempenho de papel inadequado
- Estratégias de enfrentamento ineficazes
- Estresse excessivo
- Interpretação incorreta de informações
- Sofrimento psicológico
- Uso inadequado de equipamento de proteção individual

Ambientais

- Ambiente físico inadequado
- Distração em relação a relacionamentos sociais
- Estado de esgotamento físico e mental (*burnout*) relacionado à ocupação
- Exposição a agentes biológicos
- Exposição a agentes químicos
- Exposição a agentes teratogênicos
- Exposição a extremos de temperatura
- Exposição à radiação
- Exposição a ruído
- Exposição a vibrações

- Falta de equipamento de proteção individual
- Relações no trabalho
- Rotatividade de trabalho noturno e diurno
- Sobrecarga física
- Trabalho em turnos

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos

Código do diagnóstico 00218

Risco de reação adversa a meio de contraste iodado

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma reação nociva ou não intencional associada a uso de meio de contraste iodado que pode ocorrer dentro de sete dias após injeção do meio de contraste e que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Desidratação
- Fraqueza generalizada

Populações em risco

- Extremos de idade
- História anterior de efeito adverso por meio de contraste iodado
- História de alergia

Condições associadas

- Doença crônica
- Inconsciência
- Meio de contraste precipita evento adverso
- Uso concomitante de agentes farmacêuticos
- Veia fragilizada

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos

Código do diagnóstico 00217

Risco de reação alérgica

Aprovado em 2010 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma reação ou resposta imunológica exagerada a substâncias que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Exposição a alérgeno
- Exposição a alérgeno ambiental
- Exposição a substância química tóxica

Populações em risco

- Exposição repetida a substâncias ambientais que produzem alérgenos
- História de alergia a picada de inseto
- História de alergia alimentar

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos

Código do diagnóstico 00041

Reação alérgica ao látex

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural.

Características definidoras

Reações com risco de morte que ocorrem < 1 hora após exposição

- Aperto no peito
- Broncospasmo
- Dispneia
- Edema
- Hipotensão
- Infarto do miocárdio
- Parada respiratória
- Sibilos
- Síncope
- Urticária de contato, progredindo para sintomas generalizados

Reações do tipo IV que ocorrem ≥ 1 hora após a exposição

- Eczema
- Eritema da pele
- Irritação da pele
- Reação de desconforto a aditivos

Características generalizadas

- Desconforto generalizado
- Edema generalizado
- Inquietação
- Relata calor em todo o corpo
- Rubor

Características gastrintestinais

- Dor abdominal
- Náusea

Características orofaciais

- Congestão nasal
- Edema periorbital
- Eritema
- Lacrimejamento
- Prurido
- Rinorreia

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Exposição frequente a produtos com látex
- História de alergia
- História de alergia à planta poinsétia (bico-de-papagaio, flor-do-natal)
- História de alergia alimentar
- História de asma
- História de cirurgia durante a lactância
- História de reação ao látex

Condições associadas

- Hipersensibilidade às proteínas da borracha do látex natural
- Múltiplos procedimentos cirúrgicos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 5 • Processos defensivos

Código do diagnóstico 00042

Risco de reação alérgica ao látex

Aprovado em 1998 • Revisado em 2006, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma reação de hipersensibilidade a produtos de borracha de látex natural que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- A serem desenvolvidos

Populações em risco

- Exposição frequente a produtos com látex
- História de alergia
- História de alergia à planta poinsétia (bico-de-papagaio, flor-do-natal)
- História de alergia alimentar
- História de asma
- História de cirurgia durante a lactância
- História de reação ao látex

Condições associadas

- Hipersensibilidade às proteínas da borracha do látex natural
- Múltiplos procedimentos cirúrgicos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00007

Hipertermia

Aprovado em 1986 • Revisado em 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Temperatura corporal central acima dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.

Características definidoras

- Apneia
- Coma
- Convulsão
- Estupor
- Hipotensão
- Irritabilidade
- Lactente não consegue manter a sucção
- Letargia
- Pele quente ao toque
- Postura anormal
- Pele ruborizada
- Taquicardia
- Taquipneia
- Vasodilatação

Fatores relacionados

- Atividade vigorosa
- Desidratação
- Roupas inadequadas

População em risco

- Exposição a temperatura ambiental elevada

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Aumento da taxa metabólica
- Doença
- Isquemia
- Redução na reação de transpiração
- Sepses
- Trauma

Consultar critérios de estadiamento.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00006

Hipotermia

Aprovado em 1986 • Revisado em 1988, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais devido a falha na termorregulação.

Características definidoras

- Acrocianose
- Aumento da taxa metabólica
- Aumento no consumo de oxigênio
- Bradicardia
- Hipertensão
- Hipoglicemia
- Hipóxia
- Leitos ungueais cianóticos
- Pele fria ao toque
- Piloereção
- Preenchimento capilar lento
- Redução na glicemia sanguínea
- Redução na ventilação
- Taquicardia
- Tremor pelo frio
- Vasoconstrição periférica

Neonatos

- Acidose metabólica
- Icterícia
- Irritabilidade
- Lactente com aumento de peso insuficiente (< 30 g/dia)
- Lactente com energia insuficiente para manter a sucção

- Palidez
- Sofrimento respiratório

Fatores relacionados

- Baixa temperatura ambiental
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia
- Consumo de álcool
- Desnutrição
- Inatividade
- Roupas insuficientes
- Transferência excessiva de calor por condução
- Transferência excessiva de calor por convecção
- Transferência excessiva de calor por evaporação
- Transferência excessiva de calor por radiação

Neonatos

- Atraso na amamentação
- Aumento na demanda de oxigênio
- Banho antecipado do recém-nascido

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Desfavorecido economicamente
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Nascimento de alto risco fora do hospital
- Nascimento não planejado fora do hospital
- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Camada da córnea imatura
- Controle vascular ineficaz
- Dano ao hipotálamo

- Diminuição da taxa metabólica
- Radioterapia
- Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- Termogênese sem tremores ineficiente
- Trauma

Consultar critérios de estadiamento adequados e validados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00253

Risco de hipotermia

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Suscetibilidade a falha na termorregulação que pode resultar em temperatura corporal central abaixo dos parâmetros diurnos normais, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Baixa temperatura ambiental
- Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção da hipotermia
- Consumo de álcool
- Desnutrição
- Inatividade
- Roupas insuficientes
- Transferência excessiva de calor por condução
- Transferência excessiva de calor por convecção
- Transferência excessiva de calor por evaporação
- Transferência excessiva de calor por radiação

Neonatos

- Atraso na amamentação
- Aumento na demanda de oxigênio
- Banho antecipado do recém-nascido

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Desfavorecido economicamente
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Nascimento de alto risco fora do hospital
- Nascimento não planejado fora do hospital

- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Camada da córnea imatura
- Controle vascular ineficaz
- Dano ao hipotálamo
- Diminuição da taxa metabólica
- Radioterapia
- Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- Termogênese sem tremores ineficiente
- Trauma

Consultar critérios de estadiamento adequados e validados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00254

Risco de hipotermia perioperatória

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a uma queda inadvertida na temperatura corporal central abaixo de 36°C, que ocorre no período entre 1 hora antes até 24 horas após cirurgia, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Baixa temperatura ambiental
- Transferência excessiva de calor por condução
- Transferência excessiva de calor por convecção
- Transferência excessiva de calor por radiação

Populações em risco

- Baixa temperatura no pré-operatório (< 36°C)
- Baixo peso corporal
- Escore de classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) > 1

Condições associadas

- Anestesia local e geral combinadas
- Complicações cardiovasculares
- Neuropatia diabética
- Procedimento cirúrgico

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00008

Termorregulação ineficaz

Aprovado em 1986 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia.

Características definidoras

- Aumento da frequência respiratória
- Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais
- Convulsão
- Hipertensão
- Leitos ungueais cianóticos
- Palidez moderada
- Pele fria ao toque
- Pele quente ao toque
- Pele ruborizada
- Piloereção
- Preenchimento capilar lento
- Redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais
- Taquicardia
- Tremor leve

Fatores relacionados

- Atividade vigorosa
- Aumento na demanda de oxigênio
- Desidratação
- Inatividade
- Oscilação na temperatura ambiental
- Roupas inadequadas para a temperatura ambiental

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Extremos de temperatura ambiental
- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na taxa metabólica
- Condição que afeta a regulação da temperatura
- Doença
- Lesão encefálica
- Redução na reação de transpiração
- Sedação
- Seps
- Termogênese sem tremores ineficiente
- Trauma

Domínio 11 • Segurança/proteção

Classe 6 • Termorregulação

Código do diagnóstico 00274

Risco de **termorregulação** ineficaz

Aprovado em 2016 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade à oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Atividade vigorosa
- Aumento na demanda de oxigênio
- Desidratação
- Inatividade
- Oscilação na temperatura ambiental
- Roupas inadequadas para a temperatura ambiental

Populações em risco

- Aumento da área da superfície corporal em relação ao peso
- Extremos de idade
- Extremos de peso
- Extremos de temperatura ambiental
- Suprimento insuficiente de gordura subcutânea

Condições associadas

- Agente farmacêutico
- Alteração na taxa metabólica
- Condição que afeta a regulação da temperatura
- Doença
- Lesão encefálica
- Redução da reação de transpiração
- Sedação
- Seps
- Termogênese sem tremores ineficiente

- Trauma

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00214

Conforto prejudicado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Choro
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar
- Inquietação
- Irritabilidade
- Lamento
- Medo
- Prurido
- Sensação de calor
- Sensação de desconforto
- Sensação de fome
- Sensação de frio
- Sintomas de sofrimento
- Suspiros

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente
- Controle situacional insuficiente
- Estímulos ambientais nocivos
- Privacidade insuficiente

- Recursos insuficientes

Condições associadas

- Regime de tratamento
- Sintomas relacionados a doença

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00183

Disposição para **conforto** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento
- Expressa desejo de aumentar o conforto
- Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de melhorar a resolução das queixas

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00132

Dor aguda

Aprovado em 1996 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses.

Características definidoras

- Alteração no apetite
- Alteração no parâmetro fisiológico
- Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor
- Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor
- Comportamento de distração
- Comportamento expressivo
- Comportamento protetor
- Desesperança
- Diaforese
- Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada
- Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente
- Expressão facial de dor
- Foco em si próprio
- Foco estreitado
- Posição para aliviar a dor
- Pupilas dilatadas
- Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades

Fatores relacionados

- Agente biológico lesivo

- Agente físico lesivo
- Agente químico lesivo

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00133

Dor crônica

Aprovado em 1986 • Revisado em 1996, 2013, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses.

Características definidoras

- Alteração da capacidade de continuar atividades prévias
- Alteração no padrão de sono
- Anorexia
- Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor
- Autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor
- Evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente
- Expressão facial de dor
- Foco em si próprio
- Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades

Fatores relacionados

- Agente lesivo
- Alteração no padrão de sono
- Aumento no índice de massa corporal
- Compressão de nervo
- Desnutrição
- Fadiga
- Isolamento social
- Manuseio repetido de cargas pesadas
- Padrão de sexualidade ineficaz

- Sofrimento emocional
- Uso prolongado do computador
- Vibração em todo o corpo

Populações em risco

- História de abuso
- História de abuso de substâncias
- História de excesso de dívidas
- História de exercício vigoroso
- História de mutilação genital
- História de posturas de trabalho estáticas
- Idade > 50 anos
- Sexo feminino

Condições associadas

- Aumento prolongado no nível de cortisol
- Condição isquêmica
- Condição musculoesquelética crônica
- Condição relativa a pós-trauma
- Contusão
- Dano ao sistema nervoso
- Desequilíbrio de neurotransmissores, neuromoduladores e receptores
- Distúrbio genético
- Distúrbio imunológico
- Fratura
- Função metabólica prejudicada
- Infiltração de tumor
- Lesão da medula espinal
- Lesão muscular
- Lesão por esmagamento

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00255

Síndrome da dor crônica

Aprovado em 2013 • Nível de evidência 2.2

Definição

Dor recorrente ou persistente há no mínimo 3 meses e que afeta significativamente o funcionamento diário ou o bem-estar.

Características definidoras

- Ansiedade (00146)
- Conhecimento deficiente (00126)
- Constipação (00011)
- Distúrbio no padrão de sono (00198)
- Fadiga (00093)
- Insônia (00095)
- Isolamento social (00053)
- Medo (00148)
- Mobilidade física prejudicada (00085)
- Obesidade (00232)
- Regulação do humor prejudicada (00241)
- Sobrecarga de estresse (00177)

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00256

Dor no trabalho de parto

Aprovado em 2013 • Revisado em 2017 • Nível de evidência 2.2

Definição

Experiência sensorial e emocional, que varia de agradável a desagradável, associada ao trabalho de parto e nascimento da criança.

Características definidoras

- Alteração na frequência cardíaca
- Alteração na frequência respiratória
- Alteração na função neuroendócrina
- Alteração na função urinária
- Alteração na pressão arterial
- Alteração na tensão muscular
- Alteração no padrão de sono
- Apetite aumentado
- Apetite reduzido
- Comportamento de distração
- Comportamento expressivo
- Comportamento protetor
- Contração uterina
- Diaforese
- Dor
- Expressão facial de dor
- Foco em si próprio
- Foco estreitado
- Náusea
- Posição para aliviar a dor
- Pressão no períneo
- Pupilas dilatadas
- Vômito

Fatores relacionados

- A serem desenvolvidos

Condições associadas

- Dilatação cervical
- Expulsão do feto

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não sejam desenvolvidos fatores relacionados.

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 1 • Conforto físico

Código do diagnóstico 00134

Náusea

Aprovado em 1998 • Revisado em 2002, 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago que pode ou não resultar em vômito.

Características definidoras

- Ânsia de vômito
- Aversão à comida
- Deglutição aumentada
- Sabor amargo
- Salivação aumentada

Fatores relacionados

- Ansiedade
- Estímulos ambientais nocivos
- Estímulos visuais desagradáveis
- Exposição a toxinas
- Medo
- Sabores nocivos

Condições associadas

- Disfunção bioquímica
- Distensão da cápsula do fígado
- Distensão da cápsula esplênica
- Distensão gástrica
- Doença de Ménière
- Doença esofágica
- Doença pancreática
- Enjoo causado pelo movimento
- Gravidez

- Irritação gastrointestinal
- Labirintite
- Meningite
- Pressão intracraniana (PIC) elevada
- Regime de tratamento
- Transtorno psicológico
- Tumor localizado
- Tumores intra-abdominais

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 2 • Conforto ambiental

Código do diagnóstico 00214

Conforto prejudicado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Choro
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar
- Inquietação
- Irritabilidade
- Lamento
- Medo
- Prurido
- Sensação de calor
- Sensação de desconforto
- Sensação de fome
- Sensação de frio
- Sintomas de sofrimento
- Suspiros

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente
- Controle situacional insuficiente
- Estímulos ambientais nocivos
- Privacidade insuficiente

- Recursos insuficientes

Condições associadas

- Regime de tratamento
- Sintomas relacionados a doença

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 2 • Conforto ambiental

Código do diagnóstico 00183

Disposição para **conforto** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento
- Expressa desejo de aumentar o conforto
- Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de melhorar a resolução das queixas

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social

Código do diagnóstico 00214

Conforto prejudicado

Aprovado em 2008 • Revisado em 2010, 2017 • Nível de evidência 2.1

Definição

Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.

Características definidoras

- Alteração no padrão de sono
- Ansiedade
- Choro
- Desconforto com a situação
- Descontentamento com a situação
- Incapacidade de relaxar
- Inquietação
- Irritabilidade
- Lamento
- Medo
- Prurido
- Sensação de calor
- Sensação de desconforto
- Sensação de fome
- Sensação de frio
- Sintomas de sofrimento
- Suspiros

Fatores relacionados

- Controle ambiental insuficiente
- Controle situacional insuficiente
- Estímulos ambientais nocivos
- Privacidade insuficiente

- Recursos insuficientes

Condições associadas

- Regime de tratamento
- Sintomas relacionados a doença

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social

Código do diagnóstico 00183

Disposição para **conforto** melhorado

Aprovado em 2006 • Revisado em 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psíquicoespiritual, ambiental e/ou social que pode ser melhorado.

Características definidoras

- Expressa desejo de aumentar a sensação de contentamento
- Expressa desejo de aumentar o conforto
- Expressa desejo de aumentar o relaxamento
- Expressa desejo de melhorar a resolução das queixas

Este diagnóstico está classificado na Classe 1 (Conforto físico), na Classe 2 (Conforto ambiental) e na Classe 3 (Conforto social).

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social

Código do diagnóstico 00053

Isolamento social

Aprovado em 1982 • Revisado em 2017

Definição

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

Características definidoras

- Ações repetitivas
- Ações sem sentido
- Afeto superficial
- Afeto triste
- Ausência de propósito
- Ausência de sistema de apoio
- Condição incapacitante
- Contato visual insuficiente
- Desejo de estar sozinho
- Doença
- História de rejeição
- Hostilidade
- Incapacidade de atender às expectativas de outros
- Incongruência cultural
- Insegurança em público
- Membro de uma subcultura
- Preocupação com os próprios pensamentos
- Retraimento
- Sentir-se diferente dos outros
- Solidão imposta por outros
- Valores incoerentes com as normas culturais

Fatores relacionados

- Comportamento social incoerente com as normas
- Dificuldade para estabelecer relacionamentos
- Incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios
- Interesses inadequados para o nível de desenvolvimento
- Recursos pessoais insuficientes
- Valores incoerentes com as normas culturais

Condições associadas

- Alteração na aparência física
- Alteração no bem-estar
- Alteração no estado mental

População em risco

- Atraso no desenvolvimento

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Domínio 12 • Conforto

Classe 3 • Conforto social

Código do diagnóstico 00054

Risco de solidão

Aprovado em 1994 • Revisado em 2006, 2013 • Nível de evidência 2.1

Definição

Suscetibilidade a desconforto associado a desejo ou necessidade de ter mais contato com os outros que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Isolamento físico
- Isolamento social
- Privação afetiva
- Privação emocional

Literatura de apoio original disponível em [Referências](#).

Domínio 13 • Crescimento/desenvolvimento

Classe 1 • Crescimento

Esta classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

Domínio 13 • Crescimento/desenvolvimento

Classe 2 • Desenvolvimento

Código do diagnóstico 00112

Risco de **desenvolvimento** atrasado

Aprovado em 1998 • Revisado em 2013, 2017

Definição

Suscetibilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

- Abuso de substâncias
- Nutrição inadequada
- Presença de abuso

Populações em risco

- Abuso de substâncias pela mãe
- Cuidado pré-natal insuficiente
- Cuidado pré-natal tardio
- Desfavorecido economicamente
- Envolvimento com sistemas de acolhimento/adoção de crianças
- Exposição a desastre natural
- Exposição à violência
- Falta de letramento funcional da mãe
- Gravidez não desejada
- Gravidez não planejada
- História de adoção
- Idade materna ≤ 15 anos
- Idade materna ≥ 35 anos
- Nutrição materna inadequada
- Prematuridade
- Teste de detecção de substâncias positivo
- Transtorno de comportamento

Condições associadas

- Deficiência de aprendizagem do cuidador
- Dependência da tecnologia
- Distúrbio congênito
- Distúrbio convulsivo
- Distúrbio endócrino
- Distúrbio genético
- Doença crônica
- Envenenamento por chumbo
- Falha em desenvolver-se
- Infecção pré-natal
- Lesão encefálica
- Otite média recorrente
- Prejuízo da audição
- Problema de saúde mental do cuidador
- Regime de tratamento
- Visão prejudicada

Este diagnóstico será retirado da Taxonomia da NANDA-I na edição 2021-2023 caso não seja realizado trabalho adicional que o eleve a um nível de evidência 2.1 ou superior.

Referências

1 Domínio 1: Promoção da saúde

1.1 Classe 1: Percepção da saúde

1.1.1 Envolvimento em atividades de recreação diminuído

Barnett-Damewood M, Carlson-Catalano J. Physical activity deficit: a proposed nursing diagnosis. *Nurs Diagn.* 2000; 11(1):24–31

de Abreu Almeida M, da Silva MB, Panato BP, de Oliveira Siqueira AP, Laurent MdoC. Nursing outcomes for Brazilian pediatric patients hospitalized with deficient diversional activity. *Int J Nurs Knowl.* 2013; 24(2):85–92

Kim D. The effects of a combined physical activity, recreation, and art and craft program on ADL, cognition, and depression in the elderly. *J Phys Ther Sci.* 2017; 29(4):744–747

Linden M, Gehrke G, Geiselman B. Profiles of recreational activities of daily living (RADL) in patients with mental disorders. *Psychiatr Danub.* 2009; 21(4):490–496

Raffaelli Q, Mills C, Christoff K. The knowns and unknowns of boredom: a review of the literature. *Exp Brain Res.* 2017:28

Zawadzki MJ, Smyth JM, Costigan HJ. Real-time associations between engaging in leisure and daily health and well-being. *Ann Behav Med.* 2015; 49(4):605–615

1.1.2 Estilo de vida sedentário

- Blair SN, Kohl HW, III, Paffenbarger RS, Jr, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA. 1989; 262(17):2395–2401
- Del Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en diagnóstico enfermero. Enferm Clin. 1999; 9(3):115–120
- Campbell K, Waters E, O’Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003
- Guirao-Goris JA, Moreno P, Martínez-Del P. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”. Enferm Clin. 2001; 11(4):135–140
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 1999; 24(2):75–82
- Montgomery P, Dennis J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60 + (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996
- Vázquez Altuna J, Galardi Andonegi E, Arbonés Ortiz JC, Ibarrondo Uriarte I. valuación de la efectividad de un programa de ejercicio físico en la disminución del peso graso. Aten Primaria. 1994; 14(4):711–716

1.1.3 Disposição para letramento em saúde melhorado

- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007; 167(14):1503–1509
- Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR,

- Osborne RH. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*. 2014; 14:694
- Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. *J Health Commun*. 2013; 18 Suppl 1:70–81
- Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(12):1228–1239
- Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR. Nurse overestimation of patients' health literacy. *J Health Commun*. 2013; 18 Suppl 1:62–69
- Kirsh I, Braum H, Yamamoto K. America's perfect storm: Three forces changing our nation's future. Princeton, NJ. Educational Testing Service; 2007
- Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*. 2008; 10(3):248–255
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM., Kindig DA, eds. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(2):175–184
- Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008; 23(2):152–159
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):80
- Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50(6):633–640

Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. *J Am Board Fam Pract.* 2004; 17(1):44–47

World Health Organization, Regional Office for Europe. Health literacy: The solid facts. Retrieved from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf; 2013

Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005; 20(2):195–203

1.2 Classe 2: Controle da saúde

1.2.1 Comportamento de saúde propenso a risco

Alder J, Bitzer J. Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: how does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness?. *Arch Women Ment Health.* 2003; 6(2):91–97

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *JAMA.* 2001; 285(19):2486–2497

Bandura A. Self Efficacy Mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982; 37(2):122–147

Bornstein J, Bahat-Sterensus H. Predictive factors for noncompliance with follow-up among women treated for cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol Obstet Invest.* 2004; 58(4):202–206

DiMatteo RM, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment. *Arch Intern Med.* 2000; 160(14):2101–2107

Jäger B, Liedtke R, Lamprecht F, Freyberger H. Social and health adjustment of bulimic women 7–9 years following therapy. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110(2):138–145

- Kiefe CI, Heudebert G, Box JB, Farmer RM, Michael M, Clancy CM. Compliance with post-hospitalization follow-up visits: rationing by inconvenience?. *Ethn Dis*. 1999; 9 (3):387–395
- Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitating treatment adherence with lifestyle changes in diabetes. *Am Fam Physician*. 2004; 69(2):309–316, 319–320, 323–334
- Lifshitz H, Glaubman R. Caring for the people with disabilities in the Haredi community: Adjustment mechanism in action. *Disabil Soc*. 2004; 19(5):469–486
- Medline. Medline plus medical encyclopedia. Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/000932.htm>. Accessed October 21, 2004
- Merriam-Webster Webster's third new international dictionary, unabridged. Springfield, MA: Merriam-Webster; 1993
- National Heart, Lung, and Blood Institute. How you can lower your cholesterol level? Retrieved from www.nhlbi.nih.gov/chd/lifestyles.htm
- National Heart, Lung, and Blood Institute. Seventh report of the Joint National Committee of the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Retrieved from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>; 2003
- National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Institute Guidelines. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Retrieved from https://www.kidney.org/professionals/guidelines/guidelines_commentaries/chronic-kidney-disease-classification; 2002
- Newsom JT, Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH. Health behaviors in a representative sample of older Canadians: prevalences, reported change, motivation to change, and perceived barriers. *Gerontologist*. 2004; 44(2):193–205
- Nosè M, Barbui C. Efficacia delle strategie per migliorare l'aderenza ai trattamenti nelle psicosi: revisione sistematica. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2003; 12(4):272–286

- Pinto BM, Maruyama NC, Clark MM, Cruess DG, Park E, Roberts M. Motivation to modify lifestyle risk behaviors in women treated for breast cancer. *Mayo Clin Proc.* 2002; 77(2):122–129
- Prelow HM, Danoff-Burg S, Swenson RR, Pulgiano D. The impact of ecological risk and perceived discrimination on the psychological adjustment of African American and European youth. *J Community Psychol.* 2004; 32(4):375–389
- Psyweb. Adjustment disorders. Retrieved from <http://www.psyweb.com/Mdisord/adjd.html>
- Shemesh E. Non-adherence to medications following pediatric liver transplantation. *Pediatr Transplant.* 2004; 8(6):600–605
- Uphold CR, Graham MR. *Clinical guidelines in family practice*, 4th ed. Gainesville, FL: Barmarrae Books; 2003

1.2.2 Controle ineficaz da saúde

- Banister NA, Jastrow ST, Hodges V, Loop R, Gillham MB. Diabetes self-management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(5):807–810
- Benavides-Vaello S, Garcia AA, Brown SA, Winchell M. Using focus groups to plan and evaluate diabetes self-management interventions for Mexican Americans. *Diabetes Educ.* 2004; 30(2):238–, 242–244, 247–250 *passim*
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002; 288(19):2469–2475 6
- Brown CM, Segal R. Ethnic differences in temporal orientation and its implications for hypertension management. *J Health Soc Behav.* 1996; 37(4):350–361
- Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain.* 2005; 113(3):285–292
- Chin MH, Polonsky TS, Thomas VD, Nerney MP. Developing a conceptual framework for understanding illness and attitudes in older, urban African

- Americans with diabetes. *Diabetes Educ.* 2000; 26(3):439–449
- Cousins SO. My heart can't take it: older women's beliefs about exercise benefits and risks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000; 55B(5):283–294
- Curtin RB, Sitter DCB, Schatell D, Chewing BA. Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* 2004; 31 (4):378–386, 396, quiz 387
- Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 18(2):CD003417
- DeWalt DA, Pignone M, Malone R, et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns.* 2004; 55(1):78–86
- DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K, Project EASE study group. Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy Behav.* 2004; 5(6):926–936
- Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes.* 2004; 22(3):123–127
- Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs.* 2002; 40(2):149–157
- Georges CA, Bolton LB, Bennett C. Functional health literacy: an issue in African-American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2004; 15(1):1–4
- Goldberg HI, Lessler DS, Mertens K, Eytan TA, Cheadle AD. Self-management support in a web-based medical record: a pilot randomized controlled trial. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004; 30(11):629–635, 589
- Goodwin JS, Black SA, Satish S. Aging versus disease: the opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47(8):973–979

- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004; 364(9444):1523–1537
- Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54(5):278–286
- Griffiths R, Johnson M, Piper M, Langdon R. A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Pract*. 2004; 10(4):166–176
- Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(3):323–329
- Harmon MP, Castro FG, Coe K. Acculturation and cervical cancer: knowledge, beliefs, and behaviors of Hispanic women. *Women Health*. 1996; 24(3):37–57
- Harvey IS. Self-management of a chronic illness: An exploratory study on the role of spirituality among older African American women. *J Women Aging*. 2006; 18(3): 75–88
- Hibbard JH. Perspective: Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Affairs*: doi: 10.1377/hlthaff.var.133. Retrieved from <http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.133.citation>; 2004
- Huang CL, Wu SC, Jeng CY, Lin LC. The efficacy of a home-based nursing program in diabetic control of elderly people with diabetes mellitus living alone. *Public Health Nurs*. 2004; 21(1):49–56
- Kastermans MC, Bakker RH. Managing the impact of health problems on daily living. In: Ranz M.J, Lemone P, eds. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale. CA: CINAHL Information Systems; 1999
- Kennedy AP, Nelson E, Reeves D, et al. A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self-management approach to chronic inflammatory bowel disease. *Gut*. 2004; 53(11):1639–1645

- Kennedy MS. Education benefits women with IBS: nurses teach self-management techniques. *Am J Nurs.* 2005; 105(1):22
- Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the 'self'. *J Adv Nurs.* 2004; 48(5):484–492
- Krein SL, Heisler M, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care.* 2005; 28(1):65–70
- McMurray SD, Johnson G, Davis S, McDougall K. Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. *Am J Kidney Dis.* 2002; 40(3):566–575
- Marabini A, Brugnami G, Curradi F, et al. Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respir Med.* 2002; 96(12): 993–998
- Midwest Bioethics Center. Healthcare narratives from diverse communities – a self-assessment tool for health-care providers. *Bioeth Forum.* 2001; 17(3–4):SS1–SS18
- Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs.* 2006; 55(2):142–150
- Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8(6):324–329
- Munir F, Leka S, Griffiths A. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med.* 2005; 60(6):1397–1407
- Neafsey PJ, Strickler Z, Shellman J, Chartier V. An interactive technology approach to educate older adults about drug interactions arising from over-the-counter self-education practices. *Public Health Nurs.* 2002; 19(4):255–262
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet.* 2004; 364(9444):1523–1537

- Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Is Internet-based support for dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease possible? Results of a pilot study. *Heart Lung*. 2005; 34(1):51–62
- Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. *J Natl Med Assoc*. 2004; 96(4):442–449
- Opler LA, Ramirez PM, Dominguez LM, Fox MS, Johnson PB. Rethinking medication prescribing practices in an inner-city Hispanic mental health clinic. *J Psychiatr Pract*. 2004; 10(2):134–140
- Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *J Adv Nurs*. 2001; 35(3):335–341
- Pearson J, Mensing C, Anderson R. Medicare reimbursement and diabetes self-management training: national survey results. *Diabetes Educ*. 2004; 30(6):914–, 916, 918 passim
- Robbins B, Rausch KJ, Garcia RI, Prestwood KM. Multicultural medication adherence: a comparative study. *J Gerontol Nurs*. 2004; 30(7):25–32
- Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. *Qual Health Res*. 2005; 15(2):224–239
- Stevens S, Sin J. Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005; 12(4):495–501
- Thackeray R, Merrill RM, Neiger BL. Disparities in diabetes management practice between racial and ethnic groups in the United States. *Diabetes Educ*. 2004; 30(4): 665–675
- Thorne SE, Paterson BL. Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annu Rev Nurs Res*. 2000; 18:3–25
- Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and

methodological critique of the literature. *Arch Intern Med.* 2004; 164(15):1641–1649

Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A. Breast health information needs of women from minority ethnic groups. *J Adv Nurs.* 2004; 47(5):526–535

Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004; 30(6):980–993

Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs.* 2005; 14(2): 195–203

1.2.3 Disposição para controle da saúde melhorado

Banister NA, Jastrow ST, Hodges V, Loop R, Gillham MB. Diabetes self-management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(5):807–810

Benavides-Vaello S, Garcia AA, Brown SA, Winchell M. Using focus groups to plan and evaluate diabetes self-management interventions for Mexican Americans. *Diabetes Educ.* 2004; 30(2):238–, 242–244, 247–250 passim

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002; 288(19):2469–2475

Brown CM, Segal R. Ethnic differences in temporal orientation and its implications for hypertension management. *J Health Soc Behav.* 1996; 37(4):350–361

Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain.* 2005; 113(3):285–292

Chin MH, Polonsky TS, Thomas VD, Nerney MP. Developing a conceptual framework for understanding illness and attitudes in older, urban African Americans with diabetes. *Diabetes Educ.* 2000; 26(3):439–449

Cousins SO. My heart can't take it: older women's beliefs about exercise benefits and risks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000; 55B(5):283–

- Curtin RB, Sitter DCB, Schatell D, Chewing BA. Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2004; 31 (4):378–386, 396, quiz 387
- Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18(2):CD003417
- DeWalt DA, Pignone M, Malone R, et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(1):78–86
- DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K, Project EASE study group. Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy Behav*. 2004; 5(6):926–936
- Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes*. 2004; 22(3):123–127
- Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs*. 2002; 40(2):149–157
- Georges CA, Bolton LB, Bennett C. Functional health literacy: an issue in African-American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2004; 15(1):1–4
- Goldberg HI, Lessler DS, Mertens K, Eytan TA, Cheadle AD. Self-management support in a web-based medical record: a pilot randomized controlled trial. *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30(11):629–635, 589
- Goodwin JS, Black SA, Satish S. Aging versus disease: the opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(8):973–979
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004; 364(9444):1523–1537

- Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54(5):278–286
- Grifiths R, Johnson M, Piper M, Langdon R. A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Pract*. 2004; 10(4):166–176
- Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns*. 2006; 62(3):323–329
- Harmon MP, Castro FG, Coe K. Acculturation and cervical cancer: knowledge, beliefs, and behaviors of Hispanic women. *Women Health*. 1996; 24(3):37–57
- Harvey IS. Self-management of a chronic illness: An exploratory study on the role of spirituality among older African American women. *J Women Aging*. 2006; 18(3): 75–88
- Hibbard JH. Perspective: Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Affairs*. <http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.133.citation> 2004
- Huang CL, Wu SC, Jeng CY, Lin LC. The efficacy of a home-based nursing program in diabetic control of elderly people with diabetes mellitus living alone. *Public Health Nurs*. 2004; 21(1):49–56
- Kasternans MC, Bakker RH. Managing the impact of health problems on daily living. In: Ranz M.J, Lemone P, eds. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the thirteenth conference*. Glendale. CA: CINAHL Information Systems; 1999
- Kennedy AP, Nelson E, Reeves D, et al. A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. *Gut*. 2004; 53(11):1639–1645
- Kennedy MS. Education benefits women with IBS: nurses teach self-management techniques. *Am J Nurs*. 2005; 105(1):22

- Koch T, Jenkin P, Kralik D. Chronic illness self-management: locating the 'self'. *J Adv Nurs*. 2004; 48(5):484–492
- Krein SL, Heisler M, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care*. 2005; 28(1):65–70
- McMurray SD, Johnson G, Davis S, McDougall K. Diabetes education and care management significantly improve patient outcomes in the dialysis unit. *Am J Kidney Dis*. 2002; 40(3):566–575
- Marabini A, Brugnami G, Curradi F, et al. Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respir Med*. 2002; 96(12): 993–998
- Midwest Bioethics Center. Healthcare narratives from diverse communities – a self-assessment tool for health-care providers. *Bioeth Forum*. 2001; 17(3–4):SS1–SS18
- Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*. 2006; 55(2):142–150
- Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8(6):324–329
- Munir F, Leka S, Griffiths A. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med*. 2005; 60(6):1397–1407
- Neafsey PJ, Strickler Z, Shellman J, Chartier V. An interactive technology approach to educate older adults about drug interactions arising from over-the-counter self-medication practices. *Public Health Nurs*. 2002; 19(4):255–262
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004; 364(9444):1523–1537
- Nguyen HQ, Carrieri-Kohlman V, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Is Internet-based support for dyspnea self-management in patients with chronic obstructive pulmonary disease possible? Results of a pilot study.

Heart Lung. 2005; 34(1):51–62

Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP. Expectations of blood pressure management in hypertensive African-American patients: a qualitative study. *J Natl Med Assoc.* 2004; 96(4):442–449

Opler LA, Ramirez PM, Dominguez LM, Fox MS, Johnson PB. Rethinking medication prescribing practices in an inner-city Hispanic mental health clinic. *J Psychiatr Pract.* 2004; 10(2):134–140

Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *J Adv Nurs.* 2001; 35(3):335–341

Pearson J, Mensing C, Anderson R. Medicare reimbursement and diabetes self-management training: national survey results. *Diabetes Educ.* 2004; 30(6):914–, 916, 918 passim

Robbins B, Rausch KJ, Garcia RI, Prestwood KM. Multicultural medication adherence: a comparative study. *J Gerontol Nurs.* 2004; 30(7):25–32

Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. *Qual Health Res.* 2005; 15(2):224–239

Stevens S, Sin J. Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005; 12(4):495–501

Thackeray R, Merrill RM, Neiger BL. Disparities in diabetes management practice between racial and ethnic groups in the United States. *Diabetes Educ.* 2004; 30(4): 665–675

Thorne SE, Paterson BL. Two decades of insider research: what we know and don't know about chronic illness experience. *Annu Rev Nurs Res.* 2000; 18:3–25

Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med.* 2004; 164(15):1641–1649

Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A. Breast health information needs of women from minority ethnic groups. *J Adv Nurs*. 2004; 47(5):526–535

Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2004; 30(6):980–993

Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs*. 2005; 14(2): 195–203

1.2.4 Controle da saúde familiar ineficaz

Nenhuma referência no momento.

1.2.5 Manutenção ineficaz da saúde

Nenhuma referência no momento.

1.2.6 Proteção ineficaz

Nenhuma referência no momento.

1.2.7 Saúde deficiente da comunidade

Edmundson S, Stuenkel DL, Connolly PM. Upsetting the apple cart: a community anti-coagulation clinic survey of life event factors that undermine safe therapy. *J Vasc Nurs*. 2005; 23(3):105–111

Francis E, Hughes P, Schinka J. Improving cost-effectiveness in a substance abuse treatment program. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(5):633–635

Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Bruno JA, Rutter KR, Isaac F, Wang S. The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on employee health risks. *J Occup Environ Med*. 2002; 44(5):417–424

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav*. 2002; 27(6):951–976

Keller LO, Schaffer MA, Lia-Hoagberg B, Strohschein S. Assessment,

program planning, and evaluation in population-based public health practice. *J Public Health Manag Pract.* 2002; 8(5):30–43

McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood).* 2002; 21(2):78–93

Pegus C, Bazzarre TL, Brown JS, Menzin J. Effect of the Heart At Work program on awareness of risk factors, self-efficacy, and health behaviors. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(3):228–236

Porter HB, Avery S, Edmond L, Straw R, Young J. Program evaluation in pediatric education. *J Nurses Staff Dev.* 2002; 18(5):258–266

Rome S. Developing a Fall-Prevention Program for Patients. *Am J Nurs.* 2002; 102(6): 24A

Swallow AD, Dykes PC. Tobacco cessation at Greenwich Hospital: one hospital integrates a cessation program into its daily practice. *Am J Nurs.* 2004; 104(12):61–62

Woodward D. Developing a pain management program through continuous improvement strategies. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20(3):261–267

1.2.8 Síndrome do idoso frágil

Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2010; 26(2):275–286

Afilalo J, Karunananthan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol.* 2009; 103(11):1616–1621

Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done?. *Int Nurs Rev.* 2007; 54(2):191–196

Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, et al. Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(3):453–

- Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006; 61(6):589–593
- Chen CY, Wu SCH, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 50 Suppl 1:S43–S47
- Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med*. 2005; 72(12):1105–1112
- Fillit H, Butler RN. The frailty identity crisis. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57(2):348–352
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004; 59(3):255–263
- Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: Evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48(3):281–283
- Garrido M, Serrano MD, Bartolomé R, Martínez-Vizcaíno V. [Differences in the expression of the frailty syndrome in institutionalized elderly men and women with no severe cognitive decline]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(6):247–253
- Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004; 292(17):2115–2124
- Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook*. 2010; 58(2):76–86
- Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2006; 106(1):58–67, quiz 67–68
- Heppenstall CP, Wilkinson TJ, Hanger HC, Keeling S. Frailty: dominos or

- deliberation?. *N Z Med J*. 2009; 122(1299):42–53
- Jarosz P, Bellar A. Sarcopenic obesity: An emerging cause of frailty in older adults. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2009; 30(1):64–70
- Landi F, Onder G, Carpenter I, Cesari M, Soldato M, Bernabei R. Physical activity prevented functional decline among frail community-living elderly subjects in an international observational study. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60(5):518–524
- Levers M-J, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. Factors contributing to frailty: literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 56(3):282–291
- Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs*. 2003; 44(1):58–68
- Murphy F. Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. *Nurs Older People*. 2006; 18(5):22–25
- Pel-Littel RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJJ. Frailty: defining and measuring of a concept. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13(4):390–394
- Puts M, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Deeg D. The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. *J Aging Stud*. 2009; 23:258–266
- Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52 Suppl 1:6–11
- Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(6):991–1001

1.2.9 Risco de síndrome do idoso frágil

- Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2010;

26(2):275–286

Afilalo J, Karunananthan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol.* 2009; 103(11):1616–1621

Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done?. *Int Nurs Rev.* 2007; 54(2):191–196

Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One.* 2008; 3(5):e2232

Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, et al. Cognitive impairment improves

the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(3):453–461

Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006; 61(6):589–593

Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007; 2(7):731–737

Chen CY, Wu SCH, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010; 50 Suppl 1:S43–S47

Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med.* 2005; 72(12):1105–1112

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3):M146–M156

Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: Evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 48(3):281–283

Garrido M, Serrano MD, Bartolomé R, Martínez-Vizcaíno V. [Differences in

the expression of the frailty syndrome in institutionalized elderly men and women with no severe cognitive decline]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(6):247–253

Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA*. 2004; 292(17):2115–2124

Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook*. 2010; 58(2):76–86

Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2006; 106(1):58–67, quiz 67–68

Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for older adults: literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 54(4):477–490

Levers M-J, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. Factors contributing to frailty: literature review. *J Adv Nurs*. 2006; 56(3):282–291

Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs*. 2003; 44(1):58–68

Milne AC, Avenell A, Potter J. Improved food intake in frail older people. *BMJ*. 2006; 332(7551):1165–1166

Xue Q-L, Fried LP, Glass TA, Laffan A, Chaves PHM. Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: the Women's Health And Aging Study I. *Am J Epidemiol*. 2008; 167(2):240–248

Edmundson S, Stuenkel DL, Connolly PM. Upsetting the apple cart: a community anti-coagulation clinic survey of life event factors that undermine safe therapy. *J Vasc Nurs*. 2005; 23(3):105–111

Francis E, Hughes P, Schinka J. Improving cost-effectiveness in a substance abuse treatment program. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(5):633–635

Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Bruno JA, Rutter KR, Isaac F, Wang S. The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on

- employee health risks. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(5):417–424
- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav.* 2002; 27(6):951–976
- Keller LO, Schaffer MA, Lia-Hoagberg B, Strohschein S. Assessment, program planning, and evaluation in population-based public health practice. *J Public Health Manag Pract.* 2002; 8(5):30–43
- McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood).* 2002; 21(2):78–93
- Pegus C, Bazzarre TL, Brown JS, Menzin J. Effect of the Heart At Work program on awareness of risk factors, self-efficacy, and health behaviors. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(3):228–236
- Porter HB, Avery S, Edmond L, Straw R, Young J. Program evaluation in pediatric education. *J Nurses Staff Dev.* 2002; 18(5):258–266
- Rome S. Developing a Fall-Prevention Program for Patients. *Am J Nurs.* 2002; 102(6): 24A
- Swallow AD, Dykes PC. Tobacco cessation at Greenwich Hospital: one hospital integrates a cessation program into its daily practice. *Am J Nurs.* 2004; 104(12):61–62
- Woodward D. Developing a pain management program through continuous improvement strategies. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20(3):261–267

2 Domínio 2: Nutrição

2.1 Classe 1: Ingestão

2.1.1 Produção insuficiente de leite materno

- Aragaki IMM, Silva IA, dos Santos JL. Traço e estado de ansiedade de nutrízes com indicadores de hipogalactia e nutrízes com galactia normal.

[Trait and state anxiety of nursing mothers with indicators of nursing mothers with insufficient and normal galactic.]. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3):396–403

Daly SEJ, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. *J Hum Lact*. 1995; 11(1):21–26

Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Lactogenesis and infant weight change in the first weeks of life. *Adv Exp Med Biol*. 2002; 503:159–166

Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr*. 2001; 131(11):3012S–3015S

Dykes F, Williams C. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery*. 1999; 15(4):232–246

Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Psychological distress and milk volume in lactating mothers. *West J Nurs Res*. 2005; 27(6):676–693, discussion 694–700

Milsom SR, Rabone DL, Gunn AJ, Gluckman PD. Potential role for growth hormone in human lactation insufficiency. *Horm Res*. 1998; 50(3):147–150

Page-Goertz S. Weight gain concerns in the breastfed infant. Maternal factors. *Adv Nurse Pract*. 2005; 13(2):45–48, 72

Powers NG. Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. *Clin Perinatol*. 1999; 26(2):399–430

Silva IA. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. [Nursing and breastfeeding: combining secular practices.]. *Rev Esc Enferm USP*. 2000; 34(4): 362–369

Sievers E, Haase S, Oldigs HD, Schaub J. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. *Biol Neonate*. 2003; 83(4):246–252

World Health Organization/Division of. Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Not enough milk. Update. 1996:21

Winberg J. Breastfeeding—an evolutionary and neuroendocrine perspective. *Adv Exp Med Biol.* 2002; 503:149–157

Zeitlyn S, Rowshan R. Privileged knowledge and mothers’ “perceptions”: the case of breast-feeding and insufficient milk in Bangladesh. *Med Anthropol Q.* 1997; 11(1): 56–68

2.1.2 Amamentação ineficaz

Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J.*

2015; 19(5):990–999

Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J.* 2013; 17(4):689–698

Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Matern Child Health J.* 2015; 19(1):6–16

Hunter L, Magill-Cuerden J. Young mothers’ decisions to initiate and continue breastfeeding in the UK: tensions inherent in the paradox between being, but not being able to be seen to be, a good mother. *Evidence Based Midwifery.* 2014; 12(2):46–51

Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2013; 28(4):450–468

Leurer MD, Misskey E. “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J.* 2015; 10(1):1–11

McGovern T. The challenges of breastfeeding twins. *Nurs N Z.* 2014; 20(11):26–27, 44

- Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12(1):149
- Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2010; 36(2):165–178
- Thompson LA, Zhang S, Black E, et al. The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J*. 2013; 17(10): 1842–1851
- Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev*. 2015; 23(1):11–16
- Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J*. 2011; 6 (1):14
- Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J*. 2011; 6(1):19

2.1.3 Amamentação interrompida

- Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J*. 2015; 19(5):990–999
- Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J*. 2013; 17(4):689–698
- Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Matern*

Child Health J. 2015; 19(1):6–16

Hunter L, Magill-Cuerden J. Young mothers' decisions to initiate and continue breastfeeding in the UK: tensions inherent in the paradox between being, but not being able to be seen to be, a good mother. *Evidence Based Midwifery*. 2014; 12(2):46–51

Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health*. 2013; 28(4):450–468

Leurer MD, Misskey E. “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J*. 2015; 10(1):1–11

McGovern T. The challenges of breastfeeding twins. *Nurs N Z*. 2014; 20(11):26–27, 44

Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12(1):149

Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev*. 2010; 36(2):165–178

Thompson LA, Zhang S, Black E, et al. The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J*. 2013; 17(10): 1842–1851

Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev*. 2015; 23(1):11–16

Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J*. 2011; 6 (1):14

Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings

from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J.* 2011; 6(1):19

2.1.4 Disposição para amamentação melhorada

Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Matern Child Health J.* 2015; 19(5):990–999

Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J.* 2013; 17(4):689–698

Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Matern Child Health J.* 2015; 19(1):6–16

Hunter L, Magill-Cuerden J. Young mothers' decisions to initiate and continue breastfeeding in the UK: tensions inherent in the paradox between being, but not being able to be seen to be, a good mother. *Evidence Based Midwifery.* 2014; 12(2):46–51

Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2013; 28(4):450–468

Lurer MD, Misskey E. “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J.* 2015; 10(1):1–11

McGovern T. The challenges of breastfeeding twins. *Nurs N Z.* 2014; 20(11):26–27, 44

Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12(1):149

Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for

infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2010; 36(2):165–178

Thompson LA, Zhang S, Black E, et al. The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J.* 2013; 17(10): 1842–1851

Todd DA, Hogan MJ. Tongue-tie in the newborn: early diagnosis and division prevents poor breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev.* 2015; 23(1):11–16

Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J.* 2011; 6 (1):14

Weber D, Janson A, Nolan M, Wen LM, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J.* 2011; 6(1):19

2.1.5 Deglutição prejudicada

Nenhuma referência no momento.

2.1.6 Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente

Ata RN, Bryant Ludden A, Lally MM. The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *J Youth Adolesc.* 2007; 36(8):1024–1037

Barker ET, Bornstein MH. Global self-esteem, appearance satisfaction and self-reported dieting in early adolescence. *J Early Adolesc.* 2010; 30(2):205–224

Barker ET, Galambos NL. Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: risk and resource factors. *J Early Adolesc.* 2003; 23(2):141–165

Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs.* 2011:1–9

- Ebbeling CB, Sinclair KB, Pereira MA, Garcia-Lago E, Feldman HA, Ludwig DS. Compensation for energy intake from fast food among overweight and lean adolescents. *JAMA*. 2004; 291(23):2828–2833
- Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J*. 2003; 50(3):137–147
- Gardner RM, Stark K, Friedman BN, Jackson NA. Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: a longitudinal study. *J Psychosom Res*. 2000; 49(3): 199–205
- Hilbert A, Tuschen-Cafier B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91(3):510–518
- Krall JS, Lohse B. Validation of a measure of the Satter eating competence model with low-income females. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8:26
- Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):52–63
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106(4):559–568
- Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007; 49(1):198–207
- Satter EM. *Your Child's Weight: Helping Without Harming: Birth through Adolescence*. Madison, WI: Kelcy Press; 2005:408
- Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S142–S153
- Satter E. Eating competence: nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S189–S194
- Treuer T, Koperdák M, Rózsa S, Füredi J. The impact of physical and sexual

abuse on body image in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13(2):106–111

Wallis DJ, Hetherington MM. Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite.* 2009; 52(2):355–362

2.1.7 Dinâmica alimentar ineficaz da criança

Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs.* 2011:1–9

Bowyer C. Around the table. *Psychoanal Psychother.* 2009; 23(1):41–60

Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J.* 2003; 50(3):137–147

Hilbert A, Tuschen-Caffer B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(3):510–518

Krall JS, Lohse B. Validation of a measure of the Satter eating competence model with low-income females. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8:26

Krisberg K. Food marketing toward youth contributing to unhealthy choices. *Nations Health.* 2006; 36(1):19

Kyung ER. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics.* 2006; 112 (6):2074–2054

Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol.* 2007; 32(1):52–63

Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J Am Diet Assoc.* 2006; 106(4):559–568

- Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007; 49(1):198–207
- Olstad DL, McCargar L. Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2009; 34(4):551–570
- Satter E. Eating competence: nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S189–S194
- Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S142–S153
- Summerbell CD. The identification of effective programs to prevent and treat overweight preschool children. *Obesity (Silver Spring)*. 2007; 15(6):1341–1342

2.1.8 Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente

- Ayres AJ. *Sensory Integration and the Infant-Understanding Hidden Sensory Challenges*. Los Angeles, CA: Western Psychological Association; 2005
- Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs*. 2011:1–9
- Bowyer C. Around the table. *Psychoanal Psychother*. 2009; 23(1):41–60
- Franklin L, Rodger S. Parents' perspectives on feeding medically compromised children: implications for occupational therapy. *Aust Occup Ther J*. 2003; 50(3):137–147
- Hilbert A, Tuschen-Cafier B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91(3):510–518
- Krall JS, Lohse B. Validation of a measure of the Satter eating competence model with low-income females. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8:26
- Krisberg K. Food marketing toward youth contributing to unhealthy choices. *Nations Health*. 2006; 36(1):19

- Kyung ER. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*. 2006; 112 (6):2074–2054
- Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):52–63
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106(4):559–568
- Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007; 49(1):198–207
- Olstad DL, McCargar L. Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2009; 34(4):551–570
- Satter E. Eating competence: nutrition education with the Satter Eating Competence Model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S189–S194
- Satter E. Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence model. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(5) Suppl:S142–S153

2.1.9 Padrão ineficaz de alimentação do lactente

- Hazinski MF. Nursing care of the critically ill child. St Louis, MO: Mosby; 1992
- Shaker CS. Nipple feeding premature infants: a different perspective. *Neonatal Netw*. 1990; 8(5):9–17
- VandenBerg K. Nippling management of the sick neonate in the NICU: The disorganized feeder. *Neonatal Network*. *J Neonatal Nurs*. 1990; 9(1):9–16

2.1.10 Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Nenhuma referência no momento.

2.1.11 Disposição para nutrição melhorada

Nenhuma referência no momento.

2.1.12 Obesidade

Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*. 2004; 145(1):20–25

Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 1998; 279(12):938–942

Barsh GS, Farooqi IS, O’Rahilly S. Genetics of body-weight regulation. *Nature*. 2000; 404(6778):644–651

Beebe DW, Lewin D, Zeller M, et al. Sleep in overweight adolescents: shorter sleep, poorer sleep quality, sleepiness, and sleep-disordered breathing. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):69–79

Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J Am Coll Nutr*. 2004; 23(2):163–168

Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2002; 52 (2):92–119

Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr*. 2009; 90(5):1303–1313

Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatr Exerc Sci*. 2001; 13(1):12–25

Chaput J-P, Leblanc C, Périusse L, Després J-P, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study:

have we been barking up the wrong tree?. *Obesity* (Silver Spring). 2009; 17(10):1964–1970

Cole TJ. Children grow and horses race: is the adiposity rebound a critical period for later obesity?. *BMC Pediatr*. 2004; 4:6

Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health*. 2008; 57(1):109–114

Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. [Factors associated with nutritional status of the elderly in two regions of Brazil]. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58 (4):434–441

French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the

Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24(10):1353–1359

Hawkins SS, Cole TJ, Law C, Millennium Cohort Study Child Health Group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63(2):147–155

Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A. The genetics of obesity: practical implications. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1:S10–S18

Ibáñez L, de Zegher F, Potau N. Anovulation after precocious pubarche: early markers and time course in adolescence. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(8):2691–2695

Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. *Am J Public Health*. 1998; 88(2):277–280

Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. *Prev Med*. 2004; 38(2):243–249

- Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: National Academies Press; 2005
- Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003; 112(2):424–430
- Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007; 120 Suppl 4:S193–S228
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data*. 2000; 314(314):1–27
- Lopes PCS, Prado SR, Colombo P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. [Risk factors associated with obesity and overweight in school children.]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):73–78
- Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. *J Sch Health*. 2002; 72(10):413–421
- Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*. 2001; 357(9255):505–508
- Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(1):31–36
- McCrory MA, Fuss PJ, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, Roberts SB. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obes Res*. 1999; 7(6):564–571
- Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007; 10(3):336–341
- Mushtaq MU, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Shad MA, Akram J. Dietary

behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8(1):130

National Association for Sport and Physical Education. *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5 to 12.* 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004

Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med.* 2007; 33(5):359–369

Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2008; 32(2):201–210

Padez C, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr.* 2005; 94(11):1550–1557

Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005; 365 (9453):36–42

Poterico JA, Bernabé-Ortiz A, Loret de Mola C, Miranda JJ. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. [Association between television viewing and obesity in Peruvian women.]. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(4):610–616

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ.* 2005; 330(7504):1357

Rideout VJ, Vandewater VJ, Wartella EA. *Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, and Preschoolers.* Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003

Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1999; 282(16):1561–1567

- da Rosa MI, da Silva FdeM, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. [The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil.]. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(5):2559–2566
- Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(6):396–407
- Shan X-Y, Xi B, Cheng H, Hou D-Q, Wang Y, Mi J. Prevalence and behavioral risk factors of overweight and obesity among children aged 2–18 in Beijing, China. *Int J Pediatr Obes*. 2010; 5(5):383–389
- Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(6):1374–1378
- Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, et al. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. *Circulation*. 2005; 111(15):1897–1903
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005; 146(6):732–737
- Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*. 2010; 26(2):192–200
- Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(2):282–289
- Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. *Am J Clin Nutr*. 1990; 51(6): 963–969
- US Department of Health & Human Services & US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. 6th ed. Washington, DC:

US Government Printing Office; 2005

US Department of Health & Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(13):869– 873

Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. American Heart Association. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2002; 106(1):143–160

2.1.13 Sobrepeso

Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*. 2004; 145(1):20–25

Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 1998; 279(12):938–942

Barsh GS, Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetics of body-weight regulation. *Nature*. 2000; 404(6778):644–651

Beebe DW, Lewin D, Zeller M, et al. Sleep in overweight adolescents: shorter sleep, poorer sleep quality, sleepiness, and sleep-disordered breathing. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):69–79

Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J Am Coll Nutr*. 2004; 23(2):163–168

Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee.

- American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52 (2):92–119
- Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr.* 2009; 90(5):1303–1313
- Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatr Exerc Sci.* 2001; 13(1):12–25
- Chaput J-P, Leblanc C, Pérusse L, Després J-P, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree?. *Obesity (Silver Spring).* 2009; 17(10):1964–1970
- Cole TJ. Children grow and horses race: is the adiposity rebound a critical period for later obesity?. *BMC Pediatr.* 2004; 4:6
- Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health.* 2008; 57(1):109–114
- Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. [Factors associated with nutritional status of the elderly in two regions of Brazil]. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58 (4):434–441
- French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the
- Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000; 24(10):1353–1359
- Hawkins SS, Cole TJ, Law C, Millennium Cohort Study Child Health Group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63(2):147–155
- Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A. The genetics of

- obesity: practical implications. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1:S10–S18
- Ibáñez L, de Zegher F, Potau N. Anovulation after precocious pubarche: early markers and time course in adolescence. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(8):2691–2695
- Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. *Am J Public Health*. 1998; 88(2):277–280
- Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. *Prev Med*. 2004; 38(2):243–249
- Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: National Academies Press; 2005
- Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003; 112(2):424–430
- Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007; 120 Suppl 4:S193–S228
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data*. 2000; 314(314):1–27
- Lopes PCS, Prado SR, Colombo P. Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. [Risk factors associated with obesity and overweight in school children.]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):73–78
- Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. *J Sch Health*. 2002; 72(10):413–421
- Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective,

- observational analysis. *Lancet*. 2001; 357(9255):505–508
- Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. *J Nutr Educ Behav*. 2007; 39(1):31–36
- McCrary MA, Fuss PJ, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, Roberts SB. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obes Res*. 1999; 7(6):564–571
- Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007; 10(3):336–341
- Mushtaq MU, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Shad MA, Akram J. Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8(1):130
- National Association for Sport and Physical Education. *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5 to 12*. 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004
- Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007; 33(5):359–369
- Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes*. 2008; 32(2):201–210
- Padez C, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr*. 2005; 94(11):1550–1557
- Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*. 2005; 365 (9453):36–42
- Poterico JA, Bernabé-Ortiz A, Loret de Mola C, Miranda JJ. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. [Association between

television viewing and obesity in Peruvian women.]. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(4):610–616

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*. 2005; 330(7504):1357

Rideout VJ, Vandewater VJ, Wartella EA. *Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, and Preschoolers*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003

Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999; 282(16):1561–1567

da Rosa MI, da Silva FdeM, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. [The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil.]. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(5):2559–2566

Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(6):396–407

Shan X-Y, Xi B, Cheng H, Hou D-Q, Wang Y, Mi J. Prevalence and behavioral risk factors of overweight and obesity among children aged 2–18 in Beijing, China. *Int J Pediatr Obes*. 2010; 5(5):383–389

Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(6):1374–1378

Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, et al. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. *Circulation*. 2005; 111(15):1897–1903

Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005; 146(6):732–737

Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity,

sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*. 2010; 26(2):192–200

Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(2):282–289

Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. *Am J Clin Nutr*. 1990; 51(6): 963–969

US Department of Health & Human Services & US Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans*. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005

US Department of Health & Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337(13):869– 873

Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. American Heart Association. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2002; 106(1):143–160

2.1.14 Risco de sobrepeso

Agras WS, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*. 2004; 145(1):20–25

Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 1998; 279(12):938–942

- Barsh GS, Farooqi IS, O’Rahilly S. Genetics of body-weight regulation. *Nature*. 2000; 404(6778):644–651
- Beebe DW, Lewin D, Zeller M, et al. Sleep in overweight adolescents: shorter sleep, poorer sleep quality, sleepiness, and sleep-disordered breathing. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(1):69–79
- Bowman SA, Vinyard BT. Fast food consumption of U.S. adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *J Am Coll Nutr*. 2004; 23(2):163–168
- Byers T, Nestle M, McTiernan A, et al. American Cancer Society 2001 Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: Reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin*. 2002; 52 (2):92–119
- Catalano PM, Farrell K, Thomas A, et al. Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am J Clin Nutr*. 2009; 90(5):1303–1313
- Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatr Exerc Sci*. 2001; 13(1):12–25
- Chaput J-P, Leblanc C, Périusse L, Després J-P, Bouchard C, Tremblay A. Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree?. *Obesity (Silver Spring)*. 2009; 17(10):1964–1970
- Cole TJ. Children grow and horses race: is the adiposity rebound a critical period for later obesity?. *BMC Pediatr*. 2004; 4:6
- Desai MN, Miller WC, Staples B, Bravender T. Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *J Am Coll Health*. 2008; 57(1):109–114
- Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. [Factors associated with nutritional status of the elderly in two regions of

- Brazil]. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58 (4):434–441
- French SA, Harnack L, Jeffery RW. Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24(10):1353–1359
- Hawkins SS, Cole TJ, Law C, Millennium Cohort Study Child Health Group. An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63(2):147–155
- Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A. The genetics of obesity: practical implications. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1:S10–S18
- Ibáñez L, de Zegher F, Potau N. Anovulation after precocious pubarche: early markers and time course in adolescence. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999; 84(8):2691–2695
- Jeffery RW, French SA. Epidemic obesity in the United States: are fast foods and television viewing contributing?. *Am J Public Health*. 1998; 88(2):277–280
- Kant AK, Graubard BI. Eating out in America, 1987–2000: trends and nutritional correlates. *Prev Med*. 2004; 38(2):243–249
- Koplan JP, Liverman CT, Kraak VI, eds. Preventing childhood obesity: health in the balance. Washington, DC: National Academies Press; 2005
- Krebs NF, Jacobson MS, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003; 112(2):424–430
- Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007; 120 Suppl 4:S193–S228
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data*. 2000; 314(314):1–27
- Lopes PCS, Prado SR, Colombo P. Fatores de risco associados à obesidade e

- sobrepeso em crianças em idade escolar. [Risk factors associated with obesity and overweight in school children.]. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):73–78
- Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. *J Sch Health.* 2002; 72(10):413–421
- Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet.* 2001; 357(9255):505–508
- Martin KS, Ferris AM. Food insecurity and gender are risk factors for obesity. *J Nutr Educ Behav.* 2007; 39(1):31–36
- McCrory MA, Fuss PJ, Hays NP, Vinken AG, Greenberg AS, Roberts SB. Overeating in America: association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19 to 80. *Obes Res.* 1999; 7(6):564–571
- Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007; 10(3):336–341
- Mushtaq MU, Gull S, Mushtaq K, Shahid U, Shad MA, Akram J. Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8(1):130
- National Association for Sport and Physical Education. *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines for Children Ages 5 to 12.* 2nd ed. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education; 2004
- Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med.* 2007; 33(5):359–369
- Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and

child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes.* 2008; 32(2):201–210

Padez C, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatr.* 2005; 94(11):1550–1557

Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005; 365 (9453):36–42

Poterico JA, Bernabé-Ortiz A, Loret de Mola C, Miranda JJ. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. [Association between television viewing and obesity in Peruvian women.]. *Rev Saude Publica.* 2012; 46(4):610–616

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ.* 2005; 330(7504):1357

Rideout VJ, Vandewater VJ, Wartella EA. Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers, and Preschoolers. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 2003

Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1999; 282(16):1561–1567

da Rosa MI, da Silva FdeM, Girolodi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. [The prevalence and factors associated with obesity in women attended at First Aid Units of the Unified Health System in southern Brazil.]. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(5):2559–2566

Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Obesity. *N Engl J Med.* 1997; 337(6):396–407

Shan X-Y, Xi B, Cheng H, Hou D-Q, Wang Y, Mi J. Prevalence and behavioral risk factors of overweight and obesity among children aged 2–18 in Beijing, China. *Int J Pediatr Obes.* 2010; 5(5):383–389

- Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS, Stallings VA. Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77(6):1374–1378
- Stettler N, Stallings VA, Troxel AB, et al. Weight gain in the first week of life and overweight in adulthood: a cohort study of European American subjects fed infant formula. *Circulation.* 2005; 111(15):1897–1903
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005; 146(6):732–737
- Thibault H, Contrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition.* 2010; 26(2):192–200
- Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, et al. Food purchased away from home as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004; 28(2):282–289
- Tordoff MG, Alleva AM. Effect of drinking soda sweetened with aspartame or high-fructose corn syrup on food intake and body weight. *Am J Clin Nutr.* 1990; 51(6): 963–969
- US Department of Health & Human Services & US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005
- US Department of Health & Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 2001
- Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997; 337(13):869– 873
- Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. American Heart Association. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young,

American Heart Association. Circulation. 2002; 106(1):143–160

2.2 Classe 2: Digestão

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

2.3 Classe 3: Absorção

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

2.4 Classe 4: Metabolismo

2.4.1 Risco de função hepática prejudicada

AASLD Practice Guideline. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C. Alexandria, VA: American Association for the Study of Liver Diseases; 2004

Fontana RJ, Lok SF. Noninvasive monitoring of patients with chronic hepatitis C. Hepatology. 2002; 36(5) Suppl. 1:S57–S64

Hoofnagle J. Course and outcome of hepatitis C. Hepatology. 2002; 36(5) Suppl. 1: S21–S29

Laboratory Medicine Practice Guidelines. Laboratory guidelines for screening, diagnosis and monitoring of hepatic injury. Washington DC: National Academy of Clinical Biochemistry; 2000

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Chronic hepatitis C: Current disease management. Washington DC: US Department of Health and Human Services; 2003

Palmer M. Hepatitis Liver Disease: What you need to know. Garden City Park, NY. Avery Publishing Group. 2000; 23:26–31

2.4.2 Risco de glicemia instável

American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2005; 29:S1–S36

Bierschbach JL, Cooper L, Liedl JA. Insulin pumps: what every school nurse needs to know. *J Sch Nurs.* 2004; 20(2):117–123

US Department of Health & Human Services. Helping the student with diabetes succeed: A guide for school personnel. Retrieved from <http://ndep.nih.gov/resources/school.htm>; 2003

2.4.3 Hiperbilirrubinemia neonatal

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics.* 2004; 114(1):297–316

Beachy JM. Investigating jaundice in the newborn. *Neonatal Netw.* 2007; 26(5):327–333

Bhutani VK, Johnson LH, Schwoebel A, Gennaro S. A systems approach for neonatal hyperbilirubinemia in term and near-term newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006; 35(4):444–455

Blackburn S. Hyperbilirubinemia and neonatal jaundice. *Neonatal Netw.* 1995; 14(7): 15–25

Boyd S. Treatment of physiological and pathological neonatal jaundice. *Nurs Times.* 2004; 100(13):40–43

Cohen SM. Jaundice in the full-term newborn. *Pediatr Nurs.* 2006; 32(3):202–208

Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(2):389–399

Hillman N. Hyperbilirubinemia in the late preterm infant. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2007; 7(2):91–94

Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. *Am Fam Physician.* 2002; 65(4):599–606, 613–614

2.4.4 Risco de hiperbilirrubinemia neonatal

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia.

- Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004; 114(1):297–316
- Beachy JM. Investigating jaundice in the newborn. *Neonatal Netw*. 2007; 26(5):327–333
- Bhutani VK, Johnson LH, Schwoebel A, Gennaro S. A systems approach for neonatal hyperbilirubinemia in term and near-term newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(4):444–455
- Blackburn S. Hyperbilirubinemia and neonatal jaundice. *Neonatal Netw*. 1995; 14(7): 15–25
- Boyd S. Treatment of physiological and pathological neonatal jaundice. *Nurs Times*. 2004; 100(13):40–43
- Cohen SM. Jaundice in the full-term newborn. *Pediatr Nurs*. 2006; 32(3):202–208
- Gartner LM, Herschel M. Jaundice and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48(2):389–399
- Hillman N. Hyperbilirubinemia in the late preterm infant. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2007; 7(2):91–94
- Porter ML, Dennis BL. Hyperbilirubinemia in the term newborn. *Am Fam Physician*. 2002; 65(4):599–606, 613–614

2.4.5 Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

- Aschbacher K, Kornfeld S, Picard M, et al. Chronic stress increases vulnerability to diet-related abdominal fat, oxidative stress, and metabolic risk. *Psychoneuroendocrinology*. 2014; 46:14–22
- Babio N, Bulló M, Salas-Salvadó J. Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence. *Public Health Nutr*. 2009; 12 9A:1607–1617
- Bergman M, Chetrit A, Roth J, Dankner R. Dysglycemia and long-term mortality: observations from the Israel study of glucose intolerance, obesity and hypertension. *Diabetes Metab Res Rev*. 2015; 31(4):368–375

- Cheung BM, Li C. Diabetes and hypertension: is there a common metabolic pathway?. *Curr Atheroscler Rep*. 2012; 14(2):160–166
- Citrome L. Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Psychopharmacol*. 2005; 19(6) Suppl:84–93
- Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2005; 365 (9468):1415–1428
- Fernández-Ruiz VE, Paniagua-Urbano JA, Solé-Agustí M, Ruiz-Sánchez A, Gómez-Marín J. [Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk in an urban area of Murcia]. *Nutr Hosp*. 2014; 30(5):1077–1083
- Fransson L, Dos Santos C, Wolbert P, Sjöholm A, Rafacho A, Ortsäter H. Liraglutide counteracts obesity and glucose intolerance in a mouse model of glucocorticoid-induced metabolic syndrome. *Diabetol Metab Syndr*. 2014; 6(1):3
- Grundy SM. Metabolic syndrome pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2008; 28 (4):629–636
- Guerra F, Mancinelli L, Buglioni A, et al. Microalbuminuria and left ventricular mass in overweight and obese hypertensive patients: role of the metabolic syndrome. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2011; 18(4):195–201
- Heiss G, Snyder ML, Teng Y, et al. Prevalence of metabolic syndrome among hispanics/latinos of diverse background: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Diabetes Care*. 2014; 37(8):2391–2399
- Hwang GY, Cho YJ, Chung RH, Kim SH. The relationship between smoking level and metabolic syndrome in male health check-up examinees over 40 years of age. *Korean J Fam Med*. 2014; 35(5):219–226
- Monti M, Monti A, Murdolo G, et al. Correlation between epicardial fat and cigarette smoking: CT imaging in patients with metabolic syndrome. *Scand Cardiovasc J*. 2014; 48(5):317–322
- Sales MF, Sôter MO, Candido AL, et al. Correlation between plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) promoter 4G/5G polymorphism and metabolic/proinflammatory factors in polycystic ovary syndrome. *Gynecol*

Endocrinol. 2013; 29(10):936–939

Sayon-Orea C, Martinez-Gonzalez MA, Gea A, Flores-Gomez E, Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M. Consumption of fried foods and risk of metabolic syndrome: the SUN cohort study. Clin Nutr. 2014; 33(3):545–549

Schaller N, Blume K, Hanssen H, et al. [Prevalence of the metabolic syndrome and its risk factors: results of a large work-site health assessment]. Dtsch Med Wochenschr. 2014; 139(45):2279–2284

Schmidt C, Bergström GM. The metabolic syndrome predicts cardiovascular events: results of a 13-year follow-up in initially healthy 58-year-old men. Metab Syndr Relat Disord. 2012; 10(6):394–399

van Vliet-Ostaptchouk JV, Nuotio ML, Slagter SN, et al. The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. BMC Endocr Disord. 2014; 14(1):9

Viazzi F, Garneri D, Leoncini G, et al. Serum uric acid and its relationship with metabolic syndrome and cardiovascular risk profile in patients with hypertension: insights from the I-DEMAND study. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2014; 24(8):921–927

Zhang MC, Li M, Mao JF, Yi LD. [Relationship between serum uric acid level and metabolic syndrome in Uygur children and adolescents with overweight or obesity]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2014; 16(9):878–882

2.5 Classe 5: Hidratação

2.5.1 Risco de desequilíbrio eletrolítico

Elgart HN. Assessment of fluids and electrolytes. AACN Clin Issues. 2004; 15(4):607–

Weglicki W, Quamme G, Tucker K, Haigney M, Resnick L. Potassium, magnesium, and electrolyte imbalance and complications in disease management. Clin Exp Hypertens. 2005; 27(1):95–112

2.5.2 Volume de líquidos deficiente

Nenhuma referência no momento.

2.5.3 Risco de volume de líquidos deficiente

Nenhuma referência no momento.

2.5.4 Volume de líquidos excessivo

Biolo A, Netto R, Dora JM, Polanczyk CA. Exame do sistema cardiovascular. In: Barros EJJ, Albuquerque GC, Pinheiro CTS, Czepielewski MA, eds. Exame clínico: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2005

Martins QCS, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Excess fluid volume: clinical validation in patients with decompensated heart failure. Rev Lat Am Enfermagem. 2011; 19(3): 540–547

Møller S, Dümcke CW, Krag A. The heart and the liver. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2009; 3(1):51–64

NANDA International. Nursing diagnoses: definition and classification 2009–2011, Oxford: Wiley-Blackwell; 2009

Pinheiro CTS, Czepielewski MA. Exame Clínico: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2005

Rabelo ER, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011

Martinez JAB, Padua AI, Terra Filho J. Dyspnea. Medicina, Ribeirão Preto, v. 2004;37,199–207

2.5.5 Risco de volume de líquidos desequilibrado

- Batts ED, Lazarus HM. Diagnosis and treatment of transplantation-associated thrombotic microangiopathy: real progress or are we still waiting?. *Bone Marrow Transplant*. 2007; 40(8):709–719
- Boctor FN. Red blood cell exchange transfusion as an adjunct treatment for severe pediatric falciparum malaria, using automated or manual procedures. *Pediatrics*. 2005; 116(4):e592–e595
- Burgstaler E. Current instrumentation for apheresis. In: McLeod B, Price T, Weinstein R, eds. *Apheresis: Principles and practice*. 2nd ed. Bethesda, MD: AABB Press; 2003
- Corbin F, Cullis HM, Freireich EJ, et al. Development of apheresis instrumentation. In: McLeod B, Price T, Weinstein R, eds. *Apheresis: Principles and practice*. 2nd ed. Bethesda, MD: AABB Press; 2003
- Crookston K, Simon T. Physiology of apheresis. In: McLeod B, Price T, Weinstein R, eds. *Apheresis: Principles and practice*. 2nd ed. Bethesda, MD: AABB Press; 2003
- Danielson CF. The role of red blood cell exchange transfusion in the treatment and prevention of complications of sickle cell disease. *Ther Apher*. 2002; 6(1):24–31
- Fortenberry JD, Paden ML. Extracorporeal therapies in the treatment of sepsis: experience and promise. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2006; 17(2):72–79
- Gambro BCT. *Spectra™ System Therapeutics Reference Book*. Denver: Gambro; 2005
- Hester J. Therapeutic cell depletion. In: McLeod B, Priceth D, eds. *Apheresis: Principles and practice*. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks; 1997:254–259
- Kim HC. Therapeutic pediatric apheresis. *J Clin Apher*. 2000; 15(1–2):129–157
- Metheny NM. *Fluid & Electrolyte Balance: Nursing considerations*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000

- Teruya J, Styler M, Verde S, Topolsky D, Crilley P. Questionable efficacy of plasma exchange for thrombotic thrombocytopenic purpura after bone marrow transplantation. *J Clin Apher.* 2001; 16(4):169–174
- Vucic S, Davies L. Safety of plasmapheresis in the treatment of neurological disease. *Aust N Z J Med.* 1998; 28(3):301–305
- Woloskie S, Armelagos H, Meade JM, Haas D. Leukodepletion for acute lymphocytic leukemia in a three-week-old infant. *J Clin Apher.* 2001; 16(1):31–32

3 Domínio 3: Eliminação e troca

3.1 Classe 1: Função urinária

3.1.1 Eliminação urinária prejudicada

- Engberg S, McDowell BJ, Donovan N, Brodak I, Weber E. Treatment of urinary incontinence in homebound older adults: interface between research and practice. *Ostomy Wound Manage.* 1997; 43(10):18–22, 24–26
- Fantl J, Newman D, Colling J. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management (clinical practice guideline No. 2). Rockville, MD: US Department of Health & Human Services; 1996
- Messick GM, Powe CE. Applying behavioral research to incontinence. *Ostomy Wound Manage.* 1997; 43(10):40–46, 48

3.1.2 Incontinência urinária de esforço

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology.* 2003; 61(1):37–49

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NIDDK). Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/ui-women/index.htm>; 2004

NIH consensus statements. Urinary incontinence in adults. Retrieved from http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988

Noble J, ed. Textbook of primary care medicine. 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Sampselle CM. State of the science on urinary incontinence: Behavioral interventions in young and middle-age women. *Am J Nurs.* 2003; 103(3):9-19

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St Louis, MO: Mosby; 2001

Walsh PC, ed. Campbell's urology. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2002

3.1.3 Incontinência urinária de urgência

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardization Sub-Committee of the International Continence Society, The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society. *Urology.* 2002; 61(1):37-49

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NIDDK). Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>; 2004

NIH consensus statements. Urinary incontinence in adults. Retrieved from

http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988

Noble J, ed. Textbook of primary care medicine, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Sampselle CM. State of the science on urinary incontinence: Behavioral interventions in young and middle-age women. *Am J Nurs.* 2003; 103(3):9–19

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St Louis, MO: Mosby; 2001

Walsh PC, ed. Campbell's urology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002

3.1.4 Risco de incontinência urinária de urgência

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. Standardization Sub-Committee of the International Continence Society, The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society. *Urology.* 2002; 61(1):37–49

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92–0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NIDDK). Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>.; 2004

NIH consensus statements. Urinary incontinence in adults. Retrieved from http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988

Noble J, ed. Textbook of primary care medicine, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

Sampselle CM. State of the science on urinary incontinence: Behavioral interventions in young and middle-age women. *Am J Nurs.* 2003; 103(3):9–19

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St Louis, MO: Mosby;

2001

Walsh PC, ed. Campbell's urology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002

3.1.5 Incontinência urinária funcional

Nenhuma referência no momento.

3.1.6 Incontinência urinária por transbordamento

Agency for Health Care Policy and Research. Clinical practice guideline: Urinary incontinence in adults. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, MD: AHCPR; 1992

National Institutes of Health. Urinary incontinence in adults. NIH consensus statement. Retrieved from http://consensus.nih.gov/cons/071/071_statement.htm; 1988

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Urinary incontinence in women. Retrieved from <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/uiwomen/index.htm>; 2004

Noble J, Ed. Textbook of primary care medicine, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001

Stenchever MA, ed. Comprehensive gynecology. St. Louis, MO: Mosby; 2001

Walsh PC, Ed. Campbell's urology, 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002

3.1.7 Incontinência urinária reflexa

Nenhuma referência no momento.

3.1.8 Retenção urinária

Nenhuma referência no momento.

3.2 Classe 2: Função gastrointestinal

3.2.1 Constipação

Nenhuma referência no momento.

3.2.2 Risco de constipação

Nenhuma referência no momento.

3.2.3 Constipação percebida

Nenhuma referência no momento.

3.2.4 Constipação funcional crônica

Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100 Suppl 1:S5–S21

Eoff JC. Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *J Manag Care Pharm*. 2008; 14(9) Suppl A:1–15

Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107(1):18–25, quiz 26

Gray JR. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol*. 2011; 25 Suppl B:7B–10B

Gu MM, Gonzalez CE, Todd KH. Emergent management of constipation in cancer patients. *Emerg Med*. 2011; 43(11):6–12

Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *Am Fam Physician*. 2011; 84(3):299–306

Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(4):436–451

Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997; 32(9):920–924

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1480–1491
- Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94(3):609–615
- Müller-Lissner S. The pathophysiology, diagnosis, and treatment of constipation. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106(25):424–431, quiz 431–432
- Noguera A, Centeno C, Librada S, Nabal M. Screening for constipation in palliative care patients. *J Palliat Med*. 2009; 12(10):915–920
- Rao SS, Meduri K. What is necessary to diagnose constipation?. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011; 25(1):127–140
- Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Clinical practice : diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr*. 2011; 170(8):955–963
- Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol Motil*. 2011; 23(8):697–710

3.2.5 Risco de constipação funcional crônica

- Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100 Suppl 1:S5–S21
- Eoff JC. Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *J Manag Care Pharm*. 2008; 14(9) Suppl A:1–15
- Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107(1):18–25, quiz 26
- Gray JR. What is chronic constipation? Definition and diagnosis. *Can J Gastroenterol*. 2011; 25 Suppl B:7B–10B

- Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *Am Fam Physician*. 2011; 84(3):299–306
- Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(4):436–451
- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997; 32(9):920–924
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5):1480–1491
- Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94(3):609–615
- Müller-Lissner S. The pathophysiology, diagnosis, and treatment of constipation. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106(25):424–431, quiz 431–432
- Noguera A, Centeno C, Librada S, Nabal M. Screening for constipation in palliative care patients. *J Palliat Med*. 2009; 12(10):915–920
- Rao SS, Meduri K. What is necessary to diagnose constipation?. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011; 25(1):127–140
- Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Clinical practice : diagnosis and treatment of functional constipation. *Eur J Pediatr*. 2011; 170(8):955–963
- Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol Motil*. 2011; 23(8):697–710

3.2.6 Diarreia

Nenhuma referência no momento.

3.2.7 Incontinência intestinal

Nenhuma referência no momento.

3.2.8 Motilidade gastrintestinal disfuncional

- Chial HJ, Camilleri M. Motility disorders of the stomach and small intestine. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, eds. *Current diagnosis & treatment in gastroenterology*. New York, NY: Lange Medical Books/McGraw Hill; 2003:355–367
- Holmes HN, Henry K, Bilotta K, Comerford K, Weinstock D, Eds. *Professional guide to signs & symptoms*, 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 112–118
- Kahrilas PJ. Esophageal motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. *Clinical gastroenterology and hepatology*. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005: 253–259
- Madsen D, Sebolt T, Cullen L, et al. Listening to bowel sounds: an evidence-based practice project: nurses find that a traditional practice isn't the best indicator of returning gastrointestinal motility in patients who've undergone abdominal surgery. *Am J Nurs*. 2005; 105(12):40–49, quiz 49–50
- Ouyang A, Locke GR, III. Overview of neurogastroenterology-gastrointestinal motility and functional GI disorders: classification, prevalence, and epidemiology. *Gastroenterol Clin North Am*. 2007; 36(3):485–498, vii
- Quigley EMM. Gastric motor and sensory function and motor disorders of the stomach. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger MH, eds. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease pathophysiology/diagnosis/management*. St Louis: Saunders Elsevier; 2006: 999–1028
- Tack J. Gastric motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. *Clinical gastroenterology and hepatology*. St Louis: Elsevier Mosby; 2005:261–266
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008 636–639

- Trinh C, Prabhakar K. Diarrheal diseases in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2007; 23(4): 833–856, vii
- Tursi A. Gastrointestinal motility disturbances in celiac disease. *J Clin Gastroenterol*. 2004; 38(8):642–645
- Watson RL. Gastrointestinal disorders. In: Verklan M.T, Walden M, eds. *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*, 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 2004: 654–683
- Wong D, Hockenberry MJ, Perry S, Lowdermilk D, Wilson D. *Maternal child nursing care*, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006:814–818, 859–860, 1531–1537

3.2.9 Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional

- Chial HJ, Camilleri M. Motility disorders of the stomach and small intestine. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, eds. *Current diagnosis & treatment in gastroenterology*. New York, NY: Lange Medical Books/McGraw Hill; 2003:355–367
- Holmes HN, Henry K, Bilotta K, Comerford K, Weinstock D, Eds. *Professional guide to signs & symptoms*, 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 112–118
- Kahrilas PJ. Esophageal motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. *Clinical gastroenterology and hepatology*. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005: 253–259
- Madsen D, Sebolt T, Cullen L, et al. Listening to bowel sounds: an evidence-based practice project: nurses find that a traditional practice isn't the best indicator of returning gastrointestinal motility in patients who've undergone abdominal surgery. *Am J Nurs*. 2005; 105(12):40–49, quiz 49–50
- Ouyang A, Locke GR, III. Overview of neurogastroenterology-gastrointestinal motility and functional GI disorders: classification, prevalence, and epidemiology. *Gastroenterol Clin North Am*. 2007; 36(3):485–498, vii

- Quigley EMM. Gastric motor and sensory function and motor disorders of the stomach. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Sleisenger MH, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease pathophysiology/diagnosis/management. St Louis: Saunders Elsevier; 2006: 999–1028
- Tack J. Gastric motility disorders. In: Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J, eds. Clinical gastroenterology and hepatology. St Louis: Elsevier Mosby; 2005:261–266
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of nursing the art and science of nursing care, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008 636– 639
- Trinh C, Prabhakar K. Diarrheal diseases in the elderly. Clin Geriatr Med. 2007; 23(4): 833–856, vii
- Tursi A. Gastrointestinal motility disturbances in celiac disease. J Clin Gastroenterol. 2004; 38(8):642–645
- Watson RL. Gastrointestinal disorders. In: Verklan M.T, Walden M, eds. Core curriculum for neonatal intensive care nursing, 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 2004: 654–683
- Wong D, Hockenberry MJ, Perry S, Lowdermilk D, Wilson D. Maternal child nursing care, 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006:814–818, 859–860, 1531–1537

3.3 Classe 3: Função tegumentar

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

3.4 Classe 4: Função respiratória

3.4.1 Troca de gases prejudicada

Nenhuma referência no momento.

4 Domínio 4: Atividade/repouso

4.1 Classe 1: Sono/repouso

4.1.1 Insônia

Attarian HP. Helping patients who say they cannot sleep. Practical ways to evaluate and treat insomnia. *Postgrad Med.* 2000; 107(3):127–130, 133–137, 140–142

Becker P, Dement W, Erman M, Glazer W. Poor Sleep: The impact on the health of our patients. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/475291_1; 2004

Buyse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989; 28(2):193–213

Cochran H. Diagnose and treat primary insomnia. *Nurse Pract.* 2003; 28(9):13–27, quiz 27–29

Doran CM. Prescribing mental health medication. New York, NY: Routledge; 2003

First MB, ed. Diagnostic and statistical manual – text revision (DSM-IV-TR, 2000). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000

Fogel J. Behavioral treatments for insomnia in primary care settings. *Advanced Practice. Nurs J (Manila).* 2003; 3(4):1–8

Hoffman S. Sleep in the older adult: implications for nurses (CE). *Geriatr Nurs.* 2003; 24(4):210–214, quiz 215–216

Krahn LE. Sleep disorders. *Semin Neurol.* 2003; 23(3):307–314

Linton S, Bryngelsson I. Insomnia and its relationship to work and health in a working age population. *J Occup Rehabil.* 2000; 10(2):169–183

Lippmann S, Mazour I, Shahab H. Insomnia: therapeutic approach. *South Med J.* 2001; 94(9):866–873

McCall V, Rakel R. A practical guide to insomnia. Minneapolis, MN: McGraw-Hill Co., Inc; 1999

Mahowald MW. What is causing excessive daytime sleepiness? Evaluation to distinguish sleep deprivation from sleep disorders. Postgrad Med. 2000; 107(3):108–110, 115–118, 123

Medscape. Understanding sleep problems – the basics. Retrieved from <http://www.medscape.com>; 2004

Merriam-Webster Online. Insomnia. Retrieved from <http://www.m-w.com/cgi-bin/dictionary?book=Dictionary&va=insomnia>; 2004

Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. Lancet. 2004; 364(9449):1959–1973

Simon R. Diagnosis of insomnia: A primary care perspective. Family Practice Recertification. 1999; 21(10):12–19

Sleep Health. Ineffective activity planning. Are you resting easy?. Nursing. 2004; 34(4): 74

Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry. 2002; 159(1):5–11

Walsh J. Insomnia: Prevalence and clinical and public health considerations. Family Practice Recertification. 1999; 21(10):4–11

4.1.2 Distúrbio no padrão de sono

Nenhuma referência no momento.

4.1.3 Privação de sono

Nenhuma referência no momento.

4.1.4 Disposição para sono melhorado

Nenhuma referência no momento.

4.2 Classe 2: Atividade/exercício

4.2.1 Capacidade de transferência prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.2 Deambulação prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.3 Levantar-se prejudicado

Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Verlag Hans Huber; 2003

Flanagan J, Jones D. High-frequency nursing diagnoses following same-day knee arthroscopy. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(2):89–95

Heering C. Impaired sitting and impaired standing – two new nursing diagnoses. Paper presented at the AENTDE/NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010

Heering C. Prevalent nursing needs and corresponding interventions of elderly patients in a post-acute geriatric hospital. Paper presented at the AENTDE/ NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010

Kool J., Meichtry A., Schaffert R., Rüesch P. Entwicklung eines Patienten klassifikations systems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften; 2008

Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard-Ruedin H. Maladies chroniques et dependance fonctionelle des personnes âgées. Document de travail N. 25. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007

4.2.4 Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141

Goldstein S. The biology of aging: looking to defuse the genetic time bomb. *Geriatrics*. 1993; 48(9):76–82

Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32

Ourania M, Yvoni H, Christos K, Ionannis T. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. *J Gerontol Nurs*. 2003; 29(7):50–55

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.5 Mobilidade física prejudicada

Armendaris MK, Azzolin KO, Alves FJMS, Ritter SG, Moraes MAP. Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(1):107–111

- Boztosun B, Günes Y, Yildiz A, et al. Early ambulation after diagnostic heart catheterization. *Angiology*. 2007; 58(6):743–746
- Doyle BJ, Konz BA, Lennon RJ, Bresnahan JF, Rihal CS, Ting HH. Ambulation 1 hour after diagnostic cardiac catheterization: a prospective study of 1009 procedures. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(12):1537–1540
- Paganin A, Rabelo ER. A clinical validation study of impaired physical mobility of patients submitted to cardiac catheterization. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):159–162

4.2.6 Mobilidade no leito prejudicada

- Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*. 2004; 50(3):135–141
- Goldstein S. The biology of aging: looking to defuse the genetic time bomb. *Geriatrics*. 1993; 48(9):76–82
- Lewis CL, Moutoux M, Slaughter M, Bailey SP. Characteristics of individuals who fell while receiving home health services. *Phys Ther*. 2004; 84(1):23–32
- Ourania M, Yvoni H, Christos K, Ionannis T. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. *J Gerontol Nurs*. 2003; 29(7):50–55
- Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunction in elderly persons. *JAMA*. 1988; 259(8):1190–1193

4.2.7 Sentar-se prejudicado

- Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Verlag Hans Huber; 2003
- Flanagan J, Jones D. High-frequency nursing diagnoses following same-day knee arthroscopy. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(2):89–95
- Heering C. Impaired sitting and impaired standing – two new nursing

diagnoses. Paper presented at the AENTDE/NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010

Heering C. Prevalent nursing needs and corresponding interventions of elderly patients in a post-acute geriatric hospital. Paper presented at the AENTDE/ NANDA International Congress, Madrid, Spain; 2010

Kool J., Meichtry A., Schaffert R., Rüesch P. Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems (PCS) für die Rehabilitation in der Schweiz. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften; 2008

Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard-Ruedin H. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Document de travail N. 25. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007

4.2.8 Risco de síndrome do desuso

Nenhuma referência no momento.

4.3 Classe 3: Equilíbrio de energia

4.3.1 Campo de energia desequilibrado

Brekke M, Schultz E. Energy theories: Modeling and role-modeling. In: Erickson H, ed. Modeling and Role-Modeling: A view from the client's world. Cedar Park, Texas: Unicorns Unlimited; 2006:33–67

Butcher H, Frisch N, Shields D, Fuller A, Resnicoff M. Imbalanced human energy field: development, revision and conceptualization of a NANDA-I nursing diagnosis within Rogers' Science of Unitary Human Beings. In: Sheerin F, Sermeus F, Ehrenburg A, eds. E-Health and Nursing, Knowledge for Patient Care, Proceedings of the 10th European Conference of the Association Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes. Dublin, Ireland: ACENDIO; 2015:36–8

Denner SS. The science of energy therapies and contemplative practice: a

- conceptual review and the application of zero balancing. *Holist Nurs Pract*. 2009; 23(6):315–334
- Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nurs Clin North Am*. 2007; 42(2): 139–163, v
- Eschiti V. Practice column. Journey into chaos: quantifying the human energy field. *Visions. The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2006; 14(1):50–57
- Frisch N., Butcher H, Campbell D, Weir-Hughes D. Holistic Nurses' Use of Energy-based Caring Modalities, manuscript under review, submitted to *Holistic Nursing Practice*. (full text available to DDC); 2015
- Frisch N, Butcher H. Campbell D, Weir-Hughes D. Validation of a NANDA-I diagnosis: Imbalanced energy field. Report of an unpublished study, submitted for presentation at the 2016 NANDA-I conference (full text available to DDC); 2015
- Frisch N, Fuller A, Resnicoff M, Shields D, Butcher H. Development of a revision/submission of a nursing diagnosis related to the concept of the human energy field. Unpublished White Paper prepared for the American Holistic Nurses' Association. Topeka, KS (full text to available to DDC); 2015
- Hardin S. Pattern of the field. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science* 2004:6–7
- Krieger D. Therapeutic touch as transpersonal healing. New York, NY: Lantern; 2002
- Leddy SK. Human energy: A conceptual model of unitary nursing science. *Visions. The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2004; 12(1):14–27
- Parse RR. Applications of Parse's Human Becoming school of thought. In: Parker M.A, ed. *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2006: 187–216
- Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 1970

- Rogers ME. Nursing science and art: a prospective. *Nurs Sci Q.* 1988; 1(3):99–102
- Rogers ME. Nursing science and the space age. *Nurs Sci Q.* 1992; 5(1):27–34
- Rogers ME. Nursing science evolves. In: Madrid M, Barrett EAM, eds. *Roger's scientific art of nursing practice*. New York, NY: National League for Nursing; 1994:3–9
- Shields D, Fuller A, Resnicoff M, Butcher H, Frisch N. Concept analysis of the term Human Energy Field as used within the discipline of nursing. Unpublished paper. (full text available to DDC)
- Todaro-Franceschi V. Clarifying the enigma of energy, philosophically speaking. *Nurs Sci Q.* 2008; 21(4):285–290
- Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: a transtheoretical discourse for nursing knowledge development. *J Adv Nurs.* 2002; 37(5): 452–461
- Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia, PA: FA Davis; 2005

4.3.2 Fadiga

Nenhuma referência no momento.

4.3.3 Perambulação

Nenhuma referência no momento.

4.4 Classe 4: Respostas cardiovasculares/pulmonares

4.4.1 Débito cardíaco diminuído

Nenhuma referência no momento.

4.4.2 Risco de débito cardíaco diminuído

- Barros ALBL, Gomes IM. Nursing diagnosis profile of patients admitted with acute myocardial infarction. *Acta Paul Enferm.* 2000;105–108
- Bianco AC, Timerman A, Paes AT, et al. Análise prospectiva de risco em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85(4): 254–261
- Bodson L, Bouferrache K, Vieillard-Baron A. Cardiac tamponade. *Curr Opin Crit Care.* 2011; 17(5):416–424
- Campos LA. Choque cardiogênico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Brasileira de Cardiologia.* 2001; 14:115–119
- Output C. Ever Wonder What Those Numbers Really Mean? Retrieved from <http://mededcon.com/card01.htm>.; 2010
- Chairperson AT, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, Galiè N, Pruszczyk Bassand JP. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2000; 21(16):1301–1336
- Cox LA Jr. Risk analysis: foundations, models and methods. Boston: Kluwer; 2002
- Creason NS, Camilleri DD, Kim MJ. Concept development in nursing diagnosis. In: Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing. Philadelphia PA: W. B. Saunders Company; 1993
- Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica (Tese de Mestrado da Escola de Enfermagem, USP). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil; 1989
- Dougherty CM. Reconceptualization of the nursing diagnosis decreased cardiac output. *Nurs Diagn.* 1997; 8(1):29–36
- Eillis MF. Low cardiac output following cardiac surgery: critical thinking steps. *Dimens Crit Care Nurs.* 1997; 16(1):48–55
- Griffin MJ, Hines RL. Management of perioperative ventricular dysfunction. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2001; 15(1):90–106

- Gun C, Piegas LS. Síndrome de baixo débito no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2001; 11(5):1023–1030
- Guyton AC, Jones CE, Coleman TG. *Circulatory Physiology: cardiac output and its regulation*. Philadelphia, PA: Saunders; 1963
- Headley JM, Von Rueden KT. The right ventricle: significant anatomy, physiology, and interventricular considerations. *J Cardiovasc Nurs*. 1991; 6(1):1–11
- Hochman JS, Boland J, Sleeper LA, et al. SHOCK Registry Investigators. Current spectrum of cardiogenic shock and effect of early revascularization on mortality. Results of an International Registry. *Circulation*. 1995; 91(3):873–881
- Hollenberg SM. Cardiogenic shock. *Crit Care Clin*. 2001; 17(2):391–410
- Hollenberg SM. Recognition and treatment of cardiogenic shock. *Semin Respir Crit Care Med*. 2004; 25(6):661–671
- Johnson DL. Postoperative low cardiac output in infancy. *Heart & Lung. J Crit Care*. 1983; 12(6):603–611
- Kaplan JA. Pathophysiology of the perioperative low output syndrome. *Eur J Anaesthesiol Suppl*. 1992; 5 Suppl.:3–6
- Kern L, Omery A. Decreased cardiac output in the critical care setting. *Nurs Diagn*. 1992; 3(3):94–106
- Kushwaha SS, Fallon JT, Fuster V. Restrictive cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 1997; 336(4):267–276
- Levick JR. Control of stroke volume and cardiac output. In: Levick JR, ed. *An introduction to cardiovascular physiology*. Oxford: Butterworth – Heinemann; 1995:76–103
- de Lima LR, Pereira SVM, Chianca TC. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco—contribuição de Orem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):285–290
- Maganti M, Badiwala M, Sheikh A, et al. Predictors of low cardiac output

- syndrome after isolated mitral valve surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010; 140(4):790–796
- Maillé JG. [Physiopathology of low cardiac outputs after ECC and their treatment]. *Ann Anesthesiol Fr.* 1977; 18(1):73–80
- Maria VRL. *Elaboração de diagnósticos de Enfermagem do paciente coronariano em estado crítico (Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem, USP).* São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997
- Martínez Martínez J, Irazola V, Nohara W, Alberto Sampó E. [Acute pulmonary thromboembolism with severe hemodynamic compromise. The efficacy of systemic thrombolytic treatment in the coronary unit]. *Rev Esp Cardiol.* 1994; 47(11):773– 776
- Massé L, Antonacci M. Low cardiac output syndrome: identification and management. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2005; 17(4):375–383, x
- Miyawaki H, Yamaguchi S. [Relationship between the location and size of myocardial infarction and pump failure–predictors of cardiogenic shock associated with acute myocardial infarction]. *Nihon Rinsho.* 2003; 61 Suppl 5:451–455
- Ramsay J. How much cardiac output is enough?. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2002; 16 (1):1–3
- Rao V, Ivanov J, Weisel RD, Ikonomidis JS, Christakis GT, David TE. Predictors of low cardiac output syndrome after coronary artery bypass. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 112(1):38–51
- Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs.* 1989; 14(4):330–335
- Settergren G, Anderson R, Rådegran K. How much cardiac output is enough?. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2002; 16(5):663
- Silva RCG, Cruz DALM. Identificação dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco em pacientes valvopatas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.* 2002; 2 Suppl. A:1–7

- Sunday R, Robinson LA, Bosek V. Low cardiac output complicating pericardiectomy for pericardial tamponade. *Ann Thorac Surg.* 1999; 67(1):228–231
- Stewart JM, Taneja I, Medow MS. Reduced central blood volume and cardiac output and increased vascular resistance during static handgrip exercise in postural tachycardia syndrome. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2007; 293(3):H1908–H1917
- Smith HM, Farrow SJ, Ackerman JD, Stubbs JR, Sprung J. Cardiac arrests associated with hyperkalemia during red blood cell transfusion: a case series. *Anesth Analg.* 2008; 106(4):1062–1069
- Suriano MLF. Identification of the most frequently nursing diagnoses in the perioperative period of patients undergoing cardiovascular surgery. *Acta Paul Enferm.* 2000; 13:99–104
- Tirilomis T, Coskun O, Schneider H, Ruschewsk W. Mechanical circulatory support for low cardiac output syndrome due to tachyarrhythmia after cardiac surgery in a newborn. *Heart Surg Forum.* 2009; 12(5):E308–E309
- Towbin JA, Bowles NE. The failing heart. *Nature.* 2002; 415(6868):227–233
- Volschan A. Choque obstrutivo. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de.* 2001; 14(2):67–69
- v Scheidt W. [Acute heart failure]. *MMW Fortschr Med.* 2004; 146(15):36–, 39–41
- Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1995
- Whitley GG. Concept analysis as foundational to nursing diagnosis research. *Nurs Diagn.* 1995; 6(2):91–92
- Richardson P, McKenna W, Bristow M, et al. World Health Organization & International Society and Federation of Cardiology. Task force: on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation.* 1996; 93(5):841–842
- Worthley LI. Shock: a review of pathophysiology and management. Part I.

Crit Care Resusc. 2000; 2(1):55–65

4.4.3 Padrão respiratório ineficaz

Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(6):1617–1626

Andrade LHSG, Gorensteins C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiquiatr Clin (Santiago)*. 1998; 25(6):285–290

Andrade LT. Validação das Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico de mobilidade física prejudicada em lesados medulares. Master's dissertation, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; 2007

Argimon IIL, Bica M, Timm LM, Vivan A. Funções executivas e a avaliação de flexibilidade de pensamento em idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*; 2006: 35–42

Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1989

Barros ALBL. Anamnese e exame físico. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2006

Bickley LSB. Propedêutica Médica. 7th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

Cafer CR, Barros ALBL, Lucena AF, Mahl MLS, Michel JLM. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenção para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(4):347–353

Cavalcante AMRZ. Nursing intervention of “ineffective breathing pattern” in elderly people. Dissertation, Faculty of Nursing/UFG, Goiânia; 2009

Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(1):79–82

Corrêa CG. Dor: Validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. São Paulo, Brazil : Dissertation, Universidade de;1997

- Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patologia estrutural e funcional. 6th ed. [Robbins Pathologic Basis of Disease, 6th Ed.] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000
- Dellaroza MS, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saude Publica. 2007; 23(5):1151–1160
- D'Ottaviano EJ. Sistema nervoso e 3a idade. Revista Argumento. 2001; III(5):29–46
- Dourado VZ, Tanni SE, Vale AS, Faganello MM, Sanchez FF, Godoy I. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol. 2006; 32(2): 161–171
- Ferrantin AC, Borges CF, Morelli JGS, Rebelatto JR. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. Braz J Phys Ther. 2005; 6(5):372–375
- Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002
- Gardner WN. The pathophysiology of hyperventilation disorders. Chest Journal. 1996; 109(2):516–534
- Gonçalves MP. Influência de um programa de treinamento muscular respiratório no desempenho cognitivo e na qualidade de vida do idoso. Thesis, Universidade de Brasília, Brazil; 2007
- Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002
- Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem. Uma abordagem holística. 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997
- Kauffman TL. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001
- Kim MJ, Larson J. Ineffective airway clearance and ineffective breathing patterns: Theoretical and research base for nursing diagnosis. Nurs Clin

North Am. 1987; 22(1): 12–34

Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2004; 13(4):229–238

Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros NTL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2000; 8(4):21–32

Paiva KCA, Beppu OS. Posição prona. *J Bras Pneumol*. 2005; 31(4):332–340

Paulin E, Brunetto AF, Carvalho CRF. Efeitos de programa de exercícios físicos direcionado ao aumento da mobilidade torácica em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal de Pneumologia*. 2003; 29(5):287–294

Pereira ALS. Construção de um protocolo de tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada. Dissertation, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro; 2005

Porto CC. *Semiologia Médica*. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

Rasslan Z, Junior RS, Stirbulov R, Fabbri RMA, Lima CAC. Avaliação da função pulmonar na obesidade graus I e II. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(6):508–514

Rigatto AM, Alvez SCC, Gonçalves CB, Firmo JF, Provin LM. Performance ventilatória na obesidade. *Saúde em Revista*. 2005; 7(17):57–62

Scanlan CL, Wilkins RL, Stoller JK. *Fundamentos da terapia respiratória de Egan*. 7th ed. São Paulo: Manole; 2000

Silva G.A. Síndrome obesidade-hipoventilação alveolar. *Medicina, Ribeirão Preto* 2006;39(2), 195–204

Simpson H. Respiratory assessment. *Br J Nurs*. 2006; 15(9):484–488

Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

4.4.4 Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída

Alzamora MT, Baena-Díez JM, Sorribes M, et al. PERART study. Peripheral Arterial Disease study (PERART): prevalence and predictive values of asymptomatic peripheral arterial occlusive disease related to cardiovascular morbidity and mortality. BMC Public Health. 2007; 7:348

Dogan A, Ozgul M, Ozaydin M, Aslan SM, Gedikli O, Altinbas A. Effect of clopidogrel plus aspirin on tissue perfusion and coronary flow in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: a new reperfusion strategy. Am Heart J. 2005; 149(6): 1037–1042

Hung J, Knuiman MW, Divitini ML, Davis T, Beilby JP. Prevalence and risk factor correlates of elevated C-reactive protein in an adult Australian population. Am J Cardiol. 2008; 101(2):193–198

O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001

Sharma S. Pulmonary embolism. eMedicine. Retrieved from <http://www.emedicine.com/med/TOPIC1958.HTM>.; 2006

Steen H, Lehrke S, Wiegand UKH, et al. Very early cardiac magnetic resonance imaging for quantification of myocardial tissue perfusion in patients receiving tirofiban before percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. Am Heart J. 2005; 149(3):564

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis, MO: Mosby, 2001

4.4.5 Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz

Asante-Siaw J, Tyrrell J, Hoschtitzky A. Does the use of a centrifugal pump offer any additional benefit for patients having open heart surgery? Best BETS. Record (Washington). 2006; 01148

Barnard J, Musleh G, Bitta M. In aortic arch surgery is there any benefit in using antegrade cerebral perfusion or retrograde cerebral perfusion as an

adjunct to hypothermic circulatory arrest? BestBETS. Record (Washington). 2004; 00690

O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001

Sharma M, Clark H, Armour T, et al. Evidence Report/Technology Assessment, Acute stroke: Evaluation and treatment. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005; 127:1–7

Swearingen PL, Hicks Keen J, Eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis, MO: Mosby, 2001

4.4.6 Perfusão tissular periférica ineficaz

Cournot M, Boccalon H, Cambou JP, et al. Accuracy of the screening physical examination to identify subclinical atherosclerosis and peripheral arterial disease in asymptomatic subjects. J Vasc Surg. 2007; 46(6):1215–1221

Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(9):969–982

Khan NA, Rahim SA, Anand SS, Simel DL, Panju A. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease?. JAMA. 2006; 295(5):536–546

Kruidenier LM, Nicolai SPA, Willigendael EM, de Bie RA, Prins MH, Teijink JAW. Functional claudication distance: a reliable and valid measurement to assess functional limitation in patients with intermittent claudication. BMC Cardiovasc Disord. 2009; 9(9):9

Lewis CD. Peripheral arterial disease of the lower extremity. J Cardiovasc Nurs. 2001; 15(4):45–63, quiz 96–97

Lopez Rowe V. Peripheral arterial occlusive disease. Retrieved from <http://www.emedicine.com/med/topic391.htm>; 2005

Maffei FHA, Lastoria S, Yoshida WB, Rollo HA. 2002

McDermott MM, Ades PA, Dyer A, Guralnik JM, Kibbe M, Criqui MH. Corridor-based functional performance measures correlate better with physical activity during daily life than treadmill measures in persons with peripheral arterial disease. *J Vasc Surg.* 2008; 48(5):1231–1237, 1237.e1

O'Donnell JM, N'acul F, eds. *Surgical intensive care medicine*. Boston: Kluwer Academic; 2001

Silva RCG. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: perfusão tissular periférica ineficaz em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica sintomática. [Validation of defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective peripheral tissue perfusion in patients with peripheral arterial disease in the lower limbs.] Doctoral dissertation. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina 2010:191

Gengo de Silva RdeC, Monteiro da Cruz DdeA, Bortolotto LA, et al. Ineffective peripheral tissue perfusion: Clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006; 17(2):97–107

Stephens E. Peripheral vascular disease. *eMedicine*. Retrieved from <http://www.emedicine.com/emerg/topic862.htm>.; 2005

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management*. 4th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

4.4.7 Risco de perfusão tissular periférica ineficaz

Cournot M, Boccalon H, Cambou JP, et al. Accuracy of the screening physical examination to identify subclinical atherosclerosis and peripheral arterial disease in asymptomatic subjects. *J Vasc Surg.* 2007; 46(6):1215–1221

Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 2007;

60(9):969–982

- Khan NA, Rahim SA, Anand SS, Simel DL, Panju A. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease?. JAMA. 2006; 295(5):536–546
- Kruidenier LM, Nicolai SPA, Willigendael EM, de Bie RA, Prins MH, Teijink JAW. Functional claudication distance: a reliable and valid measurement to assess functional limitation in patients with intermittent claudication. BMC Cardiovasc Disord. 2009; 9(9):9
- Lewis CD. Peripheral arterial disease of the lower extremity. J Cardiovasc Nurs. 2001; 15(4):45–63, quiz 96–97
- Lopez Rowe V. Peripheral arterial occlusive disease. Retrieved from <http://www.emedicine.com/med/topic391.htm>; 2005
- Maffei FHA, Lastoria S, Yoshida WB, Rollo HA, eds. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Medsi; 2002
- McDermott MM, Ades PA, Dyer A, Guralnik JM, Kibbe M, Criqui MH. Corridor-based functional performance measures correlate better with physical activity during daily life than treadmill measures in persons with peripheral arterial disease. J Vasc Surg. 2008; 48(5):1231–1237, 1237.e1
- O'Donnell JM, N'acul F, eds. Surgical intensive care medicine. Boston: Kluwer Academic; 2001
- Silva RCG. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem: perfusão tissular periférica ineficaz em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica sintomática. [Validation of defining characteristics of the nursing diagnosis ineffective peripheral tissue perfusion in patients with peripheral arterial disease in the lower limbs.] Doctoral dissertation. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina 2010:191
- Gengo de Silva RdeC, Monteiro da Cruz DdeA, Bortolotto LA, et al. Ineffective peripheral tissue perfusion: Clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. Int J Nurs Terminol Classif. 2006; 17(2):97–107

Stephens E. Peripheral vascular disease. eMedicine. Retrieved from <http://www.emedicine.com/emerg/topic862.htm>.; 2005

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management. 4th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001

4.4.8 Risco de pressão arterial instável

Blum K. Heart failure: Management of acute decompensation of heart failure. In: Morton PG, Fontaine DK, eds. Critical care nursing: a holistic approach. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013:404–407

Bradley EG. Nursing management: Hypertension (Chapter 33). In: Lewis S. L., Dirksen S. R., Heitkemper M. M., Bucher L., Camera I. M, eds. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 8th ed. US: Elsevier Mosby; 2011

Bucher L. Nursing management: Dysrhythmias (Chapter 36). In: Lewis S. L., Dirksen S. R., Heitkemper M. M., Bucher L., Camera I. M, eds. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 8th ed. USA: Elsevier Mosby; 2011

Burnier M, Wuerzner G, Struijker-Boudier H, Urquhart J. Measuring, analyzing, and managing drug adherence in resistant hypertension. Hypertension. 2013; 62(2):218–225

Chatterjee NA, Fifer M. Heart Failure. In: Lilly L, ed. Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 224–242

Freeman R, Chapleau MW. Testing the autonomic nervous system. Handb Clin Neurol. 2013; 115:115–136

Frith J, Reeve P, Newton JL. Length of time required to achieve a stable baseline blood pressure in the diagnosis of orthostatic hypotension. J Am Geriatr Soc. 2013; 61(8): 1414–1415

Grossman E, Messerli FH. Rare and unusual forms of hypertension (Chapter

- 12). In: Black H. R, Elliot W. J, eds. Hypertension: A companion to Braunwald's heart disease. 2nd ed. China: Elsevier-Saunders; 2013
- Haarman EG, Vermeulen RJ, van Furth AM, Verbeke JI, Plötz FB. Cushing's triad in pneumococcal meningitis due to brainstem ischemia: early detection by diffusion- weighted MRI. *Pediatr Neurol*. 2008; 38(4):276–278
- Knapp JM. Hyperosmolar therapy in the treatment of severe head injury in children: mannitol and hypertonic saline. *AACN Clin Issues*. 2005; 16(2):199–211
- Lee C, Williams G, Lilly L. Hypertension. In: Lilly L, ed. Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011
- Lindop GBM, McPhaden AR, Dargie HJ. The cardiovascular system: Shock. In: Levison D.A., Reid R., Burt A.D., Harrison D.J., Fleming S, eds. *Muir's textbook of pathophysiology* (14th ed.). London, UK: Edward Arnold Publishers; 2008: 128–131
- Morton PG, Reck K, Hamel J, Walther AS, Von Rueden KT, Headly JM. Patient assessment: Cardiovascular system. In Morton, P.G. & Fontaine, D.K, eds. *Critical care nursing: a holistic approach*. 10th ed. Philadelphia,PA :Lippincott Williams & Wilkins; 2013: 267–269
- Rhee J-W, Sabatine M, Lilly L. Acute coronary syndromes: Cardiogenic shock. In Lilly, L. (ed.) *Pathophysiology of heart disease: a collaborative project of medical students and faculty*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins: 2011: 185–186
- Saccò M, Meschi M, Regolisti G, et al. The relationship between blood pressure and pain. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013; 15(8):600–605
- Sue CC, Apple S. Common cardiovascular disorders: Hypertensive crisis. In: Morton P. G, Fontaine D.K, eds. *Critical care nursing: a holistic approach*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013: 387388
- Van Buren PN, Toto RD. The pathogenesis and management of hypertension in diabetic kidney disease. *Med Clin North Am*. 2013; 97(1):31–51

Wynne AL, Woo TM, Olyaei AJ. Drugs affecting the cardiovascular and renal systems (Chapter 16). In Pharmacotherapeutics for nurse practitioner prescribers. 2nd ed. F. A. Davis: USA;2007:243–308

4.4.9 Resposta disfuncional ao desmame ventilatório

Nenhuma referência no momento.

4.4.10 Intolerância à atividade

Nenhuma referência no momento.

4.4.11 Risco de intolerância à atividade

Nenhuma referência no momento.

4.4.12 Ventilação espontânea prejudicada

Nenhuma referência no momento.

4.5 Classe 5: Autocuidado

4.5.1 Déficit no autocuidado para alimentação

Nenhuma referência no momento.

4.5.2 Déficit no autocuidado para banho

Nenhuma referência no momento.

4.5.3 Déficit no autocuidado para higiene íntima

Nenhuma referência no momento.

4.5.4 Déficit no autocuidado para vestir-se

Nenhuma referência no momento.

4.5.5 Disposição para melhora do autocuidado

- Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002; 31(3):161–172
- Backscheider JE. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *Am J Public Health*. 1974; 64(12):1138–1146
- Becker G, Gates RJ, Newsom E. Self-care among chronically ill African Americans: culture, health disparities, and health insurance status. *Am J Public Health*. 2004; 94 (12):2066–2073
- Biggs AJ. Family caregiver versus nursing assessments of elderly self-care abilities. *J Gerontol Nurs*. 1990; 16(8):11–16
- Conn V. Self-care actions taken by older adults for influenza and colds. *Nurs Res*. 1991; 40(3):176–181
- Dashiff C, Bartolucci A, Wallander J, Abdullatif H. The relationship of family structure, maternal employment, and family conflict with self-care adherence of adolescents with Type 1 diabetes. *Fam Syst Health*. 2005; 23(1):66–79
- Harris JL, Williams LK. Universal self-care requisites as identified by homeless elderly men. *J Gerontol Nurs*. 1991; 17(6):39–43
- Hartweg DL. Self-care actions of healthy middle-aged women to promote well-being. *Nurs Res*. 1993; 42(4):221–227
- Moore JB, Beckwitt AE. Children with cancer and their parents: self-care and dependent-care practices. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2004; 27(1):1–17
- Oliver M. Reaching positive outcomes by assessing and teaching patients self-efficacy. *Home Healthc Nurse*. 2005; 23(9):559–562
- Orem DE. *Nursing: Concepts and practice*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001
- Richardson A, Ream EK. Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *Int J Nurs Stud*. 1997; 34(1):35–43

Smits MW, Kee CC. Correlates of self-care among the independent elderly: self-concept affects well-being. *J Gerontol Nurs.* 1992; 18(9):13–18

Weston-Eborn R, Sitzman K. Home care and the adult learner. *Home Healthc Nurse.* 2004; 22(8):522–523

4.5.6 Autonegligência

Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(10):1724–1730

Adams J, Johnson J. Nurses' perceptions of gross self-neglect amongst older people living in the community. *J Clin Nurs.* 1998; 7(6):547–552

Nabi AA, Nabi W. Coexisting diogenes and capgras syndromes. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2001; 5(1):75–76

Barocka A, Seehuber D, Schone D. [Messy house syndrome]. *MMW Fortschr Med.* 2004; 146(45):36–39

Blondell RD. Alcohol abuse and self-neglect in the elderly. *J Elder Abuse Negl.* 1999; 11(2):55–75

Bozinovski SD. Older self-neglecters: Interpersonal problems and the maintenance of self-continuity. *J Elder Abuse Negl.* 2000; 12(1):37–56

Branch L. The epidemiology of elder abuse and neglect. *The Public Policy and Aging Report.* 2002; 12(2):19–22

Chang BL, Uman GC, Hirsch M. Predictive power of clinical indicators for self-care deficit. *Nurs Diagn.* 1998; 9(2):71–82

Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet.* 1975; 1(7903):366–368

Daly JM, Jogerst G. Statute definitions of elder abuse. *J Elder Abuse Negl.* 2001; 13(4): 39–57

Drummond LM, Turner J, Reid S. Diogenes' syndrome: A load of old rubbish?. *Ir J Psychol Med.* 1997; 14(3):99–102

- Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(2):205–208
- Esposito D, Rouillon F, Limosin F. Diogenes syndrome in a pair of siblings. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(8):571–572
- Finkel SI. Cognitive screening in the primary care setting. The role of physicians at the first point of entry. *Geriatrics.* 2003; 58(6):43–44
- Gee A, Jones JS, Brown MD. Self-neglect in the elderly: Emergency department assessment and crisis intervention. *Ann Emerg Med.* 1998; 32 30, suppl, Part 2:S42
- Gibbons S. Characteristics and behaviors of self-neglect in community-dwelling older adults. Catholic University of America; 2007
- Gibbons S, Lauder W, Ludwick R. Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006; 17(1):10–18
- Greve KW, Curtis KL, Bianchini KJ, Collins BT. Personality disorder masquerading as dementia: a case of apparent Diogenes syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004; 19 (7):703–705
- Gruman CA, Stern AS, Caro FG. Self-neglect among the elderly: A distinct phenomenon. *J Ment Health Aging.* 1997; 3(3):309–323
- Gunstone S. Risk assessment and management of patients with self-neglect: a ‘grey area’ for mental health workers. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003; 10(3):287–296
- Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet.* 2000; 355(9207):882–886
- Jackson GA. Diogenes syndrome: How should we manage it?. *J Ment Health.* 1997; 6 (2):113–116
- Jürgens A. [“Refuse hoarding syndrome”]. *Psychiatr Prax.* 2000; 27(1):42–46
- Lachs MS, Williams CS, O’Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist.* 2002; 42(6):734–739

- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998; 280(5):428–432
- Lauder W. The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. *J Adv Nurs*. 2001; 34(4):545–551
- Lauder W. A survey of self-neglect in patients living in the community. *J Clin Nurs*. 1999a; 8(1):95–102
- Lauder W. Constructions of self-neglect: a multiple case study design. *Nurs Inq*. 1999b; 6(1):48–57
- Lauder W, Anderson I, Barclay A. Guidelines for good practice in self-neglect. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005; 12(2):192–198
- Lauder W., Anderson I., Barclay A. Housing and self-neglect: Clients' and carers' perspectives. Report to the Economic and Social Research Council. Award No. R000223387; 2002
- Lauder W, Scott PA, Whyte A. Nurses' judgements of self-neglect: a factorial survey. *Int J Nurs Stud*. 2001; 38(5):601–608
- Longres JF. Self-neglect among the elderly. *J Elder Abuse Negl*. 1995; 7(1):69–86
- Macmillan D, Shaw P. Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *BMJ*. 1966; 2(5521):1032–1037
- National Center on Elder Abuse. National Elder Abuse Incidence Study. Washington, DC: The Administration for Children and Families and the Administration on Aging, US Department of Health and Human Services; 1998
- O'Brien JG, Thibault JM, Turner LC, Laird-Fick HS. Self-neglect: an overview. *J Elder Abuse Negl*. 1999; 11(2):1–19
- Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. St. Louis, MO: Mosby-Yearbook, Inc; 1995
- Orrell MW, Sahakian BJ, Bergmann K. Self-neglect and frontal lobe dysfunction. *Br J Psychiatry*. 1989; 155:101–105

- Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Bitondo Dyer C. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults—analysis of a statewide database. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49 (1):45–48
- Radebaugh TS, Hooper FJ, Gruenberg EM. The Social Breakdown syndrome in the elderly population living in the community: the Helping Study. *Br J Psychiatry.* 1987; 151:341–346
- Rathbone-McCuan E, Bricker-Jenkins M. A general framework for elder self-neglect. In: Rathbone-McCuan E, Fabian DR, eds. *Self-neglecting elders: A clinical dilemma.* Westport, CT: Auburn House; 1992
- Reifler BV. Diogenes syndrome: of omelettes and souffles. *J Am Geriatr Soc.* 1996; 44 (12):1484–1485
- Reyes-Ortiz CA. Diogenes syndrome: the self-neglect elderly. *Compr Ther.* 2001; 27 (2):117–121
- Roby JL, Sullivan R. Adult protection service laws: a comparison of state statutes from definition to case closure. *J Elder Abuse Negl.* 2000; 12:17–51
- Roe PF. Self-neglect or chosen lifestyle? [Letter]. *Br J Hosp Med.* 1987; 37(1):83–84
- Sengstock MC, Thibault JM, Zaranek R. Community dimensions of elderly self-neglect. *J Elder Abuse Negl.* 1999; 11(2):77–93
- Snowdon J. Uncleanliness among persons seen by community health workers. *Hosp Community Psychiatry.* 1987; 38(5):491–494

4.5.7 Manutenção do lar prejudicada

Nenhuma referência no momento.

5 Domínio 5: Percepção/cognição

5.1 Classe 1: Atenção

5.1.1 Negligência unilateral

Bartolomeo P, Chokron S. Orienting of attention in left unilateral neglect. *Neurosci Biobehav Rev.* 2002; 26(2):217–234

Bartolomeo P, Chokron S. Left unilateral neglect or right hyperattention?. *Neurology.* 1999; 53(9):2023–2027

Halligan PW, Marshall JC. The history and clinical presentation of neglect. In: Robertson IH, Marshall JC, eds. *Unilateral neglect: Clinical and experimental studies.* Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd; 1993: 3–19

Rizzolati G, Berti A. Neural mechanisms of spatial neglect. In: Robertson IH, Marshall JC, eds. *Unilateral neglect: Clinical and experimental studies.* Hove: Lawrence Erlbaum associates Ltd; 1993: 87–102

Rusconi ML, Maravita A, Bottini G, Vallar G. Is the intact side really intact? Perseverative responses in patients with unilateral neglect: a productive manifestation. *Neuropsychologia.* 2002; 40(6):594–604

Stone SP, Halligan PW, Marshall JC, Greenwood RJ. Unilateral neglect: a common but heterogeneous syndrome. *Neurology.* 1998; 50(6):1902–1905

Swan L. Unilateral spatial neglect. *Phys Ther.* 2001; 81(9):1572–1580

Weitzel EA. Unilateral neglect. In: Maas M, Buckwalter K, Hardy M, Tripp-Reimer T, Titler M, Specht J, eds. *Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, and interventions.* St Louis, MO: Mosby; 2001: 492–502

5.2 Classe 2: Orientação

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

5.3 Classe 3: Sensação/percepção

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

5.4 Classe 4: Cognição

5.4.1 Confusão aguda

- Agostini JV, Leo-Summers LS, Inouye SK. Cognitive and other adverse effects of diphenhydramine use in hospitalized older patients. *Arch Intern Med.* 2001; 161(17): 2091–2097
- Alciati A, Scaramelli B, Fusi A, Butteri E, Cattaneo ML, Mellado C. Three cases of delirium after “ecstasy” ingestion. *J Psychoactive Drugs.* 1999; 31(2):167–170
- Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Baç B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Crit Care.* 2001; 5(5):265–270
- Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *J Adv Nurs.* 1997; 26(3):550–564
- Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of delirium in patients with hip fracture. *Arch Intern Med.* 2000; 160(12):1856–1860
- Coyle N, Breitbart W, Weaver S, Portenoy R. Delirium as a contributing factor to “crescendo” pain: three case reports. *J Pain Symptom Manage.* 1994; 9(1):44–47
- Edlund A, Lundström M, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1335–1340
- Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med.* 1998; 13(3):204–212
- Erkinjuntti T, Wikström J, Palo J, Autio L. Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med.* 1986; 146(10):1923–1926
- Fisher BW, Flowerdew G. A simple model for predicting postoperative delirium in older patients undergoing elective orthopedic surgery. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43(2): 175–178
- Foreman MD. Confusion in the hospitalized elderly: incidence, onset, and associated factors. *Res Nurs Health.* 1989; 12(1):21–29

- Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1990; 263(8):1097–1101
- Granberg Axèll AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002; 46(6):726–731
- Gustafson Y, Berggren D, Brännström B, et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36(6):525–530
- Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Arch Intern Med*. 2001; 161(8):1099–1105
- Haynes C. Emergence delirium: a literature review. *Br J Theatre Nurs*. 1999; 9(11):502–503, 506–510
- Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996; 275(11):852–857
- Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. *Q J Med*. 1992; 83(300):307–314
- Kelly M. Postoperative delirium in the elderly. *Today's Surg Nurse*. 1997; 19(5):10–12
- Koponen H, Stenbäck U, Mattila E, Soininen H, Reinikainen K, Riekkinen PJ. Delirium among elderly persons admitted to a psychiatric hospital: clinical course during the acute stage and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79(6):579–585
- Korevaar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. Retrieved from <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-5-6>; 2005
- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of

delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med.* 2000; 160 (6):786–794

Levkoff SE, Safran C, Cleary PD, Gallop J, Phillips RS. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc.* 1988; 36(12):1099–1104

Lipov EG. Emergence delirium in the PACU. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1991; 3 (1):145–149

Lynch EP, Lazor MA, Gellis JE, Orav J, Goldman L, Marcantonio ER. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg.* 1998; 86(4):781–785

McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Han L, Podoba JE, Ramman-Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1327–1334

Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. *JAMA.* 1994; 271(2):134–139

Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(1):4–9

Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage.* 1992; 7(2):99–109

Mentes J, Culp K, Maas M, Rantz M. Acute confusion indicators: risk factors and prevalence using MDS data. *Res Nurs Health.* 1999; 22(2):95–105

Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22(6):997–1006

Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontology Series A– A Biological Sciences & Med Sci.*

2003; 58(1):76–81

- Nishikawa K, Nakayama M, Omote K, Namiki A. Recovery characteristics and postoperative delirium after long-duration laparoscope-assisted surgery in elderly patients: propofol-based vs. sevoflurane-based anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004; 48(2):162–168
- O'Brien D. Acute postoperative delirium: definitions, incidence, recognition, and interventions. *J Perianesth Nurs*. 2002; 17(6):384–392
- Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc*. 1994; 42(8): 809–815
- Praticò C, Quattrone D, Lucanto T, et al. Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. *Med Hypotheses*. 2005; 65(5):972–982
- Rockwood K. Acute confusion in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37 (2):150–154
- Rolfson DB, McElhaney JE, Rockwood K, et al. Incidence and risk factors for delirium and other adverse outcomes in older adults after coronary artery bypass graft surgery. *Can J Cardiol*. 1999; 15(7):771–776
- Ross DL. Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Mod Pathol*. 1998; 11(11):1127–1137
- Ruttenber AJ, Lawler-Heavner J, Yin M, Wetli CV, Hearn WL, Mash DC. Fatal excited delirium following cocaine use: epidemiologic findings provide new evidence for mechanisms of cocaine toxicity. *J Forensic Sci*. 1997; 42(1):25–31
- Ruttenber AJ, McAnally HB, Wetli CV. Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 1999; 20(2):120–127
- Seymour DG, Henschke PJ, Cape RD, Campbell AJ. Acute confusional states and dementia in the elderly: the role of dehydration/volume depletion, physical illness and age. *Age Ageing*. 1980; 9(3):137–146

- Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1992; 267(6):827–831
- Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM, Clevers GJ, Pel-Littel R. Elderly patients with a hip fracture: the risk for delirium. *Appl Nurs Res*. 2003; 16(2):75–84
- Seaman JS, Schillerstrom J, Carroll D, Brown TM. Impaired oxidative metabolism precipitates delirium: a study of 101 ICU patients. *Psychosomatics*. 2006; 47(1):56–61
- Seymour DG, Vaz FG. A prospective study of elderly general surgical patients: II. Postoperative complications. *Age Ageing*. 1989; 18(5):316–326
- Williams MA, Holloway JR, Winn MC, et al. Nursing activities and acute confusional states in elderly hip-fractured patients. *Nurs Res*. 1979; 28(1):25–35
- Williams-Russo P, Urquhart BL, Sharrock NE, Charlson ME. Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40 (8):759–767
- Wilson LM. Intensive care delirium. The effect of outside deprivation in a windowless unit. *Arch Intern Med*. 1972; 130(2):225–226

5.4.2 Risco de confusão aguda

- Agostini JV, Leo-Summers LS, Inouye SK. Cognitive and other adverse effects of di-phenhydramine use in hospitalized older patients. *Arch Intern Med*. 2001; 161(17):2091–2097
- Alciati A, Scaramelli B, Fusi A, Butteri E, Cattaneo ML, Mellado C. Three cases of delirium after “ecstasy” ingestion. *J Psychoactive Drugs*. 1999; 31(2):167–170
- Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Baç B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Crit Care*. 2001; 5(5):265–270
- Bowman AM. Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in

- elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *J Adv Nurs*. 1997; 26(3):550–564
- Brauer C, Morrison RS, Silberzweig SB, Siu AL. The cause of delirium in patients with hip fracture. *Arch Intern Med*. 2000; 160(12):1856–1860
- Coyle N, Breitbart W, Weaver S, Portenoy R. Delirium as a contributing factor to “crescendo” pain: three case reports. *J Pain Symptom Manage*. 1994; 9(1):44–47
- Edlund A, Lundström M, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(10):1335–1340
- Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med*. 1998; 13(3):204–212
- Erkinjuntti T, Wikström J, Palo J, Autio L. Dementia among medical inpatients. Evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med*. 1986; 146(10):1923–1926
- Fisher BW, Flowerdew G. A simple model for predicting postoperative delirium in older patients undergoing elective orthopedic surgery. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43(2): 175–178
- Foreman MD. Confusion in the hospitalized elderly: incidence, onset, and associated factors. *Res Nurs Health*. 1989; 12(1):21–29
- Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1990; 263(8):1097–1101
- Granberg Axèll AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002; 46(6):726–731
- Gustafson Y, Berggren D, Brännström B, et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36(6):525–530
- Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of

- medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Arch Intern Med.* 2001; 161(8):1099–1105
- Haynes C. Emergence delirium: a literature review. *Br J Theatre Nurs.* 1999; 9(11): 502–503, 506–510
- Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA.* 1996; 275(11):852–857
- Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. *Q J Med.* 1992; 83(300):307–314
- Kelly M. Postoperative delirium in the elderly. *Today's Surg Nurse.* 1997; 19(5):10–12
- Koponen H, Stenbäck U, Mattila E, Soininen H, Reinikainen K, Riekkinen PJ. Delirium among elderly persons admitted to a psychiatric hospital: clinical course during the acute stage and one-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 1989; 79(6):579–585
- Korevaar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/5/6>; 2005
- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med.* 2000; 160 (6):786–794
- Levkoff SE, Safran C, Cleary PD, Gallop J, Phillips RS. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc.* 1988; 36(12):1099–1104
- Lipov EG. Emergence delirium in the PACU. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1991; 3 (1):145–149
- Lynch EP, Lazor MA, Gellis JE, Orav J, Goldman L, Marcantonio ER. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg.* 1998; 86(4):781–785

- McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Han L, Podoba JE, Ramman-Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(10):1327–1334
- Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. *JAMA.* 1994; 271(2):134–139
- Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(1):4–9
- Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *J Pain Symptom Manage.* 1992; 7(2):99–109
- Mentes J, Culp K, Maas M, Rantz M. Acute confusion indicators: risk factors and prevalence using MDS data. *Res Nurs Health.* 1999; 22(2):95–105
- Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001; 22(6):997–1006
- Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontology Series A– A Biological Sciences & Med Sci.* 2003; 58(1):76–81
- Nishikawa K, Nakayama M, Omote K, Namiki A. Recovery characteristics and postoperative delirium after long-duration laparoscope-assisted surgery in elderly patients: propofol-based vs. sevoflurane-based anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004; 48(2):162–168
- O'Brien D. Acute postoperative delirium: definitions, incidence, recognition, and interventions. *J Perianesth Nurs.* 2002; 17(6):384–392
- Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42(8): 809–815

- Praticò C, Quattrone D, Lucanto T, et al. Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. *Med Hypotheses*. 2005; 65(5):972–982
- Rockwood K. Acute confusion in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37 (2):150–154
- Rolfson DB, McElhaney JE, Rockwood K, et al. Incidence and risk factors for delirium and other adverse outcomes in older adults after coronary artery bypass graft surgery. *Can J Cardiol*. 1999; 15(7):771–776
- Ross DL. Factors associated with excited delirium deaths in police custody. *Mod Pathol*. 1998; 11(11):1127–1137
- Ruttenber AJ, Lawler-Heavner J, Yin M, Wetli CV, Hearn WL, Mash DC. Fatal excited delirium following cocaine use: epidemiologic findings provide new evidence for mechanisms of cocaine toxicity. *J Forensic Sci*. 1997; 42(1):25–31
- Ruttenber AJ, McAnally HB, Wetli CV. Cocaine-associated rhabdomyolysis and excited delirium: different stages of the same syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 1999; 20(2):120–127
- Seymour DG, Henschke PJ, Cape RD, Campbell AJ. Acute confusional states and dementia in the elderly: the role of dehydration/volume depletion, physical illness and age. *Age Ageing*. 1980; 9(3):137–146
- Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1992; 267(6):827–831
- Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM, Clevers GJ, Pel-Littel R. Elderly patients with a hip fracture: the risk for delirium. *Appl Nurs Res*. 2003; 16(2):75–84
- Seaman JS, Schillerstrom J, Carroll D, Brown TM. Impaired oxidative metabolism precipitates delirium: a study of 101 ICU patients. *Psychosomatics*. 2006; 47(1):56–61
- Seymour DG, Vaz FG. A prospective study of elderly general surgical patients: II. Postoperative complications. *Age Ageing*. 1989; 18(5):316–326

Williams MA, Holloway JR, Winn MC, et al. Nursing activities and acute confusional states in elderly hip-fractured patients. *Nurs Res.* 1979; 28(1):25–35

Williams-Russo P, Urquhart BL, Sharrock NE, Charlson ME. Post-operative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. *J Am Geriatr Soc.* 1992; 40 (8):759–767

Wilson LM. Intensive care delirium. The effect of outside deprivation in a windowless unit. *Arch Intern Med.* 1972; 130(2):225–226

5.4.3 Confusão crônica

Ajon Gealogo G. Dementia with Lewy bodies: a comprehensive review for nurses. *J Neurosci Nurs.* 2013; 45(6):347–359

Gerdner LA, Tripp-Reimer T, Yang D. Perception and care of elder Hmong Americans with chronic confusion or tem toob. *Hallym International Journal of Aging.* 2008; 10(2):111–118

Gerdner LA, Xiong SV, Cha D. Chronic confusion and memory impairment in Hmong elders: Honoring differing cultural beliefs in America. *J Gerontol Nurs.* 2006; 32(3): 23–31

Grober E, Hall CB, Lipton RB, Zonderman AB, Resnick SM, Kawas C. Memory impairment, executive dysfunction, and intellectual decline in preclinical Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc.* 2008; 14(2):266–278

Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med.* 2014; 30(3):421–442

de Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. [Systematized care for elders with dementia living in a long-stay institution.]. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(2):285–292

Martyr A, Clare L. Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn*

Disord. 2012; 33(2–3): 189–203

Ratford J. Confused about confusion? Lakeway, TX: National Center of Continuing Education; 2012

Ried S, Dassen T. Chronic confusion, dementia, and impaired environmental interpretation syndrome: A concept comparison. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2000; 11(2): 49–59

Ried S, Gutzmann H. [The nursing phenomenon “chronic confusion” in relation to the diagnosis “dementia”]. *Z Gerontol Geriatr.* 2003; 36(4):297–302

Sampaio FM, Sequeira C. Nurses’ knowledge and practices in cases of acute and chronic confusion: a questionnaire survey. *Perspect Psychiatr Care.* 2015; 51(2):98–105

Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sa SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: Um estudo retrospectivo. [Characterization of nursing diagnoses identified in records of the elderly: A retrospective study]. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):141–149

Tomagová M, Bóriková I. Validation of the nursing diagnosis chronic confusion in Slovak and Czech nursing practices. *Profese Online.* 2012; 1:1–6

5.4.4 Conhecimento deficiente

Nenhuma referência no momento.

5.4.5 Disposição para conhecimento melhorado

Nenhuma referência no momento.

5.4.6 Controle de impulsos ineficaz

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Text-Revision. Washington, DC; American Psychiatric Association; 2000

- Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *J Abnorm Child Psychol*. 2001; 29(6):541–556
- Baron-Cohen S. An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1988; 29(3):351–360
- Bradley EA, Isaacs BJ. Inattention, hyperactivity, and impulsivity in teenagers with intellectual disabilities, with and without autism. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(9):598–606
- Brain Injury Association of Queensland. Impulsivity Fact Sheet. Retrieved from <http://braininjury.org.au/portal/behavioural/impulsivity—factsheet.html>; 2009
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44(6):573–588
- Coffey SF, Gudleski GD, Saladin ME, Brady KT. Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2003; 11(1):18–25
- Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5) Suppl:6S–17S
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist Revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991
- Madden GJ, Petry NM, Badger GJ, Bickel WK. Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1997; 5(3):256–262
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(11):1783–1793
- Petry NM, Casarella T. Excessive discounting of delayed rewards in

substance abusers with gambling problems. *Drug Alcohol Depend.* 1999; 56(1):25–32

Reynolds B, Karraker K, Horn K, Richards JB. Delay and probability discounting as related to different stages of adolescent smoking and non-smoking. *Behav Processes.* 2003; 64(3):333–344

Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 91(2–3):213–219

Vuchinich RE, Simpson CA. Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 1998; 6(3):292–305

5.4.7 Controle emocional lábil

Arlazaroff A, Mester R, Spivak B, Klein C, Toren P. Pathological laughter: common vs. unusual aetiology and presentation. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1998; 35(3):184–189

Arnold C. An ocean of emotion: Mood swings, anger, and uncontrollable laughing and crying. *Spring Inside MS.* 2000; 18(2):59–61

Backscheider JE. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *Am J Public Health.* 1974; 64(12):1138–1146

Barbanti P, Fabbrini G, Berardelli A. Acute pathological laughter induced by sumatriptan. *Cephalalgia.* 2008; 28(1):92–93

Callan JA, Howland RH. Caregivers of loved ones with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2009; 47(11):13–14

Carod-Artal FJ. Post stroke depression: can prediction help prevention?. *Future Neurol.* 2010; 5(4):569–580

Choi-Kwon S, Han SW, Kwon SU, Kang DW, Choi JM, Kim JS. Fluoxetine treatment in poststroke depression, emotional incontinence, and anger proneness: a double-blind, placebo-controlled study. *Stroke.* 2006;

37(1):156–161

- Clark PC, Dunbar SB, Aycock DM, Courtney E, Wolf SL. Caregiver perspectives of memory and behavior changes in stroke survivors. *Rehabil Nurs*. 2006; 31(1):26–32
- Dark FL, McGrath JJ, Ron MA. Pathological laughing and crying. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996; 30(4):472–479
- Mooney-Doyle K. An examination of fatigue in advanced childhood cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2006; 23(6):305–310
- Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K. Pathological laughing and crying in multiple sclerosis: a preliminary report suggesting a role for the prefrontal cortex. *Mult Scler*. 1999; 5(2):69–73
- Hoegerl C, Zboray S. Pathological laughter in a patient with multiple sclerosis. *J Am Osteopath Assoc*. 2008; 108(8):409–411
- Jackson D, Daly J, Davidson P, et al. Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *J Adv Nurs*. 2000; 32(6):1403–1411
- Kadojic D, Vladetic M, Candrljic M, et al. Frequency and characteristics of emotional disorders in patients after ischemic stroke. *Eur J Psychiatry*. 2005; 19(2):88–95
- Laurence R, Part I. Part I: Torture and mental health: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. 1992; 13(4):301–310
- Müller U, Murai T, Bauer-Wittmund T, von Cramon DY, Von Cramon DY. Paroxetine versus citalopram treatment of pathological crying after brain injury. *Brain Inj*. 1999; 13(10):805–811
- Nahas Z, Arlinghaus KA, Kotrla KJ, Clearman RR, George MS. Rapid response of emotional incontinence to selective serotonin reuptake inhibitors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998; 10(4):453–455
- Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. The efficacy of citalopram in the treatment of post-stroke pathological crying: A case report. *Archives of Neuropsychiatry*. 2008; 45: 100–102

- Palmieri A, Abrahams S, Sorarù G, et al. Emotional Lability in MND: Relationship to cognition and psychopathology and impact on caregivers. *J Neurol Sci.* 2009; 278 (1–2):16–20
- Parvizi J, Anderson SW, Martin CO, Damasio H, Damasio AR. Pathological laughter and crying: a link to the cerebellum. *Brain.* 2001; 124(Pt 9):1708–1719
- Parvizi J, Arciniegas DB, Bernardini GL, et al. Diagnosis and management of pathological laughter and crying. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81(11):1482–1486
- Parvizi J, Joseph J, Press DZ, Schmahmann JD. Pathological laughter and crying in patients with multiple system atrophy-cerebellar type. *Mov Disord.* 2007; 22(6):798–803
- Morris PL, Robinson RG, Raphael B. Emotional lability after stroke. *Aust N Z J Psychiatry.* 1993; 27(4):601–605
- Robinson RG, Parikh RM, Lipsey JR, Starkstein SE, Price TR. Pathological laughing and crying following stroke: validation of a measurement scale and a double-blind treatment study. *Am J Psychiatry.* 1993; 150(2):286–293
- Robinson-Smith G, Grill JD. Recognizing involuntary emotional expression disorder. *J Neurosci Nurs.* 2007; 39(4):202–207
- Simons JS, Carey KB. An affective and cognitive model of marijuana and alcohol problems. *Addict Behav.* 2006; 31(9):1578–1592
- Smith RA, Berg JE, Pope LE, Callahan JD, Wynn D, Thisted RA. Validation of the CNS emotional lability scale for pseudobulbar affect (pathological laughing and crying) in multiple sclerosis patients. *Mult Scler.* 2004; 10(6):679–685
- Tang WK, Chen Y, Lam WWM, et al. Emotional incontinence and executive function in ischemic stroke: a case-controlled study. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009; 15(1):62–68
- Tateno A, Jorge RE, Robinson RG. Pathological laughing and crying following traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;

16(4):426–434

Turner-Stokes L, Hassan N, Pierce K, Clegg F. Managing depression in brain injury rehabilitation: the use of an integrated care pathway and preliminary report of response to sertraline. *Clin Rehabil.* 2002; 16(3):261–268

Vickery CD, Sepehri A, Evans CC. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clin Rehabil.* 2008; 22(2):179–187

West L, Waldrop J. Risperidone use in the treatment of behavioral symptoms in children with autism. *Pediatr Nurs.* 2006; 32(6):545–549

WiseGeek. What is the treatment for emotional lability? Retrieved from <http://www.wisegeek.com/what-is-the-treatment-for-emotional-lability.htm>

5.4.8 Memória prejudicada

Andro M, Le Squere P, Estivin S, Gentric A. Anaemia and cognitive performances in the elderly: a systematic review. *Eur J Neurol.* 2013; 20(9):1234–1240

Baas LS, Allen GA. Memory error. Developing a new nursing diagnosis. *Nurs Clin North Am.* 1985; 20(4):731–743

Chaves EH, de Barros AL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2010; 21(1):14–20

Gerdner LA, Xiong SV, Cha D. Chronic confusion and memory impairment in Hmong elders: Honoring differing cultural beliefs in America. *J Gerontol Nurs.* 2006; 32(3): 23–31

Grober E, Hall CB, Lipton RB, Zonderman AB, Resnick SM, Kawas C. Memory impairment, executive dysfunction, and intellectual decline in preclinical Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc.* 2008; 14(2):266–278

Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med.* 2014; 30(3):421–442

- de Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. [Systematized care for elders with dementia living in a long-stay institution.]. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(2):285–292
- Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. J Intern Med. 2014; 275(3):214–228
- Ried S, Dassen T. Chronic confusion, dementia, and impaired environmental interpretation syndrome: A concept comparison. Int J Nurs Terminol Classif. 2000; 11(2): 49–59
- Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sa SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: Um estudo retrospectivo. [Characterization of nursing diagnoses identified in records of the elderly: A retrospective study]. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1):141–149
- Souza PA, Santana RF. The nursing diagnosis, impaired memory, in hospitalized elderly. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1):36–42
- Souza PA, Santana RF. Memória prejudicada. In: Herdman T. H., Lopes M. V. O., Almeida M. A., Chianca T. C. M, eds PRONANDA programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Ciclo 2. Porto Alegre, Brazil: Artmed Panamericana; 2014: 11–42

5.5 Classe 5: Comunicação

5.5.1 Disposição para comunicação melhorada

Nenhuma referência no momento.

5.5.2 Comunicação verbal prejudicada

Nenhuma referência no momento.

6 Domínio 6: Autopercepção

6.1 Classe 1: Autoconceito

6.1.1 Disposição para autoconceito melhorado

Nenhuma referência no momento.

6.1.2 Risco de dignidade humana comprometida

Haddock J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. J Adv Nurs. 1996; 24 (5):924–931

Mairis ED. Concept clarification in professional practice–dignity. J Adv Nurs. 1994; 19 (5):947–953

Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. Nurs Ethics. 1998; 5(3):246–255

Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. Int J Nurs Pract. 2002; 8(3):143–151

Watson J. Nursing and the philosophy and science of caring. Niwot, CO: University of Colorado Press; 1995

6.1.3 Desesperança

Nenhuma referência no momento.

6.1.4 Disposição para esperança melhorada

Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. Palliat Med. 2005; 19(3):234–240

Benzein E, Saveman BI. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. Int J Nurs Stud. 1998; 35(6):322–329

Davis B. Mediators of the relationship between hope and well-being in older

adults. Clin Nurs Res. 2005; 14(3):253–272

6.1.5 Distúrbio na identidade pessoal

Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord. 2007; 21(5):500–517

Bergh S, Erling A. Adolescent identity formation: a Swedish study of identity status using the EOM-EIS-II. Adolescence. 2006; 6:22

Erikson EH. Identitet: ungdom og kriser [Identity: youth and crisis, (1968)]. Denmark: Hans Reitzel; 1982

Evang A. Utvikling, personlighet og borderline [Development, personality and borderline]. Norway: Cappelen Akademisk Forlag; 2003

Fuchs T. Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. Psychopathology. 2007; 40(6):379–387

Mitchell A. The borderline diagnosis and integration of self. Am J Psychoanal. 1985; 45(3):234–250

Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. St Louis, MO: Mosby; 2001

6.1.6 Risco de distúrbio na identidade pessoal

Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. J Pers Disord. 2007; 21(5):500–517

Bergh S, Erling A. Adolescent identity formation: a Swedish study of identity status using the EOM-EIS-II. Adolescence. 2006; 6:22

Erikson EH. Identitet: ungdom og kriser [Identity: youth and crisis, (1968)]. Denmark: Hans Reitzel; 1982

Evang A. Utvikling, personlighet og borderline [Development, personality and borderline]. Norway: Cappelen Akademisk Forlag; 2003

Fuchs T. Fragmented selves: temporality and identity in borderline personality disorder. Psychopathology. 2007; 40(6):379–387

Mitchell A. The borderline diagnosis and integration of self. *Am J Psychoanal.* 1985; 45(3):234–250

Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. St Louis, MO: Mosby; 2001

6.2 Classe 2: Autoestima

6.2.1 Baixa autoestima crônica

Bredeholf D. An evaluation study of the self-esteem: a family affair program with risk abuse parents. *Trans Anal J.* 1990; 20(2):111–117

Brown JD, Dutton KA, Brown J, Dutton K. The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *J Pers Soc Psychol.* 1995; 68(4):712–722

Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL, Ray S. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *Am J Orthopsychiatry.* 2004; 74(4):413–423

Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol.* 2003; 15(1):139–162

Byers PH, Raven LM, Hill JD, Robyak JE. Enhancing the self-esteem of inpatient alcoholics. *Issues Ment Health Nurs.* 1990; 11(4):337–346

Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Med.* 2003; 32(1):10–21

Crowe M. Never good enough—part 2: Clinical implications. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(3):335–340

Dumas D, Pelletier L. [Self perception: the key stone of nursing interventions with hyperactive children]. *Infirm Que.* 1997; 4(4):28–36

Fitts W. The self-concept and psychopathology. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests; 1972

- Gary FA, Baker M, Grandbois DM. Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: a call for help. *Online J Issues Nurs*. 2005; 10(2):6
- Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther*. 2003; 41(3):317–332
- Heap JM. Enuresis in children and young people: a public health nurse approach in New Zealand. *J Child Health Care*. 2004; 8(2):92–101
- Leblanc L, Ouellet N. Dépistage de la violence conjugale: le rôle de l’infirmière. [Screening for spousal abuse: the nurse’s role]. *Perspective Infirmière. Revue Officielle De L’ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec*. 2004; 5:39–43
- Maslow A. *Motivation and personality*. 2nd ed. New York, NY: Harper & Row; 1970
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*. 2006; 120(1–2):44–52
- Mozley PD. Psychophysiologic infertility: an overview. *Clin Obstet Gynecol*. 1976; 19 (2):407–417
- Nishina A, Juvonen J. Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Dev*. 2005; 76(2):435–450
- Page C. Intervenir auprès des femmes présentant un trouble dépressif. [Helping women with a depressive disease.] *L’infirmière Du Québec. Revue Officielle De L’ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec*. 1995; 2(5):26–33
- Ray SL, Heap J. Male survivors’ perspectives of incest/sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care*. 2001; 37(2):49–59
- Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med*. 1993; 119 7 Pt 2:643–645

- Rotheram-Borus MJ. Adolescents' reference-group choices, self-esteem, and adjustment. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59(5):1075–1081
- Sharma V, Mavi J. Self-esteem and performance on word tasks. *J Soc Psychol.* 2001; 141(6):723–729
- Sloman L, Gilbert P, Hasey G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *J Affect Disord.* 2003; 74(2):107– 121
- Taft LB. Self-esteem in later life: a nursing perspective. *ANS Adv Nurs Sci.* 1985; 8(1): 77–84
- Thorne A, Michaelieu Q. Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Dev.* 1996; 67(4):1374–1390
- Trabut PC. Les abus sexuels chez les enfants en bas âge. [Sexual abuse of young children.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et In-firmiers Du Québec.* 2000; 8(1):27–32
- Westermeyer J. Cross-cultural care for PTSD: research, training and service needs for the future. *J Trauma Stress.* 1989; 2(4):515–536

6.2.2 Risco de baixa autoestima crônica

- Bredeholf D. An evaluation study of the self-esteem: a family affair program with risk abuse parents. *Trans Anal J.* 1990; 20(2):111–117
- Brown JD, Dutton KA, Brown J, Dutton K. The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *J Pers Soc Psychol.* 1995; 68(4):712–722
- Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL, Ray S. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *Am J Orthopsychiatry.* 2004; 74(4):413–423
- Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol.* 2003; 15(1):139– 162
- Byers PH, Raven LM, Hill JD, Robyak JE. Enhancing the self-esteem of

- inpatient alcoholics. *Issues Ment Health Nurs.* 1990; 11(4):337–346
- Consoli SM, Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study]. *Presse Med.* 2003; 32(1):10–21
- Crowe M. Never good enough—part 2: Clinical implications. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(3):335–340
- Dumas D, Pelletier L. [Self perception: the key stone of nursing interventions with hyperactive children]. *Infirm Que.* 1997; 4(4):28–36
- Fitts W. The self-concept and psychopathology. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests; 1972
- Gary FA, Baker M, Grandbois DM. Perspectives on suicide prevention among American Indian and Alaska native children and adolescents: a call for help. *Online J Issues Nurs.* 2005; 10(2):6
- Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav Res Ther.* 2003; 41(3):317–332
- Heap JM. Enuresis in children and young people: a public health nurse approach in New Zealand. *J Child Health Care.* 2004; 8(2):92–101
- Leblanc L, Ouellet N. Dépistage de la violence conjugale: le rôle de l’infirmière. [Screening for spousal abuse: the nurse’s role]. *Perspective Infirmière. Revue Officielle De*
- L’ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec. 2004; 5:39–43
- Maslow A. Motivation and personality. 2nd ed. New York, NY: Harper & Row; 1970
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain.* 2006; 120(1–2):44–52
- Mozley PD. Psychophysiologic infertility: an overview. *Clin Obstet Gynecol.* 1976; 19 (2):407–417
- Nishina A, Juvonen J. Daily reports of witnessing and experiencing peer

- harassment in middle school. *Child Dev.* 2005; 76(2):435–450
- Page C. Intervenir auprès des femmes présentant un trouble dépressif. [Helping women with a depressive disease.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec.* 1995; 2(5):26–33
- Ray SL, Heap J. Male survivors' perspectives of incest/sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care.* 2001; 37(2):49–59
- Rodin J. Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med.* 1993; 119 7 Pt 2:643–645
- Rotheram-Borus MJ. Adolescents' reference-group choices, self-esteem, and adjustment. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59(5):1075–1081
- Sharma V, Mavi J. Self-esteem and performance on word tasks. *J Soc Psychol.* 2001; 141(6):723–729
- Sloman L, Gilbert P, Hasey G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *J Affect Disord.* 2003; 74(2):107–121
- Taft LB. Self-esteem in later life: a nursing perspective. *ANS Adv Nurs Sci.* 1985; 8(1): 77–84
- Thorne A, Michaelieu Q. Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Dev.* 1996; 67(4):1374–1390
- Trabut PC. Les abus sexuels chez les enfants en bas âge. [Sexual abuse of young children.] *L'infirmière Du Québec. Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec.* 2000; 8(1):27–32
- Westermeyer J. Cross-cultural care for PTSD: research, training and service needs for the future. *J Trauma Stress.* 1989; 2(4):515–536

6.2.3 Baixa autoestima situacional

Nenhuma referência no momento.

6.2.4 Risco de baixa autoestima situacional

Nenhuma referência no momento.

6.3 Classe 3: Imagem corporal

6.3.1 Distúrbio na imagem corporal

Nenhuma referência no momento.

7 Domínio 7: Papéis e relacionamentos

7.1 Classe 1: Papéis do cuidador

7.1.1 Paternidade ou maternidade prejudicada

Nenhuma referência no momento.

7.1.2 Risco de paternidade ou maternidade prejudicada

Nenhuma referência no momento.

7.1.3 Disposição para paternidade ou maternidade melhorada

Nenhuma referência no momento.

7.1.4 Tensão do papel de cuidador

Nenhuma referência no momento.

7.1.5 Risco de tensão do papel de cuidador

Nenhuma referência no momento.

7.2 Classe 2: Relações familiares

7.2.1 Processos familiares disfuncionais

Nenhuma referência no momento.

7.2.2 Processos familiares interrompidos

Nenhuma referência no momento.

7.2.3 Disposição para processos familiares melhorados

Nenhuma referência no momento.

7.2.4 Risco de vínculo prejudicado

Nenhuma referência no momento.

7.3 Classe 3: Desempenho de papéis

7.3.1 Conflito no papel de pai/mãe

Nenhuma referência no momento.

7.3.2 Desempenho de papel ineficaz

Nenhuma referência no momento.

7.3.3 Interação social prejudicada

Nenhuma referência no momento.

7.3.4 Relacionamento ineficaz

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for Mother and Child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002

Chandola T, Marmot M, Siegrist J. Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study. J Psychosom Res. 2007; 63(4):403–411

Kanbara F. Gendai no Kekkon to Fufu Kankei [Today's Marriage and

- Marital Relation-ship]. Tokyo: Baifukan; 1991
- Kawano M. Sexuality no Kango [Nursing for Sexuality]. Tokyo: Medical Friend; 1999
- Mochizuki T. Kazoku Shyakai-gaku Nyumon [Introduction to Family Sociology]. To-kyo: Baifukan; 1996
- Muramoto J, Mori A, eds. Bosei Kango-gaku Joron [Introduction to Maternal Nursing, 2nd ed]. Tokyo: Ishiyaku Publishing Co; 2007
- Murry VM, Harrell AW, Brody GH, et al. Long-term effects of stressors on relationship well-being and parenting among rural African American women. *Fam Relat.* 2008; 57(2):117–127
- Nojima S, Suzuki K, eds. Kazoku Kango-gaku [Family nursing]. Tokyo: Kenpansha; 2005
- Roy C. Introduction to Nursing: Adaptation model, 2nd ed. Upper Saddle River: Pren-tice-Hall; 1984
- Starratt V, Goetz A, Shackelford T, McKibbin W, Stewart-Williams S. Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationships. *J Fam Violence.* 2008;23(5):315–323
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ. Spousal interrelations in self-reports of cog-nition in the context of marital problems. *Gerontology.* 2011; 57(2):148–152

7.3.5 Risco de relacionamento ineficaz

- Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, Eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for Mother and Child]. Tokyo: JapaneseNursing Association Publishing Co; 2002
- Chandola T, Marmot M, Siegrist J. Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study. *J Psychosom Res.* 2007; 63(4):403–411
- Kanbara F. Gendai no Kekkon to Fufu Kankei [Today's Marriage and Marital Relation-ship]. Tokyo: Baifukan; 1991

- Kawano M. Sexuality no Kango [Nursing for Sexuality]. Tokyo: Medical Friend; 1999
- Mochizuki T. Kazoku Shyakai-gaku Nyumon [Introduction to Family Sociology]. To-kyo: Baifukan; 1996
- Muramoto J, Mori A, Eds. Bosei Kango-gaku Joron [Introduction to Maternal Nursing, 2nd ed]. Tokyo: Ishiyaku Publishing Co; 2007
- Murry VM, Harrell AW, Brody GH, et al. Long-term effects of stressors on relationship well-being and parenting among rural African American women. *Fam Relat.* 2008; 57(2):117–127
- Nojima S, Suzuki K, Eds. Kazoku Kango-gaku [Family nursing]. Tokyo: Kenpansha; 2005
- Roy C. Introduction to Nursing: Adaptation model, 2nd ed. Upper Saddle River: Pren-tice-Hall; 1984
- Starratt V, Goetz A, Shackelford T, McKibbin W, Stewart-Williams S. Men's partner-directed insults and sexual coercion in intimate relationships. *J Fam Violence.* 2008; 23(5):315–323
- Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Shema SJ. Spousal interrelations in self-reports of cog-nition in the context of marital problems. *Gerontology.* 2011; 57(2):148–152

7.3.6 Disposição para relacionamento melhorado

- Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, Eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for Mother and Child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002
- Kanbara F. Gendai no Kekkon to Fufu Kankei [Today's Marriage and Marital Relation-ship]. Tokyo: Baifukan; 1991
- Kawano M. Sexuality no Kango [Nursing for Sexuality]. Tokyo: Medical Friend; 1999
- Mochizuki T. Kazoku Shyakai-gaku Nyumon [Introduction to Family Sociology]. To-kyo: Baifukan; 1996

- Muramoto J, Mori A, Eds. Bosei Kango-gaku Joron [Introduction to Maternal Nursing, 2nd ed]. Tokyo: Ishiyaku Publishing Co; 2007
- Nojima S, Suzuki K, Eds. Kazoku Kango-gaku [Family nursing]. Tokyo: Kenpansha; 2005
- Roy C. Introduction to Nursing: Adaptation model, 2nd ed. Upper Saddle River: Pren-tice-Hall; 1984

8 Domínio 8: Sexualidade

8.1 Classe 1: Identidade sexual

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

8.2 Classe 2: Função sexual

8.2.1 Disfunção sexual

- Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clinico das inadequacies sexuais, 2nd ed. São Paulo: Roca; 1996
- Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson R.M, Paquete M, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1994:55–62
- Hogan RM. Human sexuality: A nursing perspective. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1985
- Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson R.M. et al, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, PA: Lippincott; 1989: 126–31
- Kaplan HS. O desejo sexual – e novos conceitos etécnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983

Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977

8.2.2 Padrão de sexualidade ineficaz

Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequacies sexuais, 2nd ed. São

Paulo: Roca; 1996

Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson R.M, Paquete M, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1994:55–62

Hogan RM. Human sexuality: A nursing perspective. New York: Appleton-Century-Crofts; 1985

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson R.M. et al, eds. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, PA: Lippincott; 1989: 126–31

Kaplan HS. O desejo sexual – e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de

Janeiro: Nova Fronteira; 1983

Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977

8.3 Classe 3: Reprodução

8.3.1 Risco de binômio mãe-feto perturbado

Berg M. Pregnancy and diabetes: how women handle the challenges. J Perinat Educ. 2005; 14(3):23–32

Curran CA. Intrapartum emergencies. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003; 32(6): 802–813

- Higgins L.P, Hawkins J.W. Screening for abuse during pregnancy: Implementing a multisite program. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 2005;30(2), 109– 114
- Lange SS, Jenner M. Myocardial infarction in the obstetric patient. In: Campbell P.T, ed. *Critical care nursing clinics of North America: Obstetric and neonatal intensive care* 2004;16(2), 211–219
- McCarter-Spaulding D.E. Medications in pregnancy and lactation. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 2005;30(1), 10– 17
- Poole JH. Multiorgan dysfunction in the perinatal patient. In: Campbell P.T, ed. *Critical Care Nursing Clinics of North America: Obstetric and Neonatal Intensive Care* 2004;16(2), 193–204
- Rudisill PT. Amniotic fluid embolism. In: Campbell P.T, ed. *Critical Care Nursing Clinics of North America: Obstetric and Neonatal Intensive Care* 2004;16(2), 221– 225
- Shannon M, King TL, Kennedy HP. Allostasis: a theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(2):125–134
- Simpson K.R. Monitoring the preterm fetus during labor. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 2004;29(6), 380–388
- Stark CJ, Stepan MBF. A comparison of blood pressure in term, low birth-weight infants of smoking and nonsmoking mothers. *J Perinat Educ.* 2004; 13(4):17–26
- Stringer M., Miesnik S. R., Brown L., Martz A.H., Macones G. Nursing care of the patient with preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Maternal/ Child Nursing* 2004;29(3), 144–150
- Torgersen KL, Curran CA. A systematic approach to the physiologic adaptations of pregnancy. *Crit Care Nurs Q.* 2006; 29(1):2–19
- Wolfe BE. Reproductive health in women with eating disorders. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34(2):255–263

8.3.2 Processo perinatológico ineficaz

Aoki Y, ed. Bosei Hoken wo meguru Shidou Kyouiku Soudan 2 [Coaching, education, and counseling in maternal health, Vol. 2]. Tokyo: Life Science Co; 1998

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 8 Josan Shindan Gijyutsu-gaku 2 [Midwifery System Vol. 8 Maternity diagnoses and techniques 2]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2003

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for mother and child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002

Callister LC, Holt ST, Kuhre MW. Giving birth: the voices of Australian women. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2010; 24(2):128–136

Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010; 26(3):357–366

Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(5): 669–677

Japan Society for Maternity Diagnoses, ed. Maternity Shindan guidebook [Guidebook of maternity diagnoses]. Tokyo: Igakushoin; 2004

Kabeyama K, ed. Rinsho Josanfu Hikkei: Seimei to Bunka wo Fumaeta Shigen [Essentials of clinical midwifery: Caring based on life and culture, 2nd ed)]. Tokyo: Igakushoin; 2006

Okayama National Hospital, ed. Akachan ni Yasashii Byouin no Bonyuu Ikuji Shidou [Breast-feeding and newborn-care teaching manuals from a baby-friendly hospital]. Tokyo: Medica Publishing Co; 2000

Savage C. A proposed framework related to the care of addicted mothers. *J Addict Nurs*. 2009; 20(3):158–160

Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse*. 2007; 8 (2):105–116

Taketani Y, Kabeyama S, eds. Josangaku Kouza 6 [Midwifery Course Vol. 6]. Tokyo: Igakushoin; 2007

8.3.3 Risco de processo perinatológico ineficaz

Aoki Y, ed. Bosei Hoken wo meguru Shidou Kyouiku Soudan 2 [Coaching, education, and counseling in maternal health, Vol. 2]. Tokyo: Life Science Co; 1998

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 8 Josan Shindan Gijyutsu-gaku 2 [Midwifery System Vol. 8 Maternity diagnoses and techniques 2]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2003

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for mother and child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002

Callister LC, Holt ST, Kuhre MW. Giving birth: the voices of Australian women. J Perinat Neonatal Nurs. 2010; 24(2):128–136

Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. Midwifery. 2010; 26(3):357–366

Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. Int J Nurs Stud. 2009; 46(5): 669–677

Japan Society for Maternity Diagnoses,ed. Maternity Shindan guidebook [Guidebook of maternity diagnoses]. Tokyo: Igakushoin; 2004

Kabeyama K, ed. Rinsho Josanfu Hikkei: Seimei to Bunka wo Fumaeta Shigen [Essentials of clinical midwifery: Caring based on life and culture, 2nd ed)]. Tokyo: Igakushoin; 2006

Okayama National Hospital, ed. Akachan ni Yasashii Byouin no Bonyuu Ikuji Shidou [Breast-feeding and newborn-care teaching manuals from a baby-friendly hospital]. Tokyo: Medica Publishing Co; 2000

Savage C. A proposed framework related to the care of addicted mothers. J

Addict Nurs. 2009; 20(3):158–160

Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. Trauma Violence Abuse. 2007; 8 (2):105–116

Taketani Y, Kabeyama S, eds. Josangaku Kouza 6 [Midwifery Course Vol. 6]. Tokyo: Igakushoin; 2007

8.3.4 Disposição para processo perinatológico melhorado

Aoki Y, ed. Bosei Hoken wo meguru Shidou Kyouiku Soudan 2 [Coaching, education, and counseling in maternal health, Vol. 2]. Tokyo: Life Science Co; 1998

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 8 Josan Shindan Gijyutsu-gaku 2 [Midwifery System Vol. 8 Maternity diagnoses and techniques 2]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2003

Aoki Y, Kato N, Hirasawa M, eds. Josangaku Taikei 5 Boshi no Shinri Shakaigaku [Midwifery System Vol. 5 Psychosociology for mother and child]. Tokyo: Japanese Nursing Association Publishing Co; 2002

Japan Society for Maternity Diagnoses, ed. Maternity Shindan guidebook [Guidebook of maternity diagnoses]. Tokyo: Igakushoin; 2004

Kabeyama K, ed. Rinsho Josanfu Hikkei: Seimei to Bunka wo Fumaeta Shigen [Essentials of clinical midwifery: Caring based on life and culture, 2nd ed)]. Tokyo: Igakushoin; 2006

Okayama National Hospital, ed. Akachan ni Yasashii Byouin no Bonyuu Ikuji Shidou [Breast-feeding and newborn-care teaching manuals from a baby-friendly hospital]. Tokyo: Medica Publishing Co; 2000

Taketani Y, Kabeyama S, eds. Josangaku Kouza 6 [Midwifery Course Vol. 6]. Tokyo: Igakushoin; 2007

9 Domínio 9: Enfrentamento/tolerância ao estresse

9.1 Classe 1: Respostas pós-trauma

9.1.1 Síndrome do estresse por mudança

Nenhuma referência no momento.

9.1.2 Risco de síndrome do estresse por mudança

Nenhuma referência no momento.

9.1.3 Síndrome do trauma de estupro

Nenhuma referência no momento.

9.1.4 Síndrome pós-trauma

Nenhuma referência no momento.

9.1.5 Risco de síndrome pós-trauma

Nenhuma referência no momento.

9.1.6 Risco de transição complicada na imigração

Achotegui J. Emigrar en situaciones extremas: el síndrome de Ulises. *Aloma*. 2012; 30 (2):79–86

Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med*. 2009; 68(10):1866–1874

Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health*. 2007; 33(2):96–104

Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*. 2011; 11:432

- Capell J, Dean E, Veenstra G. The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals. *J Transcult Nurs*. 2008; 19(2):121–125
- Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(3):307–315
- De la Revilla L, De los Rios A, Luna J, et al. Trauma post migrations living difficulties and social support as a predictor of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust NZ Psychiatry*. 2006; 40(2):179–188
- Garaikoetxea A. Expectativas y opiniones de los inmigrantes económicos sobre nuestro sistema de salud. Tesis (Doctorado). Universitat Autònoma Barcelona; 2007
- Lin LH, Hung CH. Vietnamese women immigrants' life adaptation, social support, and depression. *J Nurs Res*. 2007; 15(4):243–254
- Meleis AI. Pasión por producir una diferencia. Conferencia en el VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Sta Fé de Bogotá. En: Duran de Villalobos MM. Teoría de enfermería, ¿un camino de herradura?. Aquichan. 2007; 7(2):161–173
- O'Mahony JM, Donnelly TT. The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. *Issues Ment Health Nurs*. 2007; 28(5):453–471
- Plaza del Pino FJ, Plaza del Pino MD, Martínez Galvez L. Historia de un extranjero: vivencias de un inmigrante rifeño sin papeles. *Index Enferm (Gran)*. 2006; 55:59–62
- Ral A, Silverman JG, Mc Cleary-Sills J, Liu R. Immigrations policies increase south Asian immigrant women's vulnerability to intimate partner violence. *J Am Med Womens Assoc*. 2005; 60(1):26–32
- Rifà R. Diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio. Revisión de la literatura científica. *Rev ROL Enf*. 2012; 35(3):94–99
- Rifà R. Diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio: visión de los inmigrantes. Tesis (Doctorado). Universitat Rovira i Virgili; 2012.

Available from http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84141/Tesi%20Rosa%20Rifa_TDX.pdf? sequence=1

- Rifà R, Costa LL, Olivé C, Pallarès A, Pérez I, Vila G. Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Cataluña. *Cultura De Los Cuidados*. 2006; 20:92–98
- Rifà R, Pallarès A, Olivé C, Vila C, Lamoglia M, Pérez I. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicación de los diagnósticos NANDA al proceso migratorio. *Rev Paraninfo Digital* 2009:7
- Simich L, Hamilton H, Baya BK. Mental distress, economic hardship and expectations of life in Canada among Sudanese newcomers. *Transcult Psychiatry*. 2006; 43(3): 418–444
- Tompa E, Scott-Marshall H, Dolinschi R, Trevithick S, Bhattacharyya S. Precarious employment experiences and their health consequences: towards a theoretical framework. *Work*. 2007; 28(3):209–224
- Wiking E, Johansson SE, Sundquist J. Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(7):574–582

9.2 Clase 2: Respostas de enfrentamento

9.2.1 Ansiedade

Nenhuma referência no momento.

9.2.2 Ansiedade relacionada à morte

- Abdel-Khalek AM, Tomás-Sábado J. Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Stud*. 2005; 29(2):157–169
- Aday RH. Belief in afterlife and death anxiety: correlates and comparisons. *Omega*. 1984–85; 15(1):67–75
- Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their

spouses. *Palliat Med.* 2000; 14(6):499–507

Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol.* 1995; 51(2):202–204

Amenta MM. Death anxiety, purpose in life and duration of service in hospice volunteers. *Psychol Rep.* 1984; 54(3):979–984

Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60 Suppl 2:57–62, discussion 75–76, 113–116

Bay EJ, Algase DL. Fear and anxiety: a simultaneous concept analysis. *Nurs Diagn.* 1999; 10(3):103–111

Beck CT. Nursing students' experiences caring for dying patients. *J Nurs Educ.* 1997; 36(9):408–415

Bené B, Foxall MJ. Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *Hosp J.* 1991; 7(3):25–41

Bolt M. Religious orientation and death fears. *Rev Relig Res.* 1977; 19(1):73–76

Braunstein JW. An investigation of irrational beliefs and death anxiety as a function of HIV status. *J Ration-Emot Cogn-Behav Ther.* 2004; 22:21–37

Brockopp DY, King DB, Hamilton JE. The dying patient: a comparative study of nurse caregiver characteristics. *Death Stud.* 1991; 15(3):245–258

Chiappetta W, Floyd HH, McSeveney DR. Sex differences in coping with death anxiety. *Psychol Rep.* 1976; 39(3):945–946

Clements R. Intrinsic religious motivation and attitudes toward death among the elderly. *Curr Psychol.* 1998; 17(2–3):237–248

Cully JA, LaVoie D, Gfeller JD. Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *Gerontologist.* 2001; 41(1):89–95

Hunt B, Rosenthal DA. Rehabilitation counselors' experiences with client

- death anxiety. *J Rehabil.* 2000; 66(4):44–50
- Kuuppelomäki M. Cancer patients', family members' and professional helpers' conceptions and beliefs concerning death. *Eur J Oncol Nurs.* 2000; 4(1):39–47
- Kastenbaum R. *The psychology of death.* New York, NY: The Guilford Press; 1992
- Matalon TH. The relationship among children's conceptualisation of death, parental communication about death, and parental death anxiety. *Diss Abstr Int A Humani Soc Sci.* 2000; 61:510–511
- Mok E, Lee WM, Wong FK. The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Educ Today.* 2002; 22(4):319–329
- Nelson LD, Cantrell CH. Religiosity and death anxiety: A multi-dimensional Analysis. *Rev Relig Res.* 1980; 21(2):148–157
- Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *J Psychol.* 1996; 130(2):141–144
- Rasmussen CH, Johnson ME. Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *Omega.* 1994; 29(4):313–318
- Robbins RA. Death competency: a study of hospice volunteers. *Death Stud.* 1992; 16 (6):557–569
- Rosenhein E, Muchnick B. Death concerns in differential levels of consciousness as functions of defence strategy and religious belief. *Omega.* 1984–85; 15(1):15–24
- Sanders JF, Poole TE, Rivero WT. Death anxiety among the elderly. *Psychol Rep.* 1980; 46(1):53–54
- Sherman DW. Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. *Image J Nurs Sch.* 1996; 28(3):205–213
- Stoller EP. The impact of death-related fears on attitudes of nurses in hospital work setting. *Omega.* 1980–81; 11:85–96

- Straub SH, Roberts JM. Fear of death in widows: Effects of age at widowhood and suddenness of death. *Omega*. 2001; 43(1):25–41
- Sulmasy DP, McIlvane JM. Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. *Arch Intern Med*. 2002; 162(18):2098–2104
- Whitley GG. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. *Nurs Diagn*. 1994; 5(4):143–150
- Whitley GG, Tousman SA. A multivariate approach for validation of anxiety and fear. *Nurs Diagn*. 1996; 7(3):116–124

9.2.3 Enfrentamento defensivo

- Balder L, Denour AK. Couples' reactions and adjustment to mastectomy. *Int J Psychiatry Med*. 1984; 14(3):265–276
- Bartek SE, Krebs DL, Taylor MC. Coping, defending, and the relations between moral judgment and moral behavior in prostitutes and other female juvenile delinquents. *J Abnorm Psychol*. 1993; 102(1):66–73
- Bean G, Cooper S, Alpert R, Kipnis D. Coping mechanisms of cancer patients: a study of 33 patients receiving chemotherapy. *CA Cancer J Clin*. 1980; 30(5):256–259
- Brown JD, Dutton KA. The thrill of victory, the complexity of defeat: self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *J Pers Soc Psychol*. 1995; 68(4): 712–722
- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*. 1985; 55(1):72–76
- Coelho GV, Hamburg DA, Adams JE. Coping and adaptation. New York, NY: Basic Books; 1974
- Coopersmith S. Antecedents of self-esteem. San Francisco, CA: Freeman, Cooper; 1967
- Creswell C, Chalder T. Defensive coping styles in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 2001; 51(4):607–610

- Cysouw-Guitouni A. L'avenir et la sauvegarde des valeurs. *Psychologie Préventive*. 2001; 37:18–23
- Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, et al. QUOVADIS Study Group. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res*. 2005; 13(11):1961–1969
- George JM, Scott DS, Turner SP, Gregg JM. The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery. *J Behav Med*. 1980; 3(3):291–310
- Guitouni M. Le choix d'une génération: démissionner ou résister. *Psychologie Préventive*. 2002; 38:25–29
- Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2005; 7(3):281–292
- Kools S. Self-protection in adolescents in foster care. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 1999; 12(4):139–152
- Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill; 1966
- Lindstrøm TC. Defence mechanisms and some notes on their relevance for the caring professions. *Scand J Caring Sci*. 1989; 3(3):99–104
- McFarland G.K, McFarlane E.A. *Traité de diagnostic infirmier*. St-Laurent: ERPI; 1995
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*. 2006; 120(1–2):44–52
- Morris CA. Self-concept as altered by the diagnosis of cancer. *Nurs Clin North Am*. 1985; 20(4):611–630
- Noy S. Minimizing casualties in biological and chemical threats (war and terrorism): the importance of information to the public in a prevention program. *Prehosp Disaster Med*. 2004; 19(1):29–36
- Pérez-Sales P, Vázquez Valverde C. [Support psychotherapy in traumatic

situations]. Rev Enferm. 2003; 26(12):44–52

Taubes I. Tout commence par une confiance primitive dans la vie: entretien avec Boris Cyulnik. Psychologies; 2002:90–94

Taubes I. Je fuis les responsabilités. Psychologies; 2005:88–89

Tod AM, Lacey A. Overweight and obesity: helping clients to take action. Br J Community Nurs. 2004; 9(2):59–66

Tromp DM, Brouha XD, De Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubst JA. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. Eur J Cancer. 2004; 40(10): 1509–1516

Worden JW, Sobel HJ. Ego strength and psychosocial adaptation to cancer. Psychosom Med. 1978; 40(8):585–592

Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. Biol Psychiatry. 1998; 44(12):1305–1313

9.2.4 Enfrentamento ineficaz

Nenhuma referência no momento.

9.2.5 Disposição para enfrentamento melhorado

Nenhuma referência no momento.

9.2.6 Enfrentamento familiar comprometido

Nenhuma referência no momento.

9.2.7 Enfrentamento familiar incapacitado

Nenhuma referência no momento.

9.2.8 Disposição para enfrentamento familiar melhorado

Nenhuma referência no momento.

9.2.9 Enfrentamento ineficaz da comunidade

Nenhuma referência no momento.

9.2.10 Disposição para enfrentamento melhorado da comunidade

Nenhuma referência no momento.

9.2.11 Sobrecarga de estresse

Al-Hassan M, Sagr L. Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. *J Adv Nurs*. 2002; 40(2):181–188

Bay E, Hagerty B, Williams RA, Kirsch N. Chronic stress, salivary cortisol response, interpersonal relatedness, and depression among community-dwelling survivors of traumatic brain injury. *J Neurosci Nurs*. 2005; 37(1):4–14

Boardman JD. Stress and physical health: the role of neighborhoods as mediating and moderating mechanisms. *Soc Sci Med*. 2004; 58(12):2473–2483

Booth K, Beaver K, Kitchener H, O'Neill J, Farrell C. Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Educ Couns*. 2005; 56(2):225–232

Carlson-Catalano J. Nursing diagnoses and interventions for post-acute-phase battered women. *Nurs Diagn*. 1998; 9(3):101–110

Choenarom C, Williams RA, Hagerty BM. The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Arch Psychiatr Nurs*. 2005; 19(1):18–29

Cropley M, Steptoe A. Social support, life events and physical symptoms: A prospective study of chronic and recent life stress in men and women. *Psychol Med*. 2005; 33 (2):299–306

Davidson M, Penney ED, Muller B, Grey M. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Appl Nurs Res*. 2004; 17(2):72–80

- Diong SM, Bishop GD, Enkelmann HC, et al. Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychol Health*. 2005; 20(4):467–495
- Drew D, Goodenough B, Maurice L, Foreman T, Willis L. Parental grieving after a child dies from cancer: is stress from stem cell transplant a factor?. *Int J Palliat Nurs*. 2005; 11(6):266–273
- Eby KK. Exploring the stressors of low-income women with abusive partners: Understanding their needs and developing effective community responses. *J Fam Violence*. 2004; 19(4):251–232
- Golden-Kreutz DM, Thornton LM, Wells-Di Gregorio S, et al. Traumatic stress, perceived global stress, and life events: prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol*. 2005; 24(3):288–296
- Hannigan B, Edwards D, Burnard P. Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *J Ment Health*. 2004; 13(3):235–245
- Harwood L, Locking-Cusolito H, Spittal J, Wilson B, White S. Preparing for hemodialysis: patient stressors and responses. *Nephrol Nurs J*. 2005; 32(3):295–302, quiz 303
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967; 11(2):213–218
- Hung C-H. Measuring postpartum stress. *J Adv Nurs*. 2005; 50(4):417–424
- Ilgen MA, Hutchison KE. A history of major depressive disorder and the response to stress. *J Affect Disord*. 2005; 86(2–3):143–150
- Janz NK, Dodge JA, Janevic MR, Lin X, Donaldson AE, Clark NM. Understanding and reducing stress and psychological distress in older women with heart disease. *J Women Aging*. 2004; 16(3–4):19–38
- Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behav Med*. 1981; 4(1):1–39

- Keil RMK. Coping and stress: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 2004; 45(6):659–665
- Krause N. Stressors arising in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004; 59(5):S287– S297
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer; 1984
- Lim LS, Williams DE, Hagen PT. Validation of a five-point self-rated stress score. *Am J Health Promot*. 2005; 19(6):438–441
- Lloyd C, Smith J, Weinger K. Stress and diabetes: A review of the links. *Diabetes Spectr*. 2005; 18(2):121–127
- Lunney M, Myszak C. Abstract: Stress overload: A new diagnosis. In: Rantz M.J, LeMone P, eds. *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the twelfth conference*, North American Nursing Diagnosis Association. Glendale, CA: CINAHL Information Systems; 1997
- Lustyk MK, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women Health*. 2004; 39(3):35–44
- McNulty PAF. Reported stressors and health care needs of active duty Navy personnel during three phases of deployment in support of the war in Iraq. *Mil Med*. 2005; 170(6):530–535
- Maller MH, Almeida DM, Neupert SD. Women's daily physical health symptoms and stressful experiences across adulthood. *Psychol Health*. 2005; 20(3):389–403
- Mariano C. Case study: The method. In: Munhall P.L, Oiler C.O, eds. *Nursing research: A qualitative perspective*. 2nd ed. New York, NY: National League for Nursing; 1993
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Newbury Park, CA: Sage; 1984
- Motzer SA, Hertig V. Stress, stress response, and health. *Nurs Clin North*

Am. 2004; 39(1):1–17

Nielsen NR, Zhang Z-F, Kristensen TS, Netterstrøm B, Schnohr P, Grønbaek M. Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *BMJ*. 2005; 331 (7516):548–550

Pender NJ, Murtaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2006

Power TG. Stress and coping in childhood: The parents' role. *Parent Sci Pract*. 2004; 4 (4):271–317

Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2004; 45(5):536–545

Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. *Ann Epidemiol*. 2004; 14(7):467–472

Ryan M. Biases that influence the diagnostic process. In: Lunney M, ed. *Critical thinking and nursing diagnoses: Case studies and analyses*. Philadelphia, PA: NANDA; 2001

Ryan-Wenger NA, Sharrer VW, Campbell KK. Changes in children's stressors over the past 30 years. *Pediatr Nurs*. 2005; 31(4):282–288, 291

Sarid O, Anson O, Yaari A, Margalith M. Academic stress, immunological reaction, and academic performance among students of nursing and physiotherapy. *Res Nurs Health*. 2004; 27(5):370–377

Scollan-Koliopoulos M. Managing stress response to control hypertension in type 2 diabetes. *Nurse Pract*. 2005; 30(2):46–49

Selye H. *The Stress of Life*. New York, NY: McGraw Hill; 1956

Selye H. *Stress without Distress*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott; 1974

Selye H. Further thoughts on "stress without distress". *Med Times*. 1976; 104(11):124–144

Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, Frodi A, Ludvigsson J. Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in infancy. *Diabetes Care*.

2005; 28(2):290–295

So HM, Chan DSK. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(1):77–84

Sternberg E. *The balance within: The science of connecting health and emotions*. New

York, NY: W.H. Freeman; 2001

Stewart KE, Cianfrini LR, Walker JF. Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the deep south of the United States. *AIDS Care*. 2005; 17(3):350–358

Taxis JC, Rew L, Jackson K, Kouzekanani K. Protective resources and perceptions of stress in a multi-ethnic sample of school-age children. *Pediatr Nurs*. 2004; 30(6): 477–482, 487

VonDras DD, Powless MR, Olson AK, Wheeler D, Snudden AL. Differential effects of everyday stress on the episodic memory test performances of young, mid-life, and older adults. *Aging Ment Health*. 2005; 9(1):60–70

9.2.12 Medo

Nenhuma referência no momento.

9.2.13 Negação ineficaz

Bartle SH. Denial of cardiac warnings. *Psychosomatics*. 1980; 21(1):74–77

Bennett DH, Holmes DS. Influence of denial (situation redefinition) and projection on anxiety associated with threat to self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 1975; 32(5):915– 921

Byrne B. Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Adolescence*. 2000; 35(137):201–215

Davey GC, Burgess I, Rashes R. Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *Br J Clin Psychol*. 1995; 34(Pt 3):423–434

- Fryer S, Waller G, Kroese BS. Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *Int J Eat Disord.* 1997; 22(4):427–436
- Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract.* 1998; 4(2):84–96
- Gottschalk LA, Fronczek J, Abel L, Buchsbaum MS, Fallon JH. The cerebral neurobiology of anxiety, anxiety displacement, and anxiety denial. *Psychother Psychosom.* 2001; 70(1):17–24
- Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 63(6):913–922
- Heilbrun AB, Jr, Pepe V. Awareness of cognitive defences and stress management. *Br J Med Psychol.* 1985; 58(Pt 1):9–17
- Hobfoll SE, Walfisch S. Coping with a threat to life: a longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress. *Am J Community Psychol.* 1984; 12 (1):87–100
- Hovey JD, Magaña CG. Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the Midwest: psychosocial predictors of psychological distress and suggestions for prevention and treatment. *J Psychol.* 2002; 136(5):493–513
- Kennedy P, Duff J, Evans M, Beedie A. Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol.* 2003; 42(Pt 1):41–52
- Kollbrunner J, Zbären P, Quack K. [Quality of life stress in patients with large tumors of the mouth. 2: Dealing with the illness: coping, anxiety and depressive symptoms]. *HNO.* 2001; 49(12):998–1007
- Leserman J, Perkins DO, Evans DL. Coping with the threat of AIDS: the role of social support. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(11):1514–1520
- Mogg K, Mathews A, Bird C, Macgregor-Morris R. Effects of stress and anxiety on the processing of threat stimuli. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 59(6):1230–1237

- Monat A, Lazarus RS. Stress and Coping: An anthology. 3rd ed. New York, NY: Columbia University Press; 1991
- Muller L, Spitz E. [Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population]. *Encephale*. 2003; 29(6):507–518
- Sandstrom MJ, Cramer P. Defense mechanisms and psychological adjustment in childhood. *J Nerv Ment Dis*. 2003; 191(8):487–495
- Schimmel J, Greenberg J, Martens A. Evidence that projection of a feared trait can serve a defensive function. *Pers Soc Psychol Bull*. 2003; 29(8):969–979
- Skinner N, Brewer N. The dynamics of threat and challenge appraisals prior to stressful achievement events. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(3):678–692
- Westman AS. Existential anxiety as related to conceptualization of self and of death, denial of death, and religiosity. *Psychol Rep*. 1992; 71(3 Pt 2):1064–1066

9.2.14 Pesar

- Genevro JL, Marshall T, Miller T. Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Stud*. 2004; 28(1): 520–542
- Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud*. 2004; 28(6):491–575
- Christ G, Bonnano G, Malkinson R, Rubin S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M, Berhman R, eds. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington DC: National Academy Press; 2003
- Davis C, Nolen-Hocksema S. Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *Am Behav Sci*. 2001; 44(5):726–741
- Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: a content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud*. 2002; 26(10):793–813

- Gamino LA, Sewell KW, Easterling LW. Scott and White Grief Study—phase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud.* 2000; 24(7):633–660
- Hall M, Irwin M. Physiological indices of functioning in bereavement. In: Stroebe M., Hannson R., Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001
- Hansson R, Stroebe M. Grief, older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion.* New York, NY: Plenum; 2003
- Hogan N, Worden JW, Schmidt L. An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega.* 2004; 48(3):263–277
- Jacobs S. *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention.* Caselton, NY: Brunner/Mazel; 1999
- Matthews LT, Marwit SJ. Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Stud.* 2004; 28(9):849–863
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(2): 87–93
- Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Stud.* 2003; 27(3):249–272
- Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe M, Hannson R, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001

9.2.15 Pesar complicado

- Genevro JL, Marshall T, Miller T. Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Stud.* 2004; 28(1): 520–542

- Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud.* 2004; 28(6):491–575
- Christ G, Bonnano G, Malkinson R, Rubin S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M, Berhman R, eds. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families.* Washington DC: National Academy Press; 2003
- Davis C, Nolen-Hocksema S. Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *Am Behav Sci.* 2001; 44(5):726–741
- Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: a content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud.* 2002; 26(10):793–813
- Gamino LA, Sewell KW, Easterling LW. Scott and White Grief Study–phase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud.* 2000; 24(7):633–660
- Hall M, Irwin M. Physiological indices of functioning in bereavement. In: Stroebe M., Hannson R., Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington DC: American Psychological Association; 2001
- Hansson R, Stroebe M. Grief, older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion.* New York, NY: Plenum; 2003
- Hogan N, Worden JW, Schmidt L. An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega.* 2004; 48(3):263–277
- Jacobs S. *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention.* Caselton, NY: Brunner/Mazel; 1999
- Matthews LT, Marwit SJ. Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Stud.* 2004; 28(9):849–863
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry.* 2003; 48(2): 87–93
- Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at

various points in the bereavement process. *Death Stud.* 2003; 27(3):249–272

Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association; 2001

9.2.16 Risco de pesar complicado

Genevro JL, Marshall T, Miller T. Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research Outcomes of bereavement. *Death Stud.* 2004; 28(1): 520–542

Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud.* 2004; 28(6):491–575

Christ G, Bonnano G, Malkinson R, Rubin S. Bereavement experiences after the death of a child. In: Field, M, Berhman R, eds. *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. Washington DC: National Academy Press; 2003

Davis C, Nolen-Hocksema S. Loss and meaning: How do people make sense of loss?. *Am Behav Sci.* 2001; 44(5):726–741

Gamino LA, Hogan NS, Sewell KW. Feeling the absence: a content analysis from the Scott and White grief study. *Death Stud.* 2002; 26(10):793–813

Gamino LA, Sewell KW, Easterling LW. Scott and White Grief Study–phase 2: toward an adaptive model of grief. *Death Stud.* 2000; 24(7):633–660

Hall M, Irwin M. Physiological indices of functioning in bereavement. In: Stroebe M., Hansson R., Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association; 2001

Hansson R, Stroebe M. Grief, older adulthood. In: Gullotta T, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York, NY:

Plenum; 2003

Hogan N, Worden JW, Schmidt L. An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega*. 2004; 48(3):263–277

Jacobs S. Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention. Caselton, NY: Brunner/Mazel; 1999

Matthews LT, Marwit SJ. Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Stud*. 2004; 28(9):849–863

Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry*. 2003; 48(2): 87–93

Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Stud*. 2003; 27(3):249–272

Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe M, Hansson R, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Association; 2001

9.2.17 Planejamento de atividade ineficaz

American Psychiatric Association. Mini DSM IV-TR. Masson: Paris; 2004

Auger L. Vivre avec sa tête ou avec son cœur. Quebec Centre la Pensée Réaliste, republication par Pierre Bovo; 2006

Auger L. Savoir vivre. Québec: Les éditions Un monde différent ltée; 2001

Auger L. Prendre soin de soi, guide pratique de micro-thérapie. Montréal: CIM; 1992

Auger L. S'aider soi-même d'avantage. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1980

Barth B-M. Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. Communication et

Langages 1985; 66, 45–58

Beck AT, et al. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979

Corbière M, Laisné F, Mercier C. Élaboration du questionnaire: obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter. Manuscrit inédit, Centre de recherche Femand-Seguin, Unité 218, Hôpital Louis-H. Montréal: Lafontaine; 2001

Debray Q, Kindynis S, Leclère M, Seigneurie A. Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, Approche cognitivo-comportementale: Paris: Masson; 2005

Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, NY: Secausus, Lyle Stuart; 1962

Ellis A, Harper R. L'approche émotivo-rationnelle, Une nouvelle façon de vivre. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1992

Filion F. J'améliore mes plans d'action. Québec: CAER Ed; 1989

Greenberg D, Padesky C. Détresse et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive. Québec: Décarie Éditeur; 2004

Ladouceur R., Marchand A., Boivert J-M. Les troubles anxieux, Approche cognitive et comportementale. Gaétan Morin & Paris: Masson; 1999

Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, Eds. Psychiatrie clinique, Une approche bio-psychosociale. Québec: Tome II; 2001

Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2004

Monastès JL, Boyer C. Les thérapies comportementales et cognitives, Se libérer des troubles psy. Milan: Les Essentiels Milan; 2006

Morin C, Briand C, Lalonde P. De la symptomatologie à la résolution de problèmes: approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. In: Santé Mentale au Québec, Dossier Schizophrénie, délires et thérapie cognitive, Vol XXIV, No 1; 1999:277

- Riberio KL. The labyrinth of community mental health: In search of meaningful occupation. *Psychiatr Rehabil J*. 1999; 23(2):143–153
- Seyle H. The stress of life. New York, NY: McGraw-Hill; 1959
- Townsend MC. Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale. Quebec: ERPI; 2004
- Wilson R, Branch R. Les thérapies comportementales et cognitives pour les nuls. Paris: First; 2004

9.2.18 Risco de planejamento de atividade ineficaz

- American Psychiatric Association. Mini DSM IV-TR. Masson: Paris; 2004
- Auger L. Vivre avec sa tête ou avec son cœur. Quebec Centre la Pensée Réaliste, republication par Pierre Bovo; 2006
- Auger L. Savoir vivre. Québec: Les éditions Un monde différent ltée; 2001
- Auger L. Prendre soin de soi, guide pratique de micro-thérapie. Montréal: CIM; 1992
- Auger L. S'aider soi-même d'avantage. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1980
- Barth B-M. Jérôme Bruner et l'innovation pédagogique. *Communication et Langages* 1985; 66, 45–58
- Beck AT, et al. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979
- Corbière M, Laisné F, Mercier C. Élaboration du questionnaire: obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter. Manuscrit inédit, Centre de recherche Femand-Seguin, Unité 218, Hôpital Louis-H. Montréal: Lafontaine; 2001
- Debray Q, Kindynis S, Leclère M, Seigneurie A. Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, Approche cognitivo-comportementale: Paris: Masson; 2005
- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, NY: Secausus,

Lyle Stuart; 1962

Ellis A, Harper R. L'approche émotivo-rationnelle, Une nouvelle façon de vivre. Québec: Les Éditions De l'Homme; 1992

Filion F. J'améliore mes plans d'action. Québec: CAER Ed; 1989

Greenberg D, Padesky C. Détresse et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive. Québec: Décarie Éditeur; 2004

Ladouceur R., Marchand A., Boivert J-M. Les troubles anxieux, Approche cognitive et comportementale. Gaétan Morin & Paris: Masson; 1999

Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, Eds. Psychiatrie clinique, Une approche bio-psychosociale. Québec: Tome II; 2001

Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2004

Monastès JL, Boyer C. Les thérapies comportementales et cognitives, Se libérer des troubles psy. Milan: Les Essentiels Milan; 2006

Morin C, Briand C, Lalonde P. De la symptomatologie à la résolution de problèmes: approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. In: Santé Mentale au Québec, Dossier Schizophrénie, délires et thérapie cognitive, Vol XXIV, No 1; 1999:277

Riberio KL. The labyrinth of community mental health: In search of meaningful occupation. Psychiatr Rehabil J. 1999; 23(2):143–153

Seyle H. The stress of life. New York, NY: McGraw-Hill; 1959

Townsend MC. Soins infirmiers. Psychiatrie et santé mentale. Québec: ERPI; 2004

Wilson R, Branch R. Les thérapies comportementales et cognitives pour les nuls. Paris: First; 2004

9.2.19 Regulação do humor prejudicada

Cheng ST, Chan AC. Withdrawal, apathy and lack of vigor in late life depression: factorial validity and relationship to diagnosis. Aging Ment

Health. 2007; 11(5):532– 537

Dimeo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *Br J Sports Med*. 2001; 35(2):114–117

Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2005; 7(6):483–496

Lightbody CE, Baldwin R, Connolly M, et al. Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *J Adv Nurs*. 2007; 57(5):505–512

Lilja L, Hellzén M, Lind I, Hellzén O. The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006; 13(3):269– 278

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD004366

Morriss R, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton CA, McCarthy JP. Interventions for helping people recognize early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:1

Neufeld E, O'Rourke N. Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(10):684–692

Registered Nurses' Association of Ontario. Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto, Ont: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011

Sagen U, Finset A, Moum T, et al. Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32(1):80–85

Stuart GW, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis, MO: Mosby; 2001

Volicer BJ, Quattrocchi N, Candelieri R, Nicolosi R, Ladebauche P.

Depression and alcohol abuse in asthmatic college students. *Nurse Pract.* 2006; 31(2):49–54

Wang M-Y, Tsai PS, Chou K-R, Chen C-M. A systematic review of the efficacy of non-pharmacological treatments for depression on glycaemic control in type 2 diabetics. *J Clin Nurs.* 2008; 17(19):2524–2530

9.2.20 Resiliência prejudicada

Caldeira S, Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review.* Retrieved April 1st, 2016, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12268/abstract>; 2016

Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs.* 1996; 10(5):276–282

Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2007; 42(2):73–82

Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. *Res Gerontol Nurs.* 2015; 8(1):29–38

Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O’Flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013; 27(6):264–270

Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse.* 2007; 25(1–2):124–135

Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *J Multidiscip Healthc.* 2013; 6:323–333

Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs.* 2014; 18(1):93–101

Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. *Nurs Forum.*

2013; 48(1): 17–25

van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatr Nurs*. 2013; 34(2):122–127

West C, Buettner P, Stewart L, Foster K, Usher K. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(23–24):3532–3545

Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011; 21:152–169

9.2.21 Risco de resiliência prejudicada

Caldeira S, Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review*. Retrieved April 1st, 2016, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12268/abstract>; 2016

Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 1996; 10(5):276–282

Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007; 42(2):73–82

Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. *Res Gerontol Nurs*. 2015; 8(1):29–38

Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O’Flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27(6):264–270

Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse*. 2007; 25(1–2):124–135

Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2013; 6:323–333

Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum:

- diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18(1):93–101
- Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2013; 48(1): 17–25
- van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatr Nurs*. 2013; 34(2):122–127
- West C, Buettner P, Stewart L, Foster K, Usher K. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(23–24):3532–3545
- Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011; 21:152–169

9.2.22 Disposição para resiliência melhorada

- Caldeira S, Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. *International Nursing Review*. Retrieved April 1st, 2016, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12268/abstract>; 2016
- Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 1996; 10(5):276–282
- Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2007; 42(2):73–82
- Ewen HH, Chahal JK, Fenster ES. A portrait of resilience in caregiving. *Res Gerontol Nurs*. 2015; 8(1):29–38
- Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O’Flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27(6):264–270
- Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse*. 2007; 25(1–2):124–135
- Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2013; 6:323–333

- Molina Y, Yi JC, Martinez-Gutierrez J, Reding KW, Yi-Frazier JP, Rosenberg AR. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs*. 2014; 18(1):93–101
- Simmons A, Yoder L. Military resilience: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2013; 48(1): 17–25
- van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatr Nurs*. 2013; 34(2):122–127
- West C, Buettner P, Stewart L, Foster K, Usher K. Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(23–24):3532–3545
- Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2011; 21:152–169

9.2.23 Sentimento de impotência

- Andershed B, Harst de CW. Next of kin’s feelings of guilt and shame in end-of-life care. *Contemp Nurse*. 2007; 27(1):61–72
- Colyer H. Women’s experience of living with cancer. *J Adv Nurs*. 1996; 23(3):496–501
- Davidhizar R. Powerlessness of caregivers in home care. *J Clin Nurs*. 1994; 3(3):155– 158
- Efraimsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman P. Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *J Clin Nurs*. 2003; 12(5):707–716
- Fisker T, Strandmark M. Experiences of surviving spouse of terminally ill spouse: a phenomenological study of an altruistic perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21(2): 274–281
- Gibson JM, Kenrick M. Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *J Adv Nurs*. 1998; 27(4):737–745
- Hägglund D, Ahlstr m G. The meaning of women’s experience of living with longterm urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007;

16(10):1946–1954

Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19(1):32–38

Kain VJ. Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *Int J Palliat Nurs.* 2007; 13(5):243–248

Koch T, Webb C. The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *J Adv Nurs.* 1996; 23(5):954–959

Nyström AE, Segesten KM. On sources of powerlessness in nursing home life. *J Adv Nurs.* 1994; 19(1):124–133

Papadatou D, Bellali T, Papazoglou I, Petraki D. Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatr Nurs.* 2002; 28(4):345–353

Rydahl-Hansen S. Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19(3):213–222

Margaretha Strandmark K. Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(2):135–144

Thomas SA, González-Prendes AA. Powerlessness, anger, and stress in African American women: implications for physical and emotional health. *Health Care Women Int.* 2009; 30(1–2):93–113

Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *Int J Ment Health Nurs.* 2009; 18(3):153–163

Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. *J Adv Nurs.* 1991; 16(4):388–397

9.2.24 Risco de sentimento de impotência

Andershed B, Harstäde CW. Next of kin's feelings of guilt and shame in end-of-life care. *Contemp Nurse.* 2007; 27(1):61–72

- Colyer H. Women's experience of living with cancer. *J Adv Nurs*. 1996; 23(3):496–501
- Davidhizar R. Powerlessness of caregivers in home care. *J Clin Nurs*. 1994; 3(3):155–158
- Efraimsson E, Rasmussen BH, Gilje F, Sandman P. Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *J Clin Nurs*. 2003; 12(5):707–716
- Fisker T, Strandmark M. Experiences of surviving spouse of terminally ill spouse: a phenomenological study of an altruistic perspective. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21(2): 274–281
- Gibson JM, Kenrick M. Pain and powerlessness: the experience of living with peripheral vascular disease. *J Adv Nurs*. 1998; 27(4):737–745
- Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with longterm urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007; 16(10):1946–1954
- Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scand J Caring Sci*. 2005; 19(1):32–38
- Kain VJ. Moral distress and providing care to dying babies in neonatal nursing. *Int J Palliat Nurs*. 2007; 13(5):243–248
- Koch T, Webb C. The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *J Adv Nurs*. 1996; 23(5):954–959
- Nyström AE, Segesten KM. On sources of powerlessness in nursing home life. *J Adv Nurs*. 1994; 19(1):124–133
- Papadatou D, Bellali T, Papazoglou I, Petraki D. Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatr Nurs*. 2002; 28(4):345–353
- Rydahl-Hansen S. Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Scand J Caring Sci*. 2005; 19(3):213–222
- Margaretha Strandmark K. Ill health is powerlessness: a phenomenological

study about worthlessness, limitations and suffering. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(2):135–144

Thomas SA, González-Prendes AA. Powerlessness, anger, and stress in African American women: implications for physical and emotional health. *Health Care Women Int.* 2009; 30(1–2):93–113

Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *Int J Ment Health Nurs.* 2009; 18(3):153–163

Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. *J Adv Nurs.* 1991; 16(4):388–397

9.2.25 Disposição para poder melhorado

Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns.* 2005; 57(2):153–157

Barrett EAM. A measure of power as knowing participation in change. In: Strickland O, Waltz C, eds. *Measurement of nursing outcomes: Volume 4, Measuring client self-care and coping skills.* New York, NY: Springer; 1990: 159–180

Caroselli C, Barrett EAM. A review of the power as knowing participation in change literature. *Nurs Sci Q.* 1998; 11(1):9–16

Cowling WR, III. Pattern, participation, praxis, and power in unitary appreciative inquiry. *ANS Adv Nurs Sci.* 2004; 27(3):202–214

Funnell MM. Patient empowerment. *Crit Care Nurs Q.* 2004; 27(2):201–204

Guinn MJ. A daughter's journey promoting geriatric self-care: promoting positive health care interactions. *Geriatr Nurs.* 2004; 25(5):267–271

Harkness J. Patient involvement: a vital principle for patient-centred health care. *World Hosp Health Serv.* 2005; 41(2):12–16, 40–43

Hashimoto H, Fukuhara S. The influence of locus of control on preferences for information and decision making. *Patient Educ Couns.* 2004;

55(2):236–240

Jeng C, Yang SH, Chang PC, Tsao LI. Menopausal women: perceiving continuous power through the experience of regular exercise. *J Clin Nurs*. 2004; 13(4):447–454

Mok E. Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective. *Nurs Ethics*. 2001; 8(1):69–76

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 2006

Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns*. 2004; 52(2):193–199

Crawford Shearer NB, Reed PG. Empowerment: reformulation of a non-Rogersian concept. *Nurs Sci Q*. 2004; 17(3):253–259

Wright BW. Trust and power in adults: an investigation using Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Nurs Sci Q*. 2004; 17(2):139–146

9.2.26 Tristeza crônica

Nenhuma referência no momento.

9.3 Classe 3: Estresse neurocomportamental

9.3.1 Capacidade adaptativa intracraniana diminuída

Nenhuma referência no momento.

9.3.2 Comportamento desorganizado do lactente

Nenhuma referência no momento.

9.3.3 Risco de comportamento desorganizado do lactente

Nenhuma referência no momento.

9.3.4 Disposição para comportamento organizado melhorado do lactente

Nenhuma referência no momento.

9.3.5 Disreflexia autonômica

Nenhuma referência no momento.

9.3.6 Risco de disreflexia autonômica

Nenhuma referência no momento.

9.3.7 Síndrome de abstinência de substâncias aguda

Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Crit Care Clin.* 2012; 28(4):549–585

Carr GD. Alcoholism: a modern look at an ancient illness. *Prim Care.* 2011; 38(1):9– 21, v

Corfee FA. Alcohol withdrawal in the critical care unit. *Aust Crit Care.* 2011; 24(2): 110–116

Genung V. Understanding the neurobiology, assessment, and treatment of substances of abuse and dependence: a guide for the critical care nurse. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2012; 24(1):117–130

Lemon SJ, Winstead PW, Weant KA. Alcohol withdrawal syndrome. *Advanced Emergency Nursing.* 2010; 32(1):20–27

McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008; 79(8):854–862

Muncie HL, Jr, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician.* 2013; 88(9):589–595

Pitzele HZ, Tolia VM. Twenty per hour: altered mental state due to ethanol abuse and withdrawal. *Emerg Med Clin North Am.* 2010; 28(3):683–705

Sharp B, Schermer CR, Esposito TJ, Omi EC, Ton-That H, Santaniello JM. Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: A prospective cohort study. *J Trauma Treat*. 2012; 1(4):128

9.3.8 Risco de síndrome de abstinência de substâncias aguda

Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Crit Care Clin*. 2012; 28(4):549–585

Carr GD. Alcoholism: a modern look at an ancient illness. *Prim Care*. 2011; 38(1):9– 21, v

Corfee FA. Alcohol withdrawal in the critical care unit. *Aust Crit Care*. 2011; 24(2): 110–116

Genung V. Understanding the neurobiology, assessment, and treatment of substances of abuse and dependence: a guide for the critical care nurse. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012; 24(1):117–130

Lemon SJ, Winstead PW, Weant KA. Alcohol withdrawal syndrome. *Advanced Emergency Nursing*. 2010; 32(1):20–27

McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008; 79(8):854–862

Muncie HL, Jr, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2013; 88(9):589–595

Pitzele HZ, Tolia VM. Twenty per hour: altered mental state due to ethanol abuse and withdrawal. *Emerg Med Clin North Am*. 2010; 28(3):683–705

Sharp B, Schermer CR, Esposito TJ, Omi EC, Ton-That H, Santaniello JM. Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: A prospective cohort study. *J Trauma Treat*. 2012; 1(4):128

9.3.10 Síndrome de abstinência neonatal

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 1998; 101(6):1079–1088

Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and

pharmacotherapy. In: Neonatal therapy: An update. New York, NY: Excerpta Medica 1986;122–146

Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and pharmacotherapy. In: Nelson N, ed. Current therapy in neonatal-perinatal medicine. 2nd ed. Ontario: BC Decker; 1990

Galinkin J, Koh JL, Committee on Drugs, Section On Anesthesiology and Pain Medicine, American Academy of Pediatrics. Recognition and management of iatrogenically induced opioid dependence and withdrawal in children. Pediatrics. 2014; 133 (1):152–155

Hudak ML, Tan RC, COMMITTEE ON DRUGS, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN, American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 2012; 129(2):e540–e560

Jansson LM, Velez ML. Infants of drug-dependent mothers. Pediatr Rev. 2011; 32(1): 5–12, quiz 12–13

Kirchner L, Graf-Rohrmeister K, Klebermass-Schrehof K, et al. Neonatal abstinence syndrome in European and North American neonates: differences in clinical characteristics derived from a prospective randomized trial. Klin Padiatr. 2014; 226(5): 274–280

Orlando S. An overview of clinical tools used to assess neonatal abstinence syndrome. J Perinat Neonatal Nurs. 2014; 28(3):212–219

Patel P, Abdel-Latif ME, Hazelton B, et al. Perinatal outcomes of Australian buprenorphine-exposed mothers and their newborn infants. J Paediatr Child Health. 2013; 49 (9):746–753

Serane VT, Kurian O. Neonatal abstinence syndrome. Indian J Pediatr. 2008; 75(9): 911–914

Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jones HE, et al. Neonatal outcomes following in utero exposure to methadone or buprenorphine: a National Cohort Study of opioid-agonist treatment of Pregnant Women in Norway from 1996 to 2009. Drug Alcohol Depend. 2013; 127(1–3):200–206

Zimmermann-Baer U, Nötzli U, Rentsch K, Bucher HU. Finnegan neonatal abstinence scoring system: normal values for first 3 days and weeks 5–6 in

non-addicted infants. *Addiction*. 2010; 105(3):524–528

10 Domínio 10: Princípios da vida

10.1 Classe 1: Valores

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

10.2 Classe 2: Crenças

10.2.1 Disposição para bem-estar espiritual melhorado

Nenhuma referência no momento.

10.3 Classe 3: Coerência entre valores/crenças/atos

10.3.1 Religiosidade prejudicada

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31

Bergan A, McConatha JT. Religiosity and life satisfaction. *Act Adaptation Aging*. 2000; 24(3):23–34

Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44

Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77

Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

Burkhart L, Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature.

- Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification. 2001; 12(2):45–54
- Carroll MM. Conceptual models of spirituality. Soc Thought. 2001; 20(1/2):5–21
- Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. Image J Nurs Sch. 1986; 18(4):161–164
- Charnes LS, Moore PS. Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. Holist Nurs Pract. 1992; 6(3):64–72
- Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD. Advances in the measurement of religiosity among older african americans: Implications for health and mental health researchers. J Ment Health Aging. 2001; 7(1):181–200
- Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. Am J Hosp Palliat Care. 1995; 12(2):30–37
- Durienz B, Luyten P, Snauwaert B, Hutsebaut D. The importance of religiosity and values in prediciting political attitudes: Evidence for the continuing importance of religiosity in Fladers (Belgium). Ment Health Relig Cult. 2002; 5(1):35–54
- Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. Am J Health Promot. 1992; 7(1):45–52
- Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. Res Nurs Health. 1987; 10(6):391–398
- Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. Soc Thought. 2001; 20(1/2):95–107
- Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existintial predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. Aging Ment Health. 2000; 4(4):375–387
- Haase JEl, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. Image (IN). 1992; 24(2):141–147

- Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):27–34
- Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs.* 1988; 13(3): 314–320
- Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Ment Health Relig Cult.* 2002; 5(2):163–174
- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn.* 1993; 4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin.* 1992; 17(3):26–55
- Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image J Nurs Sch.* 1992; 24(4):267–272
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res.* 1984; 25(4): 351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs.* 1996; 5(7):411–416
- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999; 6(1):3–8
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health.* 1987; 15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res.* 1991; 4(3): 122–128
- Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health.* 1992; 15(5):349–357

- Siddle R, Haddock G, Tarrier, Faragher E. B. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(3):267–284
- Stolley JM, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Am J Alzheimer Dis*. 1999; 14(3):181–191
- Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):47–55
- Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994
- Whitfield W. Research in religion and mental health: naming of parts—some reflections. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2002; 8(1):891–896

10.3.2 Risco de religiosidade prejudicada

- Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31
- Bergan A, McConatha JT. Religiosity and life satisfaction. *Act Adaptation Aging*. 2000; 24(3):23–34
- Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44
- Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77
- Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994
- Burkhart L, Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature.

- Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification. 2001; 12(2):45–54
- Carroll MM. Conceptual models of spirituality. Soc Thought. 2001; 20(1/2):5–21
- Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. Image J Nurs Sch. 1986; 18(4):161–164
- Charnes LS, Moore PS. Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. Holist Nurs Pract. 1992; 6(3):64–72
- Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD. Advances in the measurement of religiosity among older african americans: Implications for health and mental health researchers. J Ment Health Aging. 2001; 7(1):181–200
- Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. Am J Hosp Palliat Care. 1995; 12(2):30–37
- Durienz B, Luyten P, Snauwaert B, Hutsebaut D. The importance of religiosity and values in prediciting political attitudes: Evidence for the continuing importance of religiosity in Fladers (Belgium). Ment Health Relig Cult. 2002; 5(1):35–54
- Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. Am J Health Promot. 1992; 7(1):45–52
- Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. Res Nurs Health. 1987; 10(6):391–398
- Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. Soc Thought. 2001; 20(1/2):95–107
- Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existintial predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. Aging Ment Health. 2000; 4(4):375–387
- Haase JEl, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-

transcendence. *Image (IN)*.

1992; 24(2):141–147

Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):27–34

Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988; 13(3): 314–320

Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(2):163–174

Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn*. 1993; 4(4):140–147

Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin*. 1992; 17(3):26–55

Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image J Nurs Sch*. 1992; 24(4):267–272

Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res*. 1984; 25(4): 351–364

Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):18–26

Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs*. 1996; 5(7):411– 416

Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999; 6(1):3–8

Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health*. 1987; 15(5):349–357

Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res*. 1991; 4(3): 122–128

- Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 1992; 15(5):349–357
- Siddle R, Haddock G. Tarrier, Faragher E. B. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(3):267–284
- Stolley JM, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Am J Alzheimer Dis*. 1999; 14(3):181–191
- Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):47–55
- Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994
- Whitfield W. Research in religion and mental health: naming of parts—some reflections. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2002; 8(1):891–896

10.3.3 Disposição para religiosidade melhorada

- Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot*. 1989; 4(1):18–31
- Bergan A, McConatha JT. Religiosity and life satisfaction. *Act Adaptation Aging*. 2000; 24(3):23–34
- Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):23–44
- Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3): 69–77
- Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

- Burkhart L, Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification*. 2001; 12(2):45–54
- Carroll MM. Conceptual models of spirituality. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):5–21
- Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. *Image J Nurs Sch*. 1986; 18(4):161–164
- Charnes LS, Moore PS. Meeting patients' spiritual needs: the Jewish perspective. *Holist Nurs Pract*. 1992; 6(3):64–72
- Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD. Advances in the measurement of religiosity among older african americans: Implications for health and mental health researchers. *J Ment Health Aging*. 2001; 7(1):181–200
- Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. *Am J Hosp Palliat Care*. 1995; 12(2):30–37
- Durienz B, Luyten P, Snauwaert B, Hutsebaut D. The importance of religiosity and values in predicting political attitudes: Evidence for the continuing importance of religiosity in Flanders (Belgium). *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(1):35–54
- Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. *Am J Health Promot*. 1992; 7(1):45–52
- Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. *Res Nurs Health*. 1987; 10(6):391–398
- Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):95–107
- Fry PS. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existintial predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging Ment Health*. 2000; 4(4):375–387
- Haase JEl, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept

- Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. *Image (IN)*. 1992; 24(2):141–147
- Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):27–34
- Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988; 13(3): 314–320
- Maltby J, Day L. Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(2):163–174
- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn*. 1993; 4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin*. 1992; 17(3):26–55
- Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image J Nurs Sch*. 1992; 24(4):267–272
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res*. 1984; 25(4): 351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs*. 1996; 5(7):411– 416
- Pullen L, Modrcin-Talbott MA, West WR, Muenchen R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999; 6(1):3–8
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health*. 1987; 15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res*. 1991; 4(3): 122–128

- Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health*. 1992; 15(5):349–357
- Siddle R, Haddock G, Tarrier, Faragher E. B. The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Ment Health Relig Cult*. 2002; 5(3):267–284
- Stolley JM, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Am J Alzheimer Dis*. 1999; 14(3):181–191
- Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):47–55
- Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994
- Whitfield W. Research in religion and mental health: naming of parts—some reflections. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2002; 8(1):891–896

10.3.4 Sofrimento espiritual

- Brown AE, Whitney SN, Duffy JD. The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Palliat Support Care*. 2006; 4(1):81–86
- Burkhart L, Solari-Twadell A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *Nurs Diagn*. 2001; 12(2):45–54
- Burnard P. Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counselling skills. *J Adv Nurs*. 1987; 12(3):377–382
- Buxton F. Spiritual distress and integrity in palliative and non-palliative patients. *Br J Nurs*. 2007; 16(15):920–924
- Chaturvedi S. Spiritual issues at the end of life. *Indian J Palliat Care*. 2007; 13(2):48–52

- Chaves E., Carvalho E., Goyatá S., Galvão C. Spiritual distress: integrative review of literature. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2008;7(2)
- Chaves E, Carvalho E, Hass V. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2):264–270
- Chaves E, Carvalho E, Terra F, Souza L. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010; 18(3): 11–19
- Chow E, Nelson-Becker H. Spiritual distress to spiritual transformation: stroke survivors' narratives from Hong Kong. *J Aging Stud.* 2010; 24(4):313–324
- Copel LC. The lived experience of women in abusive relationships who sought spiritual guidance. *Issues Ment Health Nurs.* 2008; 29(2):115–130
- Cressey RW, Winbolt-Lewis M. The forgotten heart of care: a model of spiritual care in the National Health Service. *Accid Emerg Nurs.* 2000; 8(3):170–177
- Di Meo E. Rx for spiritual distress. *RN.* 1991; 54(3):22–24
- Duff V. Spiritual distress: deciding to care. *J Christ Nurs.* 1994; 11(1):29–31
- Egan M, Brisson D. Outreach nurses' perceptions of the spiritual needs of their homebound older clients. *J Relig Disabil Health.* 2005; 9(4):71–85
- Gallagher SM. Recognizing spiritual distress. *Ostomy Wound Manage.* 2002; 48(4): 16–18
- Georgesén J, Dungan JM. Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. *Cancer Nurs.* 1996; 19(5):376–383
- Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliat Support Care.* 2004; 2(4):371–378
- Heliker D. Reevaluation of a nursing diagnosis: spiritual distress. *Nurs Forum.* 1992; 27(4):15–20

- Hensley L. Spiritual distress: a validation study In: Carrol-Johnson R, Paquete M, eds. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, PA: Lippincott; 1994
- Kennedy C, Cheston SE. Spiritual distress at life's end: finding meaning in the maelstrom. *J Pastoral Care Counsel*. 2003; 57(2):131–141
- Kohler C. Le diagnostic infirmier de “detresse spirituelle” une reevaluation necessaire. *Rech Soins Infirm*. 1999; 56(56):12–72
- Ku YL, Kuo SM, Yao CY. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16(3):134–138
- Loh KY. Spiritual distress in a terminally ill patient with breast cancer. *Int J Palliat Nurs*. 2004; 10(3):131–132
- McHolm F. A nursing diagnosis validation study: defining characteristics of spiritual distress. In: Carroll-Johnson R, ed. Classification of Nursing Diagnoses: proceedings of the ninth conference of North American Nursing Diagnosis Association. St Louis, MO: Mosby; 1991
- Monod SM, Rochat E, Büla CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatr*. 2010; 10(1):88
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2000; 9(2):164–168
- Pehler SR. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. *Nurs Diagn*. 1997; 8(2):55–66
- Pronk K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care*. 2005; 22(6):419–425
- Smucker C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. *Nurs Diagn*. 1996; 7(2):81–91
- Stranahan S. A spiritual screening tool for older adults. *J Relig Health*. 2008;

47(4): 491–503

Sumner CH. Recognizing and responding to spiritual distress. *Am J Nurs.* 1998; 98(1): 26–30, quiz 31

Tiffen C, Bentley A. Spirituality and end-of-life care within the context of nursing. *End of Life Care.* 2009; 3(1):28–34

Tiffen C, Bentley A. Recognizing and responding to spiritual distress. *Am J Nurs.* 2009; 98(1):26–30

Todres ID, Catlin EA, Thiel MM. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. *Crit Care Med.* 2005; 33(12):2733–2736

Twibell RS, Wieseke AW, Marine M, Schoger J. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. *Dimens Crit Care Nurs.* 1996; 15(5): 245–253

Van Dover L, Bacon J. Spiritual care in nursing practice: a close-up view. *Nurs Forum.* 2001; 36(3):18–30

Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. *Holist Nurs Pract.* 2005; 19(6):285–294

Weatherall J, Creason N. Validation of the nursing diagnosis, spiritual distress. In: McLane A, ed. *Classification of Nursing Diagnoses: proceedings of the seventh conference of North American Nursing Diagnosis Association.* St. Louis, MO: Mosby; 1987

10.3.5 Risco de sofrimento espiritual

Bellingham R, Cohen B, Jones T, Spaniol R. Connectedness: some skills for spiritual health. *Am J Health Promot.* 1989; 4(1):18–31

Besthorn FH. Transpersonal psychology and deep ecological philosophy: Exploring linkages and applications for social work. *Soc Thought.* 2001; 20(1/2):23–44

Burkhardt MA. Spirituality: an analysis of the concept. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3): 69–77

- Burkhardt MA. Environmental connections and reawakened spirit. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994
- Burkhart L, Solari-Twadell PA. Spirituality and Religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification*. 2001; 12(2):45–54
- Carroll MM. Conceptual models of spirituality. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):5–21
- Carson VB, Winkelstein M, Soeken K, Brunins M. The effect of didactic teaching on spiritual attitudes. *Image J Nurs Sch*. 1986; 18(4):161–164
- Cavendish R, Luise B, Bauer M, et al. Recognizing opportunities for spiritual enhancement in young adults. *Nursing Diagnosis. The International Journal of Nursing Language and Classification*. 2001; 12(3):77–91
- Dudley JR, Smith C, Millison MB. Unfinished business: assessing the spiritual needs of hospice clients. *Am J Hosp Palliat Care*. 1995; 12(2):30–37
- Fahlberg LL, Wolfer J, Fahlberg LA. Personal crisis: growth or pathology?. *Am J Health Promot*. 1992; 7(1):45–52
- Fehring RJ, Brennan PF, Keller ML. Psychological and spiritual well-being in college students. *Res Nurs Health*. 1987; 10(6):391–398
- Freeman DR. The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. *Soc Thought*. 2001; 20(1/2):95–107
- Haase JEI, Britt T, Copward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance, and Self-transcendence. *Image (IN)*. 1992; 24(2):141–147
- Hover-Kramer D. Creating a context for self-healing: the transpersonal perspective. *Holist Nurs Pract*. 1989; 3(3):27–34
- Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988; 13(3): 314–320

- Mansen TJ. The spiritual dimension of individuals: conceptual development. *Nurs Diagn.* 1993; 4(4):140–147
- Mayer J. Wholly responsible for a part, or partly responsible for a whole? The concept of spiritual care in nursing. *Second Opin.* 1992; 17(3):26–55
- Moberg DO. Subjective Measures of Spiritual Well-being. *Rev Relig Res.* 1984; 25(4): 351–364
- Nagai-Jacobson MG, Burkhardt MA. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):18–26
- Narayanasamy A. Spiritual care of chronically ill patients. *Br J Nurs.* 1996; 5(7):411– 416
- Reed P. Spirituality and Well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health.* 1987; 15(5):349–357
- Reed PG. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Appl Nurs Res.* 1991; 4(3): 122–128
- Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health.* 1992; 15(5):349–357
- Thomas SA. Spirituality: an essential dimension in the treatment of hypertension. *Holist Nurs Pract.* 1989; 3(3):47–55
- Watson JA. Frog, a rock, a ritual: Myth, mystery, and metaphors for an ecocaring cosmology in a universe that is turning over. In: Schuster EA, Brown CL, eds. *Exploring Our Environmental Connections*, New York, NY: National League for Nursing; 1994

10.3.6 Sofrimento moral

- Audi R. *The Cambridge dictionary of philosophy*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 1999
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001

- Berger MC, Seversen A, Chvatal R. Ethical issues in nursing. *West J Nurs Res.* 1991; 13(4):514–521
- Burkhardt M.A, Nathaniel A.K. *Ethics & Issues in Contemporary Nursing.* Albany, NY: Delmar; 2002
- Canadian Nurses' Association. *Code of ethics for registered nurses.* Ottawa, ON: Canadian Nurses' Association; 2002
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001; 33(2):250–256
- Ferrell BR, Rivera LM. Ethical decision making in oncology: a case study approach. *Cancer Pract.* 1995; 3(2):94–99
- Fry ST, Duffy ME. The development and psychometric evaluation of the Ethical Issues Scale. *J Nurs Scholarsh.* 2001; 33(3):273–277
- Gwin RR, Richters JE. Selected ethical issues in cancer care. In: Itano J., Taoka K, eds. *Core curriculum for oncology nurses.* 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1998
- Jameton A. *Nursing Practice: The ethical issues.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984
- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs.* 1993; 4(4):542–551
- Kopala B, Burkhardt L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2005; 16(1):3–13
- McGee G, Caplan AL, Spanogle JP, Asch DA. A national study of ethics committees. *Am J Bioeth.* 2001; 1(4):60–64
- Moore ML. Ethical issues for nurses providing perinatal care in community settings. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2000; 14(2):25–35
- Omery A, Henneman E, Billet B, Luna-Raines M, Brown-Saltzman K. Ethical issues in hospital-based nursing practice. *J Cardiovasc Nurs.* 1995; 9(3):43–53

- Pinch WJ, Spielman ML. Parental perceptions of ethical issues post-NICU discharge. *West J Nurs Res*. 1993; 15(4):422–437, discussion 438–440
- Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 1998; 23(4):179–184
- Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by registered nurse/certified diabetes educators: a replication. *J Adv Nurs*. 1998; 28(6):1320–1325
- Rodney P, Starzomski R. Constraints on the moral agency of nurses. *Can Nurse*. 1993; 89(9):23–26
- Scanlon C. Survey yields significant results. American Nurses Association Center for Ethics and Human Rights Communique. 1994; 3(3):1–3
- Tiedje LB. Moral distress in perinatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2000; 14(2): 36–43
- Volbrecht RM. *Nursing ethics: Communities in dialogue*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*. 1987–1988/88; 23(1):16–29
- Webster GC, Baylis F. Moral residue. In: Rubin S.B, Zoloth L, eds. *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing; 2000

10.3.7 Conflito de decisão

- Audi R. *The Cambridge dictionary of philosophy*. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press; 1999
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001
- Canadian Nurses' Association. *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa, ON: Canadian Nurses' Association; 2002
- Fletcher JC, Lombardo PA, Marshall MF, Miller FG. *Introduction to Clinical Ethics*. 2nd ed. Hagerston, HD: University Publishing; 1995

- Jameton A. Nursing Practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984
- Kopala B, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005; 16(1):3–13
- Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 1998; 23(4):179–184
- Webster GC, Baylis F. Moral residue. In: Rubin S.B, Zoloth L, eds. *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing; 2000

10.3.8 Disposição para tomada de decisão melhorada

- Evans R, Elwyn G, Edwards A. Making interactive decision support for patients a reality. *Inform Prim Care*. 2004; 12(2):109–113
- Harkness J. Patient involvement: a vital principle for patient-centred health care. *World Hosp Health Serv*. 2005; 41(2):12–16, 40–43
- O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expect*. 2003; 6(2):97–109
- O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. *Patient Educ Couns*. 1998; 33(3):267–279
- Paterson BL, Russell C, Thorne S. Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *J Adv Nurs*. 2001; 35(3):335–341
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing Practice*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall; 2006
- Roelands M, Van Oost P, Stevens V, Depoorter A, Buysse A. Clinical practice guidelines to improve shared decision-making about assistive device use in home care: a pilot intervention study. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(2):252–264

Ross MM, Carswell A, Hing M, Hollingworth G, Dalziel WB. Seniors' decision making about pain management. *J Adv Nurs*. 2001; 35(3):442–451

Rothert ML, Holmes-Rovner M, Rovner D, et al. An educational intervention as decision support for menopausal women. *Res Nurs Health*. 1997; 20(5):377–387

Tunis SR. A clinical research strategy to support shared decision making. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(1):180–184

10.3.9 Tomada de decisão emancipada prejudicada

Stepanuk KM. Women's decision-making regarding medication use in pregnancy for anxiety and/or depression. Philadelphia, PA: Drexel University, College of Nursing Health Professions, Doctor of Nursing Practice Program.; 2011

Wittmann-Price RA, Fliszar R, Bhattacharya A. Elective Cesarean births: are women making emancipated decisions?. *Appl Nurs Res*. 2011; 24(3):147–152

Wittmann-Price RA, Fisher KM. Patient decision aids: tools for patients and professionals. *Am J Nurs*. 2009; 109(12):60–63

Wittmann-Price RA, Bhattacharya A. Reexploring the subconcepts of the Wittmann-Price Theory Of Emancipated Decision Making in women's healthcare. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008; 31(3):225–236

Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *J Nurs Scholarsh*. 2006; 38 (4):377–382

10.3.10 Risco de tomada de decisão emancipada prejudicada

Stepanuk KM. Women's decision-making regarding medication use in pregnancy for anxiety and/or depression. Philadelphia, PA: Drexel University, College of Nursing Health Professions, Doctor of Nursing Practice Program.; 2011

Wittmann-Price RA, Fliszar R, Bhattacharya A. Elective Cesarean births: are women making emancipated decisions?. *Appl Nurs Res.* 2011; 24(3):147–152

Wittmann-Price RA, Fisher KM. Patient decision aids: tools for patients and professionals. *Am J Nurs.* 2009; 109(12):60–63

Wittmann-Price RA, Bhattacharya A. Reexploring the subconcepts of the Wittmann-Price Theory Of Emancipated Decision Making in women's healthcare. *ANS Adv Nurs Sci.* 2008; 31(3):225–236

Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *J Nurs Scholarsh.* 2006; 38 (4):377–382

10.3.11 Disposição para tomada de decisão emancipada melhorada

Stepanuk KM. Women's decision-making regarding medication use in pregnancy for anxiety and/or depression. Philadelphia, PA: Drexel University, College of Nursing Health Professions, Doctor of Nursing Practice Program.; 2011

Wittmann-Price RA, Fliszar R, Bhattacharya A. Elective Cesarean births: are women making emancipated decisions?. *Appl Nurs Res.* 2011; 24(3):147–152

Wittmann-Price RA, Fisher KM. Patient decision aids: tools for patients and professionals. *Am J Nurs.* 2009; 109(12):60–63

Wittmann-Price RA, Bhattacharya A. Reexploring the subconcepts of the Wittmann-Price Theory Of Emancipated Decision Making in women's healthcare. *ANS Adv Nurs Sci.* 2008; 31(3):225–236

Wittmann-Price RA. Exploring the subconcepts of the Wittmann-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *J Nurs Scholarsh.* 2006; 38 (4):377–382

11 Domínio 11: Segurança/proteção

11.1 Classe 1: Infecção

11.1.1 Risco de infecção

Alexander M, Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. [Special issue]. J Infus Nurs. 2006; 29(1) Suppl:S1–S92

Allen U, Green M. Prevention and treatment of infectious complications after solid organ transplantation in children. Pediatr Clin North Am. 2010; 57(2):459–479

Ata A, Lee J, Bestle SL, Desemone J, Stain SC. Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients. Arch Surg. 2010; 145(9):858–864

Ata A, Valerian BT, Lee EC, Bestle SL, Elmendorf SL, Stain SC. The effect of diabetes mellitus on surgical site infections after colorectal and noncolorectal general surgical operations. Am Surg. 2010; 76(7):697–702

Balentine CJ, Wilks J, Robinson C, et al. Obesity increases wound complications in rectal cancer surgery. J Surg Res. 2010; 163(1):35–39

Bentsi-Enchill AD, Halperin SA, Scott J, MacIsaac K, Duclos P. Estimates of the effectiveness of a whole-cell pertussis vaccine from an outbreak in an immunized population. Vaccine. 1997; 15(3):301–306

Bleasdale SC, Trick WE, Gonzalez IM, Lyles RD, Hayden MK, Weinstein RA. Effectiveness of chlorhexidine bathing to reduce catheter-associated bloodstream infections in medical intensive care unit patients. Arch Intern Med. 2007; 167(19):2073–2079

Bochicchio GV, Bochicchio KM, Joshi M, Ilahi O, Scalea TM. Acute glucose elevation is highly predictive of infection and outcome in critically injured trauma patients. Ann Surg. 2010; 252(4):597–602

Bouza E, Muñoz P, López-Rodríguez J, et al. A needleless closed system device (CLAVE) protects from intravascular catheter tip and hub colonization: a prospective randomized study. J Hosp Infect. 2003; 54(4):279–287

- Chee YH, Teoh KH, Sabnis BM, Ballantyne JA, Brenkel IJ. Total hip replacement in morbidly obese patients with osteoarthritis: results of a prospectively matched study. *J Bone Joint Surg Br.* 2010; 92(8):1066–1071
- Chen S, Anderson MV, Cheng WK, Wongworawat MD. Diabetes associated with increased surgical site infections in spinal arthrodesis. *Clin Orthop Relat Res.* 2009; 467(7):1670–1673
- Claridge JA, Sawyer RG, Schulman AM, McLemore EC, Young JS. Blood transfusions correlate with infections in trauma patients in a dose-dependent manner. *Am Surg.* 2002; 68(7):566–572
- Cousens S, Blencowe H, Gravett M, Lawn JE. Antibiotics for pre-term prelabour rupture of membranes: prevention of neonatal deaths due to complications of pre-term birth and infection. *Int J Epidemiol.* 2010; 39 Suppl 1:i134–i143
- Cuellar-Rodríguez J, Sierra-Madero JG. [Infections in solid organ transplant recipients]. *Rev Invest Clin.* 2005; 57(2):368–380
- Cunningham-Rundles S, McNeeley DF, Moon A. Mechanisms of nutrient modulation of the immune response. *J Allergy Clin Immunol.* 2005; 115(6):1119–1128, quiz 1129
- Dorner TE, Schwarz F, Kranz A, Freidl W, Rieder A, Gisinger C. Body mass index and the risk of infections in institutionalised geriatric patients. *Br J Nutr.* 2010; 103(12): 1830–1835
- Dossett LA, Dageforde LA, Swenson BR, et al. Obesity and site-specific nosocomial infection risk in the intensive care unit. *Surg Infect (Larchmt).* 2009; 10(2):137–142
- Falagas ME, Kompoti M. (2006). Obesity and infection. *Lancet Infectious Diseases*, 6, 438–446. Food and Drug Administration (2001). Important drug warning (Remicade). Retrieved from <http://wayback.archive-it.org/7993/20170112171524/http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm172751.htm>
- Food and Drug Administration. (2006). FDA approves resumed marketing of

Tysabri under a special distribution program. Retrieved from <http://wayback.archive-it.org/7993/20161022205332/http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2006/ucm108662.htm>

Dictionary F. (2009). Infection. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/infection>

Gea-Banacloche JC, Weinberg GA. Monoclonal antibody therapeutics and risk for infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2007; 26(11):1049–1052

Giles KA, Hamdan AD, Pomposelli FB, Wyers MC, Siracuse JJ, Schermerhorn ML. Body mass index: surgical site infections and mortality after lower extremity bypass from the National Surgical Quality Improvement Program 2005–2007. *Ann Vasc Surg*. 2010; 24(1):48–56

Gomez R, Romero R, Nien JK, et al. Antibiotic administration to patients with preterm premature rupture of membranes does not eradicate intra-amniotic infection. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007; 20(2):167–173

Gravante G, Araco A, Sorge R, Araco F, Delogu D, Cervelli V. Wound infections in post-bariatric patients undergoing body contouring abdominoplasty: the role of smoking. *Obes Surg*. 2007; 17(10):1325–1331

Gravante G, Araco A, Sorge R, Araco F, Delogu D, Cervelli V. Wound infections in body contouring mastopexy with breast reduction after laparoscopic adjustable gastric bandings: the role of smoking. *Obes Surg*. 2008; 18(6):721–727

Greco JA, III, Castaldo ET, Nanney LB, et al. Autologous breast reconstruction: the Vanderbilt experience (1998 to 2005) of independent predictors of displeasing outcomes. *J Am Coll Surg*. 2008; 207(1):49–56

Greenberg JD, Reed G, Kremer JM, et al. CORRONA Investigators. Association of methotrexate and tumour necrosis factor antagonists with risk of infectious outcomes including opportunistic infections in the CORRONA registry. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69(2):380–386

Ho LC, Wang HH, Chiang CK, Hung KY, Wu KD. Malnutrition-inflammation score independently determined cardiovascular and infection risk in peritoneal dialysis patients. *Blood Purif*. 2010; 29(3):308–316

- Itani KM, Jensen EH, Finn TS, Tomassini JE, Abramson MA. Effect of body mass index and ertapenem versus cefotetan prophylaxis on surgical site infection in elective colorectal surgery. *Surg Infect (Larchmt)*. 2008; 9(2):131–137
- Jämsen E, Nevalainen P, Kalliovalkama J, Moilanen T. Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. *Eur J Intern Med*. 2010; 21(3):196–201
- Kamar N, Milioto O, Puissant-Lubrano B, et al. Incidence and predictive factors for infectious disease after rituximab therapy in kidney-transplant patients. *Am J Transplant*. 2010; 10(1):89–98
- Kurpad AV. The requirements of protein & amino acid during acute & chronic infections. *Indian J Med Res*. 2006; 124(2):129–148
- Kyaw MH, Holmes EM, Toolis F, et al. Evaluation of severe infection and survival after splenectomy. *Am J Med*. 2006; 119(3):276.e1–276.e7
- Len O, Pahissa A. [Donor-transmitted infections]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007; 25(3):204–212
- Lynch RJ, Ranney DN, Shijie C, Lee DS, Samala N, Englesbe MJ. Obesity, surgical site infection, and outcome following renal transplantation. *Ann Surg*. 2009; 250(6): 1014–1020
- McMillan M, Davis JS. Acute hospital admission for sepsis: an important but underutilised opportunity for smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health*. 2010; 34(4):432–433
- Malinzak RA, Ritter MA, Berend ME, Meding JB, Olberding EM, Davis KE. Morbidly obese, diabetic, younger, and unilateral joint arthroplasty patients have elevated total joint arthroplasty infection rates. *J Arthroplasty*. 2009; 24(6) Suppl:84–88
- Martín-Peña A, Cordero E, Fijo J, et al. Prospective study of infectious complications in a cohort of pediatric renal transplant recipients. *Pediatr Transplant*. 2009; 13(4): 457–463
- Mayr FB, Yende S, Linde-Zwirble WT, et al. Infection rate and acute organ dysfunction risk as explanations for racial differences in severe sepsis.

JAMA. 2010; 303(24): 2495–2503

Medscape (2004). Nutritional support and the surgical patient: Plasma proteins. Retrieved from http://www.medscape.com/viewarticle/474066_6

Morelon E, Touraine JL. [Infectious complications due to immunosuppression in organ transplant patients]. Rev Prat. 2007; 57(15):1677–1686

Offner PJ, Moore EE, Biffl WL, Johnson JL, Silliman CC. Increased rate of infection associated with transfusion of old blood after severe injury. Arch Surg. 2002; 137(6): 711–716, discussion 716–717

Oguz Y, Bulucu F, Oktenli C, Doganci L, Vural A. Infectious complications in 135 Turkish renal transplant patients. Cent Eur J Public Health. 2002; 10(4):153–156

Olsen MA, Nepple JJ, Riew KD, et al. Risk factors for surgical site infection following orthopaedic spinal operations. J Bone Joint Surg Am. 2008; 90(1):62–69

Oltean M, Herlenius G, Gäbel M, Friman V, Olausson M. Infectious complications after multivisceral transplantation in adults. Transplant Proc. 2006; 38(8):2683– 2685

Phaneuf M. (2008). Clinical judgement – an essential tool in the nursing profession. Retrieved from http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Clinical_Judgement%E2%80%93An_Essential_Tool_in_the_Nursing_Profession.pdf

Prielipp RC, Sherertz RJ. Skin: the first battlefield. Anesth Analg. 2003; 97(4):933–935

Rupp ME, Jourdan MD, Tyner LK, Iwen PC, Anderson JR. Outbreak of bloodstream infections temporally associated with the use of an intravascular positive displacement needleless valve. Clin Infect Dis. 2007; 44:1408–1414

Schilling S, Doellman D, Hutchinson N, Jacobs BR. The impact of needleless connector device design on central venous catheter occlusion in children: a

- prospective, controlled trial. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2006; 30(2):85–90
- Serrano PE, Khuder SA, Fath JJ. Obesity as a risk factor for nosocomial infections in trauma patients. J Am Coll Surg. 2010; 211(1):61–67
- Sharma M, Fakih MG, Berriel-Cass D, Meisner S, Saravolatz L, Khatib R. Harvest surgical site infection following coronary artery bypass grafting: risk factors, microbiology, and outcomes. Am J Infect Control. 2009; 37(8):653–657
- Shepherd RW, Turmelle Y, Nadler M, et al. SPLIT Research Group. Risk factors for rejection and infection in pediatric liver transplantation. Am J Transplant. 2008; 8 (2):396–403
- Smith RL, Chong TW, Hedrick TL, et al. Does body mass index affect infection-related outcomes in the intensive care unit?. Surg Infect (Larchmt). 2007; 8(6):581–588
- Sommerer C, Konstandin M, Dengler T, et al. Pharmacodynamic monitoring of cyclosporine a in renal allograft recipients shows a quantitative relationship between immunosuppression and the occurrence of recurrent infections and malignancies. Transplantation. 2006; 82(10):1280–1285
- Spindler-Vesel A, Bengmark S, Vovk I, Cerovic O, Kompan L. Synbiotics, prebiotics, glutamine, or peptide in early enteral nutrition: a randomized study in trauma patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2007; 31(2):119–126
- Towfigh S, Chen F, Katkhouda N, et al. Obesity should not influence the management of appendicitis. Surg Endosc. 2008; 22(12):2601–2605
- Tuggle DW, Kuhn MA, Jones SK, Garza JJ, Skinner S. Hyperglycemia and infections in pediatric trauma patients. Am Surg. 2008; 74(3):195–198
- Tyburski JG, Wilson RF, Warsow KM, McCreadie S. A trial of ciprofloxacin and metronidazole vs gentamicin and metronidazole for penetrating abdominal trauma. Arch Surg. 1998; 133(12):1289–1296
- Tyburski JG, Dente CJ, Wilson RF, Shanti C, Steffes CP, Carlin A. Infectious complications following duodenal and/or pancreatic trauma.

- Am Surg. 2001; 67(3):227–230, discussion 230–231
- University of Illinois at Chicago. Lesson 1. Introduction to epidemiology. Retrieved from, http://www.uic.edu/uic/search.shtml?cx=009511351313755808885%3Adkx-7_mlm6ni=FORID%3A11=UTF-8=epidemeologic+triad=#1257; 2010
- Veenema TG, Tõke J. Early detection and surveillance for biopreparedness and emerging infectious diseases. Online J Issues Nurs. 2006; 11(1):3
- Veroux M, Giuffrida G, Corona D, et al. Infective complications in renal allograft recipients: epidemiology and outcome. Transplant Proc. 2008; 40(6):1873–1876
- Waisbren E, Rosen H, Bader AM, Lipsitz SR, Rogers SO, Jr, Eriksson E. Percent body fat and prediction of surgical site infection. J Am Coll Surg. 2010; 210(4):381–389
- Wang Z, Tobler S, Roayaei J, Eick A. Live attenuated or inactivated influenza vaccines and medical encounters for respiratory illnesses among US military personnel. JAMA. 2009; 301(9):945–953
- Weng J, Brown CV, Rhee P, et al. White blood cell and platelet counts can be used to differentiate between infection and the normal response after splenectomy for trauma: prospective validation. J Trauma. 2005; 59(5):1076–1080
- Wukich DK, Lowery NJ, McMillen RL, Frykberg RG. Postoperative infection rates in foot and ankle surgery: a comparison of patients with and without diabetes mellitus. J Bone Joint Surg Am. 2010; 92(2):287–295

11.1.2 Risco de infecção no sítio cirúrgico

- Barbosa HF, Reis FJC, Carrara HHA, Andrade JM. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. RBGO. 2004; 26(3):227–232
- Bucher BT, Guth RM, Elward AM, et al. Risk factors and outcomes of surgical site infection in children. J Am Coll Surg. 2011; 212(6):1033–1038.e1

- Bunn F, Cunningham ME, Handscomb K. Prophylactic antibiotics to prevent surgical site infection after breast cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006
- D'Ambrosia RD, Shoji H, Heater R. Secondarily infected total joint replacements by hematogenous spread. *J Bone Joint Surg Am*. 1976; 58(4):450–453
- Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *Am J Surg*. 2005; 190(1):9–15
- Ercole FF, Chianca TCM. Surgical site infection in patients submitted to hip arthroplasty. *Rev latinoam enferm*. 2002; 10(2):157–165
- Ercole FF. Aspectos epidemiológicos da infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a artroplastias de quadril em um hospital de grande porte de BH MG [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem -Universidade Federal de Minas Gerais; 2000
- Ercole FF. Avaliação de aplicabilidade do índice de risco de infecção cirúrgica do sistema NNIS em pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos: um estudo multicêntrico em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Instituto de Ciências Biológicas Universidade Federal de Minas Gerais; 2006
- Geubbels ELPE, Mintjes-de Groot AJ, van den Berg JMJ, de Boer AS. An operating surveillance system of surgical-site infections in The Netherlands: results of the PREZIES national surveillance network. *Preventie van Ziekenhuisinfecties door surveillance. Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000; 21(5):311–318
- Gillespie WJ, Walenkamp GHIM. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3): CD000244
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999; 20(4):250–278, quiz 279–280

- Melling AC, Ali B, Scott EM, Leaper DJ. Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2001; 358(9285):876–880
- Nobre LF, Galvão CM, Graziano K, Corniani F. Avaliação de indicadores do controle da contaminação ambiental da sala de operação: um estudo piloto. *Rev Med Ribeirão Preto*. 2001; 34:183–193
- de Oliveira AC, Ciosak SI, Ferraz EM, Grinbaum RS. Surgical site infection in patients submitted to digestive surgery: risk prediction and the NNIS risk index. *Am J Infect Control*. 2006; 34(4):201–207
- Polk HC, Jr, Christmas AB. Prophylactic antibiotics in surgery and surgical wound infections. *Am Surg*. 2000; 66(2):105–111
- Proveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(1):81–89
- Sessler DI, Akça O. Nonpharmacological prevention of surgical wound infections. *Clin Infect Dis*. 2002; 35(11):1397–1404
- Tang R, Chen HH, Wang YL, et al. Risk factors for surgical site infection after elective resection of the colon and rectum: a single-center prospective study of 2,809 consecutive patients. *Ann Surg*. 2001; 234(2):181–189
- Tran TS, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V, Geater A. Risk factors for postcesarean surgical site infection. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(3):367–371
- Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2):CD004985
- Lee YP, Feng MC, Wu LC, et al. Outcome and risk factors associated with surgical site infections after cardiac surgery in a Taiwan medical center. *J Microbiol Immunol Infect*. 2010; 43(5):378–385

11.2 Classe 2: Lesão física

11.2.1 Risco de aspiração

Nenhuma referência no momento.

11.2.2 Risco de boca seca

Al-Dwairi Z, Lynch E. Xerostomia in complete denture wearers: prevalence, clinical findings and impact on oral functions. *Gerodontology*. 2014; 31(1):49–55

Broccoletti R, Massolini G, Carbone M, et al. Potential benefit of nizatidine in female patients with idiopathic xerostomia: A pilot study. *Eur Geriatr Med*. 2013; 4(3):199– 201

Chuang S-F, Sung J-M, Kuo S-C, Huang J-J, Lee S-Y. Oral and dental manifestations in diabetic and nondiabetic uremic patients receiving hemodialysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 99(6):689–695

Dyasanoor S, Saddu SC. Association of Xerostomia and Assessment of salivary flow using modified Schirmer test among smokers and healthy individuals: A preliminutesary study. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(1):211– 213

Fan W-F, Zhang Q, Luo L-H, Niu J-Y, Gu Y. Study on the clinical significance and related factors of thirst and xerostomia in maintenance hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res*. 2013; 37(4–5):464–474

Fehder WP. Nursing care & management of pathological oral conditions among women and children. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008; 33(1):38–44

Güneş Z, Denat Y, Müezzinoğlu M, Şen, S, Yılmaz S, Atlı E. The risk factors effecting the dry mouth in inpatients in Hospital in west Anatolia. *J Clin Nurs*. 2012; 21(3–4): 408–414

Han G, Park JW, Ko SJ, et al. Yukmijihwang-tang for the treatment of xerostomia in the elderly: study protocol for a randomized, double-blind, placebo-controlled, twocenter trial. *Trials*. 2013; 14:281

Kim JH, Ahn HJ, Choi JH, Jung DW, Kwon JS. Effect of 0.1% pilocarpine mouthwash on xerostomia: double-blind, randomised controlled trial. *J*

Oral Rehabil. 2014; 41 (3):226–235

Spiegelberg L, Braks JAM, Djasim UM, Farrell E, van der Wal KGH, Wolvius EB. Effects of hyperbaric oxygen therapy on the viability of irradiated soft head and neck tissues in mice. *Oral Dis.* 2014; 20(3):e111–e119

Zhuang L, Yang Z, Zeng X, et al. The preventive and therapeutic effect of acupuncture for radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a systematic review. *Integr Cancer Ther.* 2013; 12(3):197–205

Meurman JH, Tarkkila L, Tiitinen A. The menopause and oral health. *Maturitas.* 2009; 63(1):56–62

Ohara Y, Hirano H, Yoshida H, et al. Prevalence and factors associated with xerostomia and hyposalivation among community-dwelling older people in Japan. *Gerodontology.* 2016; 33(1):20–27

Taichman LS, Gomez G, Inglehart MR. Oral health-related complications of breast cancer treatment: assessing dental hygienists' knowledge and professional practice. *J Dent Hyg.* 2014; 88(2):100–113

11.2.3 Risco de choque

Bridges EJ, Dukes S. Cardiovascular aspects of septic shock: pathophysiology, monitoring, and treatment. *Crit Care Nurse.* 2005; 25(2):14–16, 18–20, 22–24 passim, quiz 41–42

Goodrich C. Continuous central venous oximetry monitoring. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2006; 18(2):203–209, x

O'Donnell JM, N'acul F, eds. *Surgical intensive care medicine.* Boston: Kluwer Academic Publishers; 2001

Swearingen PL, Hicks Keen J, eds. *Manual of critical care nursing: Nursing interventions and collaborative management.* 4th ed. St Louis: Mosby; 2001

11.2.4 Dentição prejudicada

Nenhuma referência no momento.

11.2.5 Desobstrução ineficaz das vias aéreas

Nenhuma referência no momento.

11.2.6 Risco de disfunção neurovascular periférica

Nenhuma referência no momento.

11.2.7 Integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Arvio P, Arvio M, Wolf J, Lukinmaa PL, Saxen L, Pirinen S. Impaired oral health in patients with aspartylglucosaminuria. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology*. 1998; 86(5):562–568

Bastiani C, Soares Cota AL, Arias Provenzano MG, Calvo Fracasso ML, Marques Honório H, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica*, Recife. 2010; 9(2): 155–160

Buczynski AK, Castro GF, de Souza IP. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(6): 1797–1805

Carrard VC, Pires AS, Paiva RL, Chaves ACM, Sant’Ana Filho M. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54 (1):49–56

Carvalho ACA, Campos PSF, Crusoé-Rebello I. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2010; 9 Suppl.1:49–52

Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2011; 52(3):175–180

Costa LJ, Soares MSM, Komatsu AA, Albuquerque ACL. Pacientes com Doenças Sistêmicas de Origem AutoImune/Dermatológicas: Incidência das Manifestações Bucais e Revisão de Literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde*.

2009; 13(3):49–54

Cruz MCFN, Braga VAS, Garcia JGF, Lopes FF, Maia ECS. Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2008; 49(1):8–11

Ghezzi EM, Ship JA, Mich AA. Dentina and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2000; 89(1):2–5

Gonçalves LM, Júnior JRSB, Cruz MCFN. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças Dermatológicas. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(6):585–592

Goursand D, Borges CM, Alves KM, et al. Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. *Arq Odontol*. 2006; 42(3):161–256

Lopes FL, Tier CG, Filho WL, Santos SSC. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6 (1):59–67

Pace MA, Watanabe E, Facetto MP, Andrade D. *Staphylococcus* spp. na saliva de pacientes com intubação orotraqueal. *Rev Panam Infectol*. 2008; 10(2):8–12

Paschoal CP, Azevedo MF. O cigarro como um fator de risco para alterações auditivas. *Braz J Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2009; 75(6):893–902

Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, et al. Relation of mucous membrane alterations to oral intake during the first year after treatment for head and neck cancer. *Head Neck*. 2011; 33(6):774–779

Rolim AEH, Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. *Radiol Bras*. 2011; 44(6):388–395

Santos RCS. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia e quimioterapia concomitantes. *Radiol Bras*. 2010; 43(2):136

Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. *Ciências &*

Cognição. 2008; 13(1):2–11

Stellingsma C, Dijkstra PU, Dijkstra J, Duipmans JC, Jonkman MF, Dekker R. Restrictions in oral functions caused by oral manifestations of epidermolysis bullosa. *Eur J Dermatol*. 2011; 21(3):405–409

11.2.8 Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada

Arvio P, Arvio M, Wolf J, Lukinmaa PL, Saxen L, Pirinen S. Impaired oral health in patients with aspartylglucosaminuria. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. Oral Radiology and Endodontology*. 1998; 86(5):562–568

Bastiani C, Soares Cota AL, Arias Provenzano MG, Calvo Fracasso ML, Marques Honório H, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica, Recife*. 2010; 9(2): 155–160

Buczynski AK, Castro GF, de Souza IP. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(6): 1797–1805

Carrard VC, Pires AS, Paiva RL, Chaves ACM, Sant’Ana Filho M. Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54 (1):49–56

Carvalho ACA, Campos PSF, Crusoé-Rebello I. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2010; 9 Suppl.1:49–52

Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2011; 52(3):175–180

Costa LJ, Soares MSM, Komatsu AA, Albuquerque ACL. Pacientes com Doenças Sistêmicas de Origem AutoImune/Dermatológicas Incidência das Manifestações Bucais e Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009; 13(3):49–54

Cruz MCFN, Braga VAS, Garcia JGF, Lopes FF, Maia ECS. Condições

- bucalis relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. *Rev Fac Odontol P Alegre*. 2008; 49(1):8–11
- Ghezzi EM, Ship JA, Mich AA. Dentina and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2000; 89(1):2–5
- Gonçalves LM, Júnior JR SB, Cruz MCFN. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças Dermatológicas. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(6):585–592
- Goursand D, Borges CM, Alves KM, et al. Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. *Arq Odontol*. 2006; 42(3):161–256
- Lopes FL, Tier CG, Filho WL, Santos SSC. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). *Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6 (1):59–67
- Pace MA, Watanabe E, Facetto MP, Andrade D. *Staphylococcus* spp. na saliva de pacientes com entubação orotraqueal. *Rev Panam Infectol*. 2008; 10(2):8–12
- Paschoal CP, Azevedo MF. O cigarro como um fator de risco para alterações auditivas. *Braz Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2009; 75(6):893–902
- Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, et al. Relation of mucous membrane alterations to oral intake during the first year after treatment for head and neck cancer. *Head Neck*. 2011; 33(6):774–779
- Rolim AEH, Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. *Radiol Bras*. 2011; 44(6):388–395
- Santos RCS. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos a radioterapia e quimioterapia concomitantes. *Radiol Bras*. 2010; 43(2):136
- Silveira JLGC, Stanke R. Condição e representações da saúde bucal entre os sem-teto do município de Blumenau – Santa Catarina. *Ciências & Cognição*. 2008; 13(1):2–11
- Stellingsma C, Dijkstra PU, Dijkstra J, Duipmans JC, Jonkman MF, Dekker

R. Restrictions in oral functions caused by oral manifestations of epidermolysis bullosa. Eur J Dermatol. 2011; 21(3):405–409

11.2.9 Integridade da pele prejudicada

Nenhuma referência no momento.

11.2.10 Risco de integridade da pele prejudicada

Nenhuma referência no momento.

11.2.11 Integridade tissular prejudicada

Andrade FV. Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2008

Barros KM. Revisão do diagnóstico de enfermagem integridade tissular prejudicada: uma análise de conceito (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2012

Bassoli SRB, Guimarães HCQCP, Virmond MCL. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais freqüente em pacientes afetados pela hanseníase. Hansenol Int. 2007; 32(2):175–184

Batista LT. de O., Rodrigues F. de A., Vasconelos J. de M.B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene, Fortaleza. 2011; 12(1):158–165

Bryant RA. Acute and chronic wounds: Nursing Management. 2nd ed. St Louis: Mosby; 2000

Brito MAG. de M. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas

com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado

(Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás,

Goiana; 2007

- Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12(4):727–735
- Costanzi AP. Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2011
- Cyrillo RMZ, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005; 11(4):811–819
- Dalri CC, Rossi LA. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006
- Fontes CMB, da Cruz DA. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):395–402
- Goyatá SLT, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(1):16–24
- Guimarães HCQCP, Barros ALBL, Bassoli SRB, Salotti SRA, Oda RM, Lunney M. Helping a man with leprosy: a case study. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(3): 141–144
- Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(4):513–518
- Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins e Contran: fundamentos de patologia. 7th ed. Tradução de Edda Palmeiro et al. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2005
- de Lima LR, Pereira SV, Chianca TC. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco—contribuição de Orem. *Rev Bras*

Enferm. 2006; 59(3):285–290

Malaquias SG. Integridade da pele de área perilesional prejudicada e integridade tissular prejudicada relacionada à circulação alterada em pessoas com úlceras vasculogênicas (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2010

Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. Rev Eletr Enf. 2009; 11(2):286–294

Oliveira AP. de F. Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na North American Nursing Diagnosis Association (Tese). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo; 2009

Paganin A, Menegat P, Klafke T, et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31 (2):307–313

Patine FS, Furlan M. de F.F.M. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. Arq Ciênc Saúde. 2006; 13(4):202–208

PHTLS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. Tradução de Renata Scavone et al. 7th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011

Ramos IC, Oliveira MAL , de, Baga VAB. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde. 2011; 10(1):116–126

Salviano MEMS. Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2007

Sampaio LMS, Carvalho LDP. Pseudoaneurisma de artéria femoral superficial: relato de caso. Rev Pesq Saúde. 2010; 11(1):55–59

Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: YENDIS; 2009

Silva PDO, Gorini MIPC. Diagnósticos de enfermagem do paciente com neoplasia colorretal em tratamento quimioterápico - Uma pesquisa qualitativa. Online Braz J Nurs. 2008; 7(2)

Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes interna- dos pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. Revista Gaúcha De Enfermagem Eenfufrgs/Eenfufrgs. 2008; 29(4):565–572

Silva PA, Silva SR. Coriocarcinoma: um estudo de caso. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1): 148–157

11.2.12 Risco de integridade tissular prejudicada

Andrade FV. Diagnósticos de enfermagem identificados em puérperas no período imediato e tardio no contexto da comunidade (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2008

Baldin SM. Necessidades humanas e diagnósticos de enfermagem na assistência a pessoas com HIV/AIDS em UTI (Dissertação). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2010

Bassoli SRB, Guimarães HCQCP, Virmond M. da C.L. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais freqüente em pacientes afetados pela hanseníase. Hansenol Int. 2007; 32(2):175–184

Batista LT. de O., Rodrigues F. de A., Vasconelos J. de M.B. Características clínicas e diagnósticos de enfermagem em crianças vítimas de queimadura. Rev Rene, Fortaleza. 2011; 12(1):158–165

Brito MAG. de M. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiana; 2007

Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. Rev Eletr Enf. 2010; 12(4):727–735

- Costanzi AP. Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2011
- Cyrillo RMZ, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005; 11(4):811–819
- Dalri CC, Rossi LA. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2006
- Fontes CMB, da Cruz DA. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):395–402
- Goyatá SLT, Rossi LA. Nursing diagnoses of burned patients and relatives' perceptions of patients' needs. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(1):16–24
- Guimarães HCQCP, Barros ALBL, Bassoli SRB, Salotti SRA, Oda RM, Lunney M. Helping a man with leprosy: a case study. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(3): 141–144
- Hermann AP, Lacerda MR. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12(4):513–518
- de Lima LR, Pereira SV, Chianca TC. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco—contribuição de Orem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):285–290
- Malaquias SG. Integridade da pele de área perilesional prejudicada e integridade tissular prejudicada relacionada à circulação alterada em pessoas com úlceras vasculogênicas (Dissertação). Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2010
- Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(2):286–294

- Oliveira AP. de F. Assistência de Enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica baseada na North American Nursing Diagnosis Association (Tese). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009
- Paganin A, Menegat P, Klafke T, et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31 (2):307–313
- Patine FS, Furlan M. de F.F.M. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. *Arq Ciênc Saúde.* 2006; 13(4):202–208
- Ramos IC, Oliveira MAL de, Baga VAB. Assistência de enfermagem no pós-operatório de transplante hepático: identificando diagnósticos de enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde.* 2011; 10(1):116–126
- Salviano MEMS. Transplante hepático: diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA em pacientes no pós-operatório na unidade de internação (Dissertação). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007
- Sampaio LMS, Carvalho LDP. Pseudoaneurisma de artéria femoral superficial: relato de caso. *Rev Pesq Saúde.* 2010; 11(1):55–59
- Silva PDO, Gorini MIPC. Diagnósticos de enfermagem do paciente com neoplasia colorretal em tratamento quimioterápico - Uma pesquisa qualitativa. *Online Braz J Nurs.* 2008; 7(2)
- Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. *Revista Gaúcha De Enfermagem/Eenfufrgs.* 2008; 29(4):565–572
- Silva PA, Silva SR. Coriocarcinoma: um estudo de caso. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1): 148–157
- Viegas LdeS, Turrini RNT, da Silva Bastos Cerullo JA. An analysis of nursing diagnoses for patients undergoing procedures in a Brazilian interventional radiology suite. *AORN J.* 2010; 91(5):544–557

11.2.13 Risco de lesão

Nenhuma referência no momento.

11.2.14 Risco de lesão do trato urinário

Billington A, Crane C, Jownally S, Kirkwood L, Roodhouse A. Minimizing the complications associated with migrating catheters. *Br J Community Nurs.* 2008; 13(11): 502–506

Garbuio DC. (2012). Conceptual analysis and content validation of risk for urinary tract injury: proposal of nursing diagnosis (Dissertation). Post Graduate Nursing Program, Federal University of São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea-Sánchez M, Pearce I, Schwennesen T,... Vandewinkel C. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation-Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. European Association of Urology Nurses; 2012

Gray ML. Securing the indwelling catheter. *Am J Nurs.* 2008; 108(12):44–50, quiz 50

Head C. Insertion of a urinary catheter. *Nurs Older People.* 2006; 18(10):33–36, quiz 37

Herter R, Kazer MW. Best practices in urinary catheter care. *Home Healthc Nurse.* 2010; 28(6):342–349, quiz 349–351

Igawa Y, Wyndaele JJ, Nishizawa O. Catheterization: possible complications and their prevention and treatment. *Int J Urol.* 2008; 15(6):481–485

Kondo H, Yamada T, Kanematsu M, Kako N, Goshima S, Yamamoto N. Embolization for massive urethral hemorrhage. *Abdom Imaging.* 2007; 32(2):262–263

Lenz LL. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. *Arq Catarin Med.* 2006; 35(1):82–91

Madeo M, Roodhouse AJ. Reducing the risks associated with urinary

- catheters. *Nurs Stand*. 2009; 23(29):47–55, quiz 56
- Nazarko L. Bladder pain from indwelling urinary catheterization: case study. *Br J Nurs*. 2007; 16(9):511–512, 514
- Ortega R, Ng L, Sekhar P, Song M. Videos in clinical medicine. Female urethral catheterization. *N Engl J Med*. 2008; 358(14):e15
- Pomfret I, Nazarko L. Costs and benefits of using urinary catheters. *Nursing & Residential Care*. 2006; 8(4):158–162
- Sarica S, Akkoc Y, Karapolat H, Aktug H. Comparison of the use of conventional, hydrophilic and gel-lubricated catheters with regard to urethral micro trauma, urinary system infection, and patient satisfaction in patients with spinal cord injury: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010; 46(4):473–479
- de Sèze M, Rufion A, Denys P, Joseph PA, Perrouin-Verbe B, GENULF. The neuro-genic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. *Mult Scler*. 2007; 13(7):915–928
- Stamm AMNF, Coutinho MSSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 1999; 45 (1):27–33
- Turner B, Dickens N. Long-term urethral catheterisation. *Nurs Stand*. 2011; 25(24): 49–56, quiz 58

11.2.15 Risco de lesão na córnea

- Bron AJ. The doyne lecture: Reflections on the tears. *Eye (Lond)*. 1997; 11(Pt 5):583– 602
- Carpenito LJ. *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2002
- Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown. *Am J Crit Care*. 1995; 4(6):425–428

- Cunningham C, Gould D. Eyecare for the sedated patient undergoing mechanical ventilation: the use of evidence-based care. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35(1–2):32–40
- Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005; 21(2):119–122
- Ezra DG, Healy M, Coombes A. Assessment of corneal epitheliopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2005; 31(2):313
- Ezra DG, Lewis G, Healy M, Coombes A. Preventing exposure keratopathy in the critically ill: a prospective study comparing eye care regimes. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89 (8):1068–1069
- Ezra DG, Chan MPY, Solebo L, et al. Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2009; 35(3):455–461
- Germano EM, Mello MJ, Sena DF, Correia JB, Amorim MM. Incidence and risk factors of corneal epithelial defects in mechanically ventilated children. *Crit Care Med*. 2009; 37(3):1097–1100
- Hernandez EV, Mannis MJ. Superficial keratopathy in intensive care unit patients. *Am J Ophthalmol*. 1997; 124(2):212–216
- Imanaka H, Taenaka N, Nakamura J, Aoyama K, Hosotani H. Ocular surface disorders in the critically ill. *Anesth Analg*. 1997; 85(2):343–346
- Joyce N. Eye care for the intensive care patient. Adelaide, SA, Australia: Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2002:1–87
- Kanski JJ. Clinical ophthalmology: A systematic approach. Edinburgh: ButterworthHeinemann/Elsevier; 2007
- Koroloff N, Boots R, Lipman J, Thomas P, Rickard C, Coyer F. A randomised controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri-Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient. *Intensive Care Med*. 2004; 30(6):1122–1126

- Latkany R. Dry eyes: etiology and management. *Curr Opin Ophthalmol*. 2008; 19(4): 287–291
- Latkany RL, Lock B, Speaker M. Nocturnal lagophthalmos: an overview and classification. *Ocul Surf*. 2006; 4(1):44–53
- Lenart SB, Garrity JA. Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2000; 9(3):188–191
- Mercieca F, Suresh P, Morton A, Tullo A. Ocular surface disease in intensive care unit patients. *Eye (Lond)*. 1999; 13(Pt 2):231–236
- Moss SE, Klein R, Klein BE. Incidence of dry eye in an older population. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122(3):369–373
- Parkin B, Cook S. A clear view: the way forward for eye care on ICU. Intensive care units. *Intensive Care Med*. 2000; 26(2):155–156
- Rao SN. Progression: the new approach to dry eye. *Review of Ophthalmology*. 2008; 15(10):55–58
- Rosenberg JB, Eisen LA. Eye care in the intensive care unit: narrative review and metaanalysis. *Crit Care Med*. 2008; 36(12):3151–3155
- Sahai A, Malik P. Dry eye: prevalence and attributable risk factors in a hospital-based population. *Indian J Ophthalmol*. 2005; 53(2):87–91
- Schiffman RM, Walt JG, Jacobsen G, Doyle JJ, Lebovics G, Sumner W. Utility assessment among patients with dry eye disease. *Ophthalmology*. 2003; 110(7):1412–1419
- Sivasankar S, Jasper S, Simon S, et al. Eye care in ICU. *Indian J Crit Care Med*. 2006; 10:11–14
- So HM, Lee CC, Leung AK, Lim JM, Chan CS, Yan WW. Comparing the effectiveness of polyethylene covers with lanolin eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: A randomized controlled study. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(11): 1565–1571
- Suresh P, Mercieca F, Morton A, Tullo AB. Eye care for the critically ill.

Intensive Care Med. 2000; 26(2):162–166

Werli-Alvarenga A. (2010). Injuries in the cornea: incidence and risk factors in the Intensive Care Units for adults (Master Thesis Federal University of Minas Gerais). Retrieved from http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.do?select_action=&co_autor=118560

11.2.16 Risco de lesão por posicionamento perioperatório

Ali AA, Breslin DS, Hardman HD, Martin G. Unusual presentation and complication of the prone position for spinal surgery. J Clin Anesth. 2003; 15(6):471–473

Blumenreich GA. Positioning, padding, documentation, and the CRNA. AANA J. 1998; 66(5):435–438

Fritzlen T, Kremer M, Biddle C. The AANA Foundation Closed Malpractice Claims Study on nerve injuries during anesthesia care. AANA J. 2003; 71(5):347–352

Li WW, Lee TW, Yim AP. Shoulder function after thoracic surgery. Thorac Surg Clin. 2004; 14(3):331–343

Litwiller JP, Wells RE, Jr, Halliwill JR, Carmichael SW, Warner MA. Effect of lithotomy positions on strain of the obturator and lateral femoral cutaneous nerves. Clin Anat. 2004; 17(1):45–49

McEwen DR. Intraoperative positioning of surgical patients. AORN J. 1996; 63(6): 1059–1063, 1066–1079, quiz 1080–1086

Murphy EK. Negligence cases concerning positioning injuries. AORN J. 2004; 80(2): 311–314, 314

11.2.17 Risco de lesão por pressão

Allman RM, Goode PS, Patrick MM, Burst N, Bartolucci AA. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. JAMA. 1995; 273(11):865–870

Baumgarten M, Margolis D, Berlin JA, et al. Risk factors for pressure ulcers

among elderly hip fracture patients. *Wound Repair Regen.* 2003; 11(2):96–103

Brito PA, de Vasconcelos Generoso S, Correia MI. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status—a multicenter, cross-sectional study. *Nutrition.* 2013; 29(4):646–649

Byrne DW, Salzberg CA. Major risk factors for pressure ulcers in the spinal cord disabled: a literature review. *Spinal Cord.* 1996; 34(5):255–263

Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Di Lallo D. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs.* 2007; 58(3):263–272

Curley MAQ, Razmus IS, Roberts KE, Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nurs Res.* 2003; 52(1):22–33

Duncan KD. Preventing pressure ulcers: the goal is zero. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007; 33(10):605–610

Ek A-C, Unosson M, Larsson J, Von Schenck H, Bjurulf P. The development and healing of pressure sores related to the nutritional state. *Clin Nutr.* 1991; 10(5):245–250

Ek A-C. Prediction of pressure sore development. *Scand J Caring Sci.* 1987; 1(2):77–84

Galvin PA, Curley MAQ. The Braden Q + P: a pediatric perioperative pressure ulcer risk assessment and intervention tool. *AORN J.* 2012; 96(3):261–270

Gunningberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden P-O. The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. *J Adv Nurs.* 2000; 31(5):1155–1164

Lachenbruch C, Tzen YT, Brienza DM, Karg PE, Lachenbruch PA. The relative contributions of interface pressure, shear stress, and temperature on tissue ischemia: a cross-sectional pilot study. *Ostomy Wound Manage.* 2013; 59(3):25–34

Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek A-C. Immobility—a major risk

factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(1):57–64

Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek A-C. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *J Adv Nurs.* 2002; 38(2): 190–199

Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek A-C. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *J Adv Nurs.* 2005; 50(6):605–612

Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *J Adv Nurs.* 2005; 50(6):605–612

Lyder CH, Ayello EA. Pressure ulcers: a patient safety issue. In: *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008:1–33

Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva MJ. Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1)

Noonan C, Quigley S, Curley MA. Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *J Pediatr Nurs.* 2011; 26(6):566–575

Poss J, Murphy KM, Woodbury MG, et al. Development of the interRAI Pressure Ulcer Risk Scale (PURS) for use in long-term care and home care settings. *BMC Geriatr.* 2010; 10(1):67

Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA.* 2006; 296(8):974–984

Reed RL, Hepburn K, Adelson R, Center B, McKnight P. Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence: are these risk factors for pressure ulcers in mobility-impaired hospitalized adults?. *Gerontology.* 2003; 49(4):255–259

Sae-Sia W, Wipke-Tevis DD, Williams DA. Elevated sacral skin temperature (T(s)): a risk factor for pressure ulcer development in hospitalized neurologically impaired Thai patients. *Appl Nurs Res.* 2005; 18(1):29–35

- de Souza DM, Santos VLCG, Iri HK, Sadasue Oguri MY. Predictive validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in elderly residents of long-term care facilities. *Geriatr Nurs*. 2010; 31(2):95–104
- Stechmiller JK, Cowan L, Whitney JD, et al. Guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Wound Repair Regen*. 2008; 16(2):151–168
- Sullivan N. Preventing in-facility pressure ulcers. In: *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices* (Chapter 21). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013
- Unosson M, Ek A-C, Bjurulf P, VonSchenk H, Larsson J. Influence of macro-nutrient status on recovery after hip fracture. *J Nutr Environ Med*. 1995; 5(1):23–34
- VandenBosch T, Montoye C, Satwicz M, Durkee-Leonard K, Boylan-Lewis B. Predictive validity of the Braden Scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk. *Appl Nurs Res*. 1996; 9(2):80–86
- Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, et al. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. *Int Wound J*. 2013; 10(5):579–584

11.2.18 Risco de lesão térmica

- Centers for Disease Control. (2006). Injury fact book 2006. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11438>
- Christoffel T, Gallagher SS. *Injury prevention and public health*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006
- DiGuseppi C, Edwards P, Godward C, Roberts I, Wade A. Urban residential fire and flame injuries: a population based study. *Inj Prev*. 2000; 6(4):250–254
- Horan MA, Little RA, eds. *Injury in the aging*. Cambridge, U. K.: Cambridge University Press; 1998
- Murray RB, Zentner JP, Yakimo R. Health promotion strategies through the

life span. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009

Pickett W, Streight S, Simpson K, Brison RJ. Injuries experienced by infant children: a population-based epidemiological analysis. *Pediatrics*. 2003; 111(4 Pt 1):e365–e370

Sommers MS. Injury as a global phenomenon of concern in nursing science. *J Nurs Scholarsh*. 2006; 38(4):314–320

11.2.19 Risco de morte súbita do lactente

Nenhuma referência no momento.

11.2.20 Risco de quedas

Nenhuma referência no momento.

11.2.21 Recuperação cirúrgica retardada

Barnes S. Not a social event: the follow-up phone call. *J Perianesth Nurs*. 2000; 15(4): 253–255

Blay N, Donoghue J. The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Aust J Adv Nurs*. 2005; 22(4):14–19

Boaz MR, Bordignon S, Nesralla IA. The importance of preventive measures in the prophylaxis of infections in patients submitted to heart transplant during the first thirty postoperative days. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2006; 21(2):188–193

Brown D. A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people. *J Clin Nurs*. 2004; 13 6B:74–90

Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(5):614–621

Devaney L, Rowell KS. Improving surgical wound classification—why it

- matters. AORN J. 2004; 80(2):208–209, 212–223
- Feijó EJ, Cruz ICF, Lima DVM. Wound infection—systematic literature review. Online Braz J Nurs (Online). 2008; 7(3)
- Ferreira AM, Andrade D. Surgical site: assessment and nursing interventions postoperative. Arquivos de Ciências da Saúde. 2006; 13(1):27–33
- Flório MCS, Galvão CM. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(5):630–637
- Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. [Nursing diagnosis of patients in the intraoperative period of cardiac surgery]. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(2): 199–206
- Galdeano LE, Rossi LA, dos Santos CB, Dantas RAS. [Nursing diagnosis in the perioperative period of cardiac surgery]. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(1):26–33
- Gervaz P, Bandiera-Clerc C, Buchs NC, et al. Scoring system to predict the risk of surgical-site infection after colorectal resection. Br J Surg. 2012; 99(4):589–595
- Golembiewski JA, O'Brien D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. J Perianesth Nurs. 2002; 17(6):364–376
- Hughes E. Principles of patient care in the postoperative. Nurs Stand. 2004; 19:21–24
- Idvall E, Hamrin E, Rooke L, Sjöström B. A tentative model for developing strategic and clinical nursing quality indicators: postoperative pain management. Int J Nurs Pract. 1999; 5(4):216–226
- Kasatpibal N, Thongpiyapoom S, Narong MN, Suwalak N, Jamulitrat S. Extra charge and extra length of postoperative stay attributable to surgical site infection in six selected operations. J Med Assoc Thai. 2005; 88(8):1083–1091
- Lenardt MH, Neu DKM, Betiolli SE, Seima MD, Michel T. Geriatric nursing

care concepts related to postoperative complications in the elderly. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15(3):420–426

Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Manag Nurs*. 2005; 6(1):18–29

McDonald DD, Thomas GJ, Livingston KE, Severson JS. Assisting older adults to communicate their postoperative pain. *Clin Nurs Res*. 2005; 14(2):109–126, discussion 127–130

Moreno Elola-Olaso A, Davenport DL, Hundley JC, Daily MF, Gedaly R. Predictors of surgical site infection after liver resection: a multicentre analysis using National Surgical Quality Improvement Program data. *HPB (Oxford)*. 2012; 14(2):136–141

Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(1): 57–63

Pedrolo FT, Hannickel S, Zambon de Oliveira J, Fontão Zago MM. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(1):35–40

Pereira SG, Rosenhein DP, Lunardi VL. Experiences of care mastectomized woman: a literature review. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):791–795

Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, et al. Discharge information needs of patients after surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33(3):281–289, quiz 290–291

Pimenta CA, Santos EM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BA. [Control of the postoperative pain]. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):180–183

Pivoto FL, Filho WDL, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (5):665–670

Pompeo DA, Nicolussi AC, Galvão CM, Sawada NO. Intervenções de enfermagem para náusea e vômito no período pós-operatório imediato. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):191–198

- Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos FM, Lima RAG, Scochi CGS. Management of postoperative pain in Pediatric Nursing: seeking grants to improve care. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1):87–91
- Riley MMS, Suda D, Tabsh K, Flood A, Pegues DA. Reduction of surgical site infections in low transverse cesarean section at a university hospital. *Am J Infect Control.* 2012; 40(9):820–825
- Roche JJ, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ.* 2005; 331(7529):1374
- da Silva FS, Viana MF, Volpato MP. [Nursing diagnoses in patients admitted by the orthopedic clinic in a surgical unit]. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29(4):565–572
- Bôas PJ, Ruiz T. [Occurrence of hospital infection among interned elderly in a university hospital]. *Rev Saude Publica.* 2004; 38(3):372–378
- Vuolo JC. Assessment and management of surgical wounds in clinical practice. *Nurs Stand.* 2006; 20(52):46–56, quiz 58
- Whitby M, McLaws ML, Collopy B, et al. Post-discharge surveillance: can patients reliably diagnose surgical wound infections?. *J Hosp Infect.* 2002; 52(3):155–160
- Whitby M, McLaws ML, Doidge S, Collopy B. Post-discharge surgical site surveillance: does patient education improve reliability of diagnosis?. *J Hosp Infect.* 2007; 66(3): 237–242

11.2.22 Risco de recuperação cirúrgica retardada

- Abelha FJ, Castro MA, Landeiro NM, Neves AM, Santos CC. [Mortality and length of stay in a surgical intensive care unit.]. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006; 56(1):34–45
- Feijó EJ, Cruz ICF, Lima DVM. Wound infection—systematic literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2008; 7(3)

- Ferreira AM, Andrade D. Surgical site: assessment and nursing interventions postoperative. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2006; 13(1):27–33
- Flório MCS, Galvão CM. Ambulatory surgery: identification of nursing diagnoses in perioperative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(5):630–637
- Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. [Nursing diagnosis of patients in the intraoperative period of cardiac surgery]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(2): 199–206
- Keats AS. The ASA classification of physical status—a recapitulation. *Anesthesiology*. 1978; 49(4):233–236
- Lenardt MH, Neu DKM, Betiolli SE, Seima MD, Michel T. Geriatric nursing care concepts related to postoperative complications in the elderly. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15(3):420–426
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Am J Infect Control*. 1999; 27(2):97–132, quiz 133–134, discussion 96
- Martins MA, França E, Matos JC, Goulart EMA. [Post-discharge surveillance of children and adolescents treated for surgical site infections at a university hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(5):1033– 1041
- Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(1): 57–63
- Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. [Comparative study of surgical wound infection diagnosed in-hospital and post discharge]. *Rev Saude Publica*. 2002; 36(6):717–722
- Pereira SG, Rosenhein DP, Lunardi VL. Experiences of care mastectomized woman: a literature review. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):791–795
- Pivoto FL, Filho WDL, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing

diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (5):665–670

Procter LD, Davenport DL, Bernard AC, Zwischenberger JB. General surgical operative duration is associated with increased risk-adjusted infectious complication rates and length of hospital stay. *J Am Coll Surg.* 2010; 210(1):60–5.e1, 2

Queiroz FC, Nascimento LC, Leite AM, Santos FM, Lima RAG, Scochi CGS. Management of postoperative pain in Pediatric Nursing: seeking grants to improve care. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1):87–91

Ribeiro MM, Oliveira ACD, Braz NDJ. Incidência da infecção do sítio cirúrgico em um hospital universitário. *Ciência Cuidado e Saúde.* 2007; 6(4):486–493

Roche JJ, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people: prospective observational cohort study. *BMJ.* 2005; 331(7529):1374

Rothrock JC. *Alexander's care of the patient in surgery.* St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2011

Schwartzman UP, Batista KT, Duarte LTD, Saraiva RÂ, Fernandes M. Preanesthetic evaluation: instrument for safety and prevention of Plastic Surgery anesthesia perioperative complications. *Rev Bras Cir Plást (Impr.).* 2011; 26(2):221–227

da Silva FS, Viana MF, Volpato MP. [Nursing diagnoses in patients admitted by the orthopedic clinic in a surgical unit]. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29(4):565–572

Wolters U, Wolf T, Stützer H, Schröder T. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome. *Br J Anaesth.* 1996; 77(2):217–222

11.2.23 Risco de ressecamento ocular

Bron AJ. The Doyne lecture. Reflections on the tears. *Eye (Lond).* 1997;

11(Pt 5):583-602

Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown. *Am J Crit Care*. 1995; 4(6):425–428

Cuddihy PJ, Whittet H. Eye observation and corneal protection during endonasal surgery. *J Laryngol Otol*. 2005; 119(7):556–557

Cunningham C, Gould D. Eyecare for the sedated patient undergoing mechanical ventilation: the use of evidence-based care. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35(1–2):32–40

Dawson D. Development of a new eye care guideline for critically ill patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005; 21(2):119–122

Ezra DG, Healy M, Coombes A. Assessment of corneal epitheliopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2005; 31(2):313

Ezra DG, Lewis G, Healy M, Coombes A. Preventing exposure keratopathy in the critically ill: a prospective study comparing eye care regimes. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89 (8):1068–1069

Ezra DG, Chan MP, Solebo L, et al. Randomised trial comparing ocular lubricants and polyacrylamide hydrogel dressings in the prevention of exposure keratopathy in the critically ill. *Intensive Care Med*. 2009; 35(3):455–461

Germano EM, Mello MJG, Sena DF, Correia JB, Amorim MM. Incidence and risk factors of corneal epithelial defects in mechanically ventilated children. *Crit Care Med*. 2009; 37(3):1097–1100

Hernandez EV, Mannis MJ. Superficial keratopathy in intensive care unit patients. *Am J Ophthalmol*. 1997; 124(2):212–216

Imanaka H, Taenaka N, Nakamura J, Aoyama K, Hosotani H. Ocular surface disorders in the critically ill. *Anesth Analg*. 1997; 85(2):343–346

Joyce N. Eye care for the intensive care patient: a systemic review. *Best Practice*. 2002; 6(1):1–6

Kanski JJ. *Clinical ophthalmology: a systemic approach*. London, UK:

Butterworth Heinemann; 2007

- Kocacal E, Eşer İ. [A significant problem in intensive care patient: eye complications: medical education]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008; 28(2):193–197
- Kocacal EG, Eşer İ, Eğrilmez S. (2008). [Comparison of the effectiveness of polyethy-lene cover versus carbomer drop to prevent damage due to dry eye in critically ill]. 3rd EfCCNa Congress & 27th Aniarti Congress Book: Influencing Critical Care Nursing in Europe. Florence, Italy
- Koroloff N, Boots R, Lipman J, Thomas P, Rickard C, Coyer F. A randomised controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri-Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient. *Intensive Care Med*. 2004; 30(6):1122–1126
- Latkany R. Dry eyes: etiology and management. *Curr Opin Ophthalmol*. 2008; 19(4): 287–291
- Latkany RL, Lock B, Speaker M. Nocturnal lagophthalmos: an overview and classification. *Ocul Surf*. 2006; 4(1):44–53
- Lenart SB, Garrity JA. Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2000; 9(3):188–191
- Lin PY, Cheng CY, Hsu WM, et al. Association between symptoms and signs of dry eye among an elderly Chinese population in Taiwan: the Shihpai Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2005; 46(5):1593–1598
- Mercieca F, Suresh P, Morton A, Tullo A. Ocular surface disease in intensive care unit patients. *Eye (Lond)*. 1999; 13(Pt 2):231–236
- Moss SE, Klein R, Klein BEK. Prevalence of and risk factors for dry eye syndrome. *Arch Ophthalmol*. 2000; 118(9):1264–1268
- Moss SE, Klein R, Klein BEK. Incidence of dry eye in an older population. *Arch Ophthalmol*. 2004; 122(3):369–373
- Nelson JD, Helms H, Fiscella R, Southwell Y, Hirsch JD. A new look at dry

- eye disease and its treatment. *Adv Ther.* 2000; 17(2):84–93
- Parkin B, Cook S. A clear view: the way forward for eye care on ICU. *Intensive care units. Intensive Care Med.* 2000; 26(2):155–156
- Rao SN. (2008). Progression: the new approach to dry eye. *Review of Ophthalmology*. Retrieved from <https://www.reviewofophthalmology.com/article/progression-the-new-approach-to-dry-eye>
- Rosenberg JB, Eisen LA. Eye care in the intensive care unit: narrative review and metaanalysis. *Crit Care Med.* 2008; 36(12):3151–3155
- Sahai A, Malik P. Dry eye: prevalence and attributable risk factors in a hospital-based population. *Indian J Ophthalmol.* 2005; 53(2):87–91
- Schiffman RM, Walt JG, Jacobsen G, Doyle JJ, Lebovics G, Sumner W. Utility assessment among patients with dry eye disease. *Ophthalmology.* 2003; 110(7):1412–1419
- Sendecka M, Baryluk A, Polz-Dacewicz M. [Prevalence and risk factors of dry eye syndrome]. *Przegl Epidemiol.* 2004; 58(1):227–233
- Sivasankar S, Jasper S, Simon S, Jacob P, John G, Raju R. Eye care in ICU. *Indian J Crit Care Med.* 2006; 10(1):11–14
- So HM, Lee CC, Leung AK, Lim JM, Chan CS, Yan WW. Comparing the effectiveness of polyethylene covers with lanolin eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: A randomized controlled study. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45(11): 1565–1571
- Suresh P, Mercieca F, Morton A, Tullo AB. Eye care for the critically ill. *Intensive Care Med.* 2000; 26(2):162–166
- Thomas E, Hay EM, Hajeer A, Silman AJ. Sjögren's syndrome: a community-based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol.* 1998; 37(10):1069–1076

11.2.24 Risco de sangramento

- Brozenec SA. Hepatic Problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. *Phipp's medical-surgical nursing: health*

and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:1315–1350

Deitch EA, Dayal SD. Intensive care unit management of the trauma patient. *Crit Care Med.* 2006; 34(9):2294–2301, 2309

Erickson J, Field R. Cancer. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan

FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:510–564

Garrigues AL. Hematologic problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:908–942

Kleinpell R. Supporting independence in hospitalized elders in acute care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2007; 19(3):247–252, v

Lowdermilk D, Perry S. Maternity Nursing. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006

Marek J, Boehnlein M. Postoperative Nursing. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:302–332

Mattson S, Smith J, eds. Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing. 3rd ed. St Louis: Elsevier Saunders

Maxwell-Thompson C, Reid K. Vascular Problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:857–896

Sands JK. Stomach and duodenal problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:1204–1237

Warshaw M. Male Reproductive Problems. In: Neighbors M, Marek JF, Green-Nigro CJ, Monahan FD, Sands JK, eds. Phipp's medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2007:1721–1749

11.2.25 Risco de sufocação

Nenhuma referência no momento.

11.2.26 Risco de trauma vascular

Adami NP, de Gutiérrez MG, da Fonseca SM, de Almeida EPM. Risk management of extravasation of cytostatic drugs at the Adult Chemotherapy Outpatient Clinic of a university hospital. J Clin Nurs. 2005; 14(7):876–882

Arreguy-Sena C, de Carvalho EC. Punção venosa periférica: análise dos critérios adotados por uma equipe de enfermagem para avaliar e remover um dispositivo endovenoso. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN-UFRJ 7; 2003

Arreguy-Sena C. A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: Trauma Vascular e Risco para Trauma Vascular. [Tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2002

Phillips L. Manual of IV Therapeutics. 4th ed. Philadelphia, PA: Davis; 2005

Polimeno N, Hara M, Appezzato L, Fernandes V, Cintra L, Hara C. Incidência e caracterização da tromboflebite superficial (TFS) pós-venóclise em Hospital Universitário. J Bras Med. 1995; 69:196–204

11.2.27 Risco de trauma físico

Nenhuma referência no momento.

11.2.28 Risco de tromboembolismo venoso

Ministry of Health. Nursing Management for prevention of deep vein thrombosis (DVT)/ Venous thrombo-embolism (VTE) in hospitalized

patients. Singapore: Author; 2008

National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. Venous thromboembolism: reducing the risk. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2010

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland: Author; 2010

11.3 Classe 3: Violência

11.3.1 Automutilação

Nenhuma referência no momento.

11.3.2 Risco de automutilação

Nenhuma referência no momento.

11.3.3 Risco de mutilação genital feminina

Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I, Alcón Belchí C, Pastor Bravo MM, Rodríguez Martínez EM. Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia. Asociación DEMUSA. (Edición digital) 2016. Disponible en: <http://www.demusa.org/proyectos/protocolo-prevenci%C3%B3n-mgf/>

Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. BJOG. 2012; 119(13):1606–1611

Ballesteros Meseguer C, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MdelM, Jiménez Ruiz I. [The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain)]. Gac Sanit. 2014; 28(4):287–291

Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital

mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int.* 2013; 2013:496564

Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Zaragoza, Gobierno de Aragón; 2011

Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. Pamplona, Gobierno de Navarra; 2013

Jiménez Ruiz I, Pastor Bravo M, Almansa Martinez P, Ballesteros Meseguer C. Men facing the ablation/Female Genital Mutilation (A/FGM): Cultural factors that support this tradition. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 132:631–638

Jiménez I, Almansa M, Pastor M, Pina F. Aproximación desde la Enfermería Transcultural a las perspectivas masculinas sobre la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF). Revisión bibliográfica. *Enfermería Global;* 2012:396–410

Jiménez-Ruiz I. Enfermería y Cultural: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/45704/1/Tesis%20Ismael%20Jim%C3%A9nez%20Ruiz.pdf>

Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reprod Health.* 2011; 8 (26):26

de Sanidad M, Sociales e Igualdad S. Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Edición digital) 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital Femenina. Nota descriptiva nº: 241. OMS; 2014

Pastor M, Jiménez I, Moya M, Almansa P. Vivencias de un grupo de mujeres de Yibuti con la Mutilación Genital Femenina. Enfermería Comunitaria; 2013

Sequi A, Touray I, Piniella Z. La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. Oviedo: O'DAM ONGD; 2013

UNAF. Guía para Profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares; 2013

UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, et al. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva, World Health Organization; 2010

UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. United Nations Children's Fund (edición digital) 2013. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf

UNICEF. UNICEF's data work on FGM/C. (On line) 2016. Available at: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M, WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet. 2006; 367(9525):1835–1841

11.3.4 Risco de suicídio

Nenhuma referência no momento.

11.3.5 Risco de violência direcionada a outros

Nenhuma referência no momento.

11.3.6 Risco de violência direcionada a si mesmo

Nenhuma referência no momento.

11.4 Classe 4: Riscos ambientais

11.4.1 Contaminação

Baker JEL. Primary, secondary, and tertiary prevention in reducing pesticide-related illness in farmers. *J Community Health Nurs.* 1992; 9(4):245–254

Berkowitz GS, Obel J, Deych E, et al. Exposure to indoor pesticides during pregnancy in a multiethnic, urban cohort. *Environ Health Perspect.* 2003; 111(1):79–84

Brender J, Suarez L, Hendricks K, Baetz RA, Larsen R. Parental occupation and neural tube defect-affected pregnancies among Mexican Americans. *J Occup Environ Med.* 2002; 44(7):650–656

Butterfield PG. Upstream reflections on environmental health: an abbreviated history and framework for action. *ANS Adv Nurs Sci.* 2002; 25(1):32–49

Center for Disease Control and Prevention. Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. NCEH Pub # 05–0725. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2005

Center for Disease Control and Prevention. (2004). Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Retrieved from <http://www.atsdr.cdc.gov>

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice (Part I). *AAOHN J.* 2001; 49(3):137–153, quiz 154–155

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice. (Part II). *American Association of Occupational Health Nurses or Nursing.* 2001; 49(4):194–213

Children’s Environmental Health Network. (2004). Resource guide on children’s environmental health. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Children’s Environmental Health Network. (2005). Training manual on

pediatric environmental health: Putting it into practice. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Díaz JDM, López MA, Campbell P. Voluntary ingestion of organophosphate insecticide by a young farmer. *J Emerg Nurs*. 1999; 25(4):266–268

Dixon JK, Dixon JP. An integrative model for environmental health research. *ANS Adv Nurs Sci*. 2002; 24(3):43–57

Environmental Protection Agency. (2004). Understanding radiation health effects. EPA. Retrieved from <http://www.epa.gov>

Etzel R, Balk S. Handbook of pediatric environmental health. 1st ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 1999

Gerrard CE. Farmers' occupational health: cause for concern, cause for action. *J Adv Nurs*. 1998; 28(1):155–163

Goldman LR, Shannon MW, American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. Technical report: mercury in the environment: implications for pediatricians. *Pediatrics*. 2001; 108(1):197–205

King C, Harber P. Community environmental health concerns and the nursing process. Four environmental health nursing care plans. *AAOHN J*. 1998; 46(1):20–27

Larsson LS, Butterfield P. Mapping the future of environmental health and nursing: strategies for integrating national competencies into nursing practice. *Public Health Nurs*. 2002; 19(4):301–308

Massey-Stokes M, Lanning B. Childhood cancer and environmental toxins: the debate continues. *Fam Community Health*. 2002; 24(4):27–38

McCauley LA, Michaels S, Rothlein J, Muniz J, Lasarev M, Ebbert C. Pesticide exposure and self reported home hygiene: practices in agricultural families. *AAOHN J*. 2003; 51(3):113–119

Meeker BJ, Carruth A, Holland CB. Health hazards and preventive measures of farm women. *Emerging issues*. *AAOHN J*. 2002; 50(7):307–314

Melum MF. Emergency. Organophosphate toxicity. *Am J Nurs*. 2001; 101(5):57–58

- Rice R. Environmental threats in the home: home care nursing perspectives. *Geriatr Nurs*. 1999; 20(6):332–336
- Schneider D, Freeman N. Children's environmental health risks: a state-of-the-art conference. *Arch Environ Health*. 2001; 56(2):103–110
- Silbergeld EK, Flaws JA. Environmental exposures and women's health. *Clin Obstet Gynecol*. 2002; 45(4):1119–1128
- Thornton JW, McCally M, Houlihan J. Biomonitoring of industrial pollutants: health and policy implications of the chemical body burden. *Public Health Rep*. 2002; 117 (4):315–323

11.4.2 Risco de contaminação

- Baker JEL. Primary, secondary, and tertiary prevention in reducing pesticide-related illness in farmers. *J Community Health Nurs*. 1992; 9(4):245–254
- Berkowitz GS, Obel J, Deych E, et al. Exposure to indoor pesticides during pregnancy in a multiethnic, urban cohort. *Environ Health Perspect*. 2003; 111(1):79–84
- Brender J, Suarez L, Hendricks K, Baetz RA, Larsen R. Parental occupation and neural tube defect-affected pregnancies among Mexican Americans. *J Occup Environ Med*. 2002; 44(7):650–656
- Butterfield PG. Upstream reflections on environmental health: an abbreviated history and framework for action. *ANS Adv Nurs Sci*. 2002; 25(1):32–49
- Center for Disease Control and Prevention. Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. NCEH Pub # 05–0725. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2005
- Center for Disease Control and Prevention. (2004). Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Retrieved from <http://www.atsdr.cdc.gov>
- Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice (Part I). *AAOHN J*. 2001; 49(3):137–

153, quiz 154–155

Chalupka SM. Essentials of environmental health. Enhancing your occupational health nursing practice. (Part II). American Association of Occupational Health Nurses or Nursing. 2001; 49(4):194–213

Children's Environmental Health Network. (2004). Resource guide on children's environmental health. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Children's Environmental Health Network. (2005). Training manual on pediatric environmental health: Putting it into practice. Retrieved from <http://www.cehn.org>

Díaz JDM, López MA, Campbell P. Voluntary ingestion of organophosphate insecticide by a young farmer. J Emerg Nurs. 1999; 25(4):266–268

Dixon JK, Dixon JP. An integrative model for environmental health research. ANS Adv Nurs Sci. 2002; 24(3):43–57

Environmental Protection Agency. (2004). Understanding radiation health effects. EPA. Retrieved from <http://www.epa.gov>

Etzel R, Balk S. Handbook of pediatric environmental health. 1st ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 1999

Gerrard CE. Farmers' occupational health: cause for concern, cause for action. J Adv Nurs. 1998; 28(1):155–163

Goldman LR, Shannon MW, American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. Technical report: mercury in the environment: implications for pediatricians. Pediatrics. 2001; 108(1):197–205

King C, Harber P. Community environmental health concerns and the nursing process. Four environmental health nursing care plans. AAOHN J. 1998; 46(1):20–27

Larsson LS, Butterfield P. Mapping the future of environmental health and nursing: strategies for integrating national competencies into nursing practice. Public Health Nurs. 2002; 19(4):301–308

Massey-Stokes M, Lanning B. Childhood cancer and environmental toxins: the debate continues. Fam Community Health. 2002; 24(4):27–38

- McCauley LA, Michaels S, Rothlein J, Muniz J, Lasarev M, Ebbert C. Pesticide exposure and self reported home hygiene: practices in agricultural families. AAOHN J. 2003; 51(3):113–119
- Meeker BJ, Carruth A, Holland CB. Health hazards and preventive measures of farm women. Emerging issues. AAOHN J. 2002; 50(7):307–314
- Melum MF. Emergency. Organophosphate toxicity. Am J Nurs. 2001; 101(5):57–58
- Rice R. Environmental threats in the home: home care nursing perspectives. Geriatr Nurs. 1999; 20(6):332–336
- Schneider D, Freeman N. Children's environmental health risks: a state-of-the-art conference. Arch Environ Health. 2001; 56(2):103–110
- Silbergeld EK, Flaws JA. Environmental exposures and women's health. Clin Obstet Gynecol. 2002; 45(4):1119–1128
- Thornton JW, McCally M, Houlihan J. Biomonitoring of industrial pollutants: health and policy implications of the chemical body burden. Public Health Rep. 2002; 117 (4):315–323

11.4.3 Risco de envenenamento

- Center for Disease Control and Prevention. (2005). Third national report on human exposure to environmental chemicals: Executive summary. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. NCEH Pub # 05–0725

11.4.4 Risco de lesão ocupacional

- Abad Toribio L, Colorado Aranguren D, Martín Ruiz D, Retana Maqueda MJ. (2011). Ruido ambiental
- Andel R, Crowe M, Hahn EA, et al. Work-related stress may increase the risk of vascular dementia. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(1):60–67
- Ardila AM, Muñoz AI. Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. Cien Saude Colet. 2009; 14(6):2135–2141

- Argyropoulos CD, Sideris GM, Christolis MN, Nivolianitou Z, Markatos NC. Modelling pollutants dispersion and plume rise from large hydrocarbon tank fires in neutrally stratified atmosphere. *Atmos Environ.* 2010; 44(6):803–813
- Argyropoulos CD, Sideris GM, Christolis MN, Nivolianitou Z, Markatos NC. Modelling pollutants dispersion and plume rise from large hydrocarbon tank fires in neutrally stratified atmosphere. *Atmos Environ.* 2010; 44(6):803–813
- Arlinghaus A, Lombardi DA, Willetts JL, Folkard S, Christiani DC. A structural equation modeling approach to fatigue-related risk factors for occupational injury. *Am J Epidemiol.* 2012; 176(7):597–607
- Bulacio L, Giuliani S, Pabello M. Equipos de Protección Individual. Manual de horticultura periurbana; 2012:97
- Candia RC, Hennies WT, Azevedo RC, Almeida IG, Soto JF. Análisis de accidentes fatales en la industria minera peruana. *Bol Geol Min.* 2010; 121(1):57–68
- Corrao CRN, Mazzotta A, La Torre G, De Giusti M. Biological risk and occupational health. *Ind Health.* 2012; 50(4):326–337
- Cosgrove MP, Sargeant LA, Caleyachetty R, Griffin SJ. (2012). Work-related stress and type 2 diabetes
- de Castro AB, Fujishiro K, Rue T, Tagalog EA, Samaco-Paquiz LPG, Gee GC. Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *Int Nurs Rev.* 2010; 57(2):188–194
- Espluga Trenc JL. Actos inseguros en el trabajo: guía de intervención. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, NTP 415
- Evangelinos KI, Nikolaou IE, Karagiannis A. Implementation of responsible care in the chemical industry: evidence from Greece. *J Hazard Mater.* 2010; 177(1–3):822–828
- Gil-Monte PR. [Psychosocial risks at work and occupational health]. [Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012; 29 (2):237–241

- Gil-Monte PR. [Psychosocial risks at work and occupational health]. [Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012; 29 (2):237–241
- Gómez J. El ruido: efectos psicológicos y su incidencia económica. *Revista Ingeniería*. 2011; 21(1). DOI: 10.15517/ring.v21i1.603
- Gómez-Arroyo S, Martínez-Valenzuela C, Carbajal-López Y, Martínez-Arroyo A, Calderón-Segura ME, Villalobos-Pietrini R, Waliszewski SM. Riesgo genotóxico por la exposición ocupacional a plaguicidas en América Latina. *Rev Int Contam Ambie*. 2013; 29:159–180
- Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Jueas JA, Figueiredo-Ferraz H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: a longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(8):1013–1020
- Grenny J, Maxfield D. Five crucial conversations that drive workplace safety. *Prof Saf*. 2011; 56(8):24–26
- Honda M, Chompikul J, Rattanapan C, Wood G, Klungboonkrong S. Sharps injuries among nurses in a Thai regional hospital: prevalence and risk factors. *Int J Occup Environ Med*. 2011; 2(4):215–223
- Hu X, Zhang Z, Li N, et al. China Critical Care Clinical Trial Group. Self-reported use of personal protective equipment among Chinese critical care clinicians during 2009
- H1N1 influenza pandemic. *PLoS One*. 2012; 7(9):e44723
- Kodama S, Kanda K. Nurse risk managers' criteria for dealing with near-miss events. *Biosci Trends*. 2010; 4(5):231–238
- Manuele FA. Reviewing heinrich: Dislodging two myths from the practice of safety. *Prof Saf*. 2011; 56(10):52–61
- Mustard CA, Chambers A, McLeod C, Bielecky A, Smith PM. Work injury risk by time of day in two population-based data sources. *Occup Environ Med*. 2013; 70(1):49–56
- Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. Safety of nursing staff and determinants of adherence to personal

- protective equipment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(2):354–361
- Ormiston B. Dealing with bad vibrations. *Occup Health (Lond)*. 2013; 65(2):27–29
- Pastor Férrez Y. Evaluación a la exposición a campos magnéticos en la estación experimental agoralimentaria Tomás Ferro. El Autor; 2013
- Pérez-Manriquez GB, Sánchez-Aguilar M, Díaz GG, López EO, Escalante IEP. Diagnóstico de factores de riesgo relacionados con la accidentabilidad de mano en trabajadores de una empresa refresquera. *Med Segur Trab (Madr)*. 2012; 58(226):13–26
- Ramírez Mañas C. Estudio de prevalencia de las malformaciones congénitas cardíacas en la provincia de Almería y su relación con la exposición a fitosanitarios. Importancia de la actuación enfermera. 2013
- Ramos OC. Observación de conductas inseguras en el trabajo: un análisis metodológico. *Universitas Psychologica*. 2010; 11(1):311–321
- Reyes RM, Prado LR, Aguilera Á, Soltero R. Descripción de los conocimientos sobre factores humanos que causan accidentes en una industria arnesera Mexicana. *e-Gnosis*. 2011; 9:1–17
- Roelofs C, Sprague-Martinez L, Brunette M, Azaroff L. A qualitative investigation of Hispanic construction worker perspectives on factors impacting worksite safety and risk. *Environ Health*. 2011; 10(1):84
- Sanati KA, Yadegarfar G, Naghavi H, Mansouri M, Sanati JGH. Temporal trend of occupational injuries; first versus second half of a working shift. *Int J Occup Saf Ergon*. 2010; 16(1):49–54– (JOSE)
- Senjo SR. Dangerous fatigue conditions: A study of police work and law enforcement administration. *Police Pract Res*. 2011; 12(3):235–252
- Shao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *J Adv Nurs*. 2010; 66(7):1565–1572
- Sugiura S, Asano M, Kinoshita K, Tanimura M, Nabeshima T. Risks to health professionals from hazardous drugs in Japan: a pilot study of environmental and biological monitoring of occupational exposure to

- cyclophosphamide. *J Oncol Pharm Pract.* 2011; 17(1):14–19
- Taylor NAS, Lewis MC, Notley SR, Peoples GE. A fractionation of the physiological burden of the personal protective equipment worn by firefighters. *Eur J Appl Physiol.* 2012; 112(8):2913–2921
- Taylor NAS, Lewis MC, Notley SR, Peoples GE. A fractionation of the physiological burden of the personal protective equipment worn by firefighters. *Eur J Appl Physiol.* 2012; 112(8):2913–2921
- van Mark A, Spallek M, Groneberg DA, Kessel R, Weiler SW. Correlates shift work with increased risk of gastrointestinal complaints or frequency of gastritis or peptic ulcer in H. pylori-infected shift workers?. *Int Arch Occup Environ Health.* 2010; 83 (4):423–431
- Viñeta Ruiz M, Gallego Yanez M, Villanueva GP. Manejo de citostáticos y salud reproductiva: revisión bibliográfica. *Med Segur Trab (Madr).* 2013; 59(233):426–443
- Vrezas I, Elsner G, Bolm-Audorff U, Abolmaali N, Seidler A. Case-control study of knee osteoarthritis and lifestyle factors considering their interaction with physical workload. *Int Arch Occup Environ Health.* 2010; 83(3):291–300
- Wells MY. Time management for preclinical safety professionals. *Toxicol Pathol.* 2010; 38(5):675–680
- Wirtz A, Nachreiner F, Rolfes K. Working on Sundays—effects on safety, health, and work-life balance. *Chronobiol Int.* 2011; 28(4):361–370
- Zhang YH, Han CM, Chen GX, et al. Factors associated with chemical burns in Zhejiang province, China: an epidemiological study. *BMC Public Health.* 2011; 11(1):746

11.5 Classe 5: Processos defensivos

11.5.1 Risco de reação adversa a meio de contraste iodado

American College of Radiology [ACR]. Manual on contrast media (version

6). Reston, VA: Author; 2008

Bellin MF, Jakobsen JA, Tomassin I, et al. Contrast Media Safety Committee Of The European Society Of Urogenital Radiology. Contrast medium extravasation injury: guidelines for prevention and management. *Eur Radiol*. 2002; 12(11):2807–2812

Bettmann MA. Frequently asked questions: iodinated contrast agents. *Radiographics*. 2004; 24(Special Issue) Suppl 1:S3–S10

Brockow K, Christiansen C, Kanny G, et al. ENDA, EAACI interest group on drug hypersensitivity. Management of hypersensitivity reactions to iodinated contrast media. *Allergy*. 2005; 60(2):150–158

Cohan RH, Ellis JH, Garner WL. Extravasation of radiographic contrast material: recognition, prevention, and treatment. *Radiology*. 1996; 200(3):593–604

Costa N. Understanding contrast media. *J Infus Nurs*. 2004; 27(5):302–312.

European Society of Urogenital Radiology [ESUR]. ESUR Guidelines on contrast media (version 6). Heidelberg: SpringerVerlag; 2007

Hash RB. Intravascular radiographic contrast media: issues for family physicians. *J Am Board Fam Pract*. 1999; 12(1):32–42

Juchem BC, Dall'Agnol CM. Immediate adverse reactions to intravenous iodinated contrast media in computed tomography. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(1): 78–83

Juchem BC, Dall'Agnol CM, Magalhães AMM. Contraste iodado em tomografia computadorizada: prevenção de reações adversas. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(1):57–61

Katayama H, Yamaguchi K, Kozuka T, Takashima T, Seez P, Matsuura K. Adverse reactions to ionic and nonionic contrast media. A report from the Japanese Committee on the Safety of Contrast Media. *Radiology*. 1990; 175(3):621–628

Maddox TG. Adverse reactions to contrast material: recognition, prevention, and treatment. *Am Fam Physician*. 2002; 66(7):1229–1234

- Namasivayam S, Kalra MK, Torres WE, Small WC. Adverse reactions to intravenous iodinated contrast media: a primer for radiologists. *Emerg Radiol.* 2006; 12(5):210–215
- Reddan D. Patients at high risk of adverse events from intravenous contrast media after computed tomography examination. *Eur J Radiol.* 2007; 62(Supplement):26–32
- Riedl MA, Casillas AM. Adverse drug reactions: types and treatment options. *Am Fam Physician.* 2003; 68(9):1781–1790
- Siddiqi NH. (2008). Contrast medium reactions, recognition and treatment. *Emedicine.* Retrieved from <http://www.emedicine.com/Radio/topic864.htm>
- Schild HH, Kuhl CK, Hübner-Steiner U, Böhm I, Speck U. Adverse events after unenhanced and monomeric and dimeric contrast-enhanced CT: a prospective randomized controlled trial. *Radiology.* 2006; 240(1):56–64
- Singh J, Daftary A. Iodinated contrast media and their adverse reactions. *J Nucl Med Technol.* 2008; 36(2):69–74, quiz 76–77
- Stacul F. Managing the risk associated with use of contrast media for computed tomography. *Eur J Radiol.* 2007; 62(1):33–37
- Thomsen HS, Morcos SK, Contrast Media Safety Committee of European Society of Urogenital Radiology. Management of acute adverse reactions to contrast media. *Eur Radiol.* 2004; 14(3):476–481
- Valls C, Andía E, Sánchez A, Moreno V. Selective use of low-osmolality contrast media in computed tomography. *Eur Radiol.* 2003; 13(8):2000–2005
- Vervloet D, Durham S. Adverse reactions to drugs. *BMJ.* 1998; 316(7143):1511–1514
- Webb JA, Stacul F, Thomsen HS, Morcos SK, Members Of The Contrast Media Safety Committee Of The European Society Of Urogenital Radiology. Late adverse reactions to intravascular iodinated contrast media. *Eur Radiol.* 2003; 13(1):181–184

Widmark JM. Imaging-related medications: a class overview. *Proc Bayl Univ Med Cent.* 2007; 20(4):408–417

11.5.2 Risco de reação alérgica

Alexiou C, Kau RJ, Luppia P, Arnold W. Allergic reactions after systemic administration of glucocorticosteroid therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998; 124 (11):1260–1264

de Andrade ED, Ranali J, Volpato MC, de Oliveira MM. Allergic reaction after rubber dam placement. *J Endod.* 2000; 26(3):182–183

Diaz JH. Syndromic diagnosis and management of confirmed mushroom poisonings. *Crit Care Med.* 2005; 33(2):427–436

Ellis AK, Day JH. Clinical reactivity to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005; 5(4):349–354

Friedlaender MH. Objective measurement of allergic reactions in the eye. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2004; 4(5):447–453

Gomes ER, Demoly P. Epidemiology of hypersensitivity drug reactions. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005; 5(4):309–316

Haberman ML. Malignant hyperthermia. An allergic reaction to thioridazine therapy. *Arch Intern Med.* 1978; 138(5):800–801

Hansen I, Klimek L, Mösges R, Hörmann K. Mediators of inflammation in the early and the late phase of allergic rhinitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2004; 4(3): 159–163

Hathaway LR. Anaphylaxis. *LPN.* 2005; 1(3):38–39

Huby RD, Dearman RJ, Kimber I. Why are some proteins allergens?. *Toxicol Sci.* 2000. 55(2):235–246

Leung DYM, Boguniewicz M, Howell MD, Nomura I, Hamid QA. New insights into atopic dermatitis. *J Clin Invest.* 2004; 113(5):651–657

McKevith B, Theobald H. Common food allergies. *Nurs Stand.* 2005; 19(29):39–42, 29, 39–42

- Merrill DB, Dec GW, Goff DC. Adverse cardiac effects associated with clozapine. *J Clin Psychopharmacol*. 2005; 25(1):32–41
- Nowak-Wegrzyn A, Conover-Walker MK, Wood RA. Food-allergic reactions in schools and preschools. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155(7):790–795
- Reisman RE. Unusual reactions to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005; 5(4):355–358
- Shovlin JP, Corso MP. Ocular allergy: recognizing, treating, and avoiding. *Contemporary Optometry*. 2005; 3(3):1–7
- Weir E. Sushi, nematodes and allergies. *CMAJ*. 2005; 172(3):329

11.5.3 Reação alérgica ao látex

- American Society of Anesthesiologists. (2005). Natural rubber latex allergy: Considerations for anesthesiologists. A practice guideline. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists
- Association of Perioperative Registered Nurses. AORN latex guideline. In AORN standards, recommended practices and guidelines. Denver, CO: AORN; 2004:103–118
- Kelly KJ. Latex allergy: Where do we go from here?. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000; 5(8):337–340
- Sussman GL. Latex allergy: An overview. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000; 5(8):317–321
- Swanson MC, Olson DQ. Latex allergen affinity for starch powders applied to natural rubber gloves and released as an aerosol. *Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2000; 5(8):328–336

11.5.4 Risco de reação alérgica ao látex

- American Society of Anesthesiologists. Natural rubber latex allergy: Considerations for anesthesiologists. A practice guideline. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists; 2005

Association of Perioperative Registered Nurses. AORN latex guideline. In AORN standards, recommended practices and guidelines. Denver, CO: AORN; 2004:103– 118

Kelly KJ. Latex allergy: Where do we go from here?. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000; 5(8):337–340

Sussman GL. Latex allergy: An overview. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000; 5(8):317–321

Swanson MC, Olson DQ. Latex allergen affinity for starch powders applied to natural rubber gloves and released as an aerosol. Canadian Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2000; 5(8):328–336

11.6 Classe 6: Termorregulação

11.6.1 Hipertermia

Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. Clin Perinatol. 2008; 35(1):183–197, ix–x

Chatson K, Fant M, Cloherty JP. Controle da temperatura. [Temperature control]. In: Cloherty JP, Stark AR, eds. Manual de neonatologia. 4th ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.; 2000: 149–153

Fluhr JW, Darlenski R, Taieb A, et al. Functional skin adaptation in infancy almost complete but not fully competent. Exp Dermatol. 2010; 19(6):483–492

Foster KG, Hey EN, Katz G. The response of the sweat glands of the newborn baby to thermal stimuli and to intradermal acetylcholine. J Physiol. 1969; 203(1):13–29

Harpin VA, Chellappah G, Rutter N. Responses of the newborn infant to overheating. Biol Neonate. 1983; 44(2):65–75

Kattwinkel J, d. Textbook of neonatal resuscitation. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006

Laptook AR, Watkinson M. Temperature management in the delivery room.

Semin Fetal Neonatal Med. 2008; 13(6):383–391

Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. J Perinatol. 2012; 32(5):317–324

Mechem CC, Danzl DF, Grayzel J. (2011). Severe hyperthermia (heat stroke) in adults. <http://ultramedica.net/Uptodate21.6/contents/UTD.htm?15/40/16007/contributordisclosure#H2140224>

Silverman WA, Fertig JW, Berger AP. The influence of the thermal environment upon the survival of newly born premature infants. Pediatrics. 1958; 22(5):876–886

Stanton AN, Scott DJ, Downham MA. Is overheating a factor in some unexpected infant deaths?. Lancet. 1980; 1(8177):1054–1057

World Health Organization. Thermal protection of the newborn: A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997

11.6.2 Hipotermia

American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors. Students Course Manual. 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons Committee on Trauma; 2004

Annibale DJ, Bissinger RL. The golden hour. Adv Neonatal Care. 2010; 10(5):221–223

Araújo BF, Zatti H, Madi JM, Coelho MB, Olmi FB, Canabarro CT. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. J Pediatr (Rio J). 2012; 88(3):259–266

Bang AT, Reddy HM, Bang RA, Deshmukh MD. Why do neonates die in rural Gadchiroli, India? (Part II): estimating population attributable risks and contribution of multiple morbidities for identifying a strategy to prevent deaths. J Perinatol. 2005; 25 Suppl 1:S35–S43

Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. Clin Perinatol. 2008; 35(1):183–197, ix–x

Bhatt DR, White R, Martin G, et al. Transitional hypothermia in preterm

newborns. *J Perinatol*. 2007; 27 Suppl 2:S45–S47

Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics*. 2000; 106(4):659–671

Cramer K, Wiebe N, Hartling L, Crumley E, Vohra S. Heat loss prevention: a systematic review of occlusive skin wrap for premature neonates. *J Perinatol*. 2005; 25(12): 763–769

Hofer N, Müller W, Resch B. Neonates presenting with temperature symptoms: role in the diagnosis of early onset sepsis. *Pediatr Int*. 2012; 54(4):486–490

Jones P, Alberti C, Julé L, et al. Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatr*. 2011; 100(2):181–187

Knobel R, Holditch-Davis D. Thermoregulation and heat loss prevention after birth and during neonatal intensive-care unit stabilization of extremely low-birthweight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36(3):280–287

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA. Optimal body temperature in transitional extremely low birth weight infants using heart rate and temperature as indicators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010; 39(1):3–14

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Wimmer JE, Jr. Extremely low birth weight preterm infants lack vasomotor response in relationship to cold body temperatures at birth. *J Perinatol*. 2009; 29(12):814–821

Kumar V, Shearer JC, Kumar A, Darmstadt GL. Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *J Perinatol*. 2009; 29(6):401–412

Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *J Perinatol*. 2012; 32(5):317–324

Lunze K, Bloom DE, Jamison DT, Hamer DH. The global burden of neonatal hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC Med*. 2013; 11:24

- Mance MJ. Keeping infants warm: challenges of hypothermia. *Adv Neonatal Care* 2008; 8(1):6–12
- Merklin RJ. Growth and distribution of human fetal brown fat. *Anat Rec.* 1974; 178 (3):637–645
- Mullany LC. Neonatal hypothermia in low-resource settings. *Semin Perinatol.* 2010; 34(6):426–433
- Mullany LC, Katz J, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Risk of mortality associated with neonatal hypothermia in southern Nepal. *Semin Perinatol.* 2010; 34(6):426–433
- Mullany LC, Katz J, Khatry SK, Leclerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Incidence and seasonality of hypothermia among newborns in southern Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010; 164(1):71–77
- Muralidhara DV, Muralidhara KD, Zubaidi A. Brown Fat and Its Thermoregulatory Role in the Human Neonate. *Journal of Physiological and Biomedical Sciences.* 2010; 23(2):5–10
- Nayeri F, Nili F. Hypothermia at Birth and its Associated Complications in Newborns: A Follow up Study. *Iran J Public Health.* 2006; 35(1):48–52
- Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. Task Force for Advanced Bleeding Care in Trauma. Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care.* 2010; 14(2):R52
- Søreide E, Smith CE. Hypothermia in trauma. In: Smith CE, ed. *Trauma Anesthesia.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008:445–464
- Thorsen K, Ringdal KG, Strand K, Søreide E, Hagemo J, Søreide K. Clinical and cellular effects of hypothermia, acidosis and coagulopathy in major injury. *Br J Surg.* 2011; 98(7):894–907
- Vento M, Cheung P-Y, Aguar M. The first golden minutes of the extremely-low-gestational-age neonate: a gentle approach. *Neonatology.* 2009; 95(4):286–298
- Verklan MT. So, he's a little premature..what's the big deal?. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2009; 21(2):149–161

Waldron S, Mackinnon R. Neonatal thermoregulation. *Infant*. 2007; 3(3):101–104

World Health Organization. Thermal protection of the newborn: A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997

Zayeri F, Kazemnejad A, Ganjali M, Babaei G, Khanafshar N, Nayeri F. Hypothermia in Iranian newborns. Incidence, risk factors and related complications. *Saudi Med J*. 2005; 26(9):1367–1371

11.6.3 Risco de hipotermia

American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors. Students Course Manual. 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons Committee on Trauma; 2004

Annibale DJ, Bissinger RL. The golden hour. *Adv Neonatal Care*. 2010; 10(5):221–223

Araújo BF, Zatti H, Madi JM, Coelho MB, Olmi FB, Canabarro CT. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. *J Pediatr (Rio J)*. 2012; 88(3):259–266

Bang AT, Reddy HM, Bang RA, Deshmukh MD. Why do neonates die in rural Gadchiroli, India? (Part II): estimating population attributable risks and contribution of multiple morbidities for identifying a strategy to prevent deaths. *J Perinatol*. 2005; 25 Suppl 1:S35–S43

Baumgart S. Iatrogenic hyperthermia and hypothermia in the neonate. *Clin Perinatol*. 2008; 35(1):183–197, ix–x

Bhatt DR, White R, Martin G, et al. Transitional hypothermia in preterm newborns. *J Perinatol*. 2007; 27 Suppl 2:S45–S47

Costeloe K, Hennessy E, Gibson AT, Marlow N, Wilkinson AR. The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability. *Pediatrics*. 2000; 106(4):659–671

Cramer K, Wiebe N, Hartling L, Crumley E, Vohra S. Heat loss prevention: a systematic review of occlusive skin wrap for premature neonates. *J*

Perinatol. 2005; 25(12): 763–769

Hofer N, Müller W, Resch B. Neonates presenting with temperature symptoms: role in the diagnosis of early onset sepsis. *Pediatr Int.* 2012; 54(4):486–490

Jones P, Alberti C, Julé L, et al. Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatr.* 2011; 100(2):181–187

Knobel R, Holditch-Davis D. Thermoregulation and heat loss prevention after birth and during neonatal intensive-care unit stabilization of extremely low-birthweight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(3):280–287

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA. Optimal body temperature in transitional extremely low birth weight infants using heart rate and temperature as indicators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010; 39(1):3–14

Knobel RB, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Wimmer JE, Jr. Extremely low birth weight preterm infants lack vasomotor response in relationship to cold body temperatures at birth. *J Perinatol.* 2009; 29(12):814–821

Kumar V, Shearer JC, Kumar A, Darmstadt GL. Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *J Perinatol.* 2009; 29(6):401–412

Lunze K, Hamer DH. Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *J Perinatol.* 2012; 32(5):317–324

Lunze K, Bloom DE, Jamison DT, Hamer DH. The global burden of neonatal hypothermia: systematic review of a major challenge for newborn survival. *BMC Med.* 2013; 11:24

Mance MJ. Keeping infants warm: challenges of hypothermia. *Adv Neonatal Care.* 2008; 8(1):6–12

Merklin RJ. Growth and distribution of human fetal brown fat. *Anat Rec.* 1974; 178 (3):637–645

Mullany LC. Neonatal hypothermia in low-resource settings. *Semin Perinatol.* 2010; 34(6):426–433

- Mullany LC, Katz J, Khatri SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Risk of mortality associated with neonatal hypothermia in southern Nepal. *Semin Perinatol*. 2010; 34(6):426–433
- Mullany LC, Katz J, Khatri SK, Leclerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Incidence and seasonality of hypothermia among newborns in southern Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010; 164(1):71–77
- Muralidhara DV, Muralidhara KD, Zubaidi A. Brown Fat and Its Thermoregulatory Role in the Human Neonate. *Journal of Physiological and Biomedical Sciences*. 2010; 23(2):5–10
- Nayeri F, Nili F. Hypothermia at Birth and its Associated Complications in Newborns: A Follow up Study. *Iran J Public Health*. 2006; 35(1):48–52
- Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. Task Force for Advanced Bleeding Care in Trauma. Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care*. 2010; 14(2):R52
- Søreide E, Smith CE. Hypothermia in trauma. In: Smith CE, ed. *Trauma Anesthesia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008:445–464
- Thorsen K, Ringdal KG, Strand K, Søreide E, Hagemo J, Søreide K. Clinical and cellular effects of hypothermia, acidosis and coagulopathy in major injury. *Br J Surg*. 2011; 98(7):894–907
- Vento M, Cheung P-Y, Aguar M. The first golden minutes of the extremely-low-gestational-age neonate: a gentle approach. *Neonatology*. 2009; 95(4):286–298
- Verklan MT. So, he's a little premature..what's the big deal?. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2009; 21(2):149–161
- Waldren S, , Mackinnon R. Neonatal thermoregulation. *Infant*. 2007; 3(3):101–104
- World Health Organization. Thermal protection of the newborn: A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1997
- Zayeri F, Kazemnejad A, Ganjali M, Babaei G, Khanafshar N, Nayeri F. Hypothermia in Iranian newborns. Incidence, risk factors and related

complications. Saudi Med J. 2005; 26(9):1367–1371

11.6.4 Risco de hipotermia perioperatória

Abelha FJ, Castro MA, Neves AM, Landeiro NM, Santos CC. Hypothermia in a surgical intensive care unit. BMC Anesthesiol. 2005; 5(7):7

Jeran L, ASPAN. Patient temperature: an introduction to the clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. J Perianesth Nurs. 2001; 16(5): 303–304

Benson EE, McMillan DE, Ong B. The effects of active warming on patient temperature and pain after total knee arthroplasty. Am J Nurs. 2012; 112(5):26–33, quiz 34, 42

Bitner J, Hilde L, Hall K, Duvendack T. A team approach to the prevention of unplanned postoperative hypothermia. AORN J. 2007; 85(5):921–923, 925–929

Bräuer A, Perl T, Quintel M. Perioperatives Wärmemanagement. Anaesthesist. 2006; 55(12):1321–1339, quiz 1340

Brown Mahoney C, Odom J. Maintaining intraoperative normothermia: A meta-analysis of outcomes with costs. AANA J. 1999; 67(2):155–163

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Nursing Interventions Classification (NIC). 5th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008

Burns SM, Wojnakowski M, Piotrowski K, Caraffa G. Unintentional hypothermia: implications for perianesthesia nurses. J Perianesth Nurs. 2009; 24(3):167–173, quiz 174–176

Cooper S. The effect of preoperative warming on patients' postoperative temperatures. AORN J. 2006; 83(5):1073–1076, 1079–1084, quiz 1085–1088

Flores-Maldonado A, Guzmán-Llanaez Y, Castañeda-Zarate S, et al. Risk factors for mild intraoperative hypothermia. Arch Med Res. 1997; 28(4):587–590

Good KK, Verble JA, Secrest J, Norwood BR. Postoperative hypothermia–

the chilling consequences. AORN J. 2006; 83(5):1054–1066, quiz 1067–1070

Hegarty J, Walsh E, Burton A, Murphy S, O’gorman F, McPolin G. Nurses’ knowledge of inadvertent hypothermia. AORN J. 2009; 89(4):701–704, 707–713

Hooper VD. Adoption of the ASPAN clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia: a data collection tool. J Perianesth Nurs. 2006; 21(3):177–185

Hooper VD, Chard R, Clifford T, et al. ASPAN’s evidence-based clinical practice guide-line for the promotion of perioperative normothermia. J Perianesth Nurs. 2009; 24 (5):271–287

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. NANDA, NOC and NIC Linkages. Nursing Diagnoses, Outcomes and Interventions. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2006

Kitamura A, Hoshino T, Kon T, Ogawa R. Patients with diabetic neuropathy are at risk of a greater intraoperative reduction in core temperature. Anesthesiology. 2000; 92 (5):1311–1318

Kongsayreepong S, Chaibundit C, Chadpaibool J, et al. Predictor of core hypothermia and the surgical intensive care unit. Anesth Analg. 2003; 96(3):826–833

Lau LL, Hung CT, Chan CK, et al. Anaesthetic clinical indicators in public hospitals providing anaesthetic care in Hong Kong: prospective study. Hong Kong Med J. 2001; 7(3):251–260

Ma M, Chiu A. (2005). An audit of Perioperative Hypothermia in Elderly Patients. Hong Kong College of Anaesthesiology Bulletin, 14(2), 90–94. Retrived from http://www.hkca.edu.hk/ANS/news_publicinfo/HKCAbulletin/news0508.pdf#page=31

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson S. Nursing Outcomes Classification (NOC). 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008

Morris RH. Operating room temperature and the anesthetized, paralyzed patient. Arch Surg. 1971; 102(2):95–97

- Paulikas CA. Prevention of unplanned perioperative hypothermia. AORN J. 2008; 88 (3):358–365, quiz 365–368
- Pikus E, Hooper VD. Postoperative rewarming: are there alternatives to warm hospital blankets. J Perianesth Nurs. 2010; 25(1):11–23
- Ratan A, Andrzejowski J, Bovey J, Bullock I, Davis S, Dziewulski P. ... Weir, E. (2008). Clinical practice guideline: The management of inadvertent perioperative hypothermia in adults. England: National Institute for Health and Clinical Excellence/National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG65Guidance.pdf>
- Sessler DI. Complications and treatment of mild hypothermia. Anesthesiology. 2001; 95(2):531–543
- Sessler DI. Current Concepts: Milde Perioperative Hypothermia. N Engl J Med. 1997; 336(24):1730–1737
- Summers S. Hypothermia: one nursing diagnosis or three?. Nurs Diagn. 1992; 3(1):2– 11
- Summers S. Inadvertent hypothermia: clinical validation in postanesthesia patients. Nurs Diagn. 1992; 3(2):54–64
- Summers S. Validation of concepts: the next step in instrument development for postanesthesia studies. J Post Anesth Nurs. 1992; 7(5):346–351
- Vorrakitpokatorn P, Permtongchuchai K, Raksamani EO, Phettongkam A. Perioperative complications and risk factors of percutaneous nephrolithotomy. J Med Assoc Thai. 2006; 89(6):826–833
- Yamakage M, Kamada Y, Honma Y, Tsujiguchi N, Namiki A. Predictive variables of hypothermia in the early phase of general anesthesia. Anesth Analg. 2000; 90(2): 456–459

11.6.5 Termorregulação ineficaz

Nenhuma referência no momento.

11.6.6 Risco de termorregulação ineficaz

Nenhuma referência no momento.

12 Domínio 12: Conforto

12.1 Classe 1: Conforto físico

12.1.1 Conforto prejudicado

Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. J Adv Nurs. 1993; 18(3):424–436

Honkus VL. Sleep deprivation in critical care units. Crit Care Nurs Q. 2003; 26(3): 179–189, quiz 190–191

Jenny J, Logan J. Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. Image J Nurs Sch. 1996; 28(4):349–352

Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. Geriatr Nurs. 2006; 27(2):85–91

Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Co.; 2003

Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. Oncol Nurs Forum. 1999; 26(1):67–72

Kolcaba KY. Gerontological nursing. The concept of comfort in an environmental framework. J Gerontol Nurs. 1992; 18(6):33–40

Minden P. The importance of words: suggesting comfort rather than pain. Holist Nurs Pract. 2005; 19(6):267–271

Schoener CJ, Krysa LW. The comfort and discomfort of infertility. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996; 25(2):167–172

Taylor BJ. Relieving pain through ordinariness in nursing: a phenomenologic

account of a comforting nurse–patient encounter. *ANS Adv Nurs Sci.* 1992; 15(1):33–43

Wilson, L. (2002). An investigation of the relationships of perceived nurse caring, social support and emotion-focused coping to comfort in hospitalized medical patients. Dissertation Abstracts International, (UMI No. AA13043623)

Walker AC. Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8(1):42–48

12.1.2 Disposição para conforto melhorado

Neves Arruda EN, Larson PJ, Meleis AI. Comfort. Immigrant Hispanic cancer patients' views. *Cancer Nurs.* 1992; 15(6):387–394

Cameron BL. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *J Adv Nurs.* 1993; 18(3):424–436

Duggleby W, Berry P. Transitions and shifting goals of care for palliative patients and their families. *Clin J Oncol Nurs.* 2005; 9(4):425–428

Gropper EI. Promoting health by promoting comfort. *Nurs Forum.* 1992; 27(2):5–8

Jenny J, Logan J. Caring and comfort metaphors used by patients in critical care. *Image J Nurs Sch.* 1996; 28(4):349–352

Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch.* 1991; 23(4):237–240

Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci.* 1992; 15(1):1–10

Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs.* 1994; 19(6):1178–1184

Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs.* 1991; 16 (11):1301–1310

Malinowski A, Stamler LL. Comfort: exploration of the concept in nursing. *J*

Adv Nurs. 2002; 39(6):599–606

Morse JM. On comfort and comforting. Am J Nurs. 2000; 100(9):34–37, quiz 38

Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The phenomenology of comfort. J Adv Nurs. 1994; 20(1):189–195

Mitchell GJ, Pilkington FB. Comfort-discomfort with ambiguity: flight and freedom in nursing practice. Nurs Sci Q. 2000; 13(1):31–36

12.1.3 Dor aguda

American Society for Pain Management Nursing. (n.d.). Retrieved from: <http://www.aspmn.org>

Arbour C, Gélinas C. Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults?. Intensive Crit Care Nurs. 2010; 26(2):83–90

Bell L, Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature re- view. Br J Nurs. 2009; 18(3):153–156

Briggs E. Assessment and expression of pain. Nurs Stand (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 2010; 25(2):35–38

Corrêa CG, da Cruz DdeA. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. Nurs Diagn. 2000; 11(1):5–14

El-Metwally A, Salminen JJ, Auvinen A, Kautiainen H, Mikkelsen M. Risk factors for traumatic and non-traumatic lower limb pain among preadolescents: a populationbased study of Finnish schoolchildren. BMC Musculoskelet Disord. 2006; 7(3):3

Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain. 2011; 152(10):2399–2404

Herr K. Pain assessment strategies in older patients. J Pain. 2011; 12(3) Suppl 1:S3– S13

Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment

in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(4):230–250

Juarez P, Bach A, Baker M, et al. Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010; 29(6):307–315

Marshall D, Evans-Harrop S, Beacham P, et al. A Comparison of Behavioral Pain Scales to the Numeric Rating Scale in a Post Anesthesia Care Setting. *J Perianesth Nurs*. 2013; 28(3):e48–e49

Miller K, Chang A. Acute inhalation injury. *Emerg Med Clin North Am*. 2003; 21(2): 533–557

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2013). Pain: hope through research. Bethesda, Md. Retrieved from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Pain-Hope-Through-Research>

Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65(5):946–956

Smith L, Louw Q, Crous L, Grimmer-Somers K. Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors. *Cephalalgia*. 2009; 29 (2):250–257

Swann J. Pain: causes, effects and assessment. *Nursing & Residential Care*. 2010; 12(5): 212–215

Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*. 2010; 126(5):e1168– e1198

Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment. New York, NY: Guilford Press; 2011

12.1.4 Dor crônica

Albert HB, Godskesen M, Korsholm L, Westergaard JG. Risk factors in

developing pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(5):539– 544

American Society for Pain Management Nursing. (n.d.). Retrieved from: <http://www.aspmn.org>

Anandacoomarasamy A, Caterson I, Sambrook P, Fransen M, March L. The impact of obesity on the musculoskeletal system. *Int J Obes.* 2008; 32(2):211–222

Blomqvist K, Edberg AK. Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care. *J Adv Nurs.* 2002; 40(3):297–306

Briggs E. Assessment and expression of pain. *Nurs Stand (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987).* 2010; 25(2):35–38

Clarke K, Iphofen R. Issues in phenomenological nursing research: the combined use of pain diaries and interviewing. *Nurse Res.* 2006; 13(3):62–74

Clarke KA, Iphofen R. A phenomenological hermeneutic study into unseen chronic pain. *Br J Nurs.* 2008; 17(10):658–663

Closs SJ, Staples V, Reid I, Bennett MI, Briggs M. The impact of neuropathic pain on relationships. *J Adv Nurs.* 2009; 65(2):402–411

Cornally N, McCarthy G. Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *Br J Community Nurs.* 2011; 16(2):90–98

El-Metwally A, Salminen JJ, Auvinen A, Kautiainen H, Mikkelsen M. Risk factors for traumatic and non-traumatic lower limb pain among preadolescents: a populationbased study of Finnish schoolchildren. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006; 7(3):3

Fear C. Neuropathic pain: clinical features, assessment and treatment. *Nurs Stand.* 2010; 25(6):35–40

Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain.* 2011; 152(10):2399–2404

Gatchel RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *Am Psychol.* 2004; 59(8):795–805

- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007; 133(4): 581–624
- Geere JA, Hunter PR, Jagals P. Domestic water carrying and its implications for health: a review and mixed methods pilot study in Limpopo Province, South Africa. *Environ Health.* 2010; 9(52):52
- Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA. Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. *J Adv Nurs.* 2009; 65(1):203–216
- Ghai B, Dureja GP. Complex regional pain syndrome: a review. *J Postgrad Med.* 2004; 50(4):300–307
- Gudmannsdottir GD, Halldorsdottir S. Primacy of existential pain and suffering in res-idents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(2):317–327
- Hager K, Brockopp D. The use of a chronic pain diary in older people. *Br J Nurs.* 2009; 18(8):490–, 492–494
- Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain?. *Pain Clin Update.* 2003; XI(2): 1–4
- Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *J Pain.* 2011; 12(3) Suppl 1:S3–S13
- Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs.* 2011; 12(4):230–250
- Higgins I, Madjar I, Walton JA. Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *J Nurs Manag.* 2004; 12(3):167–173
- Irving DB, Cook JL, Young MA, Menz HB. Obesity and pronated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: a matched case-control study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8(1):41
- Jinks C, Jordan K, Croft P. Disabling knee pain—another consequence of

- obesity: results from a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2006; 6(1):258
- Juarez P, Bach A, Baker M, et al. Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010; 29(6):307–315
- Kirkengen AL. Scientific contribution. Inscription of violence: societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health. *Med Health Care Philos*. 2007; 11 (1):99–110
- Kreling MCGD, da Cruz DA, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):509–513
- Lewandowski W, Morris R, Draucker CB, Risko J. Chronic pain and the family: theory-driven treatment approaches. *Issues Ment Health Nurs*. 2007; 28(9):1019– 1044
- Marshall D, Evans-Harrop S, Beacham P, et al. A Comparison of Behavioral Pain Scales to the Numeric Rating Scale in a Post Anesthesia Care Setting. *J Perianesth Nurs*. 2013; 28(3):e48–e49
- McBeth J, Chiu YH, Silman AJ, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Res Ther*. 2005; 7(5):R992–R1000
- Molony SL, Kobayashi M, Holleran EA, Mezey M. Assessing pain as a fifth vital sign in long-term care facilities: Recommendations from the field. *J Gerontol Nurs*. 2005; 31(3):16–24
- Monteiro Cruz DA, Mattos Pimenta CA. Chronic pain: nursing diagnosis or syndrome?. *Nurs Diagn*. 2001; 12(4):117–127
- Moore MJ, White GL, Moore DL. Association of relative backpack weight with reported pain, pain sites, medical utilization, and lost school time in children and adolescents. *J Sch Health*. 2007; 77(5):232–239
- Ochsmann EB, Rueger H, Letzel S, Drexler H, Muenster E. Over-indebtedness and its association with the prevalence of back pain. *BMC Public Health*. 2009; 9:451

- Olsen DR, Montgomery E, Bøjholm S, Foldspang A. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scand J Public Health*. 2006; 34(5):496– 503
- Pal P, Milosavljevic S, Gregory DE, Carman AB, Callaghan JP. The influence of skill and low back pain on trunk postures and low back loads of shearers. *Ergonomics*. 2010; 53(1):65–73
- Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65(5):946–956
- Rogers MW, Wilder FV. The association of BMI and knee pain among persons with radiographic knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008; 9(1):163
- Smith L, Louw Q, Crous L, Grimmer-Somers K. Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors. *Cephalalgia*. 2009; 29 (2):250–257
- Sofaer-Bennett B, Walker J, Moore A, Lamberty J, Thorp T, O'Dwyer J. The social consequences for older people of neuropathic pain: a qualitative study. *Pain Med*. 2007; 8(3):263–270
- Swann J. Pain: causes, effects and assessment. *Nurs Residential Care*. 2010; 12(5):212– 215
- Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*. 2010; 126(5):e1168– e1198
- Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiatry*. 2008; 53(4):224– 234
- Turk DC, Melzack R. *Handbook of pain assessment*. New York, NY: Guilford Press; 2011
- van Lankveld JJDM, Granot M, Weijmar Schultz WCM, et al. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med*. 2010; 7(1 Pt 2):615–631

Waters T, Genaidy A, Barriera Viruet H, Makola M. The impact of operating heavy equipment vehicles on lower back disorders. *Ergonomics*. 2008; 51(5):602–636

White S, Siebold C. Walk a mile in my shoes: an auto-ethnographic study. *Contemp Nurse*. 2008; 30(1):57–68

12.1.5 Síndrome da dor crônica

Apkarian AV, Baliki MN, Geha PY. Towards a theory of chronic pain. *Prog Neurobiol*. 2009; 87(2):81–97

Asmundson GJ, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress Anxiety*. 2009; 26(10):888–901

Blackburn-Munro G, Blackburn-Munro RE. Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?. *J Neuroendocrinol*. 2001; 13(12):1009–1023

Boyle M, Murgo M, Adamson H, Gill J, Elliott D, Crawford M. The effect of chronic pain on health related quality of life amongst intensive care survivors. *Aust Crit Care*. 2004; 17(3):104–106, 108–113

Cruz DALM, Pimenta CAM. Chronic Pain: Nursing diagnosis or syndrome?. *Nurs Diagn*. 2001; 12(4):117–127

Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain*. 1997; 13(2): 116–137

Forgeron PA, King S, Stinson JN, McGrath PJ, MacDonald AJ, Chambers CT. Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain Research & Management. The Journal of the Canadian Pain Society*. 2010; 15(1):27–41

Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin*. 2006; 22(10):1911–1920

Jensen MP, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain in individuals with

spinal cord injury: a survey and longitudinal study. *Spinal Cord*. 2005; 43(12):704–712

King S, Chambers CT, Huguet A, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011; 152(12):2729–2738

Kirkova J, Aktas A, Walsh D, Rybicki L, Davis MP. Consistency of symptom clusters in advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010; 27(5):342–346

Ohayon MM, Schatzberg AF. Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *J Psychiatr Res*. 2010; 44(7):454–461

Palermo TM, Law E, Churchill SS, Walker A. Longitudinal course and impact of insomnia symptoms in adolescents with and without chronic pain. *J Pain*. 2012; 13 (11):1099–1106

Ray L, Lipton RB, Zimmerman ME, Katz MJ, Derby CA. Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain*. 2011; 152(1):53–59

Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Di Franco M, et al. Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. *Clin Exp Rheumatol*. 2012; 30(6) Suppl 74:143–151

Schofield P, Clarke A, Faulkner M, Ryan T, Dunham M, Howarth A. Assessment of pain in adults with cognitive impairment: A review of the tools. *Int J Disabil Hum Dev*. 2005; 4(2):59–66

Silva FCM, Sampaio RF, Mancini MC, Luz MT, Alcântara MA. A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occup Ther Int*. 2011; 18(2):85–95

Teh CF, Zaslavsky AM, Reynolds CF, III, Cleary PD. Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosom Med*. 2010; 72(1):61–67

Turk DC, Wilson HD. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep*. 2010; 14 (2):88–95

12.1.6 Dor no trabalho de parto

Almeida NAM, de Sousa JT, Bachion MM, Silveira NdeA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(1):52–58

Almeida NA, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. *Rev Latino-am de Enfermagem*. 2005; 13(2): 223–228

Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2):171–179

Bass M. Anatomy and physiology of pain and the management of breakthrough pain in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16(10):486–492

Biblioteca Virtual em Saúde. (2013). DeCS [base de dados na internet]: Labor pain; número do registro: 38636. Retrieved from <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Bickley L. Bates: propedêutica medica. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

Briggs E. Understanding the experience and physiology of pain. *Nurs Stand*. 2010; 25 (3):35–39

Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol*

Reprod Biol. 1995; 59 Suppl:S9–S15

Bussone G, Grazzi L, Panerai AE. Pain, emotion, headache. *Headache*. 2012; 52 Suppl 2:98–101

Corrêa CG. Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Thesis (Masters), Ribeirão Preto, Brasil; Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 1997

Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativa, experiências,

- dor e satisfação. *Psicologia. Saúde & Doenças*. 2003; 4(1):47–67
- Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Rev Eletr Enf*. 2008; 10(1):100–109
- Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(6):1150–1156
- Dias MD, Coler MS, Garcia TR. (1997). Labor pain: a proposed nursing diagnosis. North American Nursing Diagnosis Association, Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference. Glendale, CA: Cinahl Information Systems
- Fernandes ML, Andrade FCJ. Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. *Ver Méd Minas Gerais*. 2009; 19(3) Suppl. 1:S3–S6
- Ferreira ABH. Novo Aurélio: dicionário da língua portuguesa século XXI. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999
- Fridh G, Gaston-Johansson F. Do primiparas and multiparas have realistic expectations of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1990; 69(2):103–109
- Greenhill JP, Friedman EA. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976
- Guyton AC, Hall JE. (2002). Tratado de fisiologia médica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Haines, D. Princípios de neurociência. Madri: Elsevier; 2003
- Houaiss A. Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos. Rio de Janeiro: Objetiva; 2003
- Johson JY. Enfermagem materna e do recém-nascido desmistificada: um guia de aprendizado. Porto Alegre: Artmed; 2012
- Kojić Z, Arsenijević L, Sćepanović L, Popović N. [Labor pain–physiologal basis and regulatory mechanisms]. *Srp Arh Celok Lek*. 2007; 135(3–4):235–239
- Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*. 2008; 137(3):473–477

- Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25(1):82–92
- Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25(1):82–92
- Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(5) Suppl Nature: S16–S24
- Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*. 1998; 14(2):105–110
- Macedo PO. Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Brasil: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007
- MacEvilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. *Pain*. 1996; 64(3):405–414
- Maul A. An evolutionary interpretation of the significance of physical pain experienced by human females: defloration and childbirth pains. *Med Hypotheses*. 2007; 69(2): 403–409
- Mazoni SR, Carvalho EC. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. *Rev Dor*. 2008; 9(1):1176–1182
- McCaffery M, Pasero C. *Pain: clinical manual*. 2nd ed. St Louis, MO: Mosby; 1999
- McCallum C, dos Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(7):1483–1491
- McCool WF, Smith T, Aberg C. Pain in women's health: a multi-faceted approach to-ward understanding. *J Midwifery Womens Health*. 2004; 49(6):473–481
- Medical Subject Headings. (2013). Labor pain. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22\[MESH\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22[MESH])

- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975; 1(3):277–299
- Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987; 30(2):191–197
- Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ*. 2001; 65(12):1378–1382
- MeSH. Medical Subject Headings (2013). MeSH [base de dados na internet]: Labor pain. Retrieved from < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&Term=%22Labor,%20Obstetric%20%22>
- Montenegro CAB, Rezende Filho J. O parto: estudo clínico e assistência. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. eds. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011
- NANDA International. Dor aguda. In: Herdman TH, ed. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2012–2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013
- Neme B. *Obstetrícia Básica*. 3 ed. São Paulo: Sarvier; 2005
- Ohel I, Walfisch A, Shitenberg D, Sheiner E, Hallak M. A rise in pain threshold during labor: a prospective clinical trial. *Pain*. 2007; 132 Suppl 1:S104–S108
- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua Portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(3):473–483
- Rowlands S, Permezel M. Physiology of pain in labour. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1998; 12(3):347–362
- Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *J Midwifery Womens Health*. 2004; 49(6): 482–488
- Tzeng YL, Su TJ. Low back pain during labor and related factors. *J Nurs Res*. 2008; 16 (3):231–241
- Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th ed.

Norwalk, CT: Appleton & Lange; 2005

Weber SE. Cultural aspects of pain in childbearing women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996; 25(1):67–72

12.1.7 Náusea

Fessele KS. Managing the multiple causes of nausea and vomiting in the patient with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1996; 23(9):1409–1415, quiz 1416–1417

Finley JP. Management of cancer cachexia. *AACN Clin Issues*. 2000; 11(4):590–603

Grant M. Symptom distress. Nausea, vomiting, and anorexia. *Semin Oncol Nurs*. 1987; 3(4):277–286

Hogan CM. Advances in the management of nausea and vomiting. *Nurs Clin North Am*. 1990; 25(2):475–497

Hogan CM, Grant M. Physiologic mechanisms of nausea and vomiting in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997; 24(7) Suppl:8–12

Larson P, Halliburton P, Di Julio J. Nausea, vomiting, and retching. In: Carrier-Kohlman V, Lindsey AM, West CM, ed. *Pathophysiological Phenomena in Nursing Human Responses to Illness*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 1993

Lichter I. Which antiemetic?. *J Palliat Care*. 1993; 9(1):42–50

Metz A, Hebbard G. Nausea and vomiting in adults—a diagnostic approach. *Aust Fam Physician*. 2007; 36(9):688–692

Nachman JA. Postoperative nausea and vomiting. *Current Reviews for Post-Anesthesia Care Nurses*. 1993; 15(5):39–44

Rousseau P. Antiemetic therapy in adults with terminal disease: a brief review. *Am J Hosp Palliat Care*. 1995; 12(1):13–18

Tang JHC. (1998). Management of chemotherapy-induced nausea: relaxation therapy. Unpublished research report, The University of Iowa, Iowa City,

Iowa

Taylor JP. Validation of altered comfort: Nausea as experienced by patients receiving chemotherapy. In Carroll-Johnson & Paquette eds. Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Company; 1994:206–207

12.2 Classe 2: Conforto ambiental

12.2.1 Conforto prejudicado

Ver Classe 1.

12.2.2 Disposição para conforto melhorado

Ver Classe 1.

12.3 Classe 3: Conforto social

12.3.1 Conforto prejudicado

Ver Classe 1.

12.3.2 Disposição para conforto melhorado

Ver Classe 1.

12.3.3 Isolamento social

Nenhuma referência no momento.

12.3.4 Risco de solidão

Leiderman PH. Loneliness: A psychodynamic interpretation. In: Scheidman ES, Ortega MJ, eds. Aspects of depression: International psychiatry clinics, Vol. 6. Boston: Little, Brown; 1969

Lien-Gieschen T. Validation of social isolation related to maturational age:

elderly. Nurs Diagn. 1993; 4(1):37–44

Warren BJ. Explaining social isolation through concept analysis. Arch Psychiatr Nurs. 1993; 7(5):270–276

13 Domínio 13: Crescimento / desenvolvimento

13.1 Classe 1: Crescimento

Essa classe não contém nenhum diagnóstico no momento.

13.2 Classe 2: Desenvolvimento

13.2.1 Risco de desenvolvimento atrasado

Nenhuma referência no momento.

Sobre o Grupo A

O Grupo A está preparado para ajudar pessoas e instituições a encontrarem respostas para os desafios da educação. Estudantes, professores, médicos, engenheiros, psicólogos. Profissionais das carreiras que ainda não têm nome. Universidades, escolas, hospitais e empresas das mais diferentes áreas. O Grupo A está ao lado de cada um. E também está nas suas mãos. Nos seus conteúdos virtuais. E no lugar mais importante: nas suas mentes.

Acesse

0800 703 3444

sac@grupoa.com.br

Av. Jerônimo de Ornelas, 670

Santana

CEP: 90040-340 • Porto Alegre / RS



Conheça também

ALFARO-LEFEVRE, R. ► Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamento para o Raciocínio Clínico – 8. Ed.

BARROS, A. L. L. (ORG.) ► Anamnese Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto – 3. Ed.

CARPENITO-MOYET, L.J. ► Manual de Diagnósticos de Enfermagem – 15. Ed.

CARPENITO-MOYET, L.J. ► Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos – 5. Ed.

GARCIA, T.R. (ORG.) ► Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à Realidade Brasileira, versão 2017.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR) ► Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem: Enfrentando os Desafios Hospitalares Atuais

KNODEL, L.J. ► Administração em Enfermagem – Coleção Nurse to Nurse

LARRABEE, J.H. ► Prática Baseada em Evidências – Coleção Nurse to Nurse

LUNNEY, M. ► Pensamento Crítico para o Alcance de Resultados Positivos em Saúde: Análises e Estudos de Caso em Enfermagem

LYNN, P. ► Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor: Uma Abordagem ao Processo de Enfermagem – 2. Ed.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. ► Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática – 8. Ed.

MCEWEN, M.; WILLS, E. ► Bases Teóricas de Enfermagem – 4. Ed.

TIMBY, B.K. ► Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem – 10. Ed.
