

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
**DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO**

PROPOSTA DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA  
CLIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA

JOÃO PESSOA – PB

2013

DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO

PROPOSTA DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA  
CLIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA

Dissertação inserida na linha de pesquisa *Fundamentos Teóricos Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

JOÃO PESSOA – PB

2013

DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO

PROPOSTA DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA  
CLIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria das Graças Melo Fernandes  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares  
Universidade Federal da Paraíba

*N244p Nascimento, Danielle Martins do.*

*Proposta de um subconjunto terminológico da  
CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia /  
Danielle Martins do Nascimento.- João Pessoa, 2013.*

*151f.*

*Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega*

*Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS*

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a **Deus**, por ter me concedido o dom da vida. Aos meus pais, **Mario Henrique e Maria Rosimar**, que nunca mediram esforços para investir na minha educação, por todo o amor, carinho e confiança a mim dedicados. A vocês, Mainha e Painho, o meu amor e a minha eterna gratidão.

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por ter me dado força e saúde para lutar pelos meus objetivos. Obrigada, Senhor, por estar sempre ao meu lado, fortalecendo-me e iluminando o meu caminho.

Aos meus pais, **Mario Henrique e Maria Rosimar**, pelo apoio, torcida e por estarem sempre presentes em meu coração apesar da distância.

Aos meus queridos irmãos, **Fabio e Samara**, pelo apoio oferecido e estarem presentes na minha vida.

À minha ilustríssima orientadora a Dra. **Maria Miriam Lima da Nóbrega**, pelo carinho, pela dedicação e por suas atenciosas e valiosas orientações. Muito obrigada por ter contribuído com o meu crescimento moral, profissional e humano.

Ao meu amor **Werton**, por estar ao meu lado dando-me amor, apoio e carinho, e por ser meu grande incentivador e por sempre acreditar em mim.

À minha linda filha **Yasmin**, presente de Deus, semente do amor, âncora da minha vida. Obrigada meu Deus por ter me dado tamanha graça!

Aos **docentes** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Nível Mestrado), que contribuíram para a minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

Às **enfermeiras docentes e assistenciais da Clínica Cirúrgica do HULW**, pela participação no estudo contribuindo de maneira valiosa na obtenção dos resultados deste estudo.

Ao grupo de estudos **GEPFAE**, pelos momentos compartilhados de aprendizado no nosso dia-a-dia, pelo carinho, pelo incentivo nas horas difíceis, pelas conversas e experiências trocadas.

A todos **os amigos**, que sempre estiveram ao meu lado, ajudando, apoiando, conversando, torcendo, partilhando. Obrigada por tudo!

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação profissional e na construção deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos.

“Não te mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não temas, nem te espantes; porque o SENHOR teu Deus é contigo, por onde quer que andares”.

Josué 1:9

## RESUMO

NASCIMENTO, Danielle Martins do. **Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia.** 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

**Introdução:** O cuidado é inerente ao ser humano desde o início da humanidade. Inserido no processo complexo da prestação da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, encaixa-se o papel do enfermeiro, que necessita utilizar de um conjunto de conhecimentos em busca de resolutividade às respostas dos fenômenos, considerados como aspectos de saúde relevantes à prática de enfermagem. Os enfermeiros devem se preocupar em criar estratégias para assegurar que o paciente e seus familiares recebam informações adequadas sobre a cirurgia e sobre os cuidados que devem ser realizados em casa. Ressalta-se a importância da construção de um Subconjunto Terminológico que inclua termos relacionados aos diagnósticos/resultados e as ações de enfermagem de modo a favorecer a utilização de uma linguagem comum e, ao mesmo tempo, integrar o conhecimento científico com o conhecimento prático da profissão. **Objetivo:** Estruturar um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia, tendo como base teórica as necessidades humanas básicas apontadas por Horta. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, na qual foram adotadas algumas das etapas preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros - CIE. Antes de sua realização, o projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, recebendo o parecer favorável segundo o CAAE 00866812.1.0000.5188. A pesquisa foi realizada na Clínica Cirúrgica do Universitário Lauro Wanderley/UFPB, localizada na cidade de João Pessoa/PB. A população do estudo foi formada por enfermeiros assistenciais e docentes do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC), Escola Técnica de Enfermagem da UFPB e do HULW/UFPB, que atuam na referida Clínica cirúrgica. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: 1) Mapeamento das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com os conceitos pré-combinados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem contidos na CIPE® Versão 2011; 2) Validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia e mapeadas com a CIPE® 2011; e 3) Estruturação do Subconjunto



Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para clientes prostatectomizados, tendo como base teórica as necessidades humanas básicas de Horta. **Resultados:** Obtiveram-se no mapeamento 39 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem desenvolvidas para clientes submetidos à prostatectomia, que quando cruzadas com os conceitos da CIPE<sup>®</sup> 2011, 20 afirmativas foram classificadas como **iguais** à CIPE<sup>®</sup>; 12 como **similares** à CIPE<sup>®</sup>; 2 como **mais abrangente** que a classificação; 2 **mais restrito**; e 3 como **não existe concordância**. Das 158 afirmativas de intervenções de enfermagem mapeadas e categorizadas com a CIPE<sup>®</sup> 2011, obtiveram-se: 61 intervenções **iguais**; 20 afirmativas **similares** às da CIPE<sup>®</sup>; 54 intervenções **mais abrangentes**; 20 afirmativas **mais restritas**; e 3 intervenções **não existiam concordância** com a CIPE<sup>®</sup>. No processo de validação de conteúdo dos 39 diagnósticos de enfermagem, 25 diagnósticos (64,1%) alcançaram o IC maior ou igual a 0.80, sendo 4 (10,26%) com IC 1.00, 5 (12,82%) com IC 0.93, e 16 (41,02%) com IC entre 0.80 e 0.86; e 14 diagnósticos (35,9%) alcançaram o IC igual ou maior que 0.79. A estruturação do subconjunto terminológico conteve a significância para a Enfermagem; o modelo teórico utilizado, baseado nas necessidades humanas de Horta; e a relação das afirmativas de 33 diagnósticos/resultados de enfermagem e 206 intervenções de enfermagem distribuídas, segundo o modelo teórico. **Considerações finais:** O presente Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para clientes submetidos à prostatectomia tem o objetivo de contribuir para melhoria da prática profissional, possibilitando uma assistência segura e de qualidade, além de contribuir para o desenvolvimento de uma linguagem padronizada.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Prostatectomia, Cuidados de enfermagem, Classificação; Prática de Enfermagem.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, Danielle Martins do. **Proposal for a subset of ICNP® terminology for clients undergoing prostatectomy.** 149f. (Master degree in Nursing).Center of Health Sciences, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

**Introduction:** The care is inherent to human beings since the beginning of mankind. Inserted in the complex process of providing nursing care to surgical patients, fits the role of the nurse, which requires use of a body of knowledge in search of answers to solving the phenomena, considered as health aspects relevant to nursing practice. Nurses need to worry about creating strategies to ensure that patients and their families receive adequate information about the surgery and about the care that must be performed at home. We stress the importance of building a terminological Subset that includes terms related to diagnoses / outcomes and nursing actions to promote the use of a common language and at the same time, integrate scientific knowledge with practical knowledge of the profession. **Objective:** Structure a terminological subset of ICNP® for hospitalized patients undergoing prostatectomy, based on theoretical basic human needs identified by Horta. **Methodology:** This is a methodological research, which were adopted in some of the steps recommended by the International Council of Nurses. Before its completion, the research project was registered on the Platform Brazil's Ministry of Health and approved by the Research Ethics Committee, receiving the assent under CAAE 00866812.1.0000.5188. The research was conducted in the Surgical Clinic of the University Lauro Wanderley / UFPB, located in the city of João Pessoa / PB. The study population was comprised of nurses and faculty in the Department of Clinical Nursing (DENC), Technical School of Nursing and UFPB HULW / UFPB, working in the area of Surgery. The research was conducted in three stages: 1) Mapping of affirmative diagnoses / outcomes and nursing interventions with the concepts pre-combined diagnostics / outcomes and nursing interventions contained in the ICNP® Version 2011, 2) Validation of affirmative diagnostic / outcomes and nursing interventions developed for hospitalized patients undergoing prostatectomy and mapped with the ICNP® 2011, and 3) Structuring the terminological subset of ICNP® prostatectomy for customers, based on theoretical basic human needs of Horta. **Results:** We obtained 39 statements in mapping diagnostics / results nursing developed for customers who underwent prostatectomy, which when crossed with the concepts of the ICNP® 2011, 20 were classified as affirmative equal to ICNP®; 12 as similar to

ICNP®; 2 as the most comprehensive classification, 2 narrower and 3 as there is no agreement. Of the 158 claims of nursing interventions categorized and mapped with the ICNP® 2011, were obtained: 61 equal interventions, 20 Similar to the statements of ICNP®, 55 more comprehensive interventions, 19 affirmative stricter and 3 interventions there were no agreement with the ICNP®. In the process of validating the content of the 39 nursing diagnoses, 25 diagnoses (64.1%) had a CI greater than or equal to 0.80, 4 (10.26%) with CI 1.00, 5 (12.82 %) 0.93 HF and 16 (41.02%) HF between 0.80 and 0.86, and 14 diagnoses (35.9%) reached the IC equal to or smaller than 0.79. The structuring of terminological subset contained significance for Nursing, the theoretical model used, based on human needs of Horta, and the relationship of the statements of 33 diagnoses / outcomes of nursing and 206 nursing interventions distributed, according to the theoretical model. **Final Thoughts:** This terminological subset of ICNP ® for clients undergoing prostatectomy aims to contribute to improving professional practice, providing safe care and quality, and contribute to the development of a standardized language.

**Keywords:** Nursing, Prostatectomy, Nursing Care, Classification; Nursing Practice.

## RESUMEN

NASCIMENTO, Danielle Martins do. **Propuesta de un subconjunto terminológico de la CIPE® para clientes sometidos a la prostatectomía.** 149f. Disertación (Maestría en Enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, Brasil, 2013.

Introducción: La atención es inherente al ser humano desde el principio de la humanidad. Insertado en el complejo proceso de prestación de atención de enfermería a paciente quirúrgico, ajustase el papel del enfermero, que requiere el uso de un conjunto de conocimientos en la búsqueda de respuestas a la solución de los fenómenos, considerados como aspectos de salud relacionados con la práctica de enfermería. Los enfermeros deben preocuparse en crear estrategias para asegurar que paciente y sus familias reciban informaciones adecuadas acerca de la cirugía y los cuidados que se deben realizar en casa. Se destaca la importancia de construir un Subconjunto Terminológica que incluye términos relacionados con diagnósticos/resultados y acciones de enfermería para promover el uso de un lenguaje común y, al mismo tiempo, integrar el conocimiento científico con el conocimiento práctico de la profesión. Objetivo: Estructurar un subconjunto terminológica de la ICNP ® para los pacientes hospitalizados sometidos a prostatectomía, sobre la base de las necesidades humanas básicas teóricas identificadas por Horta. Método: Investigación metodológica, en que fueron adoptadas algunas de las etapas recomendadas por el Consejo Internacional de Enfermeros - CIE. Antes de su realización, el proyecto de investigación fue registrado en el Ministerio Brasil Plataforma de Salud y aprobado por el Comité Ético de Investigación, según parecer favorable CAAE 00866812.1.0000.5188. La investigación se realizó en la Clínica Quirúrgica de la Universidad Lauro Wanderley/UFPB, en la ciudad de João Pessoa/PB, Brasil. La población de estudio fue compuesta por enfermeros y profesores del Departamento de Enfermería Clínica (DENC), Escuela Técnica de Enfermería de la UFPB y del HULW/UFPB, que trabajaban en la clínica quirúrgica. La investigación fue desarrollada en tres etapas: 1) Asignación de diagnósticos afirmativas/resultados e intervenciones de enfermería con conceptos pre-diagnósticos combinados/resultados e intervenciones de enfermería contenidas en la CIPE® Versión 2011, 2) Validación de discriminación positiva de diagnóstico/resultados e intervenciones de enfermería desarrolladas para pacientes hospitalizados sometidos a la prostatectomía y mapeadas con la CIPE® 2011, y 3)

Estructuración del Subconjunto Terminológico de la prostatectomía CIPE® para los clientes prostatectomizados, basados en la teoría de las necesidades humanas básicas de Horta. Resultados: Se obtuvieron en la identificación 39 afirmativas de diagnóstico/resultados de enfermería desarrollados para los clientes sometidos a la prostatectomía, que cuando se cruzaron con los conceptos de la CIPE® 2011, 20 afirmativas constantes y 19 no constantes. Las 19 no constantes fueron clasificadas como similar, 2 más integral, 2 más estrecho y 3 no hay acuerdo con los conceptos utilizados en la CIPE® 2011. De las 158 afirmaciones de intervenciones de enfermería clasificados y mapeados con la CIPE® 2011, se obtuvieron: 61 intervenciones iguales, 20 similares a las declaraciones de la CIPE®, 54 intervenciones más integrales, 20 más estrictas; y 3 intervenciones no hubo acuerdo con la CIPE®. En el proceso de validación del contenido de los 39 diagnósticos de enfermería, 25 diagnósticos (64,1%) tenían IC mayor o igual a 0,80, siendo 4 (10,26%) con IC 1,00, 5 (12,82%) con 0,93, y 16 (41,02%) entre 0,80 y 0,86; y 14 diagnósticos (35,9%) alcanzaron el IC igual o superior a 0,79. La estructuración del subconjunto terminológico había el significado para la Enfermería, el modelo teórico utilizado, basado en las necesidades humanas de Horta; y la relación de las declaraciones de 33 diagnósticos/resultados de enfermería y 206 intervenciones de enfermería distribuidas, de acuerdo con el modelo teórico. **Consideraciones finales:** Este Subconjunto Terminológico de la CIPE® para los clientes sometidos a la prostatectomía tiene como objetivo contribuir a la mejoría de la práctica profesional, proporcionando atención segura y de calidad, además de contribuir al desarrollo de un lenguaje estandarizado.

**Palabras clave:** Enfermería, Prostatectomía, Atención de enfermería, Clasificación; Práctica de Enfermería.

## LISTA DE QUADROS/TABELAS

<b>Quadro 1</b>	Classificação das afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia após mapeamento com os conceitos da CIPE® 2011. João Pessoa- PB, 2012.	61
<b>Quadro 2</b>	Classificação das afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia segundo os níveis das necessidades humanas básicas de Horta. João Pessoa- PB, 2012.	63
<b>Quadro 3</b>	Classificação das afirmativas de intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia após mapeamento com os conceitos da CIPE® 2011. João Pessoa- PB, 2012.	64
<b>Quadro 4</b>	Índice de concordância alcançado na validação das afirmativas de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem nos dois grupos de avaliação. João Pessoa- PB, 2012.	74
<b>Quadro 5</b>	Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia validadas e classificadas segundo as necessidades humanas básicas de Horta. João Pessoa- PB, 2012.	77
<b>Quadro 6</b>	Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados segundo o modelo teórico de Horta. João Pessoa- PB, 2013.	112
<b>Tabela 1</b>	Dados demográficos dos participantes do processo de validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia. João Pessoa-PB, 2012.	72

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Relacionamento entre o ciclo de vida da Terminologia CIPE® e o desenvolvimento de Subconjuntos terminológicos.	50
<b>Figura 2</b>	Percurso metodológico da pesquisa.	55
<b>Figura 3</b>	Proposta do Subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia, segundo o modelo teórico de Horta	111

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	24
3.1	Cuidar e a Enfermagem como Ciência	24
3.2	Teorias de Enfermagem	32
3.3	Modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta	35
3.4	Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem	37
3.5	Cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico submetido à prostatectomia	39
3.6	Sistemas de Classificações e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)	42
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO</b>	49
4.1	Subconjunto terminológico da CIPE®	49
4.2	Tipo de Estudo	53
4.3	Etapas da Pesquisa	56
4.3.1	Mapeamento cruzado das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com os conceitos pré-combinados contidos na CIPE® Versão 2011	56
4.3.2	Validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem	58
4.3.3	Estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados	59
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	61
5.1	Mapeamento das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com os conceitos da CIPE® Versão 2011	61
5.2	Validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem	72
5.3	Proposta do Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados	107
5.3.1	Significância para a Enfermagem	107



5.3.2	O modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas	108
5.3.3	Relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas, segundo o modelo teórico	110
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>118</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>Apêndice A</b> – Instrumento para validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pacientes submetidos à prostatectomia.	133
	<b>Apêndice B</b> – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	143
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>Anexo A</b> – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa	144
	<b>Anexo B</b> – Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem para pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB desenvolvidas por Nascimento (2009).	145

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado é inerente ao ser humano desde o início da humanidade. Para realizá-lo, o enfermeiro utiliza um conjunto de conhecimentos que possibilitam a busca de resolutividade para as respostas dos fenômenos, considerados como aspectos de saúde relevantes na prática de enfermagem (BALDUINO et al., 2009).

Cuidar implica desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Significa colocar-se no lugar do outro, em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, à promoção, à recuperação da saúde e à própria morte (SOUZA et al., 2005).

Compreende-se que cuidar é mais que um ato, pois é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro, é um processo que se modifica conforme as necessidades individuais que se apresentam (BOFF, 1999). E por entender que o indivíduo é um ser constantemente exposto aos fatores estressores externos e internos que podem afetar a sua homeostase, a Enfermagem posiciona seu cuidado em busca de manter ou retornar esse equilíbrio, no sentido de minimizar a dor e o sofrimento, compartilhar dificuldades e dividir alegrias.

No processo complexo da prestação da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, posiciona-se o enfermeiro, que pode ser descrito como ser social que desenvolve seu exercício profissional em determinado espaço social, fazendo uso dos instrumentos da cultura de sua sociedade e produzindo conhecimentos e representações com finalidades determinadas (URSI; GAVÃO, 2006).

O paciente cirúrgico é a pessoa que foi ou irá ser submetida a uma cirurgia, eletiva ou de emergência, para o tratamento de uma doença. A hospitalização, a intervenção cirúrgica e o medo da morte acarretam mudanças na vida do paciente e de sua família, o que pode resultar em estresse. Nesse contexto, a cirurgia, quer eletiva, quer de emergência, é um evento complexo e estressante. É o procedimento terapêutico para uma série de distúrbios fisiopatológicos que podem ameaçar a vida. A Enfermagem perioperatória inclui uma variedade de funções do enfermeiro que são relevantes nas três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, transoperatório e pós-operatória (SMELTZER et al., 2011). O pré-operatório inicia no momento em que o paciente recebe a indicação da cirurgia e se estende até sua entrada no centro cirúrgico; o transoperatório é o período em que o paciente se submete à operação propriamente dita,

e o pós-operatório começa logo depois da operação e vai até a recuperação do paciente (CHISTOFORO et al., 2006).

O presente estudo deteve-se na cirurgia de próstata - a prostatectomia - indicada para o paciente com hiperplasia benigna prostática (HBP) ou câncer de próstata (CaP), no período pós-operatório imediato e mediato, quando o paciente fica internado na clínica.

A HPB é o tumor benigno que mais acomete os homens. Atinge mais da metade dos que têm 50 anos de idade e 80% dos com 80 anos ou mais. A próstata aumentada estende-se para cima, para dentro da bexiga e obstrui o fluxo de urina, e o jato, gradativamente, torna-se lento e fino. No entanto, nem sempre é motivo de intervenção cirúrgica, porquanto isso depende da etiologia da HBP, da gravidade da obstrução e das condições do paciente (SMELTZER et al., 2011). O câncer de próstata é um dos mais temidos por essa população, tanto por causa da intervenção cirúrgica quanto dos aspectos relacionados à sexualidade, uma vez que o indivíduo apresenta inúmeras sensações que o permeiam, como ansiedade, angústia, medo, sofrimento e dúvidas.

Esse câncer é o sexto tipo mais comum no mundo, o mais prevalente em homens e representa cerca de 10% do total, além de ser a causa principal de morte (INCA, 2009). Em 2011, cerca de 240.000 homens tiveram o diagnóstico de câncer de próstata nos Estados Unidos (EUA), com, aproximadamente, 34.000 óbitos (SIEGEL et al., 2011). No Brasil, é o segundo mais comum entre os homens e só perde para o câncer de pele. O Instituto Nacional do Câncer registrou, em 2009, 12.274 mortes (INCA, 2009). Na Paraíba, no ano de 2007 até o início de 2012, ocorreram 1.378 mortes por CaP. Em 2009, houve 269 óbitos (INCA, 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), a incidência dessa doença é cada vez maior - a estimativa para 2012 aponta que ocorrerão 60.180 casos novos de câncer de próstata, que tem aparecido como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, devido ao acelerado crescimento da população de faixa etária mais elevada (MACHADO et al., 2009). Ele é considerado um câncer comum em homens idosos, uma vez que cerca de três quartos dos casos, no mundo, ocorrem a partir dos 65 anos (STUMM et al., 2010). O câncer tem aparecido como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, devido ao acelerado crescimento da população de faixa etária mais elevada (MACHADO et al., 2009). Ele é considerado

um câncer comum em homens idosos, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (STUMM et al., 2010).

Embora exaustivamente pesquisado, o papel dos fatores ambientais na gênese do CaP e da HBP permanece não muito bem compreendido. Alguns estudos associam essa doença a componentes genéticos, endócrinos e a estilos de vida e dietéticos, um grande risco associado ao consumo de gorduras e de carnes (GUERRA et al., 2005).

Nas últimas décadas, o cuidado com a saúde do homem tem sido pouco discutido em contraposição à da mulher. Sabe-se que os índices de morbimortalidade são muito superiores entre eles, principalmente por doenças facilmente preveníveis e evitáveis. Ainda é forte o estigma de gênero de que doença é sinal de fragilidade. E como isso não é reconhecido pelos homens, eles ficam mais vulneráveis às doenças (BRASIL, 2009). Ao traçar o perfil de morbimortalidade, a maioria dos indicadores tradicionais de saúde mostra, com clareza, a existência desse diferencial, e o índice de mortalidade masculina é maior em, praticamente, todas as idades e para quase todas as causas. Entre os homens, também as esperanças de vida ao nascer e em outras idades são sempre menores (LAURENTI et al., 2005). Por essa razão, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, em 2009, que coloca o Brasil na vanguarda de ações à saúde do homem e prevê um aumento de investimentos para as intervenções cirúrgicas (BRASIL, 2009).

O aumento do número de procedimentos cirúrgicos relacionados às alterações da próstata determinou a necessidade de profissionais cada vez mais qualificados para atenderem a essa clientela (SANTANA; GARCIA, 2005). A Enfermagem, que desempenha um importante papel ao prestar uma assistência individualizada, sistematizada e de qualidade, que proporciona conforto e segurança, pode reduzir a ansiedade no cliente e na família.

O significado do procedimento cirúrgico para o paciente é variável e cercado por diversos sentimentos que vão desde o alívio por solucionar um problema até o medo da invalidez ou da morte (SILVA; GARANHANI, 2011).

A hospitalização é uma experiência estressante, que envolve profunda modificação nas atividades do indivíduo, oriunda da limitação das funções diárias, da privação do convívio social associada à descontinuidade de suas experiências sociais, além do cumprimento de normas e regras institucionais (MORAES; ENUMO, 2008). Somado a isso, temos que considerar que, no ambiente cirúrgico, que é desconhecido, o paciente se depara com pessoas e equipamentos estranhos ao cotidiano, o que pode

gerar mais ansiedade, medo e contribuir para um maior risco de trauma emocional. Convém enfatizar que o modo como o paciente enfrenta a cirurgia pode causar complicações que prejudicam a convalescença, intensificar a morbidade no período pós-operatório e interferir em sua recuperação e na readaptação à vida normal. Porém, o contato e as informações da enfermeira podem ajudá-lo a se sentir menos inseguro, mais tranquilo e promover-lhe bem-estar, conforme constatado por vários autores (KRUSE et al., 2009). Por isso, os enfermeiros devem criar estratégias para assegurar que o paciente e seus familiares recebam informações adequadas sobre as possíveis ocorrências após a cirurgia e sobre os cuidados que devem ser realizados em casa, com vistas a contribuir para que o restabelecimento ocorra da melhor forma possível (NAPOLEÃO et al., 2009).

Garcia e Nóbrega (2009) destacam a importância da aplicação do processo de enfermagem, como instrumento tecnológico que o enfermeiro utiliza para organizar e favorecer o cuidado, documentar sua prática, além de identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de problemas de saúde, e determinar que aspectos dessas necessidades exijam uma intervenção profissional de enfermagem.

O processo de enfermagem, direcionado por teorias e embasado no conhecimento prático e científico, é uma metodologia que favorece a implementação de saberes e fazeres no cuidado com as pessoas (ROSSI; CASAGRANDE, 2001) e demonstra a prática que já vem sendo realizada, mas, ainda pouco percebida, de forma sistematizada, organizada e explícita, uma vez que confere especificidade e evidência às ações, pelo caráter valorativo, organizativo e resolutivo da assistência, ao servir de comprovação escrita das ações desenvolvidas (PIVOTO et al., 2010). Sua utilização aumenta a satisfação e acentua o aperfeiçoamento profissional, evitando a monotonia que pode advir de uma prática repetitiva, voltada somente para a execução de tarefas (SOUZA et al., 2009). O processo contempla tanto os problemas clínicos quanto os seus impactos e os dos planos de tratamento sobre a vida dos pacientes (respostas humanas). Agiliza o diagnóstico e o tratamento dos problemas, o que reduz a incidência e a duração das internações, e promove flexibilidade e pensamento independente e crítico (ALFARO-LeFEVRE, 2010).

Fazer Enfermagem, aplicando seu conhecimento específico, significa ressaltar o exercício da autonomia do saber dos enfermeiros e fortalecer sua identidade profissional (SANTOS et al., 2010). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) trata-se

de um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização. Indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer – o Processo de Enfermagem (GARCIA; NOBREGA, 2009), que pode ser implantado em todos os ambientes de saúde, públicos ou privados, e para qualquer paciente que necessite de cuidados de enfermagem (COFEN, 2009). Sua aplicação no paciente cirúrgico se justifica pela sua complexidade e necessidade de prevenir riscos e complicações do ato anestésico cirúrgico, garantir segurança, diminuir o estresse e contribuir ao máximo para o bem-estar do paciente (CIANCIARULLO et al., 2012).

Diversos sistemas de classificações foram desenvolvidos baseados em algumas das fases do processo de enfermagem, para fortalecer a Enfermagem como ciência, unificar a linguagem da profissão e contribuir para que todos os enfermeiros desenvolvam um cuidado reconhecido mundialmente. Entre os sistemas de classificação desenvolvidos, destacam-se a Taxonomia II da NANDA (Classificação de Diagnósticos de Enfermagem), a NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem), a NIC (Classificação de Intervenções de Enfermagem) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta última é considerada o sistema unificador da linguagem de enfermagem.

A CIPE® surgiu como resultado da aspiração dos enfermeiros por um sistema que representasse a prática de enfermagem mundialmente. É considerada uma terminologia combinatória, pois está estruturada com base no Modelo de Sete Eixos, que permite a construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e favorece a implementação de todas as etapas do processo de enfermagem. Nesse processo, podem-se comparar dados, gerar novos termos e conhecimentos importantes no cuidado com a saúde do paciente e contribuir para que o enfermeiro tenha um julgamento clínico e que a Enfermagem obtenha uma linguagem unificada, porém sensível a diversas regiões e países.

Para facilitar a disseminação e uso desse sistema de classificação, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE) recomenda que os enfermeiros do mundo todo construam Catálogos CIPE® ou Subconjuntos Terminológicos, considerados instrumentos que auxiliam o enfermeiro em sua prática profissional, nas diversas especialidades clínicas. Um guia de cuidados, de fácil acesso, que contém dados consistentes que descrevem a prática de enfermagem, mas que não exclui o julgamento crítico dos enfermeiros, e cujo objetivo é de melhorar a segurança e a qualidade da assistência.

Como aluna da graduação do Curso de Enfermagem, tive a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos em relação aos conceitos, ao desenvolvimento e à operacionalização dos sistemas de classificação, com a realização do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “*Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB*”, em que foram desenvolvidas afirmativas diagnósticas baseadas na CIPE® para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia (NASCIMENTO, 2009). No entanto, como não foi possível testar a operacionalização das afirmativas construídas devido ao prazo de conclusão do curso, isso será feito em estudos posteriores. A partir disso, interessei-me em continuar o trabalho devido à afinidade com a temática e por compreender que a utilização de terminologias na prática é um caminho para a Enfermagem ser fortalecida como ciência.

Assim, mediante o exposto, questiona-se: Os enfermeiros que trabalham na clínica cirúrgica reconhecem ou utilizam, em sua prática, as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia? Essas afirmativas constam nos conceitos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem apresentados na CIPE® 2011? Pode-se estruturar um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia, com base nas afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas e mapeadas com os conceitos dessa classificação?

Considerando a complexidade clínica dos pacientes da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), as dificuldades encontradas para a implementação do processo de enfermagem e, sobretudo, por se entender que a utilização de terminologias na prática é um caminho para a Enfermagem ser fortalecida como ciência e ser reconhecido o seu verdadeiro papel no atendimento de saúde, surge o interesse em construir um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia, para ser utilizado na Clínica Cirúrgica, favorecer a aplicação das fases do processo de enfermagem e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor visualização do cuidado prestado àqueles pacientes.

Ressalte-se a importância da construção de um subconjunto terminológico que inclua termos relacionados aos diagnósticos/resultados e às ações de enfermagem, de

modo a favorecer a utilização de uma linguagem comum e, ao mesmo tempo, integrar o conhecimento científico com o conhecimento prático da profissão.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Estruturar um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia, tendo como base teórica as necessidades humanas básicas apontadas por Horta.

#### **2.1.1 Objetivos específicos**

- Fazer o mapeamento cruzado das afirmativas construídas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia com os conceitos de diagnósticos/resultados e intervenções constantes na CIPE® 2011;
- Realizar a validação de conteúdo das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia e mapeadas com a CIPE® 2011.



### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

Nesta seção, serão abordados o Cuidar e a Enfermagem enquanto ciência, as Teorias de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem, o Cuidar do paciente cirúrgico prostatectomizado e os Sistemas de Classificações, com ênfase na CIPE<sup>®</sup> e na construção de Subconjuntos Terminológicos.

#### **3.1 Cuidar e a Enfermagem como Ciência**

O ser humano é um ser de cuidado, através do qual o indivíduo vive o significado de sua vida (QUITETE; VARGENS, 2009). Cuidando, é possível ajudar o outro a crescer. É um verdadeiro processo de desenvolvimento e crescimento, cuja privação pode acarretar problemas físicos e emocionais (ANDRADE et al., 2008). Como seres vivos, os homens sempre precisaram de cuidados, porque cuidar é o ato de vida que tem como função fazer a vida continuar, desenvolver e lutar contra a morte, a morte do indivíduo, do grupo ou da espécie (COLLIÈRE, 1999).

Durante milhares de anos, o cuidado não esteve associado a nenhum ofício ou profissão, e sua história se constrói sob duas orientações que coexistem, complementam-se e geram-se mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte (COELHO; FONSECA, 2005).

Nesse processo histórico, o cuidar passou a ser desenvolvido como forma de sobrevivência, a fim de se manter a alimentação, a reprodução e a defesa da espécie humana. Essas ações são vinculadas à imagem da mulher, envolvida nos laços da maternidade, no cuidado com os recém-nascidos, os idosos e os enfermos, de modo a garantir a manutenção da vida (ZEFERINO et al., 2008).

A noção de cuidados ocupa uma posição central no discurso da Enfermagem. Todavia, a disciplina demorou séculos para ser reconhecida como ciência. Talvez porque os serviços prestados pela Enfermagem, inicialmente, eram percebidos como uma extensão dos que eram prestados pelas mães e pelas esposas, religiosas e abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas a assistir os pobres e os doentes. As atividades eram centradas no fazer manual e nos conhecimentos transmitidos por informações a respeito das práticas vivenciadas. Nesse contexto, predominaram as ações de saúde caseiras e

populares, com forte conotação mística sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã.

Posteriormente, com o surgimento dos hospitais, os cuidados de enfermagem ficaram destinados, apenas, a executar atividades delegadas pelos médicos e não havia associação entre o saber e o fazer. O cuidado era realizado de forma empírica e intuitiva e limitava-se a ser um mero executor de técnicas básicas. As ações de enfermagem eram silenciosas, por vezes, desvalorizadas.

Durante séculos, o corpo de competência da Enfermagem deixou-se absorver pelo campo da prática médica. Era preciso identificar os cuidados de enfermagem, ou seja, tornar reconhecível a sua natureza, os conhecimentos, as crenças, os valores e os instrumentos que a utilizam; identificar seu campo de competência e a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões social e econômica (COLLIÈRE, 1999).

Para a referida autora, a Enfermagem é muito mais que uma ocupação, é uma disciplina científica, que detém um corpo de conhecimentos e um objeto particular de estudo. E, do ponto de vista disciplinar, o cuidado é o objeto de conhecimento da Enfermagem e critério fundamental para distingui-la das outras ciências. É a ciência e a arte do cuidar. E como tal, deve ser conceituada e compreendida por todos, com a perspectiva de dar sentido ao seu fazer para os que oferecem cuidados (enfermeiros), para quem recebe os cuidados (pacientes/clientes), para educadores e educandos da área (VALE; PAGLIUCA, 2011).

A Enfermagem profissional foi reconhecida no mundo a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, no Século XIX, na Inglaterra. O trabalho que realizara durante a guerra teve um impacto muito maior do que simplesmente a ação de reorganizar a Enfermagem e salvar vidas. Ela entendia o cuidado como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade, e para cujo exercício eram necessárias uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional. Florence considerou as enfermeiras como um corpo de mulheres escolarizadas, quando elas não eram sequer escolarizadas nem trabalhavam no serviço público (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Exercer a Enfermagem era uma arte que requeria treinamento organizado, prático e científico (COSTA et al., 2009). Com seu espírito humanitário, Florence não se limitou à saúde e à doença, mas enfatizou o interesse da Enfermagem pelo ser humano, estivesse ele saudável ou adoentado. Em sua trajetória, percebeu-se um grande

empenho em identificar quais ações, relativas ao paciente e ao ambiente, poderiam desencadear a manutenção e a recuperação da saúde (OLIVEIRA GOMES et al., 2007).

Nightingale estava determinada a potencializar as forças restauradoras que existiam no ambiente onde o paciente estava inserido. A manutenção da saúde era associada ao equilíbrio entre o ser humano e o lugar que o circundava, e isso fazia do enfermeiro um sujeito que colaborava para promover a relação harmoniosa entre o ser e o estar na sociedade (MACEDO et al., 2008). Descreveu a função específica da enfermeira, ao colocar o doente nas melhores condições para que a natureza atue sobre ele, e apresenta a ideia de que a Enfermagem era baseada no conhecimento das pessoas e do seu ambiente (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Florence Nightingale foi considerada a mãe da Enfermagem moderna, devido ao novo estilo de cuidado que dispensava aos enfermos e aos carentes. Pautava-se em um pensamento logicamente organizado, devidamente consubstanciado, e que se expandiu como ensino e prática por todo o mundo. Constituiu-se como espécie de ruptura entre “o que se fazia antes” e “o que se passou a fazer depois” (CARVALHO, 2009). Em meados do Século XIX, ela expressou uma forte convicção de que os conhecimentos da Enfermagem eram diferentes dos conhecimentos da Medicina. Deixou seu legado registrado em diversos livros, um deles foi "Notas sobre Enfermagem", escrito em 1859. Suas anotações citam os elementos indispensáveis para o fazer Enfermagem. Destacava que uma das principais atividades da enfermeira é a de manipular o ambiente. Portanto, entende-se o ambiente (físico) como um fator essencial para o cuidado de enfermagem, que deve ser equilibrado para a recuperação da saúde do paciente: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, pontualidade e assistência na oferta da dieta (MACEDO et al., 2008). Florence Nightingale acreditava que as condições e as influências externas podiam afetar a vida e o desenvolvimento do organismo, anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, a doença ou a morte (OLIVEIRA GOMES et al., 2007).

Percebe-se que os cuidados de enfermagem passaram a valorizar o indivíduo e as influências externas do ambiente adequado para a prestação dos cuidados em saúde, integrando as práticas de cunho experiencial, lógico e moral à edificação da Enfermagem (LEOPARDI, 2006). Florence acreditava que, para exercer a Enfermagem, os profissionais precisavam estar bem preparados, não só em termos técnicos e teóricos, como também humanísticos. E foi a partir dela que os enfermeiros passaram a repensar o exercício do cuidado, reconhecer e redefinir a sua prática e distinguir o seu cuidado daquele desenvolvido por outras profissões.

Existem variedades e ambiguidades conceituais sobre o termo **cuidado**. Enfermeiras e outros profissionais o empregam, porém com conotações diferentes quanto ao significado e à função; existem os termos cuidado, como termo genérico, cuidado em saúde e cuidado em enfermagem. Os cuidados como termo genérico são atos de assistência ou suporte prestados a indivíduos ou coletividades, com o objetivo de melhorar o seu desenvolvimento. Os cuidados profissionais são ações, condutas e técnicas aprendidas cognitivamente e culturalmente, por meio dos quais o indivíduo, a família ou a comunidade podem se desenvolver. Os cuidados de enfermagem, por sua vez, são todos os cuidados humanísticos e científicos aprendidos cognitivamente, com a finalidade de ajudar ou habilitar os indivíduos, a família ou a comunidade para receber cuidados orientados para o desenvolvimento e a manutenção de condições favoráveis à vida e à morte (MEDINA, 1999). O cuidado de enfermagem diz respeito à ação e à interação direcionada ao paciente, através do contato físico e pessoal. É um processo contínuo, coordenado e ininterrupto que os enfermeiros realizam para atingir o objetivo de seu cuidado, o bem-estar (KREUTER, 1957 apud KOIZUMI; CIANCIARULLO, 1978).

Os elementos do cuidado supõem um encontro entre pessoas (enfermeiros e pacientes), em que cada um detém elementos do processo de cuidado, envolvidos em uma transição intersubjetiva (estar com e fazer com), que ocorre em um tempo e um espaço e com uma finalidade determinada (bem-estar e recuperação) (MEDINA, 1999). Esse processo se situa numa encruzilhada de um sistema de trocas. Toda situação de cuidados de enfermagem obriga os seres vivos a se encontrarem com o desconhecido, para que aprendam a compreendê-los e a procurar com eles o que permite continuar o seu percurso de vida (COLLIÈRE, 1999).

Ao posicionar seu cuidado, a Enfermagem permite a visualização de sua prática como ação terapêutica e diferenciando-a de outras ciências. Florence, ao deixar seus saberes e práticas, colaborou para o fortalecimento da Enfermagem-Ciência e influenciou outros estudos que analisam sua contribuição para o ensino, os currículos e as teorias de Enfermagem. Um dos grandes desafios que a Enfermagem enfrenta é o estabelecimento de sua base de conhecimento, fato que vem desde Nightingale, quando afirmou, em 1859, no seu livro *Anotações de Enfermagem*, que a disciplina busca estabelecer que os seus verdadeiros elementos que ainda são desconhecidos. Surgem questões ainda a serem respondidas, que assolam a profissão, tais como: o que é próprio da disciplina? Qual a sua natureza? Como diferenciar o conhecimento da Enfermagem

do conhecimento da Medicina? Como diferenciar os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro do cuidado ofertado por um cuidador de saúde ou cuidador genérico? Sabe-se que o cuidado de enfermagem faz a diferença, mas qual é essa diferença, exatamente, e o que e como podemos descrevê-la? Por que é tão difícil encontrar a documentação de nossas práticas que, muitas vezes, tornamos invisíveis? Qual a qualidade do cuidado da Enfermagem? (LOPES, 2006; LEAL, 2006).

Lopes (2006) acredita que a busca por respostas para esses questionamentos é fundamental para se perceber a natureza de uma área de conhecimento e definir suas características fundamentais e estruturantes de uma disciplina do ponto de vista epistemológico. Leal (2006) afirma que uma das respostas é que na Enfermagem não há nenhuma linguagem comum que descreva com precisão o que os enfermeiros fazem. Sem uma linguagem para expressar esses conceitos, não é possível compreender os seus significados, conseqüentemente, não é possível comunicar-se com precisão com outras pessoas.

Padronizar a linguagem não significa padronizar a Enfermagem, como também não se trata de padronizar ou predeterminar as decisões ou prática de enfermagem. A linguagem padronizada é um requisito essencial para ferramentas prescritivas como plano de cuidados padronizados ou percursos clínicos (NOBREGA; GARCIA, 2005). Portanto, é um desafio criar um vocabulário que padronize os termos clínicos para o uso de sua prática e que atenda aos critérios de validade, especificidade, recuperação de dados e facilidade de comunicação. Acredita-se que um vocabulário clínico deve ser simples de entender, fácil de codificar e intuitivo para os profissionais da área de Saúde. A ideia é de que esse vocabulário tenha o mesmo significado para profissionais de diferentes regiões (MARIN, 2000).

É verdade que as linguagens padronizadas não podem substituir a tomada de decisão, mas podem organizar os elementos dos cuidados em conceitos mais fáceis de compreender e transmitir. Assim, classificar a linguagem pode contribuir significativamente para desenvolver a disciplina de Enfermagem e, conseqüentemente, melhorar os cuidados de enfermagem, na medida em que pode ajudar a fortalecer o seu corpo de conhecimento. Os enfermeiros devem assumir a responsabilidade de desenvolver a sua linguagem própria. Caso contrário, seremos forçadas a usar a linguagem de outras ciências. O desenvolvimento da disciplina depende da consolidação de um corpo de conhecimento próprio (LEAL, 2006).

A busca pelo conhecimento é antiga. A epistemologia, ou teoria do conhecimento, diz respeito ao modo como lidamos com o conhecimento. Conceituá-lo é algo difícil e complexo. Apesar disso, a literatura afirma que o conhecimento equivale a uma técnica de verificação de um objeto qualquer ou pode ser entendido como domínio (posse) de uma técnica específica num dado campo do saber (LEAL, 2006; CARVALHO, 2009). A expressão conhecimento sugere, ainda, um entendimento adquirido através da aprendizagem ou da investigação do que se sabe acerca do conteúdo de uma disciplina (livro teorias)

Para Munhall (1993), a epistemologia é um ramo da Filosofia que estuda o conhecimento e como nós chegamos ao conhecimento do mundo. Trata-se da busca de verdades sobre o mundo. Abrange a teoria do conhecimento, a filosofia das ciências (empirismo, racionalismo, etc.) e a história das ciências e também pode ter o auxílio de outras disciplinas, como a Psicologia e a Sociologia (CARVALHO, 2009).

Collière (1999) afirma que a busca pelo conhecimento modifica a maneira de estar no mundo, de compreendê-lo e apreender, e isso, num primeiro tempo, pode fazer medo. No entanto, não beber em fontes do conhecimento nem os utilizar é submeter-se ao mundo, é ficar para trás no caminho da vida. É necessário que os conhecimentos utilizados em uma profissão constituam um patrimônio que gere outros conhecimentos.

Embora muitos cursos, em épocas remotas, dedicassem excelentes cuidados aos doentes, muito do que se sabia sobre Enfermagem não era escrito, e a pesquisa para documentar a eficácia dos cuidados não era registrada. Por isso, as enfermeiras começaram a movimentar-se no sentido de desenvolver um conhecimento no qual pudessem basear sua prática. Embora muitos cursos em épocas remotas dedicassem excelentes cuidados aos doentes, muito do que se sabia sobre Enfermagem não era escrito e a pesquisa para documentar a eficácia dos cuidados não era registrada. Por isso, os enfermeiros começaram a movimentar-se no sentido de desenvolver um conhecimento no qual pudessem basear sua prática (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A Enfermagem, constituída, eminentemente, como prática, é orientada ao outro e procura facilitar a inerente capacidade humana de autocura, além disso, com sua consolidação como uma ciência focada no ser humano, mais ainda, no cuidado com ele (ANDRADE et al., 2008). Como uma disciplina que ainda está delimitando suas fronteiras, a Enfermagem tem necessidade de definir seu campo de abrangência, o que implica definir suas formas próprias de conhecer, produzir e validar o conhecimento. E

isso é alcançado através da epistemologia da Enfermagem, que é o estudo da origem do conhecimento em Enfermagem e como se deu esse processo (CESTARI, 2003).

Um dos primeiros e mais importantes estudos realizados na tentativa de se buscar o entendimento dos padrões fundamentais do saber da Enfermagem foi desenvolvido por Carper (1978). Ela entendeu que uma das características fundamentais para o desenvolvimento da disciplina da Enfermagem eram os padrões de conhecimento: saber empírico ou ciência da Enfermagem; saber ético ou componente moral do saber da Enfermagem; saber pessoal na Enfermagem; saber estético ou arte na Enfermagem (LOPES, 2006).

O desenvolvimento do conhecimento empírico reflete a interface entre a ciência e a pesquisa em Enfermagem e tem a finalidade de melhorar a prática (McEWEN; WILLS, 2009). Esse tipo de conhecimento é formalmente expresso através de teorias empíricas, e o seu desenvolvimento tem a ver com o uso dos métodos científicos (LOPES, 2006).

A ciência da Enfermagem busca representar a natureza da profissão para entendê-la, explicá-la e usá-la em benefício da humanidade. O conhecimento empírico, sistematicamente organizado em leis gerais e teorias, tem o propósito de descrever, explicar e prever fenômenos de interesse da Enfermagem (CARPER, 1978). O padrão estético corresponde à arte da Enfermagem, que é expressiva, subjetiva e se torna visível na ação de cuidar (CESTARI, 2003). A estética é entendida como aquela ação que permite a expressão, o desejo de quem é cuidado, favorecendo o respeito mútuo, a igualdade, a liberdade, a emancipação, o prazer, o bem-estar e a felicidade (HAMMERSCHMIDT et al., 2006). As autoras acreditam que pensar a estética, em princípio, pode remeter à arte e ao belo, porém essa é uma visão simplista e equivocada. A estética nos dá a oportunidade de vivenciar o objetivo e subjetivo e de conhecer suas diferenças e é necessária à criatividade, à sensibilidade, à intuição, aos conhecimentos, entre outros itens indispensáveis para a reflexão.

O conhecimento intuitivo, ou conhecimento pessoal, refere-se à capacidade que o enfermeiro tem de conhecer a si próprio. Ele utiliza, na prestação de cuidados, o “eu” como instrumento terapêutico, com um nível elevado de autoconhecimento para que a ação terapêutica seja eficaz (LOPES, 2006). Trata-se de um saber não racional, intimamente vinculado à noção de conexão, é uma troca de energia entre os enfermeiros e os clientes (MADUREIRA, 2004).

A reflexão ética se propõe a indicar o dever-ser das ações humanas. Esta reflexão está acima de todo código de ética. O enfermeiro precisa, a todo o momento, fazer julgamentos morais e tomar decisões no princípio da justiça equitativa. A lei deve estar a serviço da vida, como os seus cumpridores (LOPES, 2006; VALE et al., 2011).

O conhecimento ético tem como propósito refletir sobre o agir humano e suas finalidades, buscando compreender os critérios e os valores que orientam o julgamento de uma ação. Caracteriza-se pelo conflito entre aquilo que é realizado e a decisão do que realmente é ou será desenvolvido (HAMMERSCHMIDT et al., 2006).

É importante ressaltar que, se refletirmos sobre o conhecimento utilizado na prática do cuidado, entenderemos a complexidade da relação saber e fazer em Enfermagem. Por isso, os profissionais não só devem continuar a utilizar suas diferentes formas de saber, como também reconhecer seu valor e complexidade. A explicitação e valorização do que fazem é um passo importante para um fazer mais significativo e prazeroso (CESTARI, 2003).

A Enfermagem sempre se baseou em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitos, porém a evolução da ciência mostrou a necessidade de se pesquisar para se construir o saber. Assim, os enfermeiros perceberam que é preciso desenvolver conhecimentos específicos e concluíram que isso só seria possível através da elaboração de teorias próprias (AMANTE et al., 2009).

O componente mais abstrato e geral da hierarquia estrutural do conhecimento da Enfermagem é o metaparadigma, que identifica os fenômenos primários de interesse dessa disciplina e explica como ela lida com tais fenômenos. Ele inclui as principais orientações filosóficas ou visões de mundo da disciplina, os modelos conceituais, as teorias que orientam a pesquisa e outras atividades de estudos e os indicadores empíricos que operacionalizam os conceitos teóricos. Sua finalidade é de resumir as missões intelectuais e sociais de uma área e impor limites sobre o seu assunto (McEWEN; WILLS, 2009). As autoras definem os conceitos centrais de Enfermagem como o metaparadigma (indivíduo, saúde, ambiente e Enfermagem) que serviu de estrutura organizadora da disciplina.

O indivíduo, considerado o foco da atenção da Enfermagem, o receptor dos cuidados, é um ser único, composto por necessidades físicas, intelectuais, bioquímicas e psicossociais. É o conceito mais central do domínio da disciplina. As diversas teorias são diferentes umas das outras pelas muitas maneiras com que conceituam o indivíduo.



Algumas delas colocam a família e a comunidade como pertencentes a esse conceito (McEWEN; WILLS, 2009).

Saúde é um dos conceitos de maior centralidade na disciplina de Enfermagem. Corresponde à adaptação bem sucedida aos estressores da vida, relaciona-se com o conforto e o bem-estar e não, apenas, à ausência de doenças. Ambiente é o local onde se realiza o cuidado, com o qual o indivíduo interage constantemente (McEWEN; WILLS, 2009; LOPES, 2006). A Enfermagem é uma ciência e uma arte, uma disciplina prática, cujo cerne é o cuidado. A função precípua do enfermeiro é de realizar o cuidado de enfermagem, com vistas a prevenir doenças e promover, recuperar e reabilitar a saúde (VALE; PAGLIUCA, 2011). Mas, para alcançar o *status* de ciência, foi preciso desenvolver teorias, consideradas produtos da ciência.

Na construção do conhecimento, a Enfermagem tirou proveito de muitas disciplinas. No passado, ela dependia da Fisiologia, da Sociologia, da Psicologia e da Medicina para proporcionar sustentação acadêmica e informar a prática. Carecia de uma reflexão teórico-filosófica do seu fazer e saber para produzir um referencial teórico que desse uma base mais segura prática uma específica capaz de tirar a profissão do *status* de uma atividade subsidiária da prática médica (McEWEN; WILLS, 2009).

A partir do Século XX, a Enfermagem direcionou seus esforços para ser reconhecida como ciência, desenvolvendo teorias próprias dentro do paradigma da totalidade e, na busca por um corpo substantivo de conhecimento, impulsionou-a para explicitar suas bases teóricas para a prática (MADUREIRA, 2004).

### **3.2 Teorias de Enfermagem**

A forte ênfase na busca de um corpo de conhecimento empírico específico gerou inicialmente estruturas conceituais que, apesar de não terem alcançado o *status* de paradigma científico, apresentaram novas perspectivas para considerar o fenômeno saúde-doença no processo de viver humano (MADUREIRA, 2004).

Na primeira metade do Século XX, estudiosos da Enfermagem começaram a perceber que era necessária uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional. Assim, os enfermeiros trabalharam no sentido de desenvolver um corpo substancial de conhecimentos de enfermagem, com o objetivo de tornar uma profissão

reconhecida e, depois, com o objetivo de dedicar cuidados aos doentes, como profissionais (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A Enfermagem é marcada pela busca constante da construção de um conjunto de conhecimentos específicos, que devem nortear e servir de suporte para definir e descrever sua prática e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao indivíduo, à família e à comunidade (SANTOS; NOBREGA, 2004). A busca por um corpo de conhecimentos próprios e o rápido avanço tecnológico e científico das últimas décadas contribuíram para que surgissem as primeiras teorias de Enfermagem a partir de 1950, representadas por profissionais que se preocupavam em compreender e descrever suas funções para se entender a atuação da Enfermagem. Os enfermeiros buscavam identificar um campo conceitual próprio para a profissão independente, principalmente, do modelo médico (MATOS et al., 2011).

A passagem da vocação para a profissão incluiu sucessivas eras de busca de um corpo de conhecimentos substancial sob o qual se baseasse a prática da enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). O instrumental construído para orientar a Enfermagem, na busca de sua autonomia, como campo específico de saber, foram às teorias de Enfermagem, permitindo uma delimitação de seus limites de atuação, no trabalho com outros profissionais. Existem diversas teóricas que contribuíram para fortalecer a Enfermagem enquanto ciência, dentre as quais podem citar-se Sister Callista Roy, Myra Estrin Levine, Dagmar Brodt, Martha Rogers, Imogene King, Elizabeth D. Orem (ALMEIDA et al., 2009). O instrumental construído para orientar a Enfermagem para que buscasse sua autonomia, como campo específico de saber, foi à teoria de Enfermagem, o que delimitou seus limites de atuação no trabalho com outros profissionais. Existem diversas teóricas que contribuíram para fortalecer a Enfermagem como ciência, entre as quais, destacam-se Sister Callista Roy, Myra Estrin Levine, Dagmar Brodt, Martha Rogers, Imogene King e Elizabeth D. Orem (ALMEIDA et al., 2009).

A Enfermagem é considerada ciência, porque está fundamentada em concepções teóricas, em princípios básicos, em métodos de trabalho específicos e em conhecimentos de uma prática científica legalmente reconhecida e universalmente considerada como profissão de cuidado prestado/ofertado a pessoas enfermas ou sadias que carecem de um nível ótimo de saúde. Assim, acima de tudo, é uma prática profissional cientificamente fundamentada (CARVALHO, 2009).

As teorias surgem para descrever, explicar e prever um referencial próprio da Enfermagem. O avanço do conhecimento teórico beneficiou a descentralização do modelo biomédico e favoreceu o foco do cuidado voltado para o ser humano, e não, em sua enfermidade. A pessoa é o foco principal, apresentada como um ser biopsicossocial e espiritual, único, que necessita de uma assistência individualizada (AMANTE et al., 2009).

A Teoria de Enfermagem pode ser vista como resultado da percepção da realidade, da inter-relação de seus componentes, da formulação e da intercessão dos conceitos de ser humano, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem (VITOR et al., 2010). Trata-se de proposições elaboradas para se refletir sobre a assistência de enfermagem, para evidenciar seus propósitos e os limites e as relações entre profissionais e indivíduos demandadores de cuidados (ROLIM et al., 2005). Nessa perspectiva, tem a finalidade de correlacionar assistência, pesquisa e prática, o que torna possível a confiabilidade das ideias e das experiências dos enfermeiros como valiosa fonte de conhecimento (VITOR et al., 2010).

Para Rolim et al. (2005), a teoria é um instrumento de trabalho que ressalta o conhecimento científico, expõe as tendências das visões acerca do processo saúde/doença e sobre a experiência do cuidado terapêutico e favorece outras atitudes do cuidar, coerentes e adequadas à promoção de qualidades humanas que, muitas vezes, contrariam a ambiência cotidiana assistencial. As teorias de Enfermagem auxiliam o enfermeiro a raciocinar, a tomar decisões e a aplicar o conhecimento na investigação, no ensino, na administração e na prática de enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Os modelos teóricos têm contribuído sobremaneira com a prática assistencial da Enfermagem, pois identificam determinados padrões e os cenários da prática de enfermagem, dirigem o serviço, podem proporcionar meios para organizar as informações e os dados dos pacientes, para analisar e interpretar esses dados, cuidar e avaliar os resultados desse cuidado e desenvolver os sistemas de classificação (AMANTE et al., 2009).

### **3.3 Modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta**

O uso da teoria ou modelo conceitual apoia os enfermeiros na definição de seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e consequente adequação e qualidade do desempenho profissional, proporcionando aos clientes submeterem-se a procedimentos e cuidados com menos danos possíveis (MOURA; PAGLIUCA, 2004).

Escolher o referencial teórico pressupõe conhecer as teorias de Enfermagem e exige empatia pela teoria entre seus conceitos, pressupostos e proposições; viabilidade de aplicação do modelo teórico; necessidades específicas dos pacientes; cisão entre o modelo teórico e a filosofia, a missão e os objetivos do serviço de enfermagem e institucional (HERMIDA; ARAUJO, 2006).

O modelo conceitual de Horta apoia-se na escola funcionalista que acredita que as partes convergem no seu funcionamento para atender ao todo, fundamentado na Teoria Humanística da Motivação Humana de Maslow, que admite que o ser humano esteja em constante interação com o universo em busca do equilíbrio. Esse modelo se fundamenta nas necessidades humanas básicas (NHB), que são classificadas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e consideradas como os entes da Enfermagem, que são os estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais, que exigem do enfermeiro uma assistência profissional (HORTA, 2011). Os enfermeiros utilizam as NHB de uma forma hierárquica, ou seja, níveis de valores a serem ultrapassados. No momento em que o indivíduo satisfaz uma necessidade, surgem outras em seu lugar, e isso exigindo que as pessoas busquem meios para satisfazê-las (SANTOS et al., 2011).

Horta apoiou-se em três leis - a Lei do equilíbrio, a Lei da adaptação e a Lei do holismo - e considera a Enfermagem um serviço prestado ao ser humano e parte integrante do serviço de saúde. O ser humano, na concepção dessa autora, é entendido como parte integrante do Universo dinâmico, que dá e recebe energia, o que pode levar a estágios de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Esses desequilíbrios geram estados de tensão conscientes ou inconscientes que o impulsionam a satisfazer tais necessidades para manter o equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Quando as necessidades não são atendidas ou se prolongam, podem provocar doenças (HORTA, 2011). Como parte integrante da equipe de saúde, a Enfermagem implementa estados de equilíbrio, previne desequilíbrios e revertem desequilíbrios em equilíbrios com a

assistência de enfermagem no atendimento de suas necessidades básicas (HORTA, 2011).

Para Horta, existem alguns conceitos que fundamentam a ciência da Enfermagem: o conceito de Enfermagem e o conceito de assistir em Enfermagem. A Enfermagem é considerada a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente pelo ensino do autocuidado. Deve ser prestada ao indivíduo, e não, à doença. Portanto, esse deve ser considerado um elemento participativo no seu autocuidado (HORTA, 2011).

Assistir, em Enfermagem, é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, auxiliando-o, assistindo-o ou encaminhando-o para outros profissionais, quando necessário (HORTA, 2011). É realizado através da aplicação do processo de enfermagem, que se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos através de ações sistematizadas que visam assistir o ser humano (KOIZUMI; CIANCIARULLO, 1978).

O enfermeiro é o responsável técnico e legal pela assistência de enfermagem, e as suas funções se distinguem em três áreas: área específica – ele deve assistir o ser humano em suas necessidades básicas; área social – ensino, pesquisa, administração e participação nas associações de classe; e área de interdependência – na qual são necessários outros profissionais para manter, promover ou reparar a saúde de forma adequada (LEOPARDI, 2006).

Ao realizar o cuidado de enfermagem, o enfermeiro desenvolve uma ação planejada, deliberativa ou automática, proveniente de sua percepção, observação e análise do comportamento ou condição do ser humano (HORTA, 2011). Em seu modelo conceitual, Horta (2011) afirma que nenhuma ciência pode sobreviver sem uma filosofia própria, por isso considerou importante distinguir na Enfermagem os três seres: o ser-enfermeiro, o ser-cliente e o ser-enfermagem.

Para a teórica, o ser-enfermeiro é o que cuida de gente, aberto para o futuro e para a vida, que nela se engaja pelo compromisso com a Enfermagem. O ser-cliente é o ser humano (indivíduo, família ou comunidade) que necessita de cuidados em qualquer fase de seu ciclo vital. E o ser-enfermagem é um ser abstrato, que se manifesta na interação e na transação do ser-enfermeiro com o ser-paciente, que tem como objetivo assistir as necessidades básicas do indivíduo, sendo necessário sempre que haja a presença de outro ser humano. Para que sua existência seja plena, é preciso transcender a obrigação do fazer, mas estar comprometido e engajado na profissão.

Horta deixou uma importante contribuição para a Enfermagem brasileira, depois de seus pressupostos, a profissão passou a ser mais organizada em relação à assistência, à autonomia e à cientificidade, através da aplicação do processo de enfermagem.

Quando o enfermeiro conhece as bases teóricas, é possível aprofundar os fundamentos para a prática do cuidado, proporcionar uma reflexão sobre o inter-relacionamento estabelecido entre o paciente e a equipe de enfermagem e propor novas formas de cuidar (CHISTOFORO; CARVALHO, 2009).

### **3.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem**

Nóbrega e Gutiérrez (2000) afirmam que a Enfermagem utilizou alternativas na tentativa de se fortalecer como ciência a partir de 1950, com a elaboração de modelos conceituais, e com o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao aprimoramento dos conceitos, a partir de 1960. Mas foi em 1970 que a Enfermagem começou a se preocupar em buscar uma solução para prestar um cuidado científico, sistematizado e eficaz para o paciente, para que ele se recuperasse rapidamente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem indica um trabalho profissional específico, que pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (processo de enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico (GARCIA; NOBREGA, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem, regulamentados na Resolução COFEN nº 358/2009, representam uma necessidade frequentemente enfatizada pelos serviços de saúde. São responsabilidades legais da profissão, aplicáveis em uma ampla variedade de ambientes e situações clínicas em que as observações sobre as necessidades humanas da clientela acompanham a tomada de decisão e avaliação dos resultados e melhoram a assistência e o serviço prestado (COFEN, 2009). É considerado sistemático, por consistir em etapas com iniciativas deliberadas para maximizar a eficiência e obter resultados em longo prazo; dinâmico, por proporcionar idas e vindas para a formulação de diagnósticos e, humanizado, por atender às necessidades de corpo, mente e espírito de forma individualizada (ALFARO- LeFEVRE, 2010).

Organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes: 1) coleta de dados, que tem como objetivo obter informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade humana e suas respostas; 2) diagnóstico de enfermagem, que se refere à interpretação e ao agrupamento dos dados coletados, que irá gerar uma tomada de decisão; 3) planejamento de enfermagem, que determina ações e resultados que se espera alcançar; 4) implementação/realização das ações determinadas no planejamento; e 5) avaliação de enfermagem - investigação de mudanças nas respostas do indivíduo, para definir se as intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados e se há necessidade de alterações nas etapas do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a identificar o fenômeno observado e o seu significado (GARCIA; NOBREGA, 2009). Nesse contexto, é preciso ter em conta que o cuidado profissional de Enfermagem não é um fenômeno natural, mas resultante de um empreendimento humano, ou seja, é um instrumental tecnológico desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoado em atividades de educação permanente, que resultem numa prática reflexiva e crítica dos profissionais da Enfermagem (MALUCELLI et al., 2010).

Garcia e Nóbrega (2009) consideram que a organização da assistência ao ser humano é de suma importância, pois influencia diretamente na qualidade do atendimento, na segurança dos cuidados prestados, na descrição da prática de enfermagem e na comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais.

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para a implementação do processo de enfermagem é o proposto por Horta (2011), que contém as seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Ela considera o processo de enfermagem como (2011, p. 34) "[...] a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano [...]" e concebe que o cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberativa ou automática da enfermeira, resultante da sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

O enfermeiro, ao planejar seu cuidado, é capaz de diagnosticar as necessidades do cliente, desenvolver um plano de assistência individualizado, colocar em ação o cuidado e avaliar os resultados e a qualidade dos serviços prestados a ele. Ele é o único componente da equipe que está preparado para planejar esses cuidados. Esse

planejamento deve ser dirigido para a integração do indivíduo como um todo a fim de atingir o seu mais alto nível de bem-estar.

A utilização do processo de enfermagem, expresso por meio de suas fases distintas, favoreceu o desenvolvimento de diversos sistemas de classificação em Enfermagem, que tiveram uma grande representação para o desenvolvimento da profissão, pois possibilitaram a documentação, de acordo com as etapas do processo, e estabeleceram padrões de cuidados, por meio da sistematização, que resultaram em uma melhoria na assistência de enfermagem (FURTADO; NOBREGA, 2007).

### **3.5 Cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico submetido à prostatectomia**

A Enfermagem, como ciência e profissão que lida diretamente com seres humanos, precisa assistir o paciente em toda a sua complexidade. Para isso, deve ter embasamento técnico-científico, conhecer as teorias para nortear sua prática e individualizar e sistematizar o cuidado, tendo em vista a promoção da saúde e a recuperação da doença.

Considerando as características específicas do paciente cirúrgico, diversos trabalhos apontam e ressaltam a importância dos esforços para a obtenção da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Ao enfermeiro compete o planejamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico, o qual diz respeito às necessidades físicas e emocionais do paciente, orientação quanto à cirurgia propriamente dita e o preparo físico necessário para a intervenção cirúrgica no pré e pós-operatório (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

A menção ao período que envolve o momento da cirurgia apresenta terminologia específica. Quando o paciente necessita de uma cirurgia, e ela é agendada, diz-se que ele se encontra no período perioperatório, que compreende as fases pré-operatória mediata e imediata, transoperatória, recuperação anestésica e pós-operatória (NETINA, 2011).

Neste estudo, enfatizam-se os cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar, no período pós-operatório imediato e mediato. Esse período, iniciado na admissão do paciente na unidade de recuperação anestésica (**pós-operatório imediato**), estende-se até a avaliação de seguimento de seu restabelecimento na unidade de origem (internação) (**pós-operatório mediato**) ou no domicílio (**pós-operatório tardio**); é



caracterizado por cuidados de enfermagem relacionados à avaliação dos efeitos dos agentes anestésicos, à monitorização das funções vitais, à prevenção das complicações e à observação e intervenção na queixa de dor (NETINA, 2011; SMELTZER et al., 2011; NAPOLEAO, 2009).

Geralmente, ao deparar-se com a cirurgia, o paciente é acometido de medos - medo da morte, da anestesia, do desconhecido, do câncer - e se preocupa com problemas financeiros, responsabilidades familiares e compromissos no emprego. Os pacientes que se submetem a cirurgias geniturinárias, frequentemente, têm dúvidas e expectativas, sobretudo em relação ao funcionamento do aparelho urinário e reprodutor e, ainda, necessidades nos âmbitos social e emocional.

A equipe de enfermagem tem um importante papel no sentido de atenuá-los, pela possibilidade de atuação voltada para o provimento de informações, ensino do autocuidado ao paciente e família e acompanhamento do paciente no pós-operatório (NAPOLEÃO et al., 2009). A assistência de enfermagem tem se focado em ações que buscam atender às necessidades do cliente/família, não apenas utilizando dados clínicos e executando procedimentos técnicos (ROQUE et al., 2007).

A prostatectomia é uma abordagem cirúrgica para se remover, parcial ou totalmente, a glândula prostática, que pode ser realizada através de uma ressecção endoscópica, chamada de transuretral, e por abordagens cirúrgicas abertas, como a ressecção retropúbica ou suprapúbica (SMELTZER et al., 2011).

Com o envelhecimento, a próstata está sujeita a duas condições: aumento benigno (HPB - hiperplasia prostática benigna) e câncer de próstata. A hiperplasia benigna prostática é uma das condições clínicas que mais afetam os homens – é o aumento benigno da próstata. Os fatores de risco ainda são pouco conhecidos, a etiologia parece ser multifatorial e está sob controle endócrino (CRIPPO et al., 2011; SMITH et al., 2010).

Os homens podem apresentar sintomas obstrutivos e irritativos associados à HBP. Os sintomas obstrutivos incluem hesitação, redução da força e do calibre do jato urinário, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, micção dupla, esforço para urinar e gotejamento pós-miccional. Os sintomas irritativos incluem urgência, polaciúria e nictúria (CRIPPO et al., 2011; SMITH et al., 2010). O plano de tratamento, nesses casos depende da etiologia da HBP, da gravidade da obstrução e da condição do paciente. O tratamento pode incluir terapia farmacológica, com a utilização de bloqueadores alfa-adrenérgicos e inibidores da 5-alfa-redutase; outros tratamentos

podem ser realizados, como a incisão transuretral da próstata, ressecção transuretral e a prostatectomia simples aberta (CRIPPO et al., 2011; SMITH et al., 2010).

O câncer de próstata (CaP) é outra condição clínica de preocupação para homens. O câncer surge quando as células de alguma parte do corpo começam a crescer sem controle e usualmente assumem forma de tumor. Os fatores de risco desse câncer podem estar relacionados à idade, aos fatores genéticos, à alimentação e à raça (TOFANI; VAZ, 2007). O CaP, em seus estágios iniciais, raramente produz sintomas. Sintomas como obstrução urinária acontecem tardiamente. Quando a neoplasia é suficientemente grande para passar dos limites do colo da bexiga, podem surgir sinais e sintomas como sangue na urina ou no sêmen, ejaculação dolorosa, metástase para ossos e linfonodos, que resultam em dor nas costas, no quadril, desconforto perineal e retal, anemia, perda de peso, fraqueza, náusea e oligúria (SMELTZER et al., 2011). Para o referido autor o tratamento baseia-se no estágio da doença e na idade e no sintoma dos pacientes e pode incluir cirurgia, prostatectomia radical, radioterapia, terapia hormonal ou quimioterapia.

A cirurgia de próstata pode estar indicada para ambos os casos, HBP ou CaP. O tratamento cirúrgico deve ser realizado antes que a retenção urinária aguda se desenvolva e lesione o trato urinário superior e o sistema coletor, ou antes que o câncer progrida (CRIPPO et al., 2011; SMELTZER et al., 2011). Alguns procedimentos cirúrgicos podem ser adotados para a prostatectomia, como, por exemplo, a ressecção transuretral da próstata, prostatectomia suprapúbica, prostatectomia retropúbica, prostatectomia perineal, incisão transuretral da próstata e prostatectomia radical laparoscópica.

Seja qual for o tratamento cirúrgico de escolha, a assistência de enfermagem deve se destinar a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano. O processo de enfermagem é uma metodologia própria de trabalho que deve ser utilizada como uma ferramenta fundamentada em um processo sistematicamente planejado de cuidar, constituído por um conjunto de etapas, em que se sobressai a importância do cuidado individual mediante uma abordagem de solução de problemas fundamentados em teorias e modelos conceituais de enfermagem (ROCHA et al., 2006; GALDEANO et al., 2003).

A aplicação do processo de enfermagem, no âmbito hospitalar, requer o conhecimento do enfermeiro sobre o tratamento cirúrgico e os transtornos de ordem física, emocional, espiritual, social e cultural apresentados pelo paciente. Cabe ao

enfermeiro realizar uma coleta de dados precisa, relevante e abrangente, para que, a partir de um pensamento crítico de análise, síntese, reflexão e conclusão, possa elaborar diagnósticos de enfermagem prioritários desde a admissão até sua alta (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Diante das características específicas do paciente cirúrgico, entende-se que o processo de enfermagem possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, por ser um método individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo, posto que abrange os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório da experiência cirúrgica do paciente.

A aplicação do processo de enfermagem para o paciente cirúrgico ajuda o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado de seu paciente, manter o foco no que é importante, o estado de saúde do cliente e a qualidade de vida, e formar hábitos de raciocínio que o ajudem a obter confiança e habilidades necessárias para pensar criticamente. O processo de enfermagem é a primeira ferramenta de que o profissional precisa para “pensar como enfermeiro” (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Para a autora, usar o processo de enfermagem significa estar disposto e ter capacidade de cuidar. Cuidar significa optar por fazer o que é necessário para ajudar aos outros. Isso significa focar o que é melhor para o consumidor, respeitar seus valores, suas crenças e a individualidade e continuar envolvido no processo de cuidar. Nesse contexto, ter capacidade de cuidar exige do profissional que ele entenda a si mesmo e aos outros.

### **3.6 Sistemas de Classificações e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**

O ato de classificar é inerente à espécie humana. Desde os primórdios, o homem primitivo já agrupava seres ou objetos com características semelhantes. Isso foi fundamental para a evolução biológica, pois, classificando, era possível compreender e ordenar o mundo e torna-lo mais organizado. A classificação permite descrever a estrutura e as relações dos objetos constituintes uns com os outros e com objetos similares e simplificar essas relações de um modo que afirmações gerais possam ser feitas sobre classes de objetos (SOKAL, 1974; LEAL, 2006).

Como ciência, a classificação data dos escritos na Grécia Antiga. Na classificação, a teoria geralmente segue a metodologia como tentativa de formalizar e justificar a atividade classificatória dos trabalhadores em várias ciências. Como fruto dessa classificação, tem-se a “**taxonomia**” - o estudo teórico da classificação, incluindo as suas bases, seus princípios, seus procedimentos e suas regras (SOKAL, 1974; LEAL, 2006).

Na Enfermagem, os sistemas de classificação aparecem como uma necessidade de avançar em seu conhecimento, organizando e ordenando as suas atividades. Trata-se de uma tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão (LUCENA; BARROS, 2005; CUBAS et al., 2010). Auxiliam na tentativa de definir o foco de sua prática, direcionado cuidar do paciente de forma holística, voltado para suas necessidades, seja ele indivíduo, família ou comunidade (ALBUQUERQUE; NOBREGA; GARCIA, 2006). Contribuem para proporcionar autonomia ao enfermeiro no julgamento sobre os cuidados prestados, aprimorar a construção e a utilização do corpo próprio de conhecimento, estimular os estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado e padronizar a linguagem da Enfermagem (CUBAS et al., 2010).

O desenvolvimento dos sistemas de classificação se faz em paralelo com o da própria disciplina. Os sistemas de classificação podem, então, ser vistos como meios ou instrumentos do processo de trabalho dos enfermeiros. Os meios classificam-se em: a) meios de sentido estrito - os que servem de intermediário entre o trabalhador e o objeto - e b) meios de sentido amplo - que agregam todas as condições que são indispensáveis à realização do processo de transformação. O primeiro é o mais significativo, pois revela o tipo de trabalho a ser realizado e, conseqüentemente o tipo de relação entre o trabalhador e os meios de produção (CASTELLANOS, 1987).

Na Enfermagem, a elaboração de sistemas de classificação parte do pressuposto de que os membros da equipe de enfermagem utilizam um vocabulário técnico particular, denominado de linguagem especial da Enfermagem - uma modalidade de expressão do grupo, que incorpora os conceitos, abstratos ou concretos, utilizados em sua atividade profissional, que se deixam reunir em grupos estruturados de tal modo que cada um fica ali definido pelo lugar que ocupa, respectivamente à posição dos demais, formando redes de termos para classificação da prática profissional (NOBREGA; GARCIA, 2005).

Existem diversos benefícios verificados na padronização da linguagem de Enfermagem: fornecer linguagem unificada para comunicação entre os enfermeiros e

outros profissionais de saúde; promover o conhecimento de Enfermagem; permitir a documentação de informações; fornecer informações para o planejamento de recursos necessários à prática; facilitar a avaliação e favorecer a qualificação do cuidado; facilitar o ensino e a tomada de decisão clínica; facilitar a realização de estudos multicêntricos; padronizar uma linguagem para comunicar a função específica da Enfermagem (LUCENA; BARROS, 2005).

Para padronizar a linguagem de enfermagem, a profissão realizou diversas tentativas. A primeira ocorreu em 1929, quando Wilson desenvolveu um estudo para separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos; posteriormente, em 1953, Vera Fry identificou cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da Enfermagem e como foco para os diagnósticos de enfermagem (KELLY, 1985).

Em 1960, foi desenvolvido o modelo conceitual denominado os **21 problemas de Abdellah**, que descreve os objetivos terapêuticos da Enfermagem e seu desenvolvimento, e teve como focos principais as necessidades do cliente (terapêutica das necessidades) e os problemas de enfermagem (terapêutica de problemas), que eram os modelos vigentes na década de 1950 (GORDON, 1994).

Em 1966, Virgínia Henderson identificou uma **lista das 14 necessidades humanas básicas**, que compreende os componentes ou funções da Enfermagem. Essa classificação refere-se às áreas onde os problemas podem ocorrer e aplicam-se a qualquer ambiente. Podem servir de guia para a promoção da saúde e para a prestação de cuidados de enfermagem que devem ser dispensados ao paciente (HENDERSON, 1969).

Outra tentativa ocorreu em 1973, nos Estados Unidos da América (EUA), na St. Louis University, onde foi realizada a I Conferência do Grupo Norte-americano para a classificação de diagnósticos de Enfermagem, com o objetivo principal de identificar e classificar as condições diagnosticadas e tratadas pelas enfermeiras (LUCENA; BARROS, 2005). Posteriormente, esse grupo passou a ser chamado de Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnoses Association* – NANDA), denominada, a partir de 2001, de NANDA Internacional, que desenvolveu e apresentou à comunidade da área de Enfermagem, em 1988, a Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem, a qual vem sendo atualizada a cada dois anos (NANDA, 2010).

A partir do trabalho desenvolvido pela NANDA Internacional, surgiram, principalmente nos Estados Unidos e em outros países, vários outros sistemas de classificação de enfermagem, relacionados com os principais elementos de nossa prática: diagnósticos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem (SANTOS; NOBREGA, 2004).

Com o intuito de padronizar a linguagem na Enfermagem, diferentes sistemas de classificação foram desenvolvidos, além da Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification* - NOC), entre outras. Os diversos sistemas de classificação desenvolvidos no mundo, direcionados para as realidades e para as exigências locais, estavam voltados, na maioria das vezes, para a segunda etapa do processo de enfermagem – diagnóstico de enfermagem. Essa gama de classificações não fornecia meios práticos para agregar nem para comparar os dados (ALBUQUERQUE et al., 2006).

A despeito dos avanços alcançados, sentia-se que era preciso desenvolver um sistema que fosse baseado em uma linguagem unificada, partilhada no âmbito mundial, e cujos componentes expressassem os elementos da prática de enfermagem: o que as enfermeiras **fazem** (ações/intervenções de enfermagem), em face de determinadas **necessidades humanas** (diagnósticos de enfermagem), para produzir certos **resultados** (resultados de enfermagem) (ICN, 2005).

A existência desses vários sistemas de classificação para descrever a prática de enfermagem levou o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a partir de sugestão apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a acatar a ideia de coordenar e desenvolver um sistema de classificação internacional para sua prática que representasse a Enfermagem mundial (ICN, 2005).

A necessidade de desenvolver esse sistema de classificação internacional foi apresentada ao CIE durante a realização do Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul, na Coreia. As justificativas para sua elaboração foram vinculadas, inicialmente, à falta de um sistema de classificação da linguagem da profissão para que a Enfermagem pudesse contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, no gerenciamento de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle de seu próprio trabalho (NOBREGA, 2002).

Para os enfermeiros, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) representou um desejo de se ter uma classificação inerente à área, que representasse a prática e fosse conhecida e utilizada mundialmente, mas sensível às diversidades culturais; um sistema que contribuísse para unificar a linguagem e o cuidado prestado e, conseqüentemente, fortalecesse a Enfermagem como ciência e permitisse o seu desenvolvimento.

Trata-se de um sistema unificado da linguagem de Enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática, que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes. É considerada como um marco importante para articular a contribuição que a Enfermagem traz para a saúde e a atenção à saúde em todo o mundo (NOBREGA; GARCIA, 2005). Trata-se de um sistema unificado que contempla os fenômenos, as intervenções e os resultados de enfermagem como elementos primários de sua construção. Sua estrutura provê a representação de uma linguagem comum para melhor descrever a prática de enfermagem (MAZONI et al., 2010). Mas, para isso, deve ser incorporada à prática dos enfermeiros nos serviços de saúde.

Leal (2006) defende que só com uma linguagem própria os enfermeiros poderão comprovar que desempenham um papel tão importante na área dos cuidados de saúde. Para a referida autora, a ciência da Enfermagem já existe e continua a crescer e a fortalecer-se, porquanto resolve seus problemas, desenvolve um corpo de conhecimento através da reflexão sobre os problemas e a investigação e trabalha internacionalmente para desenvolver uma linguagem própria e que satisfaça, simultaneamente, a especificidade da profissão e os critérios de um sistema de classificação.

No ano de 2000, passou-se a considerar a CIPE<sup>®</sup> um programa oficial da área *Prática Profissional*, tida em conta como um dos pilares fundamentais do CIE. Em seus aspectos organizativos, a CIPE<sup>®</sup> envolve três conjuntos de atividades: pesquisa e desenvolvimento; coordenação e gerência; comunicação e *marketing*; e quatro metas estratégicas, entre as quais, as de mantê-la atualizada e de expandir seu uso no âmbito internacional (ICN, 2005). Seus objetivos, entre outros, é de identificar um vocabulário especial e desenvolver um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem (diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados), de modo a sistematizar uma linguagem específica que descreva essa prática, comparar dados, incentivar a pesquisa, auxiliar no ensino e projetar tendências das necessidades dos pacientes (ICN, 2005).

Com o trabalho de criar uma linguagem comum na Enfermagem, inicia-se a experiência de unir e ligar todos os enfermeiros do mundo inteiro para gerar resultados válidos, formando uma rede de intercomunicação e de pesquisa que pode oferecer à CIPE® um bom desenvolvimento. Por meio dessa rede integrada, a CIPE® é avaliada e analisada constantemente por peritos, pois se trata de instrumento dinâmico e em constante evolução, que contribui para o avanço da terminologia.

Ao longo dos anos, esse sistema de classificação evoluiu e foram desenvolvidas várias versões. A primeira, a Versão Alfa, foi divulgada em 1996; a Beta, em 1999; a Beta-2, em 2001; a 1.0, em 2005; a 1.1, em 2008; a 2.0, em 2009; e a mais recente, em 2011. Diferentes versões da CIPE® foram disponibilizadas, mas o processo de revisão e padronização da classificação só foi possível a partir da versão 1.0, que foi influenciada pela norma ISO 18.104:2003 – Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para Enfermagem (CUBAS et al., 2010).

A Organização Internacional de Normalização (*International Standardization Organization* - ISO) é um órgão não governamental, que promove a linguagem tecnológica comum, fruto do consenso entre especialistas de diversas áreas em diversos países. A ISO 18.104:2003 foi desenvolvida e aprovada como referencial de representação de diagnósticos e ações de Enfermagem para possível informatização, que pode integrar modelos e terminologias contidas em outros domínios, além da Enfermagem. Foi motivada porque se observou que o serviço realizava e documentava as práticas de enfermagem utilizando teorias e classificações diversas, que, muitas vezes, não correspondiam à sua realidade. Assim, a adoção de um modelo de referência não serve apenas para superar essas dificuldades, mas também para unificar a linguagem e integrar conceitos das diversas terminologias (CUBAS, 2010).

A ISO 18.104 facilita a comparação sistemática entre conceitos e termos de distintas classificações, por meio da análise de suas características e/ou atributos específicos. Uma de suas finalidades principais é de harmonizar as várias terminologias e as classificações de enfermagem atualmente utilizadas, como a CIPE® (NOBREGA; GARCIA, 2005). As padronizações são desenvolvidas para que haja mais eficiência e segurança no desenvolvimento e na confecção de produtos e serviços e facilitam o comércio, o compartilhamento de tecnologias, inovações e soluções para problemas entre os diversos países, com vistas a beneficiar consumidores, governantes e toda a sociedade mundial (CUBAS et al., 2010). As autoras acrescentam que a ISO 18.104 vem sendo utilizada, principalmente, como base para integração entre terminologias



distintas. E é verdade que a adequação da CIPE® à ISO e o seu constante desenvolvimento evitam ambiguidade e redundância na terminologia e aumentam seu potencial de uso.

A construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® é estimulada a partir da Versão 1.0, que além de ressaltar os benefícios de sua aplicação, em nível local, regional, nacional e internacional, e a sua contribuição para a prática, são também instrumentos de fácil acesso para os enfermeiros, que podem organizar e melhorar a sua prática, e contribuem para a unificação da linguagem de Enfermagem.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

### 4.1 Subconjunto terminológico da CIPE®

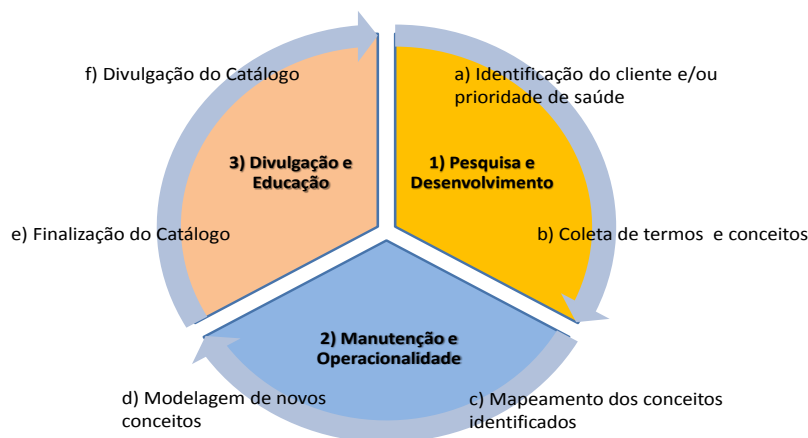
Na tentativa de expandir o conhecimento e a utilidade da CIPE®, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) incentivou enfermeiros do mundo todo a construir subconjuntos terminológicos da CIPE®, que são afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem já pré-elaboradas para áreas específicas do cuidado com a saúde, que irão subsidiar o cuidado prestado aos clientes, melhorar a qualidade e sistematizar a atenção prestada, aplicáveis à prática profissional em áreas de especialidade clínica, em serviços comunitários e em serviços de atenção básica de saúde (GARCIA et al., 2008). Esses subconjuntos também podem colaborar para atender às necessidades práticas na construção de manuais e sistemas de prontuário eletrônico e desenvolver um sistema de linguagem padronizado.

Para a elaboração de Catálogos CIPE®, o CIE recomendou, inicialmente, um processo que incluía dez passos: 1) identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a Enfermagem; 3) comunicar-se com o CIE para determinar se há outros grupos trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0 para compor as afirmativas; 5) identificar afirmativas adicionais através da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar ou validar as afirmativas do catálogo; 8) adicionar, excluir ou revisar as afirmativas do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do catálogo; 10) auxiliar o CIE na disseminação do catálogo (ICN, 2008).

Coenen e Kim (2010) apresentaram um novo método para o desenvolvimento dos subconjuntos, o qual envolve seis fases, distribuídas nos três componentes principais do ciclo de vida da terminologia CIPE®: (a) Pesquisa e desenvolvimento; (b) Manutenção e operações; e (c) Disseminação e ensino, como mostra a Figura 2.

**Figura 2** – Relacionamento entre o ciclo de vida da Terminologia CIPE® e o desenvolvimento de Subconjuntos terminológicos.

## Ciclo de Vida da Terminologia CIPE®



**Fonte:** Coenen; Kim (2010).

O componente “Pesquisa e desenvolvimento” da CIPE® é uma importante fonte para melhorar a terminologia, em que estão envolvidas a identificação do cliente e da prioridade de saúde e a coleta de termos e conceitos. Os clientes são classificados como os recebedores dos cuidados, que podem ser indivíduos, família ou comunidade. As prioridades de saúde incluem condições de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado e fenômeno de Enfermagem (ICN, 2005), e os estudos da coleta de termos e conceitos incluem a validação, a análise da cobertura do conteúdo semântico, a aplicação e a utilidade prática. Para desenvolver e melhorar essa terminologia constantemente, conta-se com a colaboração de outras terminologias e da família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O componente “Manutenção da Terminologia e Operações” é, geralmente, desenvolvido internamente pelo CIE. É um componente essencial do ciclo, mas, para apoiá-lo com sucesso, são necessárias melhorias das práticas e que esteja em consonância com as normas internacionais de terminologia. Para o desenvolvimento desse componente, seguem-se as seguintes fases: mapeamento dos conceitos identificados e modelagem de novos conceitos (ICN, 2008; COENEN; KIM, 2010).

O mapeamento dos conceitos pode ser realizado através de uma técnica chamada mapeamento cruzado. Mapeamento é um processo metodológico que liga palavras com sentido semelhante ou igual, por meio de um processo de tomada de decisão, com

estratégias indutivas ou dedutivas (MOORHEAD; DELANEY, 1997). É possível realizar comparações de diversos sistemas de classificações de forma sistemática.

Os novos conceitos podem ser constantemente remodelados e submetidos ao CIE para possível adição à CIPE<sup>®</sup>, remoção ou modificação. Podem ser adicionados diagnósticos ou intervenções de enfermagem que devem responder aos critérios de capacidade de argumentação, indicando o quando e por que esses dados poderiam ser reutilizados para análise. Esses termos podem ser modelados de acordo com as práticas e as necessidades dos serviços de saúde e permitem que os especialistas estejam comprometidos constantemente em melhorar a terminologia (COENEN; KIM, 2010).

O componente “Disseminação e Ensino” visa movimentar o ciclo de vida da Terminologia da CIPE<sup>®</sup> em ambientes de cuidados com a saúde, a fim de facilitar sua aplicação. Engloba estratégias internas e externas submetidas a julgamentos por peritos do mundo todo. Nesse momento do ciclo, há duas fases: finalizar o catálogo e disseminá-lo, para que seja entregue aos usuários um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> (ICN, 2008; COENEN; KIM, 2010).

O CIE estimula que os catálogos sejam divulgados para ser testados, validados em outros países e adaptados à realidade prática. A divulgação inclui apresentações em conferências profissionais e desenvolvimento de artigos, o que contribui para que a CIPE<sup>®</sup> se expanda.

Quando o enfermeiro utiliza os subconjuntos terminológicos da CIPE<sup>®</sup> não significa que está prestando um cuidado padronizado para todos os clientes que assiste, pois deve ser considerado que eles são seres únicos, e sua assistência deve ser individualizada. Mas é necessário que o enfermeiro conheça os diferentes tipos de ação que podem utilizar, quando estiverem atendendo a sua clientela.

Convém ressaltar que os catálogos não substituem o processo de raciocínio do enfermeiro, pois o parecer clínico e a tomada de decisão serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e às respectivas famílias e não podem ser substituídos por qualquer instrumento. Caso seja necessário, os enfermeiros podem utilizar um ou mais catálogos como instrumentos na documentação de sua prática (ICN, 2008). Nessa perspectiva, os catálogos surgem na tentativa de nortear a prática e são de fácil acesso para os enfermeiros no seu particular contexto de cuidados, para clientes com prioridades específicas de saúde. Depois de usá-lo, espera-se melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao fornecer dados sistemáticos acerca dos cuidados de saúde em todo o mundo.

O CIE acolhe a participação, em nível mundial, na elaboração de catálogos CIPE® e incentiva os enfermeiros nas áreas de cuidados clínicos ou organizações de especialidades a trabalharem com o CIE para desenvolver e testar catálogos para serem validados em nível mundial e divulgá-los para os enfermeiros em nível global. Os subconjuntos terminológicos da CIPE® estão destinados tanto a clientelas específicas (indivíduo, família e comunidade) quanto a prioridades de saúde – a promoção da adesão, o cuidado domiciliar para portadores de HIV/AIDS, o cuidado ambulatorial de portadores de câncer, a Enfermagem em saúde da família, a saúde da mulher, a incontinência urinária, a saúde mental de adolescentes do sexo feminino, entre outros (ICN, 2008).

O CIE já publicou, até o momento, cinco catálogos/subconjuntos para diferentes prioridades de saúde: o **Catálogo CIPE® para adesão ao tratamento** (diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos e famílias com risco ou dificuldade de aderência ao tratamento), o **Catálogo CIPE® para cuidados paliativos para morte digna**, o **Catálogo CIPE® para Enfermagem Comunitária**, o **Catálogo CIPE® de indicadores de resultados de enfermagem – C-HOBIC**, resultante de um projeto da Associação de Enfermeiros do Canadá, e o **Catálogo CIPE® para tratamento da dor pediátrica** (ICN, 2012).

No Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFPB, localizado no Brasil, já foram desenvolvidos quatro propostas de catálogos CIPE®, a saber: o **Catálogo CIPE® para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva** (ARAÚJO, 2009), o **Catálogo CIPE® para dor oncológica** (CARVALHO, 2009), o **Subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa idosa** (MEDEIROS, 2011) e o **Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde** (NOBREGA, 2012). Todos eles estão em fase de validação de conteúdo e clínica.

Estão em desenvolvimento um subconjunto terminológico da CIPE® para paciente diabético e a presente proposta de construção de um subconjunto terminológico para clientes submetidos à prostatectomia. Este último está sendo desenvolvido baseado em uma prioridade de saúde, relacionado às especialidades de cuidados clínicos destinados a uma clientela específica, recebedora do cuidado, que será homens submetidos à intervenção cirúrgica da próstata. O cuidado também se estende à sua família.

O CIE (2008) não estabelece um modelo teórico ou conceitual específico para a organização dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em um catálogo. A apresentação dos enunciados CIPE<sup>®</sup> (diagnósticos, resultados e intervenções) pode variar para diferentes catálogos e é determinada pelos enfermeiros que os elaboram. O presente catálogo embasa-se no Modelo Conceitual das Necessidades Humanas Básicas proposto por Horta, tendo em vista ser o referencial utilizado para a sistematização da assistência de enfermagem no cenário do estudo.

## 4.2 Tipo do Estudo

O presente estudo encontra-se inserido nos projetos de pesquisa “Subconjuntos terminológicos da CIPE<sup>®</sup> para áreas de especialidades clínicas e da atenção básica em saúde”, que vem sendo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB e no projeto “Sistematização da assistência do HULW/UFPB”, iniciado em 1997, que envolve uma contínua busca pelo pesquisar e discutir os prováveis e mais coerentes caminhos que devem guiar a implementação da assistência de enfermagem aos pacientes na Clínica Cirúrgica. Além disso, está contribuindo para a produção e publicação de pesquisas realizadas na área da sistematização da assistência na busca efetiva de uma assistência de qualidade para pacientes.

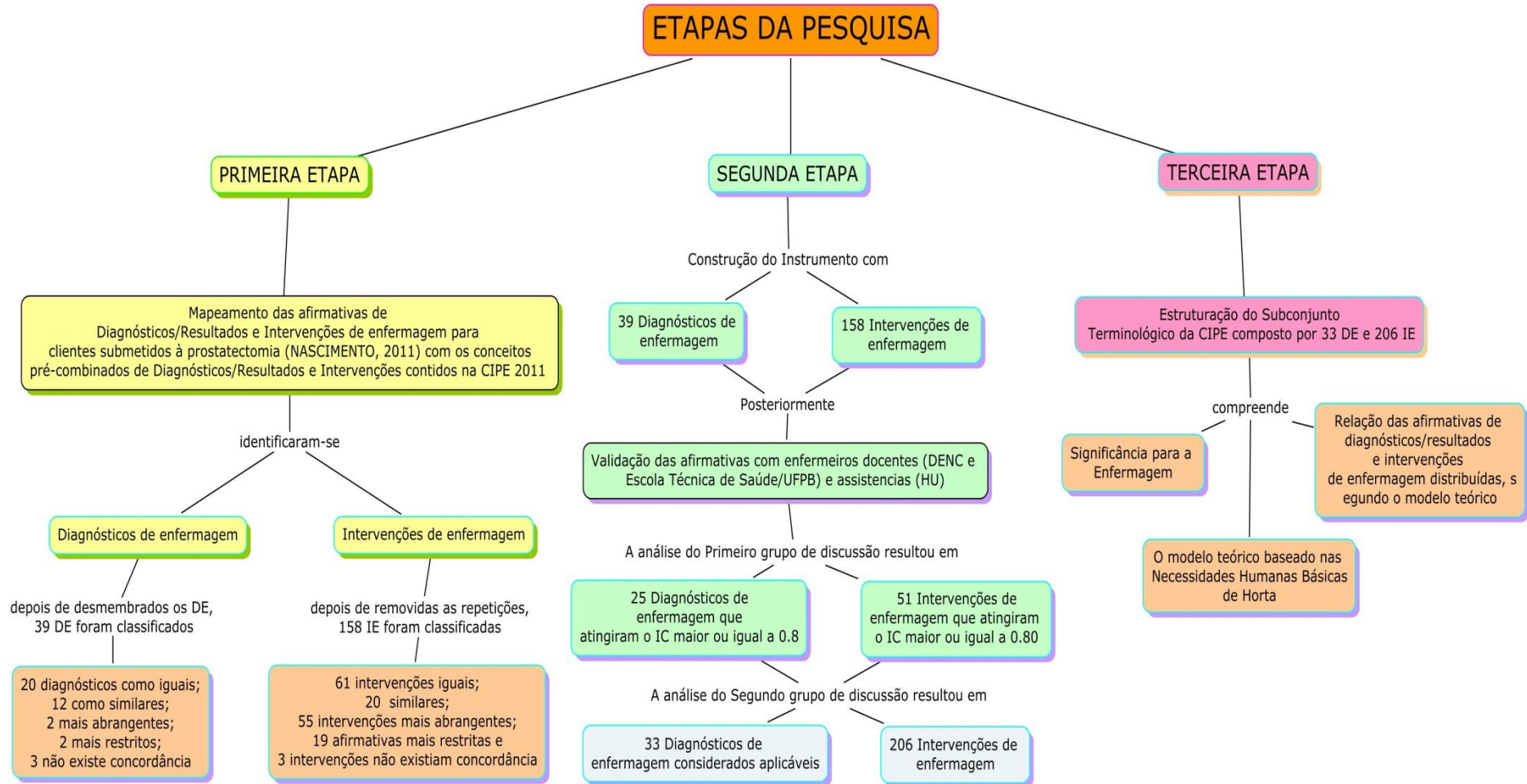
Neste estudo considera-se que o subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> é um instrumento tecnológico para a prática de enfermagem. Por este motivo considerou-se um estudo do tipo metodológico, que trata do desenvolvimento de instrumentos, da validação e da avaliação dos métodos de pesquisa. Neste tipo de estudo é indicado o uso de modelos com métodos mistos, atentando que os dados qualitativos e quantitativos irão fornecer uma contribuição no tocante à obtenção de diferentes tipos de informações (POLIT; BECK, 2011).

Para o seu desenvolvimento foram adotadas algumas das etapas preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermagem, que têm defendido o aperfeiçoamento do modelo divulgado, da mesma forma que têm incentivado a utilização de outros passos metodológicos para a criação de Subconjuntos Terminológicos (COENNEN; KIM, 2010). As etapas realizadas foram: 1) mapeamento das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com os conceitos pré-

combinados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem contidos na CIPE® Versão 2011; 2) validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia e mapeadas com a CIPE® 2011; e 3) estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados, tendo como base teórica as necessidades humanas básicas de Horta (Figura 2).

Antes de ser desenvolvido, o projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, do qual recebeu o parecer favorável segundo o CAAE 00866812.1.0000.5188 (ANEXO A), em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), para o desenvolvimento da pesquisa, e na Resolução COFEN nº. 311/2007 (COFEN, 2007).

**Figura 2 -** Percurso metodológico da pesquisa. João Pessoa - PB, 2012.





### 4.3 Etapas da pesquisa

#### 4.3.1 Mapeamento cruzado das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com os conceitos pré-combinados contidos na CIPE® Versão 2011

Mapeamento é processo de explicar ou expressar algo usando palavras com significado similar ou com o mesmo significado para determinar equivalência semântica, e com isso é possível comparar dados de vários sistemas de classificação (COENEN et al., 1997).

O Mapeamento é um procedimento metodológico que visa o fornecimento de uma explicação acerca de algo que ainda não se dispõe e que pode ser obtida a partir de traduções, determinação de semelhanças e diferenças entre termos, análise de dados em diferentes níveis de abstração ou através de um processo envolvendo três fases distintas (obtenção de uma listagem de termos, ligação entre os termos procurando pelos mais apropriados e agrupamento dos novos termos) (COENEN et al., 1997; DELANEY; MOORHEAD, 1997). As regras para sua realização podem ser estabelecidas no decorrer do estudo (LUCENA; BARROS, 2005). A viabilidade desse procedimento foi demonstrada em diversos estudos anteriores (NOBREGA et al., 2003; COENEN et al., 1997; CHIANCA, 2003; LUCENA; BARROS, 2005; GOOSEN, 2006; HYUN; PAR, 2002; MOORHEAD; DELANEY, 1997).

O mapeamento cruzado foi realizado no período de maio a junho de 2012, utilizando as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pacientes prostatectomizados construídas e validadas por enfermeiros assistenciais e docentes atuantes na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB, desenvolvidas pelo estudo de Nascimento (2009) (ANEXO B). Foram construídos no referido estudo, 38 diagnósticos de enfermagem e 210 intervenções de enfermagem, que, após terem sido retiradas as repetições e feito o desmembramento da afirmativa *Sono e Repouso prejudicado* em duas afirmativas, resultaram em 39 diagnósticos de enfermagem e 158 intervenções de enfermagem, que foram classificadas de acordo com as necessidades humanas básicas de Horta, o que possibilitou reconhecer as necessidades e o perfil da clientela. Essas afirmativas foram cruzadas com os conceitos pré-combinados da CIPE® 2011.

Para a construção dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, levou-se em consideração o Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB (NORAT et al., 2009), e o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0. Na referida Clínica, foram desenvolvidas afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem, relacionadas às necessidades dos clientes hospitalizados que se submeteram à prostatectomia, utilizando o Modelo de Sete Eixos da CIPE® (NASCIMENTO, 2009). Além disso, foi possível adicionar afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem identificadas na literatura da área como também nos conceitos pré-combinados da CIPE® Versão 2011.

Para executar essa técnica, foram adotados os seguintes procedimentos: 1) estabeleceu-se a construção de regras para o mapeamento, com base na literatura sobre Enfermagem; e 2) cruzaram-se as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem construídas no estudo com os conceitos pré-combinados da CIPE® 2011.

No primeiro momento, foram estabelecidas as regras para o mapeamento cruzado: 1) colocaram-se em ordem alfabética todas as afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem do estudo desenvolvido por Nascimento (2009); 2) retiraram-se as repetições das afirmativas; 3) criaram-se planilhas específicas no *Excel for Windows* para as afirmativas de diagnósticos/resultados e para as afirmativas de intervenções de enfermagem; e 4) criaram-se planilhas para os conceitos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem contidos na CIPE® 2011. Utilizaram-se também como regras algumas das recomendações do CIE: os termos ou conceitos identificados devem estar dentro do domínio da Enfermagem; devem ser utilizados e úteis na prática profissional; e tenham uma descrição do conceito, a qual não deve ser redundante com outros conceitos da CIPE® (ICN, 2011).

As afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem construídas no estudo de Nascimento (2009) e os conceitos pré-combinados, constantes na CIPE® 2011, foram incluídos em duas planilhas diferentes do *Excel for Windows*, em ordem alfabética. Essas planilhas foram cruzadas, utilizando-se o Programa *Access for Windows*, o que implicou a ligação das afirmativas construídas no estudo de Nascimento (2009) com os conceitos pré-combinados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® 2011. Assim, identificaram-se as afirmativas

constantes e as não constantes nessa terminologia. No segundo momento, procedeu-se a análise das afirmativas identificadas como não constantes, empregando-se os critérios propostos por Leal (2006), que estabelece se o termo da CIPE<sup>®</sup> é **igual** ao conceito pré-combinado existente na CIPE<sup>®</sup>; se é **similar** ao termo usado na nomenclatura, quando não existe concordância da grafia do conceito, mas o seu significado é idêntico; se uma afirmativa é **mais abrangente**, quando a afirmativa construída tem um significado maior do que o conceito pré-combinado existente na CIPE<sup>®</sup>, se é **mais restrita**, quando a afirmativa construída tem um significado menor do que o conceito pré-combinado existente na CIPE<sup>®</sup>; ou **não existe concordância**, quando as afirmativas construídas são totalmente diferentes dos conceitos pré-combinado existente na CIPE<sup>®</sup>.

Para as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem consideradas similares e mais abrangentes, optou-se pela utilização da denominação constante na CIPE<sup>®</sup> 2011.

#### **4.3.2 Validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem**

Depois do mapeamento das afirmativas, as mesmas foram submetidas ao processo de validação de conteúdo por enfermeiros que atuam na área cirúrgica. Para a validação, foi empregado um instrumento com afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidas para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia, no pós-operatório imediato e mediato, período em que o paciente fica internado na clínica. Esse instrumento estava estruturado de acordo com as necessidades humanas básicas que Horta, disposto com espaços para concordância ou discordância das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para o cliente prostatectomizado (APÊNDICE A).

Em consonância com os princípios éticos, foi entregue uma carta aos participantes da pesquisa, em que se esclareciam os objetivos do estudo, o sigilo dos dados e a participação voluntária. Solicitou-se que os enfermeiros assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), para que tivessem conhecimento da pesquisa e soubessem que poderiam desistir de participar dela, caso desejassem, sem sofrer danos ou prejuízos.

A população do estudo foi formada por 15 enfermeiros docentes do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) e da Escola Técnica de Enfermagem da UFPB e, por enfermeiros assistenciais do HULW/UFPB, que atuam na Clínica Cirúrgica, e que concordaram em participar da pesquisa.

A validação foi realizada, no período de agosto a outubro de 2012, por dois grupos de participantes, em dois momentos. Do primeiro grupo, participaram 15 enfermeiros, que analisaram e preencheram o instrumento e julgaram se essas afirmativas eram aplicáveis ou não à clientela, segundo a sua prática profissional. Em caso de discordância, ou quando julgasse necessário, o respondente poderia sugerir alterações. No segundo momento, realizou-se um grupo de discussão formado por quatro enfermeiros, que avaliaram as respostas do primeiro grupo. Eles puderam sugerir que fossem inseridas ou removidas afirmativas que não haviam sido contempladas. Os dados foram coletados por meio de questionários individuais, tabulados e analisados em um banco de dados. Para isso, foi empregado o programa computacional *Excel for Windows*. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas. Foram consideradas aplicáveis as que obtiveram o Índice de Concordância (IC) maior ou igual a 0.80 calculado pela fórmula indicada por Batista (1977):

$$\frac{\text{Número de concordância}}{\text{Número de concordância} + \text{Número de discordâncias}} \times 100$$

As afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que foram validadas pelos enfermeiros, ou seja, que alcançaram o IC de 0.80, foram utilizadas para a estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE®.

#### **4.3.3 Estruturação do subconjunto terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados**

A terceira etapa, realizada em novembro de 2012, consistiu na estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE®, que foi concluído incluindo: 1) a significância para a Enfermagem; 2) o modelo teórico utilizado que foi baseado na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas de Horta; e 3) a relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas, segundo o modelo teórico.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão foram analisados e discutidos os resultados encontrados no estudo, referente ao processo de mapeamento cruzado, a validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem e a estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados.

### 5.1 Mapeamento das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com os conceitos da CIPE® Versão 2011

As afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem, presentes no estudo de Nascimento (2009), foram mapeadas com os conceitos pré-combinados da CIPE® que levaram a identificação de 20 afirmativas constantes e 19 não constantes. As 19 afirmativas não constantes foram classificadas como sendo 12 **similar**, 2 **mais abrangente**, 2 **mais restrito**, e 3 **não existe concordância** aos conceitos usados na CIPE® 2011. Ao final desse processo utilizou-se a denominação constante na CIPE® para as afirmativas **similares** e mais abrangentes, as quais passaram a ser consideradas como constantes nesta classificação, resultando em 34 afirmativas constantes e 5 não constantes (Quadro 01).

**Quadro 01** – Classificação das afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia após mapeamento com os conceitos da CIPE® 2011. João Pessoa- PB, 2012.

DE Nascimento (2009)	Diagnósticos da CIPE® 2011	Análise	Classificação
1. Bem estar prejudicado	-----	Não existe concordância	Não constante
2. Bem-estar espiritual prejudicado	-----	Não existe concordância	Não constante
3. Aceitação do estado de saúde	Aceitação do estado de saúde	Igual	Constante
4. Deambulação prejudicada	Andar prejudicado	Similar	Constante
5. Angústia devido à impotência	Angústia por impotência sexual	Similar	Constante

<b>DE Nascimento (2009)</b>	<b>Diagnósticos da CIPE® 2011</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
6. Ansiedade	Ansiedade	Igual	Constante
7. Apetite prejudicado	Apetite prejudicado	Igual	Constante
8. Baixo conhecimento sobre a cirurgia	Baixo conhecimento sobre a cirurgia	Igual	Constante
9. Baixo conhecimento sobre o cuidado da ferida	Baixo conhecimento sobre o cuidado com a ferida	Igual	Constante
10. Fadiga	Cansaço	Similar	Constante
11. Relação sexual prejudicada	Comportamento sexual problemático	Não existe concordância	Não constante
12. Defecação prejudicada	Defecação prejudicada	Igual	Constante
13. Autocuidado prejudicado	Déficit no autocuidado	Similar	Constante
14. Dor por ferida operatória	Dor na ferida cirúrgica	Similar	Constante
15. Eliminação urinária prejudicada	Eliminação urinária prejudicada	Igual	Constante
16. Sofrimento espiritual	Estado espiritual prejudicado	Mais restrito	Não constante
17. Ferida cirúrgica contaminada	Ferida cirúrgica	Mais abrangente	Constante
18. Ferida cirúrgica limpa	Ferida cirúrgica limpa	Igual	Constante
19. Higiene corporal prejudicada	Higiene corporal prejudicada	Igual	Constante
20. Ingestão alimentar deficiente	Ingestão de alimentos deficiente	Similar	Constante
21. Ingestão de líquido diminuída	Ingestão de líquidos diminuída	Igual	Constante
22. Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele prejudicada	Igual	Constante
23. Integridade tissular prejudicada	Integridade dos tecidos prejudicada	Similar	Constante
24. Capacidade diminuída para executar auto-higiene	Capacidade para realizar o autocuidado prejudicada	Similar	Constante
25. Eliminação de líquido prejudicada	Eliminação prejudicada	Mais restrito	Não constante
26. Processo do sistema urinário prejudicado	Padrão de eliminação urinária prejudicado	Mais abrangente	Constante
27. Mobilidade no leito prejudicada	Mobilidade no leito prejudicada	Similar	Constante
28. Padrão de eliminação prejudicado	Padrão de eliminação prejudicado	Igual	Constante
29. Pele seca	Pele seca	Igual	Constante
30. Perda sanguínea moderada	Perda sanguínea moderada	Igual	Constante
31. Perfusão dos tecidos deficiente	Perfusão dos tecidos ineficaz	Similar	Constante

<b>DE Nascimento (2009)</b>	<b>Diagnósticos da CIPE® 2011</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
32. Recuperação do estado de saúde esperado	Recuperação da saúde esperada	Igual	Constante
33. Repouso prejudicado	Repouso prejudicado	Igual	Constante
34. Risco de crise familiar	Risco de crise familiar	Igual	Constante
35. Risco de infecção	Risco de infecção	Igual	Constante
36. Risco de sangramento	Risco de processo hemorrágico	Similar	Constante
37. Risco de úlcera por pressão	Risco de úlcera por pressão	Igual	Constante
38. Risco para volume de líquidos aumentado	Risco de volume de líquidos excessivo	Similar	Constante
39. Sono prejudicado	Sono prejudicado	Igual	Constante

Em seguida, as 39 afirmativas de diagnósticos foram classificadas por necessidades humanas básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais), conforme demonstrado no Quadro 02.

**Quadro 2** – Classificação das afirmativas de diagnósticos de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia segundo os níveis das necessidades humanas básicas de Horta. João Pessoa- PB, 2012.

<b>Necessidades Humanas Básicas – Horta</b>	<b>Afirmativas DE/RE</b>
<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	
Oxigenação	Perfusão dos tecidos ineficaz
Hidratação	Ingestão de líquido diminuída Risco de volume de líquidos excessivo
Nutrição	Apetite prejudicado Ingestão de alimentos deficiente
Eliminação	Defecação prejudicada Eliminação urinária prejudicada Eliminação de líquido prejudicada Padrão de eliminação prejudicado Perda sanguínea moderada Padrão de eliminação urinária prejudicado
Sono e repouso	Sono prejudicado Repouso prejudicado
Sexualidade	Relação sexual prejudicada
Mecânica corporal	Mobilidade no leito prejudicada Cansaço
Cuidado corporal	Capacidade diminuída para realizar o autocuidado Déficit no autocuidado Higiene corporal prejudicada



<b>Necessidades Humanas Básicas – Horta</b>	<b>Afirmativas DE/RE</b>
Integridade cutânea mucosa	Ferida cirúrgica contaminada Ferida cirúrgica limpa Integridade da pele prejudicada Integridade dos tecidos prejudicada Pele seca Risco de úlcera por pressão
Regulação imunológica	Risco de infecção
Regulação vascular	Risco de processo hemorrágico
Locomoção	Andar prejudicado
Percepção dolorosa	Dor na ferida operatória
<b>Necessidades Psicossociais</b>	
Segurança	Angústia devido à impotência sexual Ansiedade Risco de crise familiar
Aprendizagem (Educação à saúde)	Baixo conhecimento sobre o cuidado da ferida Baixo conhecimento sobre a cirurgia
Aceitação	Aceitação do estado de saúde
Autorrealização	Bem-estar prejudicado
Terapêutica	Recuperação da saúde esperada
<b>Necessidades Psicoespirituais</b>	
Necessidade religiosa ou teológica	Bem-estar espiritual prejudicado Sofrimento espiritual

As 158 afirmativas de intervenções de enfermagem também foram mapeadas com os conceitos da CIPE® que levaram a identificação de 61 afirmativas constantes e 97 não constantes. As 97 afirmativas não constantes foram classificadas como sendo: 19 **similares**; 54 **mais abrangentes**; 20 **mais restritas**; e 7 **não existiam concordância** com a CIPE®. Para as afirmativas **similares** e mais abrangentes utilizou-se a denominação constante na CIPE®, resultando em 132 afirmativas constantes e 26 não constantes, conforme apresentado no Quadro 03.

**Quadro 3** – Classificação das afirmativas de intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia após mapeamento com os conceitos da CIPE® 2011. João Pessoa-PB, 2012.

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
1. Administrar oxigenoterapia	Implementar oxigenoterapia	Similar	Constante
2. Assegurar uma ingestão nutricional adequada	Assegurar ingestão nutricional adequada	Igual	Constante
3. Assistir ao cliente até que possa realizar o autocuidado independente.	Assistir o cliente.	Mais abrangente	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
4. Assistir na deambulação	Assistir na deambulação	Igual	Constante
5. Assistir na escovação e enxague da boca.	Assistir a cuidar da higiene	Mais abrangente	Constante
6. Assistir o cliente a alimentar-se	Assistir o cliente na alimentação	Igual	Constante
7. Assistir o cliente a deambular em intervalos de tempo intermitentes.	Assistir o cliente a deambular	Mais abrangente	Constante
8. Assistir o cliente a ficar de pé e andar.	Assistir o cliente a erguer-se e andar	Similar	Constante
9. Assistir o cliente a sentar-se na cama para ajustar o corpo.	Assistir o cliente a sentar-se	Mais abrangente	Constante
10. Assistir o cliente na alimentação e higiene corporal	Assistir o cliente na alimentação e cuidar da higiene pessoal	Similar	Constante
11. Aumentar a ingestão de líquidos	Aumentar a ingestão de líquidos	Igual	Constante
12. Auscultar os ruídos respiratórios.	Auscultar respiração	Similar	Constante
13. Auxiliar o cliente no controle do sono diurno.	Assistir no controle do sono	Mais abrangente	Constante
14. Avaliar a cicatrização	Avaliar a cicatrização da ferida	Mais restrito	Não constante
15. Avaliar a dor quanto a posição, frequência e duração.	Avaliar a dor	Mais abrangente	Constante
16. Avaliar a ferida cirúrgica	Avaliar a ferida	Mais abrangente	Constante
17. Avaliar a ferida cirúrgica quanto a presença de sinais de infecção	Monitorizar os sinais e sintomas de infecção	Mais abrangente	Constante
18. Avaliar a frequência das defecações e suas características.	Monitorizar padrão de eliminação intestinal	Mais abrangente	Constante
19. Avaliar a higiene pessoal.	Avaliar a capacidade para cuidar da higiene pessoal	Mais restrito	Não constante
20. Avaliar a pele	Avaliar a integridade da pele	Mais restrito	Não constante
21. Avaliar a pele e as mucosas orais.	Avaliar pele e mucosa oral	Igual	Constante
22. Avaliar a presença de edema no corpo.	Avaliar a presença de edema	Igual	Constante
23. Avaliar o ambiente	Avaliar o ambiente	Igual	Constante
24. Avaliar o edema do cliente	Avaliar o edema do cliente	Igual	Constante
25. Avaliar o controle da dor	Avaliar o controle da dor	Igual	Constante
26. Avaliar o estado nutricional	Avaliar o estado nutricional	Igual	Constante
27. Avaliar o local da ferida cirúrgica	Avaliar a ferida cirúrgica	Igual	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
28. Avaliar o número de evacuações e as suas características	Avaliar o estado gastrointestinal	Mais abrangente	Constante
29. Avaliar os locais de inserção de dispositivos.	Cuidar do local da inserção do dispositivo invasivo	Mais restrito	Não constante
30. Avaliar perfusão dos tecidos.	Avaliar a perfusão tecidual	Igual	Constante
31. Avaliar úlcera por pressão a cada troca de curativo	Realizar cuidados com a úlcera por pressão	Mais restrito	Não constante
32. Controlar a ingestão de líquidos e a terapia eletrolítica	Controlar a ingestão de líquidos	Mais restrito	Não constante
33. Controlar a ingestão e a eliminação de líquidos.	Controlar a ingestão de líquidos e a eliminação de líquidos.	Igual	Constante
34. Controlar a terapia por via intravenosa	Monitorizar o acesso intravenoso	Mais abrangente	Constante
35. Controlar as eliminações urinárias quanto ao volume e características.	Monitorizar padrão de eliminação intestinal	Mais abrangente	Constante
36. Conversar a respeito do conhecimento do cliente sobre a necessidade de ingestão de líquidos	Conversar sobre conhecimento da necessidade de ingestão de líquidos.	Similar	Constante
37. Cuidar dos locais de inserção de dispositivos.	Cuidar do local da inserção do dispositivo invasivo	Igual	Constante
38. Desenvolver construção da autoimagem, técnicas de relaxamento e técnica de <i>biofeedback</i>	Desenvolver a autoimagem e técnica de relaxamento.	Mais abrangente	Constante
39. Elogiar o cliente e/ou prestador de cuidados sobre o progresso na recuperação da saúde.	Elogiar o cliente/prestador de cuidados sobre a sua recuperação.	Similar	Constante
40. Encaminhar para o processo de intervenção psicológica.	Encaminhar para serviços especializados	Mais abrangente	Constante
41. Encorajar o andar independente, estabelecendo limites seguros.	Encorajar o andar independente.	Mais abrangente	Constante
42. Encorajar o cliente/ família para continuidade de cuidados com a pele no domicílio.	Assegurar a continuidade de cuidados	Mais abrangente	Constante
43. Encorajar o cliente/ família para continuidade de cuidar da higiene no domicílio.	Assegurar a continuidade de cuidados	Mais abrangente	Constante
44. Ensinar ao cliente técnica de relaxamento	Ensinar o cliente técnica de relaxamento	Igual	Constante
45. Escutar com atenção o cliente.	Escutar o cliente	Mais abrangente	Constante
46. Estabelecer a confiança	Estabelecer a confiança	Igual	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
47. Estabelecer um plano para controle da dor e avaliar frequentemente.	Estabelecer um plano de cuidados para a dor e avaliar	Similar	Constante
48. Estabelecer uma relação de confiança com o cliente.	Estabelecer a confiança com o cliente	Similar	Constante
49. Estimular a cuidar da higiene	Estimular a higiene pessoal	Similar	Constante
50. Estimular a deambulação	Estimular a deambulação	Igual	Constante
51. Estimular a hidratação.	Estimular a hidratação	Igual	Constante
52. Estimular a ingestão de alimentos	Estimular a ingestão de alimentos	Igual	Constante
53. Estimular a ingestão de líquidos.	Estimular a ingestão de líquidos	Igual	Constante
54. Estimular a participação da família na recuperação do indivíduo.	Estimular a presença da família na recuperação do cliente	Igual	Constante
55. Estimular ao cliente a comunicação de sua ansiedade.	Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos	Mais abrangente	Constante
56. Estimular o autocuidado independente.	Estimular o autocuidado independente	Igual	Constante
57. Estimular o cliente na participação do autocuidado conforme capacidade	Estimular o autocuidado	Mais abrangente	Constante
58. Estimular para alterar de posição.	Posicionar o doente	Mais restrito	Não constante
59. Evitar massagem	Evitar massagem	Igual	Constante
60. Examinar a mucosa oral	Examinar a mucosa oral	Igual	Constante
61. Examinar a pele	Examinar a pele	Igual	Constante
62. Executar a higiene corporal e do couro cabeludo na cama.	Ajudar com a higiene	Mais abrangente	Constante
63. Explicar a família o cansaço.	Explicar à família o cansaço	Igual	Constante
64. Explicar ao cliente sobre o processo sexual após a cirurgia.	-----	Não existe concordância	Não constante
65. Explicar ao cliente sobre o risco de barreiras no processo sexual após a cirurgia.	-----	Não existe concordância	Não constante
66. Explicar cuidados com ostomias, pele e lateralidade.	Cuidar da pele	Mais restrito	Não constante
67. Fazer massagem na pele	Fazer massagem na pele	Igual	Constante
68. Gerir a segurança do ambiente	Gerir a segurança do ambiente	Igual	Constante
69. Hidratar a pele	Hidratar a pele	Igual	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
70. Identificar a perda sanguínea	Identificar a perda sanguínea	Igual	Constante
71. Identificar as dificuldades relacionadas com a alimentação	Identificar o comprometimento alimentar	Similar	Constante
72. Identificar o que determina o cansaço.	Identificar o cansaço	Mais abrangente	Constante
73. Implementar técnica asséptica	Implementar técnica asséptica	Igual	Constante
74. Incentivar a presença de familiares junto ao cliente	Incentivar a presença dos familiares junto ao cliente	Igual	Constante
75. Informar ao cliente ou prestador de cuidados a necessidade do regime dietético para recuperação da saúde.	Ensinar a família sobre o regime dietético	Mais restrito	Não constante
76. Informar sobre o regime de tratamento.	Ensinar sobre o regime de tratamento	Mais abrangente	Constante
77. Instruir o cliente para a ingestão de líquidos.	Ensinar sobre o consumo de líquidos	Mais restrito	Não constante
78. Manter a pele limpa e seca.	Manter a pele limpa e seca	Igual	Constante
79. Manter acesso intravenoso.	Manter o acesso intravenoso	Igual	Constante
80. Manter as vias aéreas ventiladas.	Monitorizar obstrução de vias aéreas	Mais abrangente	Constante
81. Manter repouso na cama durante perda sanguínea.	Encorajar o repouso	Mais restrito	Não constante
82. Medir a circunferência abdominal diariamente em jejum	-----	Não existe concordância	Não constante
83. Medir drenos.	Avaliar tubos e drenos	Mais abrangente	Constante
84. Medir o débito de urina	Medir as eliminações urinárias	Similar	Constante
85. Monitorizar a dor após ofertar o medicamento.	Gerir a dor	Mais abrangente	Constante
86. Monitorizar a ingestão alimentar.	Monitorizar a ingestão alimentar	Igual	Constante
87. Monitorizar a ingestão e eliminação de líquidos.	Monitorizar a ingestão de líquidos	Mais abrangente	Constante
88. Monitorizar a temperatura e a frequência respiratória	Monitorar sinais vitais	Mais abrangente	Constante
89. Monitorizar a terapia eletrolítica.	-----	Não existe concordância	Não constante
90. Monitorizar complicações no padrão de mobilidade.	Avaliar o padrão de mobilidade	Mais abrangente	Constante
91. Monitorizar comprometimento na deambulação	Monitorizar comprometimento na deambulação	Igual	Constante
92. Monitorizar diarreia	Monitorizar a diarreia	Igual	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
93. Monitorizar o balanço de fluídos	Monitorizar o balanço de líquidos	Similar	Constante
94. Monitorizar o padrão das eliminações intestinais, inclusive frequência e características das fezes.	Monitorizar padrão de eliminação intestinal	Mais abrangente	Constante
95. Monitorizar o padrão do sono	Monitorizar o sono	Similar	Constante
96. Monitorizar o status nutricional.	Avaliar o estado nutricional	Mais restrito	Não constante
97. Monitorizar o status psicológico do indivíduo.	Avaliar o estado psicológico	Mais restrito	Não constante
98. Monitorizar os ruídos dos movimentos intestinais.	Auscultar movimentos intestinais	Similar	Constante
99. Monitorizar os sinais vitais	Monitorizar os sinais vitais	Igual	Constante
100. Monitorizar regiões corporais secas.	Avaliar a integridade da pele	Mais abrangente	Constante
101. Monitorizar sinais e sintomas de infecção da ferida	Monitorizar sinais e sintomas de infecção	Mais abrangente	Constante
102. Monitorizar temperatura e sinais vitais	Monitorar sinais vitais	Mais abrangente	Constante
103. Observar a presença de lesões no corpo do cliente.	Avaliar a integridade da pele	Mais abrangente	Constante
104. Observar a tristeza, raiva, medo, ansiedade, nervosismo e solidão, buscando dar apoio emocional.	-----	Não existe concordância	Não constante
105. Observar e registrar a presença de sangue	Observar perda sanguínea	Mais abrangente	Constante
106. Observar os fatores que dificultam o sono (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto).	Observar o comprometimento do sono	Mais abrangente	Constante
107. Oferecer apoio emocional	Oferecer apoio emocional	Igual	Constante
108. Oferecer apoio emocional ao casal.	Oferecer apoio emocional	Mais abrangente	Constante
109. Oferecer apoio para diminuir ansiedade	Oferecer apoio emocional	Mais abrangente	Constante
110. Oferecer informações ao prestador de cuidados sobre a dor, tempo e duração, quando necessário.	Ensinar sobre gestão da dor	Mais abrangente	Constante
111. Oferecer informações sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.	Avaliar o conhecimento sobre cuidados e cicatrização da ferida	Mais restrito	Não constante
112. Oferecer pequenas refeições frequentes.	-----	Não existe concordância	Não constante
113. Orientar a família e o cliente para estimular o	Orientar sobre o autocuidado com a pele	Mais abrangente	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
autocuidado			
114. Orientar a família e o cliente para sinais e sintomas de infecção.	Monitorizar sinais e sintomas de infecção	Mais abrangente	Constante
115. Orientar a lavagem do couro cabeludo.	Orientar a lavar o couro cabeludo	Igual	Constante
116. Orientar a presença da família no regime de tratamento.	Orientar a presença da família no regime de tratamento	Igual	Constante
117. Orientar ao cliente cuidar da higiene pessoal e da cavidade oral.	Orientar o cliente quanto à higiene pessoal e da cavidade oral	Igual	Constante
118. Orientar ao prestador de cuidados para o repouso para o cliente.	Encorajar o repouso	Mais abrangente	Constante
119. Orientar ao prestador de cuidados para realizar movimento articular passivo na cama	Auxiliar no movimento articular passivo	Mais restrito	Não constante
120. Orientar o cliente e/ou prestador de cuidados para manter o cuidado da higiene	Orientar a família e o cliente para a higiene pessoal	Similar	Constante
121. Orientar o cliente para ensaboar a ferida.	Orientar sobre o tratamento de feridas	Mais abrangente	Constante
122. Orientar o cliente para manter repouso.	Orientar o cliente para o repouso	Igual	Constante
123. Orientar o cliente sobre a cirurgia.	Orientar o cliente sobre a cirurgia	Igual	Constante
124. Orientar o cliente/ prestador de cuidados quanto aos nutrientes para recuperação da saúde.	Ensinar sobre o padrão alimentar	Mais abrangente	Constante
125. Orientar o cuidado com a ferida.	Orientar sobre o tratamento de feridas	Similar	Constante
126. Orientar para a importância do regime dietético para recuperação da saúde	Ensinar a família sobre o regime dietético	Mais restrito	Não constante
127. Orientar para alteração no comportamento sexual.	Orientar sobre o comportamento sexual	Mais abrangente	Constante
128. Orientar para limpeza das unhas.	Orientar para limpeza das unhas	Igual	Constante
129. Orientar quanto a importância da alimentação	Ensinar sobre o padrão alimentar	Mais abrangente	Constante
130. Orientar repouso na cama.	Encorajar o repouso	Similar	Constante
131. Orientar sobre a cirurgia e anestesia	Orientar sobre a cirurgia e o efeito da anestesia	Igual	Constante
132. Orientar uso de creme de hidratação.	Orientar a hidratação da pele	Mais abrangente	Constante
133. Permitir sono e repouso adequados para alívio da dor	Permitir sono e repouso adequados	Mais abrangente	Constante

<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
134. Pesar o cliente.	Pesar o paciente	Igual	Constante
135. Pesquisar a necessidade de aprendizagem do cliente	Avaliar o conhecimento	Mais abrangente	Constante
136. Pesquisar as barreiras para eliminação urinária.	Pesquisar comprometimento para eliminação urinária	Similar	Constante
137. Pesquisar comprometimento na mastigação.	Pesquisar comprometimento na mastigação	Igual	Constante
138. Pesquisar percepção sensorial diminuída	Observar alteração da percepção	Mais abrangente	Constante
139. Planejar a ingestão de líquidos.	Planejar a ingestão de líquidos	Igual	Constante
140. Prevenir choque	Prevenir choque	Igual	Constante
141. Prevenir lesões na pele.	Prevenir lesões	Similar	Constante
142. Prevenir úlcera por pressão	Prevenir úlcera por pressão	Igual	Constante
143. Procurar apoio espiritual.	Providenciar apoio espiritual	Mais abrangente	Constante
144. Promover redução de estresse.	Promover a diminuição do estresse	Igual	Constante
145. Promover sono adequado, alívio da dor, apoio emocional	Promover sono adequado	Mais restrito	Não constante
146. Proporcionar a ingestão de líquidos	Oferecer líquidos	Similar	Constante
147. Proteger a pele de infecção.	Monitorizar os sinais e sintomas de infecção	Mais abrangente	Constante
148. Providenciar medidas de alívio da dor/desconforto	Implementar linhas de orientação face à dor	Mais abrangente	Constante
149. Providenciar privacidade	Providenciar privacidade	Igual	Constante
150. Realizar tratamento de feridas	Realizar tratamento de feridas	Igual	Constante
151. Registrar a ingestão de líquidos e eliminação de líquidos	Registrar a ingestão de líquidos e eliminação de líquidos	Igual	Constante
152. Restringir a ingestão de líquidos.	Restringir a ingestão de líquidos	Igual	Constante
153. Solicitar o serviço de fisioterapia	Referenciar para fisioterapia	Mais abrangente	Constante
154. Solicitar o serviço de Nutrição	Solicitar o Serviço de Nutrição	Igual	Constante
155. Solicitar serviço para o apoio emocional	Providenciar apoio emocional	Mais abrangente	Constante
156. Supervisionar a pele	Monitorizar a pele	Similar	Constante
157. Verificar o local da ferida cirúrgica	Verificar o local da cirurgia e a lateralidade	Mais restrito	Não constante



<b>Intervenção NASCIMENTO (2009)</b>	<b>Intervenções CIPE®</b>	<b>Análise</b>	<b>Classificação</b>
158. Verificar se o cliente possui material para cuidar da higiene pessoal	-----	Não existe concordância	Não constante

A partir do mapeamento e categorização das afirmativas obtiveram-se como resultado 39 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e 158 de intervenções de enfermagem, as quais foram submetidas ao processo de validação de conteúdo, com as enfermeiras assistências e docentes que atuam na Clínica Cirúrgica.

## **5.2 Validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem**

A validade de conteúdo é um método baseado, necessariamente, no julgamento. Para esta tarefa é convidado um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e julgar se eles são abrangente e representativo, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (OLIVEIRA et al., 2008). Desta forma a validação das afirmativas de diagnósticos deste estudo foi realizada por dois grupos de participantes, formados por enfermeiros assistenciais e docentes, realizados em dois momentos distintos.

**Tabela 1** – Dados demográficos dos participantes do processo de validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia. João Pessoa-PB, 2012.

<b>Características demográficas</b>	<b>f (%)</b>
<b>SEXO</b>	
Feminino	87,0
Masculino	13,0
<b>IDADE</b>	
31 – 40 anos	26,7
41 – 50 anos	60,0
Mais de 51 anos	13,3
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>	
Graduação	20,0
Especialização	33,3
Mestrado	40,0
Doutorado	6,7
<b>ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ENFERMAGEM</b>	
6 – 10 anos	26,6
16 – 20 anos	46,7

<b>Características demográficas</b>	<b>f (%)</b>
Mais de 26 anos	26,7
<b>ATIVIDADE NA ENFERMAGEM</b>	
Enfermeiro assistencial	60,0
Enfermeiro docente	40,0

No primeiro momento, o grupo de participantes foi constituído por 15 enfermeiros, 60,0% assistenciais e 40,0% docentes, dos quais 13,0% eram do sexo masculino e 87,0% do sexo feminino. A idade desses participantes variou entre 31 anos e mais de 51 anos de idade. Quanto à idade dos participantes, 26,6% dos enfermeiros encontravam-se entre 31 a 40 anos, a maioria da amostra 60,0% estava entre 41 a 50 anos de idade e 13,3% estavam com mais de 51 anos de idade. O nível de escolaridade dos enfermeiros variou entre graduado a doutor. A maioria 40,0% tinha Mestrado, seguido de 33,3% de Especialização, 20,0% de Graduação e 6,6% Doutorado. Os anos de experiência da amostra participante variaram entre 6 a 10 anos com 26,7%, 16 a 20 anos de experiência com 46,6% da amostra, e mais de 25 anos, em 26,6% da amostra (Tabela 01).

No processo de validação de conteúdo, dos 39 diagnósticos de enfermagem, 25 diagnósticos (64,1%) alcançaram o IC maior ou igual a 0.80, sendo 4 (10,26%) com IC 1.00, 5 (12,82%) com IC 0.93, e 16 (41,02%) com IC entre 0.80 e 0.86; e 14 diagnósticos (35,9%) alcançaram o IC igual ou maior que 0.79.

No grupo de discussão, todos os diagnósticos foram analisados, coletivamente, inclusive as que não atingiram o  $IC \geq 0.80$ , e aquelas sugeridas para acréscimo. O grande objetivo deste momento foi avaliar que diagnósticos se aplicam ao paciente prostatectomizados no pós-operatório imediato e mediato.

Inicialmente foi reapresentado para as participantes a proposta do estudo e seus objetivos, bem como os resultados da análise anterior, para que, avaliassem os diagnósticos/resultados e intervenções aplicáveis para clientes prostatectomizados, podendo contribuir para inserção ou remoção de afirmativas que não foram contempladas.

Na primeira análise, quinze diagnósticos foram acrescentados (Autoimagem, Baixa autoestima situacional, Comunicação prejudicada, Confusão, Edema, Medo, Náusea, Emagrecimento, Infecção, Pressão Sanguínea diminuída, Prurido, Risco de

constipação, Risco de processo hemorrágico, Temperatura corporal alterada e Vômito), resultando em 54 diagnósticos de enfermagem para análise do grupo de discussão.

A partir da segunda análise, obtiveram-se **dezessete** diagnósticos removidos (Andar prejudicado, Apetite prejudicado, Padrão de eliminação prejudicado, Bem-estar prejudicado, Bem-estar espiritual prejudicado, Andar prejudicado, Eliminação de líquido prejudicada, Cansaço, Ingestão de alimentos deficiente, Integridade dos tecidos prejudicada, Pele seca, Processo do sistema urinário prejudicado, Recuperação do estado de saúde esperada, Relação sexual prejudicada, Risco de volume de líquidos aumentado, Capacidade para realizar o autocuidado prejudicada, Sofrimento espiritual e Risco de crise familiar), **seis** diagnósticos alterados (Aceitação do estado de saúde foi alterada para Falta de aceitação da condição de saúde, Baixo conhecimento sobre o cuidado com a ferida foi alterado para Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida, Baixo conhecimento sobre a cirurgia foi alterado para Déficit de conhecimento sobre a cirurgia, Defecação prejudicada foi modificada para Constipação, Sono Prejudicado e Repouso prejudicado modificaram-se para Sono e Repouso prejudicados e Perda sanguínea moderada para Sangramento), **quatro** diagnósticos foram sugeridos para acréscimo no primeiro grupo, mas retirados na segunda avaliação (Autoimagem, Comunicação prejudicada, Confusão e Medo). Os diagnósticos acrescentados tiveram construção de novas intervenções de enfermagem, baseados nas diretrizes da CIPE® e na literatura da área, e gerando, assim, um novo instrumento com diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que foi mais uma vez entregue às enfermeiras do segundo grupo, para que, individualmente, avaliassem as intervenções de enfermagem, e chegasse a um consenso de resultados.

**Quadro 04** – Índice de concordância alcançado na validação das afirmativas de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem nos dois grupos de avaliação. João Pessoa-PB, 2012.

Diagnósticos de Enfermagem Analisados	1º. Grupo IC	2º. Grupo IC
1. Aceitação do estado de saúde	0.93	1.00
2. Andar prejudicado	0.86	0.00
3. Angústia por impotência sexual	0.80	1.00
4. Ansiedade	0.86	1.00
5. Apetite prejudicado	0.86	0.25
6. Baixo conhecimento sobre a cirurgia	0.93	1.00
7. Baixo conhecimento sobre o cuidado com a ferida	0.93	1.00
8. Bem-estar espiritual prejudicado	0.86	0.00

9. Bem-estar prejudicado	0.93	0.25
10. Cansaço	0.86	0.00
11. Capacidade para realizar o autocuidado prejudicada	0.86	0.00
12. Defecação prejudicada	0.66	0.75
13. Déficit no autocuidado	0.86	1.00
14. Dor na ferida cirúrgica	0.86	1.00
15. Eliminação de líquido prejudicada	0.33	0.00
16. Eliminação urinária prejudicada	0.93	1.00
17. Ferida cirúrgica	0.33	0.75
18. Ferida cirúrgica limpa	0.33	1.00
19. Higiene corporal prejudicada	0.80	0.75
20. Ingestão de alimentos deficiente	0.40	0.25
21. Ingestão de líquido diminuída	0.66	0.75
22. Integridade da pele prejudicada	0.73	1.00
23. Integridade dos tecidos prejudicada	0.80	0.00
24. Mobilidade no leito prejudicada	0.86	0.75
25. Padrão de eliminação prejudicado	0.40	0.00
26. Pele seca	0.46	0.00
27. Perda sanguínea moderada	0.80	1.00
28. Perfusão dos tecidos deficiente	0.66	0.75
29. Padrão de eliminação urinária prejudicado	0.40	0.00
30. Recuperação do estado de saúde esperada	0.86	0.00
31. Relação sexual prejudicada	0.73	0.25
32. Repouso prejudicado	1.00	1.00
33. Risco de crise familiar	0.86	0.00
34. Risco de infecção	1.00	1.00
35. Risco de úlcera por pressão	0.86	1.00
36. Risco de volume de líquidos excessivo	0.66	0.25
37. Sofrimento espiritual	0.86	0.00
38. Sono prejudicado	1.00	1.00
39. Agitação*	-	1.00
40. Autoimagem*	-	0.00
41. Baixa autoestima situacional*	-	1.00
42. Comunicação prejudicada*	-	0.00
43. Confusão*	-	0.50
44. Edema (especificar o grau e localização)*	-	1.00
45. Medo*	-	0.25
46. Náusea*	-	1.00
47. Emagrecimento*	-	1.00
48. Infecção*	-	1.00
49. Pressão sanguínea diminuída*	-	1.00

50. Prurido (especificar)*	-	1.00
51. Risco de constipação*	-	1.00
52. Risco de processo hemorrágico*	-	1.00
53. Temperatura corporal alterada*	-	1.00
54. Vômito*	-	1.00

\* Afirmativas de diagnósticos de enfermagem acrescentadas por sugestões e consenso do segundo grupo de juízes.

As intervenções de enfermagem analisadas também passaram por avaliação pelo primeiro grupo de juízes, e das 158 intervenções, 113 intervenções não atingiram o IC igual ou maior que 0.79, correspondendo a (71,51%) de rejeição das intervenções.

Devido ao alto índice de discordância das afirmativas de intervenções de enfermagem, um segundo grupo foi formado para realizar uma apreciação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que não obtiveram o índice esperado. Participaram deste grupo de discussão seis enfermeiros, sendo três docentes, uma enfermeira assistencial que trabalham na Clínica Cirúrgica, a pesquisadora e sua orientadora.

Devido à dificuldade de reunir todos os enfermeiros para discussão e pela extensa lista de intervenções de enfermagem, foi solicitado que eles apreciassem a partir dos diagnósticos resultantes da primeira análise as intervenções de enfermagem que estavam sendo propostas, para avaliar se concordavam com a sua inclusão no estudo. O objetivo das duas análises foi buscar o consenso e a convergência dos resultados. Oliveira et al. (2008) consideram que a convergência de resultados pode ser obtida quando é usada variadas técnicas, possibilitando o aumento da confiabilidade e validade dos achados do estudo e sua utilização na prática. Após análise, as intervenções de enfermagem que atingiram mais de 75% de concordância permaneceram como aceitáveis e aplicáveis ao paciente prostatectomizado, resultando em 206 intervenções de enfermagem para os 33 diagnósticos/resultados de enfermagem validados.

**Quadro 5** – Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia validadas e classificadas segundo as necessidades humanas básicas de Horta. João Pessoa- PB, 2012.

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
<b>NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS</b>	
<b>NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO</b>	
<b>Perfusão tissular alterada</b>	Avaliar as alterações de perfusão; Incentivar a caminhada; Investigar sinais de hemorragia; Manter membros aquecidos; Monitorar sinais vitais; Observar pulso periférico.
<b>Pressão sanguínea diminuída</b>	Controlar infusões venosas; Controlar o balanço hídrico; Monitorar nível de consciência, frequência e ritmo cardíaco; Monitorar sinais vitais; Observar sinais de sangramento.
<b>Pressão sanguínea aumentada</b>	Avaliar monitoramento cardíaco; Documentar fatores relacionados à redução do estresse; Monitorar a pressão arterial; Orientar quanto à importância da redução da dieta hipossódica; Orientar repouso; Reduzir o estresse.
<b>NECESSIDADE DE HIDRATAÇÃO</b>	
<b>Ingestão de líquidos diminuída</b>	Avaliar o turgor, a elasticidade cutâneo e as mucosas orais; Examinar as mucosas orais; Instruir o paciente quanto à ingestão adequada de líquidos; Medir o débito urinário; Monitorar a ingestão hídrica; Monitorar os níveis de eletrólitos séricos.
<b>Edema (especificar o grau e localização)</b>	Avaliar e registrar a localização do edema; Investigar a causa do edema; Manter o cuidado com a pele; Observar edema na região da genitália; Orientar para o uso de suspensório escrotal, se necessário; Pesar diariamente o paciente; Proteger o membro edemaciado contra lesões; Realizar balanço hídrico e eletrolítico.
<b>NECESSIDADE DE ELIMINAÇÃO</b>	
<b>Constipação</b>	Estimular a deambulação; Estimular a ingestão de líquidos; Estimular ingestão de alimento laxante; Identificar os fatores que possam contribuir para a constipação; Informar serviço de nutrição sobre o problema do

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	<p>paciente;  Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor;  Monitorar ruídos hidroaéreos;  Monitorar sinais e sintomas de constipação;  Orientar o paciente/família sobre dieta com elevado teor de fibras.</p>
<b>Risco de constipação</b>	<p>Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar a peristalse;  Avaliar o padrão intestinal;  Estimular a deambulação;  Orientar o consumo de líquidos e fibras e Proporcionar privacidade.</p>
<b>Eliminação urinária prejudicada (aumentada/diminuída)</b>	<p>Ensinar o cliente como fazer exercícios para fortalecer o assoalho pélvico;  Explicar que pode ocorrer gotejamento urinário durante certo tempo e até mesmo surgir incontinência urinária;  Fazer compressas quentes em caso de obstrução da sonda;  Fazer controle rigoroso das infusões venosas;  Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade ou aumento da eliminação urinária;  Manter cuidados com irrigação vesical;  Manter higiene íntima;  Manter irrigação contínua,  Manter o frasco coletor de urina abaixo do nível da bexiga;  Monitorar sinais e sintomas de infecção urinária;  Monitorizar risco de obstrução do cateterismo vesical;  Observar e documentar a coloração e características da urina.</p>
<b>Náusea</b>	<p>Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente e eliminar a visão e o odor desagradável da área de alimentação;  Ensinar técnicas não farmacológicas como relaxamento durante a náusea;  Evitar alimentos muito quentes ou muito frios;  Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas;  Limitar líquidos durante as refeições;  Observar e registrar fatores que contribuem para o aparecimento da náusea;  Promover higiene oral;  Proporcionar alimentação satisfatória;  Repor fluidos orais com líquidos frios.</p>
<b>Vômito</b>	<p>Controlar os fatores ambientais capazes de estimular o vômito;  Manter hidratação venosa;  Monitorar a ingestão e a excreta de líquidos e eletrólitos;  Observar a pele e mucosa quanto aos sinais de desidratação;</p>

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
<b>Vômito</b>	<p>Observar as características, quantidade frequência e a duração do vômito;</p> <p>Posicionar o paciente em semi-fowler para prevenir aspiração;</p> <p>Proporcionar ambiente limpo e confortável após episódio de vômitos;</p> <p>Proporcionar conforto durante o episódio de vômito;</p> <p>Realizar higiene oral adequada.</p>
<b>NECESSIDADE DE SONO E REPOUSO</b>	
<b>Sono e Repouso prejudicados</b>	<p>Auxiliar o paciente no controle do sono diurno;</p> <p>Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono;</p> <p>Ensinar ao paciente técnica de relaxamento;</p> <p>Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas;</p> <p>Proporcionar um ambiente calmo e seguro.</p>
<b>NECESSIDADE DE MECÂNICA CORPORAL</b>	
<b>Mobilidade no leito prejudicada</b>	<p>Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade;</p> <p>Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito;</p> <p>Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito.</p>
<b>NECESSIDADE DE CUIDADO CORPORAL</b>	
<b>Déficit no autocuidado</b>	<p>Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente;</p> <p>Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade;</p> <p>Manter o ambiente sem obstáculos;</p> <p>Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;</p> <p>Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.</p>
<b>Higiene corporal prejudicada</b>	<p>Ajudar no banho diário caso necessário;</p> <p>Auxiliar na escovação e no enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;</p> <p>Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de higiene quando retornar a casa;</p> <p>Investigar as necessidades de aprendizagem do paciente;</p> <p>Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal;</p> <p>Orientar a lavagem do couro cabeludo, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;</p> <p>Orientar a limpeza da incisão cirúrgica;</p> <p>Orientar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente.</p>
<b>NECESSIDADE DE INTEGRIDADE CUTÂNEA MUCOSA</b>	
<b>Ferida cirúrgica contaminada</b>	<p>Avaliar a evolução da ferida;</p> <p>Estimular a ingestão de nutrientes;</p> <p>Monitorar temperatura e sinais vitais;</p> <p>Observar a coloração da secreção odor e</p>



<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	<p>quantidade;</p> <p>Orientar o paciente/ família sobre os sinais e sintomas de infecção;</p> <p>Orientar quanto à importância da higiene corporal;</p> <p>Realizar curativo sempre que necessário.</p>
<b>Ferida Cirúrgica Limpa</b>	<p>Avaliar o local da ferida cirúrgica;</p> <p>Avaliar o processo de cicatrização;</p> <p>Estimular a ingestão de nutrientes;</p> <p>Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo bem seca;</p> <p>Orientar o paciente/ família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção;</p> <p>Orientar quanto à importância da higiene corporal;</p> <p>Utilizar técnicas assépticas.</p>
<b>Integridade da pele prejudicada</b>	<p>Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos;</p> <p>Controlar a ingestão e a excreta (balanço hídrico);</p> <p>Estimular a hidratação;</p> <p>Estimular a mudança de posição;</p> <p>Manter a pele limpa e seca;</p> <p>Orientar higiene corporal e oral;</p> <p>Supervisionar o cuidado com a pele.</p>
<b>Prurido</b>	<p>Determinar causa do prurido;</p> <p>Examinar a integridade da pele;</p> <p>Manter as unhas do paciente limpas e curtas.</p>
<b>Risco de úlcera por pressão</b>	<p>Assegurar uma ingestão nutricional adequada;</p> <p>Avaliar a perfusão tissular;</p> <p>Manter a pele hidratada;</p> <p>Manter a pele limpa e seca;</p> <p>Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha;</p> <p>Monitorar o estado nutricional;</p> <p>Realizar ou orientar mudança de decúbito.</p>
<b>NECESSIDADE DE REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA</b>	
<b>Risco de infecção</b>	<p>Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hiperemia;</p> <p>Avaliar o estado nutricional;</p> <p>Avaliar o local da incisão cirúrgica durante cada curativo;</p> <p>Monitorar as portas de entrada para infecção (sítio cirúrgico, acesso intravenoso, lesões cutâneas, ferida operatória);</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida;</p> <p>Monitorar temperatura e frequência respiratória;</p> <p>Orientar quanto à deambulação precoce;</p> <p>Supervisionar a pele;</p> <p>Utilizar técnicas assépticas apropriadas durante a realização de cada curativo.</p>
<b>Infecção</b>	<p>Atentar para sinais de infecção;</p> <p>Avaliar a eficácia do tratamento para a infecção;</p> <p>Isolar o paciente, se necessário;</p> <p>Lavar as mãos antes e depois de manusear o</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	paciente; Promover ingestão nutricional adequada; Utilizar técnica asséptica.
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO VASCULAR	
<b>Risco de sangramento</b>	Atentar para sinais de hemorragia; Monitorar os sinais vitais; Observar e registrar presença de coágulo de sangue na sondagem vesical; Observar presença de hematoma perincisional; Orientar o paciente para manter repouso.
<b>Sangramento</b>	Controlar instilação vesical; Identificar a causa do sangramento; Observar aspecto e coloração da diurese (urina sanguinolenta; eliminação de coágulos urinários); Verificar sinais de choque (pele fria, taquipneia sudorese etc.).
NECESSIDADE DE REGULAÇÃO TÉRMICA	
<b>Temperatura corporal aumentada</b>	Arejar o ambiente; Avaliar o paciente quanto aos sintomas de fadiga, fraqueza, confusão, apatia e tremor; Avaliar resposta à medicação; Evitar infusões de líquidos gelados; Incentivar a ingestão de líquidos; Manter o paciente hidratado; Monitorar sinais vitais; Observar reações de desorientação/confusão; Promover conforto; Remover o excesso de roupas; Verificar a temperatura corporal.
<b>Temperatura corporal diminuída</b>	Arejar o ambiente; Avaliar o paciente quanto aos sintomas de fadiga, fraqueza, confusão, apatia e tremor; Avaliar resposta à medicação; Ensinar ao paciente os sinais precoces de alerta da hipotermia (pele fria, palidez, vermelhidão); Evitar correntes de ar no ambiente; Evitar infusões de líquidos gelados, em caso de hipotermia; Evitar infusões de líquidos gelados; Incentivar a ingestão de líquidos; Manter o paciente aquecido com uso de cobertores; Manter o paciente hidratado; Monitorar sinais vitais; Observar reações de desorientação/confusão; Promover conforto; Verificar a temperatura corporal;
NECESSIDADE DE PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DO SENTIDO	
<b>Dor na ferida cirúrgica</b>	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; Aplicar compressa fria; Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor;

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
<b>Dor na ferida cirúrgica</b>	<p>Avaliar intensidade da dor por meio de escalas;            Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p.ex.: temperatura ambiente, iluminação, ruído);            Descrever as características da dor, incluindo local, o início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes;            Encorajar o paciente quanto à discussão de sua experiência de dor, quando adequado;            Explicar as causas da dor;            Investigar os fatores que aumentam a dor;            Manter repouso no leito;            Monitorar a dor após administração de medicamento;            Observar indicadores não verbais de desconforto;            Oferecer ambiente calmo e agradável;            Orientar o paciente quanto à necessidade de repouso durante a dor;            Reduzir os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (p.ex.: medo, fadiga, monotonia e falta de informação);            Selecionar medidas de alívio da dor, quando necessário;            Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave;            Verificar o nível de desconforto com o paciente.</p>
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>NECESSIDADE DE SEGURANÇA</b>	
<b>Angústia por impotência</b>	<p>Estabelecer relação de confiança;            Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais;            Monitorar o estado emocional do indivíduo;            Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem-estar;            Orientar quanto à importância do ambiente calmo e agradável nas relações sexuais;            Providenciar aconselhamento psicológico ou sexual;            Retirar todas as dúvidas quanto à vida sexual do indivíduo após a cirurgia.</p>
<b>Ansiedade</b>	<p>Avaliar as expectativas face ao regime de tratamento;            Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao pós-operatório;            Estabelecer relação de confiança com o paciente;            Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade;            Monitorar o estado emocional do indivíduo;            Oferecer informações sobre o tratamento e prognóstico;            Oferecer um ambiente calmo e agradável;            Proporcionar bem-estar.</p>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Agitação</b>	Avaliar nível de consciência; Colocar o paciente em ambiente protegido; Determinar o motivo/razão do comportamento; Manter grades do leito elevado; Providenciar vigilância contínua do paciente e do ambiente; Retirar objetos perigosos do ambiente próximo ao paciente.
<b>NECESSIDADE DE APRENDIZAGEM (EDUCAÇÃO À SAÚDE)</b>	
<b>Déficit de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico</b>	Estimular o paciente para o relato de sua ansiedade; Oferecer apoio e minimizar a ansiedade; Oferecer informações sobre os cuidados no pós-operatório.
<b>Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida operatória</b>	Avaliar o conhecimento sobre cuidados e cicatrização da ferida; Ensinar as técnicas assépticas para o cuidado com a ferida operatória; Orientar o paciente quanto à lavagem da incisão com água e sabão; Orientar para os sinais/ sintomas de infecção; Orientar quanto aos cuidados com a ferida; Orientar quanto aos cuidados com a higiene oral e corporal.
<b>NECESSIDADE DE ACEITAÇÃO</b>	
<b>Baixa autoestima situacional</b>	Encorajar o paciente a buscar seus pontos positivos; Estimular a exposição dos sentimentos do paciente; Estimular a sua responsabilidade sobre si mesmo; Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário; Evitar comentários negativos; Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente.
<b>Falta de aceitação da condição de saúde</b>	Avaliar as crenças culturais; Avaliar barreiras à adesão; Esclarecer todas as dúvidas do paciente; Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo.

Os cuidados de enfermagem variam de paciente para paciente. Desta forma os procedimentos de enfermagem devem ser baseados no atendimento das necessidades básicas do indivíduo e nas reações psíquicas e físicas a situação que está sendo vivenciada.

A prostatectomia, cirurgia realizada para tratamento do câncer de próstata, pode trazer complicações como incontinência urinária e disfunção erétil, além da formação de coágulos que podem obstruir o cateter, distender a cápsula prostática e provocar

hemorragia. O paciente submetido a um procedimento cirúrgico também pode vivenciar conflitos emocionais tais como medo, desamparo, raiva e tristeza. Tudo isso pode ser intensificado pelas expectativas perioperatórias e pelas dúvidas referentes ao autocuidado. Nesse contexto, o enfermeiro deve fornecer apoio e orientações adequadas para amenizar tais incertezas e os possíveis efeitos colaterais do procedimento (NAPOLEÃO, 2009).

O papel da Enfermagem no cuidado ao paciente no contexto hospitalar deve ser fundamentado numa perspectiva de ação-reflexão-ação dialógica e conscientizadora, para auxiliar na transformação, autonomia e empoderamento desses indivíduos. O cuidado de enfermagem a esta clientela deve promover interfaces entre o ensino, a pesquisa, a assistência e a gerência em um movimento dialético de construção do conhecimento nos diversos âmbitos da prática profissional (SANTOS et al., 2012).

Diante da importância de se oferecer aos pacientes prostatectomizados uma assistência sistematizada, pautando-se nos princípios do processo de enfermagem, entende-se ser importante identificar diagnósticos de enfermagem nestes pacientes com vistas ao preparo para a alta, como subsídio para a elaboração de planos de cuidados e, assim, contribuir para um melhor atendimento das necessidades dos mesmos em relação aos cuidados no domicílio e recuperação (NAPOLEÃO, 2009).

As afirmativas de diagnósticos/resultados construídas e validadas neste estudo foram classificadas de acordo com o modelo teórico das necessidades humanas básicas, resultando em 26 nas necessidades psicobiológicas e 7 nas necessidades psicossociais. Nas necessidades psicobiológicas foram construídas afirmativas para as seguintes necessidades: Oxigenação; Hidratação; Eliminação; Sono e repouso; Cuidado corporal; Integridade cutânea mucosa; Regulação imunológica; Regulação vascular; Regulação térmica; Percepção dos órgãos do sentido. Nas necessidades psicossociais foram construídas afirmativas para as seguintes necessidades: Segurança; Aprendizagem (Educação á saúde); e Aceitação.

Na necessidade de Oxigenação as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram a Perfusão tissular alterada, Pressão sanguínea diminuída e Pressão sanguínea aumentada. Segundo a literatura, a *Perfusão tissular alterada* pode ser um diagnóstico observado no paciente prostatectomizado. Santana e Garcia (2005) levantaram o perfil diagnósticos de enfermagem em trinta pacientes submetidos a esta cirurgia, e identificaram um percentual de 83,3% de sua amostra. A literatura considera

como atividades prioritárias da Enfermagem para este diagnóstico: auxiliar/realizar higiene oral e íntima, observar edema/perfusão periférica, realizar mudança de decúbito, oferecer equipamentos que auxiliem na deambulação (bengalas, muletas, andador), estimular/restringir/auxiliar/oferecer ingestão hídrica, realizar exercícios passivos, monitorar a dor, orientar o paciente a não massagear a área afetada, avaliar os fatores causadores/contribuintes, determinar o grau de disfunção/acometimento dos órgãos, identificar presença de hemorragia, monitorar a ocorrência de choque e monitorar sinais vitais (DOENGES et al., 2010; GAIDZINSKI, 2008).

Na validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico *Perfusão tissular alterada* foram consideradas como aplicáveis a este paciente: Investigar sinais de hemorragia; Monitorar sinais vitais; Identificar sinais de choque; Avaliar as alterações de perfusão; Manter membros aquecidos; Observar pulso periférico e Incentivar a caminhada e aumento de atividade, porém foi sugerida a retirada de “aumento de atividade”.

O diagnóstico *Pressão sanguínea diminuída* pode ocorrer devido às alterações provocadas pela anestesia e pela cirurgia, que exigem uma maior demanda ao coração, a hipotensão pode estar relacionada ao tempo de cirurgia, à anestesia ou hemorragia. Na indução da anestesia geral, dependendo dos fármacos utilizados e das condições clínicas do paciente, pode haver hipotensão arterial causada por vasodilatação e depressão miocárdica (EAGLE et al., 2002).

Considerou-se como intervenções aplicáveis para a *Pressão sanguínea diminuída*: Controlar o balanço hídrico; Controlar infusões venosas; Monitorar nível de consciência, frequência e ritmo cardíaco; Monitorar sinais vitais e Observar sinais de sangramento. Johnson et al. (2008) confirmam a análise das peritas e afirmam que para tal diagnóstico, as intervenções recomendadas compreendem o controle de balanço hídrico, monitorização dos sinais vitais, prevenção contra sangramento, prevenção de choque e monitoração hídrica.

O diagnóstico *Pressão sanguínea aumentada* apresenta-se secundária à dor, à ansiedade relacionada à hospitalização, ou já esteja presente no histórico do paciente. As intervenções validadas foram: Avaliar monitoramento cardíaco; Documentar fatores relacionados à redução do estresse; Monitorar a pressão arterial; Reduzir o estresse; Orientar repouso e Orientar quanto à importância da redução da dieta hipossódica.

Na necessidade de Hidratação as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram a *Ingestão de líquidos diminuída, Edema (especificar o grau e localização)*. A hidratação auxilia na prevenção de complicações como formação de coágulos que podem obstruir o cateter urinário e produzir distensão da cápsula prostática, resultando em hemorragia (SMELTZER et al., 2011). Autores afirmam que a ingestão hídrica de 30 ml/kg de peso é atualmente recomendada (a não ser que os problemas individuais de saúde do paciente imponham restrições), pois este volume permitirá uma eliminação urinária diária de aproximadamente 1.500 a 2.000 ml em 24 horas. Este volume de saída auxilia a manter a urina diluída e ajuda a diminuir incrustações que possam aparecer no cateter (SENESE et al., 2006). A ingestão de líquidos é importante para evitar a desidratação e clarear a diurese.

Foram validadas para esse diagnóstico as seguintes intervenções: Monitorar os níveis de eletrólitos séricos; Pesar diariamente; Instruir o paciente quanto à ingestão adequada de líquidos; Medir o débito urinário; Examinar as mucosas orais; Monitorar a ingestão hídrica; Avaliar o turgor e elasticidade cutâneo e as mucosas orais. Essas intervenções também foram citadas por Norat et al. (2011).

Mata e Napoleão (2010) apontam que para os cuidados com a nutrição e hidratação é necessário: orientar sobre o volume de líquido a ser ingerido; estimular à ingestão de água enquanto a urina se apresentar sanguinolenta; orientar quanto à importância da manutenção da frequência urinária; informar sobre redução ou não ingestão de líquidos que podem causar irritação vesical; orientar sobre o aumento da ingestão de fibras e líquidos para controle da constipação.

Edema é definido como aumento excessivo no líquido intersticial (SILVA et al., 2009). Segundo Smeltzer et al. (2011), o edema ao nível esfíncter uretral pode ocorrer devido à retenção urinária, quando realizado o tratamento cirúrgico da Hiperplasia Benigna Prostática. Também em casos de câncer de próstata avançado, o edema dos membros inferiores pode ser observado.

Carpenito-Moyet (2007) concorda que para o Edema é necessário identificar os fatores causadores e contribuintes para o edema, para reduzi-los ou eliminá-los, a exemplo de investigar a ingesta dietética, encorajar a alternância de períodos de repouso horizontal e atividade em pé (exceto para insuficiência cardíaca congestiva), avaliar a pele, proteger a região afetada de lesões, instruir o paciente a relatar sensações incomuns, novas ou diferentes, como formigamento, dormência e diminuição da

capacidade de movimentar alguma parte do corpo e elevar o membro se não houver contraindicação.

O Edema resulta do acúmulo de líquido nos compartimentos intersticiais do espaço extravascular. Sem intervenção, ele pode ocasionar maior prejuízo ao tecido. A determinação das causas é essencial para identificação das intervenções específicas. Após análise, as peritas validaram as seguintes intervenções para o diagnóstico *Edema (especificar o grau e localização)*: Avaliar e registrar a localização do edema; Investigar a causa do edema; Manter o cuidado com a pele; Proteger o membro edemaciado contra lesões; Realizar balanço hídrico e eletrolítico; Orientar para o uso de suspensório escrotal, se necessário e Observar o aumento da genitália, tendo sido sugerido para este último a modificação para Observar edema na região da genitália. Foram excluídas as seguintes intervenções: Manter a extremidade edemaciada acima do nível do coração, sempre que possível; Registrar o peso diário em jejum, pois referiram que já faz parte do balanço hídrico e Trocar decúbito a cada duas horas.

Na necessidade de Eliminação, as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Constipação, Risco de constipação, Eliminação urinária prejudicada (aumentada/diminuída), Náusea e Vômito*. Considera-se uma constipação quando existe uma ação lenta dos intestinos, resultando em uma dificuldade na evacuação ou retenção de material duro e seco no intestino grosso (SANTOS, 2009). É comum depois da cirurgia e pode variar de leve a grave, pode estar relacionada à mobilidade diminuída, ingestão oral diminuída, analgésicos opióides, a irritação e o trauma do intestino durante a cirurgia podem inibir os movimentos intestinais por vários dias (SMELTZER et al., 2011).

No pós-operatório, as alterações no trânsito gastrointestinal, como a Constipação exigem cuidados de enfermagem, por meio da monitorização da peristalse intestinal em busca de ruídos peristálticos ou pela eliminação de gases, estimular deambulação precoce e movimentos ativos no leito, realizar a sondagem retal, se necessária, estimular a ingestão de líquidos (água, chá, sucos de frutas) para amolecer as fezes endurecidas, oferecer e estimular a aceitação de alimentos ricos em celulose, orientar sobre a importância da evacuação, tentar diminuir o medo e a ansiedade (POTTER; PERRY, 2009; KAWAMOTO, 2010).

Para o diagnóstico *Constipação*, as intervenções de enfermagem validadas foram: Estimular a deambulação; Estimular a ingestão de líquidos; Identificar os fatores



que possam contribuir para a constipação; Estimular ingestão de alimento laxante; Informar serviço de nutrição sobre o problema do paciente; Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor; Monitorar ruídos hidroaéreos; Monitorar sinais e sintomas de constipação e Orientar o paciente/família sobre dieta com elevado teor de fibras.

De acordo com a literatura, nas situações de *Risco de constipação*, recomenda-se que a enfermagem Identifique os fatores de risco/necessidades individuais, como auscultar o abdome para determinar a presença, a localização e as características dos ruídos peristálticos, conversar sobre o padrão de eliminação habitual; determinar crenças e as práticas relativas à eliminação intestinal; avaliar a ingestão atual de alimentos e líquidos e suas implicações na função intestinal, proporcionar privacidade, estimular a prática de atividade/exercícios dentro do limite de capacidade, determinar a frequência, coloração, consistência e o volume das fezes, estimular o cliente a monitorar o padrão intestinal e rever a utilização correta dos fármacos (DOENGENS et al., 2010).

Para o diagnóstico *Risco de constipação*, as intervenções validadas foram: Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar a peristalse, Avaliar o padrão intestinal; Estimular a deambulação; Orientar o consumo de líquidos e fibras e Proporcionar privacidade.

A eliminação urinária adequada pode auxiliar a diminuir a formação de cálculos e o desenvolvimento de infecções urinárias associadas ao cateter (SENESE et al., 2006). O enfermeiro precisa identificar casos de eliminação urinária alterada, mas para isto, ele deve ser capaz de estabelecer o diagnóstico de enfermagem, principalmente, com base nas queixas clínicas, implementar intervenções que, pelo menos, minimizem os sintomas, evitando que o cliente maneje de forma inadequada o problema (HIGA; LOPES, 2008). O distúrbio na eliminação urinária no paciente cirúrgico também é comumente observado.

Para o diagnóstico *Eliminação urinária prejudicada (aumentada/ diminuída)*, as ações de enfermagem prioritárias apontadas na literatura são: Observar retenção urinária/ aspecto da urina (cor/odor); Medir débito urinário; Estimular e oferecer ingestão hídrica; Estimular uso de comadre e papagaio; Colocar/manter suspensório escrotal; Oferecer reforço positivo referente a toda diminuição nos episódios de incontinência; Orientar quanto ao uso de técnicas de relaxamento e Mensurar e desprezar a urina (ROGENSKI, 2008).

No presente estudo as intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico *Eliminação urinária prejudicada (aumentada/diminuída)* e que estão em conformidade com a literatura foram: Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade ou aumento da eliminação urinária; Manter higiene íntima; Observar e documentar a coloração e características da urina; Fazer controle rigoroso das infusões venosas; Monitorar sinais e sintomas de infecção urinária; Manter cuidados com irrigação vesical; Manter irrigação contínua, controlando o gotejamento, as avaliadoras fizeram uma observação para a retirada do “controle do gotejamento”, já que a irrigação é contínua; Fazer compressas quentes em caso de obstrução da sonda; Ensinar o cliente como fazer exercícios para fortalecer o assoalho pélvico; Manter o frasco coletor de urina abaixo do nível da bexiga; Monitorizar risco de obstrução do cateterismo vesical e Explicar que pode ocorrer gotejamento urinário durante certo tempo e até mesmo surgir incontinência urinária.

As Náuseas e os Vômitos são problemas comuns no período pós-operatório imediato, podem estar relacionados com o paciente, com o procedimento cirúrgico ou com a técnica anestésica (LAGES et al., 2005). São comuns após o paciente recobrar a consciência, mas pode tornar-se grave se persistir por mais de 3 dias. Pode ocorrer devido ao acúmulo de líquido e restos alimentares no trato digestivo, decorrente da diminuição do peristaltismo, efeito colateral das drogas anestésicas e distensão abdominal. As intervenções de enfermagem para a náusea incluem identificar os fatores causadores/contribuintes, verificar sinais vitais, especialmente em idosos, e observar se há sinais de desidratação, avaliar se a náusea é autolimitada ou é branda, aconselhar o cliente a ingerir líquidos antes ou depois das refeições, em vez de durante as refeições, estimular o cliente a ingerir refeições fracionadas, proporcionar um ambiente com odores agradáveis, limpo e tranquilo, estimular a realização de respirações lentas e profundas, administrar antieméticos se necessário, rever sinais de desidratação e ressaltar a importância de reposição de líquidos (KAWAMOTO, 2010; DOENGES et al., 2010).

As intervenções de enfermagem validadas para a *Náusea* foram: Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente e eliminar a visão e o odor desagradável da área de alimentação; Ensinar técnicas não farmacológicas como relaxamento durante a náusea; Evitar alimentos muito quentes ou muito frios; Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas; Limitar líquidos durante as refeições;

Observar e registrar fatores que contribuem para o aparecimento da náusea; Promover higiene oral; Proporcionar alimentação satisfatória e Repor fluidos orais com líquidos frios.

Para o *Vômito* indica-se que os cuidados de enfermagem se baseiem em elevar a cabeceira da cama em 15 a 30° se não houver contraindicação, orientar para evitar troca rápida de posição, documentar sinais vitais, restringir líquidos antes das refeições e as grandes quantidades de líquidos, orientar para o paciente ingerir pequenas quantidades de cubos de gelo ou líquidos claros frios, reduzir ou eliminar odores desagradáveis, proporcionar higiene adequada da boca após vomitar, ensinar técnica de respiração profunda, ensinar o paciente a repousar após as refeições, por pelo menos duas horas. Permaneceram as intervenções de enfermagem incluem colocar o paciente com a cabeça voltada lateralmente, deixando-se uma cuba rim para recolher o material do vômito, manter o ambiente limpo e com odor agradável, anotar quantidade e aspecto do vômito (KAWAMOTO, 2010; CARPENITO-MOYET, 2007).

Para este diagnóstico foram validadas as seguintes intervenções que se aplicam ao paciente prostatectomizado: Controlar os fatores ambientais capazes de estimular o vômito; Manter hidratação venosa; Monitorar a ingestão e a excreta de líquidos e eletrólitos; Observar a pele e mucosa quanto aos sinais de desidratação; Observar as características, quantidade frequência e a duração do vômito; Posicionar o paciente em *semi-fowler* para prevenir aspiração; Proporcionar ambiente limpo e confortável após episódio de vômitos; Proporcionar conforto durante o episódio de vômito e Realizar higiene oral adequada.

Na necessidade de Sono e repouso a afirmativa diagnóstica construída e validada foi Sono e Repouso prejudicados. A impossibilidade de dormir e de sentir-se repousado é uma queixa comum durante a hospitalização, tendo como principais causas a falta de “intimidade” com o ambiente, a dor, o desconforto, a dependência e as sensações de perda do autocontrole (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Para Doenges et al. (2010), nas situações de alterações no sono, recomenda-se que os cuidados de enfermagem sejam baseados na identificação dos fatores causadores/ contribuintes; avaliar o padrão e disfunção do sono; ajudar o cliente a estabelecer padrões de sono/repouso ideais; promover o bem-estar; proporcionar um ambiente tranquilo e implementar medidas de conforto; conversar/implementar rituais eficazes e apropriados à idade na hora de deitar; experimentar recursos que facilitem o sono, como

banho quente, beber leite morno, evitar ler no quarto e assistir TV, ingestão de proteínas na hora de deitar; não tirar sonecas durante o dia e ajudar o cliente a desenvolver um programa individualizado de relaxamento.

Para o diagnóstico *Sono e repouso prejudicado* as intervenções validadas foram: Observar às circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto). As outras intervenções permaneceram: Auxiliar o paciente no controle do sono diurno; Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida, foi solicitado retirar o termo, “mudanças no estilo de vida”; Ensinar ao paciente técnica de relaxamento; Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas e Proporcionar um ambiente calmo e seguro.

Na necessidade de Mecânica Corporal a afirmativa diagnóstica construída e validada foi *Mobilidade no leito prejudicada*, a qual se justifica devido à restrição imposta no leito após o procedimento cirúrgico e pode estar relacionado à presença dos drenos que restringem a movimentação do corpo e da sensação de dor ao movimentar-se (PIVOTO et al., 2010). A limitação dos movimentos de uma posição para outra no leito gera intervenções de enfermagem como identificar os fatores causadores/contribuintes para a imobilidade; determinar os fatores de risco pessoal e a situação atual, como cirurgia, dor, idade, fraqueza, depressão grave, avaliar a capacidade funcional, verificar a existência de complicações relacionadas com a imobilidade; mudar o decúbito frequentemente; examinar a pele para detectar áreas de eritema/atrito e ajudar a realizar as atividades de higiene corporal e íntima e alimentação (DOENGENS, 2011).

As intervenções de enfermagem validadas para esse diagnóstico foram: Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito; Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito e Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade.

Na necessidade de Cuidado corporal as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Déficit no autocuidado* e *Higiene corporal prejudicada*. O diagnóstico *Déficit no autocuidado* justifica-se pelas limitações no pós-operatório quanto à mobilidade física, uso de cateteres e sondas, e idade, uma vez que a maioria dos pacientes é idosa e necessita de auxílio no autocuidado.

O Autocuidado enfatiza o direito de cada indivíduo de manter o controle individual sobre seu próprio padrão de vida. O enfoque da Enfermagem deve ser baseado na identificação das limitações do paciente, para permitir o grau máximo de participação do mesmo e de independência. Nas condições de autocuidado prejudicado, cabe à Enfermagem desenvolver ações voltadas para investigação dos fatores causadores ou contribuintes, investigar o nível de participação das atividades e motivar o paciente para fazê-las, permitir bastante tempo para completar as atividades sem ajuda, oferecer elogios para as atividades dependentes, não se concentrar na incapacidade e durante as atividades de autocuidado, proporcionar escolhas e solicitar preferências (CARPENITO-MOYET, 2007).

As intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico *Déficit no autocuidado* foram: Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade; Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente; Manter o ambiente sem obstáculos; Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado e Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.

O diagnóstico *Higiene corporal prejudicada* justifica-se devido à limitação na deambulação, constante extravasamento da urina e o sangramento. A Enfermagem, desde os primórdios, executava o auxílio ao paciente na manutenção do corpo limpo e bem arrumado e visualizava a limpeza por seu valor psíquico e fisiológico. O objetivo da higiene corporal não é somente de limpeza, mas de alívio e conforto, o que coloca o indivíduo em condições adequadas para o seu restabelecimento físico ou para a manutenção de sua saúde (OLIVEIRA et al., 2003).

Para Potter e Perry (2009), os cuidados de enfermagem para *Higiene Corporal Prejudicada*, têm o objetivo de proteger a pele do excesso de umidade e toxinas da urina ou fezes, minimizar as infecções e criar um ambiente seguro e confortável, para tal diagnóstico compreendem a realização de banho diário, planejar o horário para realização da higiene, estimular hábitos de higiene, solicitar que a família auxilie nas medidas de higiene, lembrar o cliente da rotina antes de iniciar qualquer cuidado, caso haja confusão/agitação, recomenda-se interromper o procedimento e permita que o cliente descanse, durante o banho, avalie a pele, realize os cuidados perineais, faça adaptações no ambiente físico para diminuir angústia e desconforto, crie um ambiente calmo durante o banho e proporcione privacidade.

Para este diagnóstico *Higiene Corporal Prejudicada*, as intervenções validadas foram: Auxiliar na escovação e no enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente; Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de higiene quando retornar a casa; Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal; Orientar a lavagem do couro cabeludo, conforme a capacidade de autocuidado do paciente; Orientar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente; Investigar as necessidades de aprendizagem do paciente; Orientar a limpeza da incisão cirúrgica e Ajudar no banho diário caso necessário.

Na necessidade de Integridade cutânea mucosa as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram: *Ferida cirúrgica contaminada, Ferida Cirúrgica Limpa, Integridade da pele prejudicada, Prurido, Risco de úlcera por pressão*.

Especificamente, a ferida cirúrgica limpa são aquelas não infectadas, em áreas que não comprometem o trato respiratório, digestivo e geniturinário, não havendo, portanto, erros na técnica. As feridas contaminadas ocorrem erros na técnica, grande contaminação a partir do trato gastrointestinal; ferida traumática recente; penetração nos tratos geniturinário ou biliar, na presença de urina e bile infectada.

A prostatectomia por via perineal é uma alternativa quando as outras condutas não são possíveis, mas neste caso a ferida cirúrgica pode tornar-se facilmente contaminada, já que a incisão para remoção da próstata é realizada no períneo (SMELTZER et al., 2011; SILVA et al., 2011). É indicada em casos de câncer de próstata e HBP, se a próstata estiver muito grande para a ressecção transuretral e se o cliente não for mais sexualmente ativo. Há vantagens por possibilitar o exame direto da glândula, possibilita a drenagem por gravidade, a mortalidade é baixa e existe uma redução da incidência de choque hipovolêmico. Entre as desvantagens há risco de lesão do reto e do esfíncter externo e o campo operatório é limitado (BOUNDY et al., 2004).

Para promover a cicatrização da ferida, recomenda-se que o enfermeiro proteja a ferida para auxiliar na cicatrização, utilize técnica asséptica durante as trocas do curativo e observe os sinais e sintomas de infecção (POTTER; PERRY, 2009). Garantir que todos os drenos estejam funcionando e avaliar a ingestão nutricional do paciente também são intervenções para os cuidados com a ferida cirúrgica (NETTINA, 2011). Smeltzer et al. (2011) consideram que se deve ainda lavar as mãos, orientar o cliente e familiares quanto ao procedimento, monitorar e registrar a drenagem, avaliar a ferida cirúrgica e os curativos, pesquisar, registrar e relatar sinais e sintomas de epididimite,

pesquisar e registrar as possíveis complicações como sangramento anormal e infecção, e pesquisar e registrar possíveis complicações, como diminuição da perfusão tecidual.

Para o diagnóstico *Ferida Cirúrgica Contaminada*, as intervenções validadas foram: Observar a coloração da secreção odor e quantidade; Avaliar a evolução da ferida; Estimular a ingestão de nutrientes; Monitorar temperatura e sinais vitais; Orientar o paciente/ família sobre os sinais e sintomas de infecção; Orientar quanto à importância da higiene corporal e Realizar curativo sempre que necessário.

Para a *Ferida Cirúrgica Limpa* as intervenções validadas e aceitas como aplicáveis ao paciente foram: Avaliar o local da ferida cirúrgica; Avaliar o processo de cicatrização; Estimular a ingestão de nutrientes; Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo bem seca; Orientar quanto à importância da higiene corporal; Utilizar técnicas assépticas e Orientar o paciente/ família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção.

Outro diagnóstico comumente observado no paciente cirúrgico é *Integridade da pele prejudicada*, devido a uma alteração da epiderme/derme relacionado ao trauma cirúrgico. Segundo a literatura, as intervenções de enfermagem para o diagnóstico *Integridade da pele prejudicada*, em situações de epiderme/derme alteradas, consistem em: Hidratar a pele; Observar a presença de prurido; Estimular e realizar a secagem dos interdígitos; Realizar mudança de decúbito; Realizar curativo; Inspeccionar as superfícies da pele, Realizar higiene íntima; Colocar colchão piramidal e Colocar placa de hidrocolóide; Oferecer e auxiliar ingestão hídrica; Observar edema/perfusão periférica e Implementar protocolo de prevenção de úlcera por pressão nos pacientes com score  $\leq 16$  na Escala de Braden, observar a iniciativa do cliente e avaliar a necessidade de ajuda com as atividades de higiene, mudar o paciente de decúbito (POTTER; PERRY, 2009; ROGENSKI, 2008).

Neste estudo as intervenções validadas para este diagnóstico foram: Estimular a mudança de posição; Manter a pele limpa e seca; Supervisionar o cuidado com a pele; Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos; Controlar a ingestão e a excreta (balanço hídrico); Orientar higiene corporal e oral e Estimular a hidratação.

Considera-se o prurido como a sensação de coceira cutânea, que pode ser devido a uma doença de pele, uma afecção geral ou ainda devido aos opióides, que desencadeiam alguns efeitos colaterais, como náusea, vômito, prurido, depressão respiratória, retenção urinária e sedação, cuja intensidade pode ser dependente da dose

empregada (SANTOS, 2009). A literatura recomenda que compete ao enfermeiro determinar a causa do prurido, fazer exame físico para identificar rupturas na pele, se necessário, aplicar curativos nas mãos, durante o sono, de modo a limitar a vontade incontrolável de coçar, aplicar frio para aliviar a irritação, orientar o paciente a cortar as unhas curtas, orientar quanto à importância do banho para minimizar o prurido e orientar o cliente usar a palma da mão para esfregar a pele (McCLOSKEY; BULECHECK, 2004).

Para o diagnóstico *Prurido* foram validadas as seguintes intervenções: Determinar causa do prurido; Examinar a integridade da pele; Manter as unhas do paciente limpas e sugeriu-se acréscimo de “curtas”.

No diagnóstico *Risco de úlcera por pressão* os fatores apresentados como mais importantes são a imobilidade e a diminuição da percepção sensorial, que levam ao excesso de pressão e isquemia (POTTER; PERRY, 2009). Este diagnóstico pode ser observado devido à idade dos pacientes, geralmente idosos, pela longa permanência no hospital ou unidade devido ao extravasamento de urina. Nesta situação a literatura recomenda a investigação da predisposição do paciente para o rompimento da pele (má nutrição, hidratação, mobilidade prejudicada, incontinência, idade acima de 65 anos, nível alterado de consciência), inspeção das proeminências ósseas para evidências de hiperemia ou rompimento da pele, descrever as áreas existentes de rompimento e indicar a localização, mudar o paciente de decúbito, fixar horários para esta mudança de posição, limitar as forças deslizantes/fricção, realizar uma investigação nutricional, investigar os valores laboratoriais (hemograma, albumina, hemoglobina/hematócrito), manter a pele limpa e seca, evitar massagem sobre as proeminências ósseas, limpar a área do períneo (CARPENITO-MOYET, 2007).

Para o diagnóstico de enfermagem *Risco de úlcera por pressão* as intervenções validadas foram: Assegurar uma ingestão nutricional adequada; Avaliar a perfusão tissular; Manter a pele hidratada; Manter a pele limpa e seca; Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha e Monitorar o estado nutricional. E acréscimo da intervenção Realizar ou orientar mudança de decúbito.

Na necessidade de Regulação imunológica as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Risco de infecção* e *Infecção*. O diagnóstico de *Risco de infecção*, segundo a literatura, pode estar relacionado a procedimentos invasivos e trauma mecânico e, para tal, alguns cuidados de enfermagem podem ser realizados, a



citar: Manter precauções universais; Manter curativo oclusivo; Manter técnica asséptica; Manter registro preciso das substâncias infundidas; Trocar curativos conforme necessidade; Monitorar sinais e sintomas associados a infecções local e sistêmica; Manter o sistema de drenagem em nível correto; Monitorar a desobstrução do cateter, atendo a qualquer dificuldade de drenagem; Monitorar a cor e a quantidade da drenagem; Esvaziar o dispositivo de coleta e Monitorar a pele e examinar a área ao redor da inserção da sonda (GALDEANO et al., 2006).

O diagnóstico *Risco de infecção* obteve as seguintes intervenções validadas: Avaliar o estado nutricional; Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia, tendo este sido modificado para Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hiperemia; Monitorar temperatura e frequência respiratória; Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida; Supervisionar a pele; Orientar quanto à deambulação precoce; Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo, este se modificou para Avaliar o local da incisão cirúrgica durante cada curativo; Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo, com modificação para Utilizar técnicas assépticas apropriadas durante a realização de cada curativo. E como sugestão de inclusão a intervenção, Monitorar as portas de entrada para infecção (sítio cirúrgico, acesso intravenoso, lesões cutâneas, ferida operatória).

O diagnóstico *Infecção* justifica-se pelo fato de que na prostatectomia, as infecções do trato urinário e a epididimite são possíveis complicações (SMELTZER et al., 2011). Kawamoto (2010) e Carpenito-Moyet (2007) recomendam que se faz necessário alguns procedimentos de enfermagem para esse diagnóstico, como observar os princípios da técnica do curativo, estimular a ingestão adequada de nutrientes, monitorar sinais de infecção: processo inflamatório (intumescimento, sensibilidade e hiperemia da ferida), saída de secreção purulenta e hipertermia, manter o local cirúrgico limpo: sem secreção, sujidades, coágulos, colher material para cultura, iniciar antibióticoterapia, conforme prescrição, identificar os pacientes em alto risco de infecção hospitalar, monitorar a cicatrização da ferida, observando bordas íntegras e granulação tecidual, monitorar sinais vitais, incentivar a ingesta de líquidos quando apropriado, iniciar medidas para prevenir a infecção do trato urinário e respiratório, prevenir as infecções nos locais de acessos invasivos, monitorar os exames laboratoriais e avaliar os hábitos de higiene pessoal do paciente.

As intervenções validadas neste estudo para o diagnóstico *Infecção* foram: Promover ingestão nutricional adequada; Isolar o paciente, se necessário; Atentar para sinais de infecção; Avaliar a eficácia do tratamento para a infecção; Lavar as mãos antes e depois de manusear o paciente e Utilizar técnica asséptica.

Em relação à prevenção de infecção, cabe ao enfermeiro: informar sobre sinais e sintomas de infecção do trato urinário; ensinar medidas de redução do risco de infecção urinária; interagir com o paciente, para que descreva os sinais e sintomas de infecção já ensinados; orientar sobre cuidados com a incisão cirúrgica - curativo, remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário; e informar quanto à remoção do curativo da incisão cirúrgica, após 24h do recebimento da alta (MATA; NAPOLEÃO, 2010).

Na necessidade de Regulação vascular as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram Sangramento e Risco de sangramento. Smeltzer et al. (2011) consideram o sangramento uma complicação imediata da prostatectomia, porque a próstata hiperplásica é muito vascularizada, este pode resultar em formação de coágulos, obstrução do fluxo urinário e, conseqüentemente, dor.

As hemorragias ou sangramentos são complicações muito comuns no pós-operatório, principalmente, nas prostatectomias suprapúbicas, que são hemorragias difícil controle. Por isso, todo cuidado deve ser tomado para identificá-las o mais precocemente possível, normalmente são observadas no próprio local da cirurgia. Dependendo do volume de sangue perdido, uma hemorragia pode ser considerada leve, quando a perda sanguínea não ultrapassa 10% do volume circulante, moderada, quando essa perda chega a 20%; ou maciça, quando a perda é superior a 20%. Os cuidados de enfermagem relacionados envolvem: controle e monitoramento dos sinais vitais, posicionamento adequado do cliente, de acordo com a possibilidade, supressão do sangramento por meio da compressão de vasos ou tecidos, quando possível, realização de sondagem vesical ou gástrica, controle de medicamentos e das soluções administradas, incluindo hemoderivados, providenciar coleta de amostras de sangue para exames laboratoriais e preparar o cliente para que, havendo necessidade, seja submetido a uma nova intervenção cirúrgica de urgência (SMELTZER et al., 2011; BOUNDY, et al., 2004; FIGUEIREDO, 2003).

As intervenções de enfermagem validadas no estudo para o diagnóstico de Sangramento foram: Controlar instilação vesical; Identificar a causa do sangramento;

Observar aspecto e coloração da diurese (urina sanguinolenta; eliminação de coágulos urinários); Verificar sinais de choque (pele fria, taquipneia sudorese etc.).

O risco de sangramento existe principalmente quando está relacionado à hiperplasia benigna prostática devido à sua vascularização e pode acontecer a partir do leito prostático ou também pode resultar na formação de coágulos que obstruem o fluxo urinário (SMELTZER et al., 2011). Para Galdeano et al. (2006), as intervenções de enfermagem para o diagnóstico *Risco de sangramento* consistem em: Monitorar atentamente o paciente quanto a hemorragia; Monitorar sinais e sintomas de sangramento; Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas; Verificar sinais vitais, observando as tendências e as oscilações na pressão sanguínea, monitorar a presença e qualidade do pulso; monitorar frequência e ritmo respiratório, e Monitorar cor, temperatura e a umidade da pele.

No estudo as intervenções validadas foram: Orientar o paciente para manter repouso e Observar e registrar a presença de sangue, mas sugeriu-se, uma modificação, Observar e registrar presença de coágulo de sangue na sondagem vesical; Monitorar os sinais vitais; Atentar para sinais de hemorragia e Observar presença de hematoma perincisional.

Na necessidade de Regulação térmica as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Temperatura corporal aumentada* e *Temperatura corporal diminuída*. A hipotermia durante a anestesia é o distúrbio térmico comum no perioperatório, associado à utilização da morfina no espaço subaracnóideo (BICALHO et al., 2006). O nível anestésico deprime a função corporal do cliente resultando em uma redução do metabolismo e em uma queda da temperatura corporal. Quando os clientes começam a despertar, eles se queixam de se sentirem com frio e desconfortáveis. A quantidade de tempo gasto na sala de cirurgia contribui para a perda de calor. Cirurgias que exigem a abertura de uma cavidade corporal também colaboram para perda de calor. Clientes idosos e pediátricos apresentam um risco elevado de desenvolvimento de problemas associados à hipotermia (POTTER; PERRY, 2009). O segundo grupo recomendou a utilização e inclusão do termo diagnóstico *Temperatura corporal alterada* para atender as duas situações (aumentada e diminuída), a qual não foi acatada.

Em situações de alterações da temperatura, quando o paciente retorna da sala de operações, em geral, apresenta-se hipotérmico devido à depressão do sistema nervoso decorrente da droga anestésica. Com o passar das horas, poderá haver hipertermia

decorrente de agressão tissular provocada pela incisão operatória (KAWAMOTO, 2010).

Na Hipertermia, a literatura recomenda que os cuidados de enfermagem foquem na retirada dos cobertores, aplicar compressas frias (na frente), mediar o paciente conforme prescrição, controlar com maior frequência a temperatura corporal, avaliar a resposta neurológica, atentando para instalação de quadro convulsivo, identificar a causa, monitorar sinais vitais, monitorar/registrar perdas de líquidos, como urina, vômitos e diarreia, feridas/fístulas e perdas imperceptíveis, monitorar os resultados dos exames laboratoriais, garantir segurança do paciente, administrar reposição de líquidos e eletrólitos, manter repouso no leito e oferecer uma dieta hipercalórica (KAWAMOTO, 2010; DOENGES, 2010).

Cabe ao enfermeiro também realizar precauções contra a hipertermia maligna, que consiste na prevenção ou redução de resposta hipermetabólica a agentes farmacológicos utilizados durante a cirurgia, alguns cuidados de enfermagem compreendem: monitorar sinais de hipertermia maligna, providenciar gelo esterilizado e soluções intravenosas frias, irrigar os ferimentos com soluções frias, monitorar os sinais vitais, obter amostras de sangue e urina, monitorar os níveis de eletrólitos, de enzimas e de açúcar no sangue, observar os sinais de complicações tardias, como falência renal, hipotermia, edema pulmonar, hipercalemia, sequelas neurológicas, necrose muscular, reduzir estímulos ambientais, providenciar cobertor de resfriamento e manter equipamento de emergência para hipertermia maligna (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004).

Para situações de *Temperatura corporal aumentada*, as intervenções de enfermagem validadas foram: Arejar o ambiente; Avaliar o paciente quanto aos sintomas de fadiga, fraqueza, confusão, apatia e tremor; Avaliar resposta à medicação; Evitar infusões de líquidos gelados; Incentivar a ingestão de líquidos; Manter o paciente hidratado; Monitorar sinais vitais; Observar reações de desorientação/confusão; Promover conforto; e Remover o excesso de roupas. Para o diagnóstico de enfermagem *Temperatura corporal diminuída* as intervenções validadas foram: Arejar o ambiente; Avaliar o paciente quanto aos sintomas de fadiga, fraqueza, confusão, apatia e tremor; Avaliar resposta à medicação; Ensinar ao paciente os sinais precoces de alerta da hipotermia (pele fria, palidez, vermelhidão); Evitar correntes de ar no ambiente; Evitar infusões de líquidos gelados, em caso de hipotermia; Evitar infusões de líquidos

gelados; Incentivar a ingestão de líquidos; Manter o paciente aquecido com uso de cobertores; Manter o paciente hidratado; Monitorar sinais vitais; Observar reações de desorientação/confusão; Promover conforto; Verificar a temperatura corporal.

Observa-se que na literatura, algumas intervenções estão de acordo com as julgadas como aplicáveis no paciente prostatectomizado, como: aquecer o paciente, acrescentando mais cobertores, ligar aquecedor, fechar janelas, controlar com maior frequência a temperatura, evitar colocar bolsa de água quente devido ao perigo de queimadura por diminuição da sensibilidade dolorosa, identificar a causa e os fatores contribuintes, remover roupas úmidas, aquecer o sangue a ser infundido, caso apropriado, administrar líquidos quentes, avaliar esforço respiratório, auscultar os pulmões atentando para os ruídos adventícios, monitorar ritmo e frequência cardíaca, monitorar pressão arterial, monitorar cor e temperatura da pele, monitorar a presença de bradicardia, monitorar a ingesta e a eliminação, monitorar desequilíbrio acidobásico, Monitorar choque de reaquecimento, administrar oxigênio adequado, quando necessário e ficar atento para a hipotensão, medir débito urinário e monitorar exames laboratoriais e avaliar o SNC (KAWAMOTO, 2010; DOENGENS, 2010).

Na necessidade de Percepção dos órgãos do sentido a afirmativa diagnóstica construída e validada foi *Dor na ferida cirúrgica*, que é, segundo as avaliadoras, constantemente observado no paciente prostatectomizado. A presença da dor pode estar relacionada à incisão cirúrgica, à estimulação das terminações nervosas por substâncias químicas utilizadas durante a cirurgia, a isquemias causadas por interferência no suprimento de sangue para os tecidos, por pressão, espasmo muscular ou edema (PHIPPS et al., 1994). A dor resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, que predispõem o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e proteico e redução do volume ventilatório. A dor também reduz a movimentação e a deambulação precoce, favorecendo o aparecimento de trombose profunda, interrompe o sono, o que pode resultar em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento (PIMENTA et al., 2001).

No caso da dor pós-operatória, deve-se considerar que toda cirurgia implica em lesão de tecidos, manipulação de estruturas e órgãos, sendo a dor uma consequência desse processo, que pode, porém, ser minimizada. O tratamento da dor pós-operatória, além das razões humanitárias, reduz reações secundárias induzidas pelo traumatismo,

isto é, os reflexos somáticos e neurovegetativos que podem influenciar negativamente a atividade de vários órgãos e contribuir no aumento da morbidade (TACLA et al., 2008).

A Dor no pós-operatório de prostatectomia é um diagnóstico comumente visualizado, principalmente relacionado à incisão cirúrgica ou ao espasmo vesical. A dor pós-operatória, muitas vezes, se faz presente e é um fator de grande desconforto para o paciente e, por isso, merece intervenção no sentido de melhorá-la (SANTOS et al.; 2012). Quando o enfermeiro estiver cuidando de um cliente nessa condição as principais intervenções de enfermagem realizadas serão focadas, segundo a literatura, em Monitorar os sinais vitais, buscando indícios da possibilidade de hemorragia e choque; Examinar frequentemente o local da incisão para detectar sinais de infecção e troca do curativo de acordo com a necessidade; Atentar-se para sinais de epididimite: febre, calafrios, dor na virilha e epidídimo dolorido e inflamado; Registrar a quantidade e características do débito urinário; Manter a sonda vesical de demora desobstruída, evitando a obstrução da sonda vesical por dobras ou formação de coágulos e fazendo irrigação contínua ou intermitente, de acordo com a prescrição médica; Manter o dreno suprapúbico desobstruído e monitore o volume e características da drenagem; Manter o recipiente coletor abaixo do nível da bexiga do cliente para facilitar a drenagem e mantenha a pele limpa e seca ao redor da inserção do dreno; Comunicar casos de sangramento no primeiro dia do pós-operatório; Ficar atento para sinais de hiponatremia, incluindo-se alterações do estado mental, abalos musculares e convulsões; Ofertar apoio psicológico e sexual durante o período de recuperação, principalmente nos casos de pacientes submetidos à prostatectomia perineal, pois é comum a impotência e Observar características da dor (local e tipo) (BOUNDY, 2004).

Para o diagnóstico *Dor na ferida cirúrgica* as intervenções validadas foram: Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; Aplicar compressa fria; Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração; Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor; Avaliar intensidade da dor por meio de escalas; Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p.ex.: temperatura ambiente, iluminação, ruído); Descrever as características da dor, incluindo local, o início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes; Encorajar o paciente quanto à discussão de sua experiência de dor, quando adequado; Explicar as causas da dor; Investigar os fatores que aumentam a dor; Manter repouso no leito; Monitorar a dor após administração de medicamento; Observar indicadores não

verbais de desconforto; Oferecer ambiente calmo e agradável; Orientar o paciente quanto à necessidade de repouso durante a dor; Reduzir os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (p.ex.: medo, fadiga, monotonia e falta de informação); Selecionar medidas de alívio da dor, quando necessário; Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave e Verificar o nível de desconforto com o paciente, mas a intervenção Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor, a intervalos específicos não foi considerada aplicável.

Na necessidade psicossocial de Segurança as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Angustia por impotência sexual*, *Ansiedade* e *Agitação*. O acompanhamento psicológico é de suma importância para o paciente prostatectomizado, pois ele tem vários aspectos da sua vida modificados devido à doença e à cirurgia (SANTOS et al.; 2012).

Segundo Smeltzer et al. (2011), a impotência é constantemente observada depois da prostatectomia total. Dependendo da cirurgia, o paciente pode experimentar a disfunção sexual relacionada com os efeitos da terapia, podendo acontecer à disfunção erétil, libido diminuída e fadiga, que pode alterar seu prazer nas atividades sexuais. Podendo ser motivo de preocupação logo depois da cirurgia ou depois de meses de reabilitação. A disfunção erétil é outra complicação que geralmente afeta negativamente a vida do indivíduo prostatectomizado e de seu cônjuge (SANTOS et al.; 2012).

Para o diagnóstico de enfermagem *Angustia por impotência sexual* foram validadas as seguintes intervenções: Monitorar o estado emocional do indivíduo; Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem-estar; Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais; Estabelecer relação de confiança; Retirar todas as dúvidas quanto à vida sexual do indivíduo após a cirurgia; Providenciar aconselhamento psicológico ou sexual e Orientar quanto à importância do ambiente calmo e agradável nas relações sexuais. Todas as intervenções são também referenciadas por Norat et al. (2011).

Assim, a Enfermagem pode atuar ensinando a prática de exercícios dos músculos do assoalho pélvico (para recuperar a continência), esclarecer dúvidas desse indivíduo, aconselhá-lo, fornecer apoio emocional, orientá-lo quanto à vida íntima com seu cônjuge e incentivar a participação em grupos de apoio (MOORE et al., 2008).

A ansiedade é um estado de ânimo desagradável, de tensão e apreensão, é uma reação ao estresse e a ameaça, ou seja, reação emocional a percepção do perigo real ou imaginário (SANTOS, 2009). A *Ansiedade* é considerado um diagnóstico observado frequentemente em todos os pacientes cirúrgicos, seja no pré-operatório ou pós-operatório, pela preocupação com a cirurgia (diagnóstico, tratamento e seus efeitos, inclusive quanto à impotência sexual, anteriormente citada).

A ansiedade pode influenciar diretamente na recuperação pós-operatória. Neste período, a assistência de enfermagem necessita ter uma abordagem integral, atendendo para a prevenção das complicações pós-cirúrgicas e oferecendo suporte emocional aos pacientes e familiares. É um sentimento observado em razão da mudança de ambiente, ao distanciamento da família, à alteração no estado de saúde, às incertezas referentes à recuperação, à impossibilidade de manutenção das atividades cotidianas e à dependência para a realização de atividades da vida diária (PIVOTO et al., 2010). O primeiro grupo ainda sugeriu a inclusão do diagnóstico *Medo*, mas o segundo grupo avaliou que se encontra contemplado na *Ansiedade*.

Um sinal de alerta e que necessita de uma intervenção de enfermagem é a *Ansiedade*, pois geralmente o indivíduo apresenta sentimento de desconforto ou temor ao lidar com uma ameaça, as intervenções de enfermagem prioritárias ao paciente cirúrgico são: Possibilitar a exposição de sentimento; Estar atento à comunicação verbal e não verbal; Proporcionar atividades recreativas/permanência de familiares; Esclarecer dúvidas, conforme necessidade; Orientar o paciente sobre técnicas de relaxamento (respiração profunda, lenta, relaxamento da musculatura e outras); Orientar o paciente a colocar-se em posição confortável e manter-se de olhos fechados; Realizar massagem de conforto; Oferecer apoio espiritual; Identificar pessoas significantes cuja presença possa auxiliar o paciente; Manter atitude calma e decidida; Manter contato com os olhos do paciente; Tocar o paciente para transmitir segurança e Facilitar a expressão de raiva ouvindo-o atentamente (SMELTZER et al., 2011).

As intervenções validadas para o diagnóstico *Ansiedade*, e que estão em concordância com a literatura, foram: Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento, porém com uma modificação para Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao pós-operatório; Estabelecer relação de confiança com o paciente; Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade; Monitorar o estado emocional do indivíduo; Oferecer um ambiente calmo e agradável; Proporcionar bem-estar e Avaliar as



expectativas face ao regime de tratamento. Houve sugestão de acréscimo da intervenção: Oferecer informações sobre o tratamento e prognóstico.

O diagnóstico *Agitação* refere-se à descarga de tensão nervosa associada com a ansiedade, medo ou estresse mental (POTTER; PERRY, 2011). Para esse diagnóstico as seguintes intervenções foram validadas e consideradas aplicáveis ao paciente prostatectomizado: Avaliar nível de consciência; Colocar o paciente em ambiente protegido; Determinar o motivo/razão do comportamento; Manter grades do leito elevado; Providenciar vigilância contínua do paciente e do ambiente e Retirar objetos perigosos do ambiente próximo ao paciente. Além dessas intervenções, Norat et al. (2011) sugerem avaliar perfusão tissular, comunicar riscos a outros cuidadores e proteger o paciente com uso de imobilizadores para limitar a agitação.

Na necessidade de Aprendizagem (Educação á saúde) as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Déficit de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico*, *Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida operatória*. Ambos os diagnósticos, estão relacionados principalmente à idade dos pacientes, que, por ser idosos, por vezes torna-se difícil o entendimento do procedimento cirúrgico e seus cuidados.

As ações fundamentais da Enfermagem no período de orientação dos pacientes prostatectomizados e sua família quanto aos cuidados em domicílio abordam instruções quanto aos sinais e sintomas esperados no pós-operatório, aos cuidados com o cateter urinário e sistema coletor fechado, os efeitos do tratamento, a higiene e os cuidados com a ferida cirúrgica, a nutrição, a hidratação, a incontinência urinária, a função sexual e os possíveis sinais de complicação (SANTOS et al., 2012).

Para o tratamento cirúrgico tornar-se completo e mais humano, é necessário que o paciente tenha preparo emocional e as orientações devem ser completas. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia, e sim, explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as consequências, a fim de que o paciente possa estar ciente do seu tratamento e colaborar na sua recuperação (OLIVEIRA et al., 2005).

As necessidades de aprendizado do paciente e da sua família precisam ser identificadas e abordadas, sempre que necessário. O nível funcional do indivíduo, seus mecanismos de aceitação e os sistemas de apoio são de primordial importância, haja vista que a orientação de enfermagem ao paciente, aos seus familiares e a outras pessoas

que o apoiam na sua recuperação é de extrema importância para que a sua evolução e reabilitação sejam otimizadas (SMELTZER et al., 2011).

Para o diagnóstico *Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida operatória*, as intervenções de enfermagem validadas e consideradas aplicáveis ao paciente foram: Orientar quanto aos cuidados com a ferida; Orientar o paciente quanto à lavagem da incisão com água e sabão; Orientar quanto aos cuidados com a higiene oral e corporal; Orientar para os sinais/ sintomas de infecção; Implementar técnica asséptica; Avaliar o conhecimento sobre cuidados e Cicatrização da ferida. Todas as intervenções citadas para este diagnóstico foram também referenciadas como aplicáveis ao paciente cirúrgico por Norat et al. (2011).

Quanto às intervenções de enfermagem validadas para o diagnóstico *Déficit de conhecimento sobre a cirurgia* foram: Oferecer informações sobre os cuidados no pré e no pós-operatório, mas houve a sugestão da retirada do pré-operatório; Oferecer apoio e minimizar a ansiedade e Estimular o paciente para o relato de sua ansiedade. Norat et al. (2011) consideram também como intervenções para este diagnóstico Orientar sobre a cirurgia e anestesia e Ouvir atentamente o paciente, no entanto, são intervenções que aplicam-se mais ao paciente no pré-operatório.

Na necessidade de Aceitação as afirmativas diagnósticas construídas e validadas foram *Baixa autoestima situacional* e *Falta de aceitação da condição de saúde*. A *Baixa autoestima situacional* trata-se do episódio que acontece pelo desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual e pode estar relacionada, por exemplo, a complicações no pós-operatório, que irá aumentar a permanência na clínica, como também, pode relacionar-se ao constrangimento pelo uso de sonda, uma vez que o simples fato de não poder colocar um shorts, culmina no desejo de não querer deambular ou sair do quarto.

Napoleão (2009) aponta que este diagnóstico foi identificado ainda em seus estudos, haja vista que os pacientes constantemente referiram preocupação com o conhecimento da possibilidade de perda da continência urinária após a cirurgia, demonstrando grandes expectativas em relação ao período pós-operatório tardio.

Na literatura, observa-se que para este diagnóstico, as ações de enfermagem incluem Possibilitar exposição de sentimentos; Estar atento à comunicação verbal e não verbal; Providenciar atividades recreativas/permanência de familiares; Esclarecer

dúvidas; Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos; Evitar críticas negativas; Transmitir confiança na capacidade do paciente em lidar com as situações; Facilitar atividades que aumentem a autoestima; Encorajar maior responsabilidade para si mesmo; Auxiliar o paciente a identificar prioridades de vida; Auxiliar o paciente a aceitar a dependência dos outros; Permitir que a família ofereça apoio espiritual conforme a sua crença; Auxiliar o paciente a mudar a visão de si mesmo como vítima e Estabelecer limites em relação a comportamentos manipuladores (ROGENSKI, 2008).

Para o diagnóstico *Baixa autoestima situacional* as seguintes intervenções foram validadas: Estimular a sua responsabilidade sobre si mesmo; Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário; Evitar comentários negativos; Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente e Promover autoestima, encorajando o paciente a buscar seus pontos positivos, mas com a sugestão de retirada de “Promover a autoestima”, e manter “Encorajar o paciente a buscar seus pontos positivos”, e uma acréscimo foi sugerido, Estimular a exposição dos sentimentos do paciente.

O diagnóstico de enfermagem *Falta de aceitação da condição de saúde* está relacionado principalmente à disfunção sexual, pois todas as prostatectomias comportam um risco de impotência por causa do dano potencial aos nervos pudendos. Depois da prostatectomia total (comumente para o câncer), a impotência quase sempre sobrevém (SMELTZER et al., 2011).

As intervenções para esse diagnóstico que foram validadas foram: Esclarecer todas as dúvidas do paciente; Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo; Avaliar barreiras à adesão e Avaliar as crenças culturais. Norat et al. (2011) consideram ainda como intervenções Oferecer apoio psicológico e Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico para o paciente cirúrgico.

A equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, deve assumir papel fundamental, desenvolvendo atividades que variam desde a avaliação pré-operatória até as orientações quanto aos cuidados domiciliares após a cirurgia. O enfermeiro deve trabalhar juntamente com o paciente e a família, para assegurar a compreensão das orientações de cuidados pós-prostatectomia, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, a fim de prestar um cuidado individualizado e de qualidade para essa clientela (SANTOS et al.; 2012).

As afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídas e validadas no estudo têm como maior propósito facilitar o pensamento crítico e a tomada de decisão do profissional, bem como contribuirá para uma prática sistematizada, indispensáveis para dar visibilidade à Enfermagem enquanto ciência.

### **5.3 Proposta do Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados**

Para estruturação do presente Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia, seguiu-se o modelo estabelecido pelo ICN, estruturado com a Significância para a Enfermagem; com o Modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas, e finalizado relacionando as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com esse modelo teórico.

#### **5.3.1 Significância para a Enfermagem**

As cirurgias urológicas são consideradas um motivo de preocupação entre os pacientes. A prostatectomia, em especial, é carregada de inúmeros significados aos homens, qualquer que seja o procedimento cirúrgico a que o paciente se submeta, ele é envolvido por vários fatores que acarretam mudanças em sua vida e na da sua família. Os efeitos ou consequências de uma cirurgia não se resumem a uma incisão e alteração funcional de um órgão, mas também às implicações emocionais, explícita ou implícita. Sendo necessário que o paciente mobilize todos os seus recursos físicos, emocionais e financeiros para enfrentar esse momento. Por isso, é fundamental um preparo prévio dessa pessoa e de seus familiares, e que o mesmo seja conhecido e compreendido através de seus valores culturais (LENARDT et al., 2007; CAVALCANTE et al., 2000).

A qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, tanto no período que antecede a cirurgia quanto durante e após a realização da mesma, interfere nos resultados do procedimento realizado. Daí a relevância de buscar compreender a complexidade que envolve a atuação do enfermeiro nessa unidade (MEKEER;

ROTHROCK, 1997). Dentro desse contexto, os enfermeiros desempenham diferentes papéis e têm várias responsabilidades no cuidado ao paciente cirúrgico, o que contribui para a sua recuperação/reabilitação. Os papéis do enfermeiro incluem ensino, preparo físico e psicológico, avaliação e alta do paciente (PEDROLO et al., 2001).

Os enfermeiros, durante todo o seu processo de formação, são introduzidos a um papel profissional idealizado, que aprendem a valorizar o cuidado individualizado aos pacientes, com base em conhecimentos científicos, como a sua principal atividade profissional (COSTA; SHIMIZU, 2005). Esses conhecimentos científicos são fortalecidos com a utilização de uma linguagem de enfermagem unificada, que estabeleça definição e descrição da sua prática profissional, e contribua para reconhecer a Enfermagem enquanto ciência (NOBREGA; GARCIA, 2005).

Atendendo ao desafio de unificar sua linguagem e evidenciar os elementos de sua prática (os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as ações de enfermagem), a CIPE<sup>®</sup> é um instrumento de informação desenvolvido para descrever a prática de enfermagem e prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde e, ao mesmo tempo, que promovam mudanças na prática de enfermagem através da educação, administração e pesquisa (NOBREGA; GARCIA, 2005).

O CIE entende a necessidade de padronização da linguagem e dos dados da enfermagem, e para reduzir a complexidade da utilização deste sistema de classificação, propôs-se o desenvolvimento de Catálogos CIPE<sup>®</sup> ou Subconjuntos Terminológicos da CIPE<sup>®</sup> por enfermeiros do mundo inteiro para poder vencer esse desafio e melhorar a prática profissional, oferecendo à sua clientela um cuidado individualizado e de qualidade. Esses Catálogos podem ser desenvolvidos para clientelas específicas ou prioridades de saúde, utilizando o modelo teórico da preferência de quem o desenvolve.

### **5.3.2 O modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas**

A escolha de um modelo teórico na Enfermagem contribui para o processo de desenvolvimento do conhecimento. A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenômenos. Conduz

a autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão, e auxiliando o pensamento crítico (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Para a construção do presente Subconjunto Terminológico da CIPE® utilizou-se o modelo teórico proposto por Horta das Necessidades humanas básicas. Horta apresenta como núcleo central as necessidades humanas básicas, consideradas os **entes da enfermagem**. O termo **ente** é empregado para designar o objeto de conhecimento da ciência de Enfermagem. Ela entende que toda ciência deve determinar seu ente concreto, descrevê-lo, explicá-lo e predizer sobre ele, a Enfermagem deve descrever, explicar e predizer sobre as necessidades humanas básicas. Assim, enquanto ciência, o foco da Enfermagem é o ser humano e o objeto é “[...] assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, sendo estas os entes da enfermagem” (p. 7). As **Necessidades humanas básicas** foram conceituadas como “são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 2011, p. 38).

Delinear os conceitos maiores que permeiam o metaparadigma desta teoria é fundamental para estabelecer as metas de cuidado ao paciente no pós-operatório de prostatectomia. Assim, o conceito de *ser humano* é o homem prostatectomizado, receptor de cuidados, ser único e indivisível, singular em sua especificidade, que necessita de ajuda e é influenciado pelas relações inter-humanas em espaço e tempo definidos de acordo com a situação compartilhada, e necessitam de apoio nas suas diversas dimensões biopsicossociais e espiritual.

O conceito de *Enfermagem* é uma ciência e uma arte considerada como um encontro do profissional/cliente na busca do seu bem-estar e do seu equilíbrio, para o atendimento de suas necessidades, a fim de prestar um cuidado holístico. É o estar junto, compartilhando experiências vividas, oferecendo ajuda e suporte, que não pode ser normatizado por regras rotinas pré-estabelecidas, acontece como presença, encontro, diálogo, intersubjetividade, revela-se como chamado e resposta de pessoa a pessoa .

A *saúde* a finalidade da assistência de enfermagem, pode-se denominá-la como o bem-estar, equilíbrio, ou qualidade de vida. É resultado dos ajustes que o indivíduo faz diante da vida. Deve ser, quando possível, decidida em conjunto pelo paciente e pelo enfermeiro.

O *ambiente* situa-se na instituição hospitalar onde o homem prostatectomizado

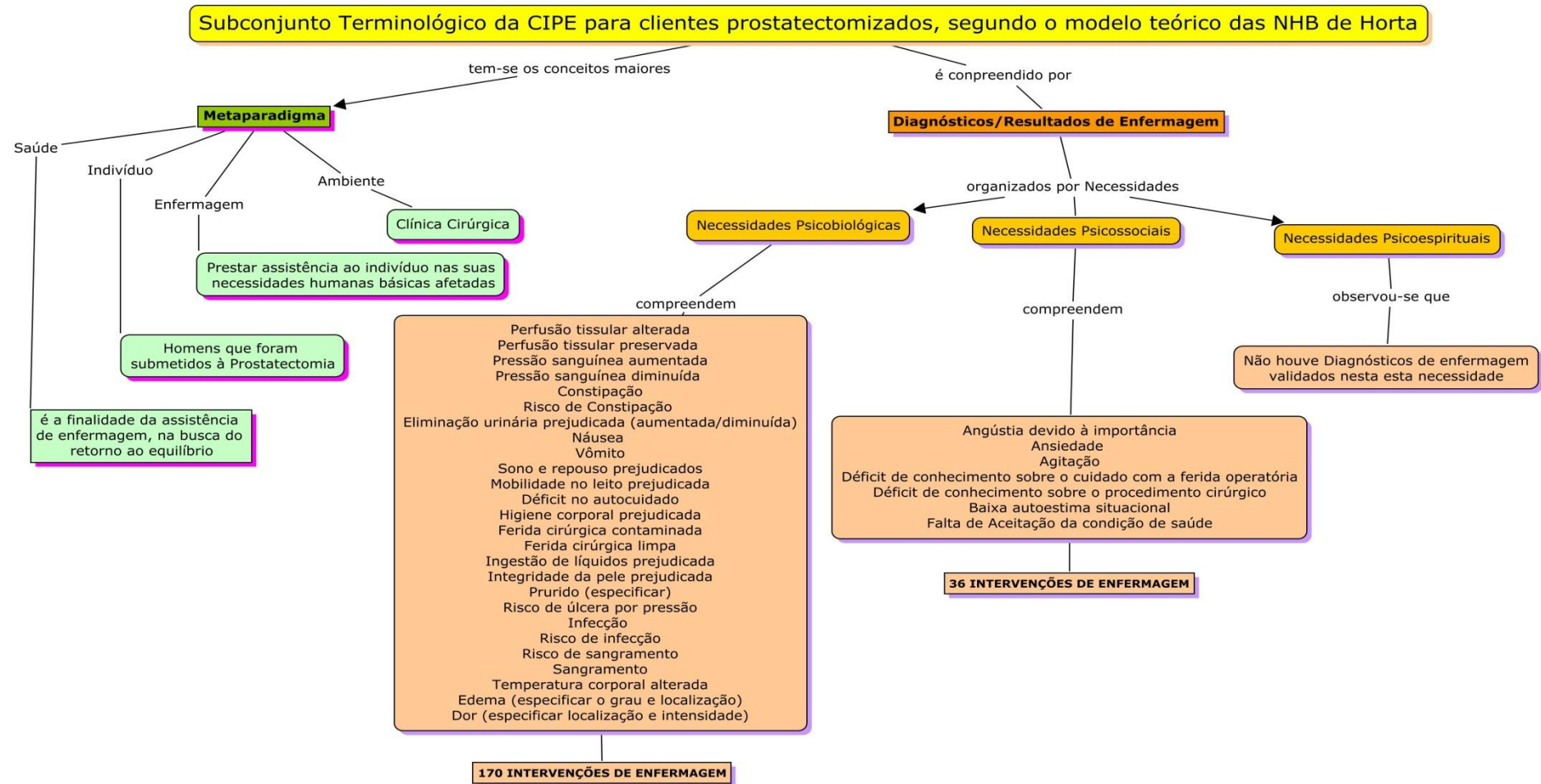
se encontra no pós-operatório imediato e mediato, é o espaço onde uma situação ou um fenômeno acontece. Em particular, é o *ambiente* do cuidado, que, inicia-se na unidade de internação, na Clínica Cirúrgica, e se estende até o sua alta.

O enfermeiro tem a responsabilidade de oferecer a ajuda requerida para satisfazer necessidades do pacientes durante os períodos estressantes em que tem um diagnóstico de enfermidade, durante a hospitalização, ou tratamento e recuperação. O enfermeiro é o agente da ação de enfermagem, através de sua capacidade como profissional cientificamente embasado. A enfermagem, como parte integrante de equipe de saúde, tem por função manter o indivíduo em perfeito equilíbrio e com saúde. E ao identificar os problemas de enfermagem, o enfermeiro pode intervir realizando assistência ao indivíduo em suas necessidades humanas básicas, o ensino do autocuidado, a manutenção, promoção e recuperação da saúde (HORTA, 2011).

### **5.3.3 Relação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem distribuídas, segundo o modelo teórico**

Após a realização da validação das afirmativas estruturou-se a proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia, segundo o modelo teórico de Horta (Figura 3).

**Figura 3** - Proposta do Subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia, segundo o modelo teórico de Horta.





Depois da retirada das repetições das afirmativas de intervenções de enfermagem, estruturou-se o Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia segundo o modelo teórico de Horta, composto por **33 diagnósticos/resultados de enfermagem e 206 intervenções de enfermagem**. A sua aplicação deve ser analisada segundo as necessidades do indivíduo, assim caberá ao enfermeiro utilizar de seu raciocínio e julgamento clínico para tomada de decisão (Quadro 06).

**Quadro 06** - Subconjunto Terminológico da CIPE® para clientes prostatectomizados segundo o modelo teórico de Horta. João Pessoa, 2013.

<b>SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA CLIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA SEGUNDO O MODELO TEÓRICO DE HORTA</b>	
<b>DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constipação</li> <li>2. Déficit no autocuidado</li> <li>3. Dor na ferida cirúrgica</li> <li>4. Edema (especificar o grau e localização)</li> <li>5. Eliminação urinária prejudicada (aumentada/diminuída)</li> <li>6. Ferida cirúrgica contaminada</li> <li>7. Ferida cirúrgica limpa</li> <li>8. Higiene corporal prejudicada</li> <li>9. Infecção</li> <li>10. Ingestão de líquidos diminuída</li> <li>11. Integridade da pele prejudicada</li> <li>12. Mobilidade no leito prejudicada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Náusea</li> <li>14. Perfusão tissular alterada</li> <li>15. Pressão sanguínea aumentada</li> <li>16. Pressão sanguínea diminuída</li> <li>17. Prurido</li> <li>18. Risco de constipação</li> <li>19. Risco de infecção</li> <li>20. Risco de sangramento</li> <li>21. Risco de úlcera por pressão</li> <li>22. Sangramento</li> <li>23. Sono e repouso prejudicados</li> <li>24. Temperatura corporal aumentada</li> <li>25. Temperatura corporal diminuída</li> <li>26. Vômito</li> </ol>
<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajudar no banho diário caso necessário;</li> <li>2. Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis;</li> <li>3. Aplicar compressa fria;</li> <li>4. Arejar o ambiente;</li> <li>5. Assegurar uma ingestão nutricional adequada;</li> <li>6. Atentar para sinais de hemorragia;</li> <li>7. Atentar para sinais de infecção;</li> <li>8. Auscultar ruídos hidroaéreos e avaliar a peristalse;</li> <li>9. Auxiliar na escovação e no enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;</li> <li>10. Auxiliar o paciente no controle do sono diurno;</li> <li>11. Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração;</li> <li>12. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor;</li> </ol>	

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

13. Avaliar a eficácia do tratamento para a infecção;
14. Avaliar a evolução da ferida;
15. Avaliar a perfusão tissular;
16. Avaliar e registrar a localização do edema;
17. Avaliar intensidade da dor por meio de escalas;
18. Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hiperemia;
19. Avaliar monitoramento cardíaco;
20. Avaliar o estado nutricional;
21. Avaliar o local da incisão cirúrgica durante cada curativo;
22. Avaliar o paciente quanto aos sintomas de fadiga, fraqueza, confusão, apatia e tremor;
23. Avaliar o padrão intestinal;
24. Avaliar o processo de cicatrização;
25. Avaliar o turgor, elasticidade cutâneo e as mucosas orais;
26. Avaliar resposta à medicação;
27. Controlar a ingestão e a excreta (balanço hídrico);
28. Controlar infusões venosas;
29. Controlar instilação vesical;
30. Controlar o balanço hídrico;
31. Controlar os fatores ambientais capazes de estimular o vômito;
32. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p.ex.: temperatura ambiente, iluminação, ruído);
33. Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos;
34. Descrever as características da dor, incluindo local, o início, duração, frequência, qualidade, intensidade e os fatores precipitantes;
35. Determinar causa do prurido;
36. Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono;
37. Documentar fatores relacionados à redução do estresse;
38. Encorajar o cliente a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente e eliminar a visão e o odor desagradável da área de alimentação;
39. Encorajar o paciente quanto à discussão de sua experiência de dor, quando adequado;
40. Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de higiene quando retornar a casa;
41. Ensinar ao paciente os sinais precoces de alerta da hipotermia (pele fria, palidez, vermelhidão);
42. Ensinar ao paciente técnica de relaxamento;
43. Ensinar o cliente como fazer exercícios para fortalecer o assoalho pélvico;
44. Ensinar técnicas não farmacológicas como relaxamento durante a náusea;
45. Estimular a deambulação;
46. Estimular a hidratação;
47. Estimular a ingestão de líquidos;
48. Estimular a ingestão de nutrientes;
49. Estimular a mudança de posição;
50. Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente;
51. Estimular ingestão de alimento laxante;
52. Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade;
53. Evitar alimentos muito quentes ou muito frios;
54. Evitar correntes de ar no ambiente;
55. Evitar infusões de líquidos gelados, em caso de hipotermia;
56. Examinar a integridade da pele;
57. Examinar as mucosas orais;
58. Explicar a causa da náusea e a duração se conhecidas;

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES  
PSICOBIOLOGICAS**

59. Explicar as causas da dor;
60. Explicar que pode ocorrer gotejamento urinário durante certo tempo e até mesmo surgir incontinência urinária;
61. Fazer compressas quentes em caso de obstrução da sonda;
62. Fazer controle rigoroso das infusões venosas;
63. Identificar a causa do sangramento;
64. Identificar os fatores que possam contribuir para a constipação;
65. Incentivar a caminhada;
66. Incentivar a ingestão de líquidos;
67. Informar serviço de nutrição sobre o problema do paciente;
68. Instruir o paciente quanto à ingestão adequada de líquidos;
69. Investigar a causa do edema;
70. Investigar as necessidades de aprendizagem do paciente;
71. Investigar os fatores que aumentam a dor;
72. Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade ou aumento da eliminação urinária;
73. Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal;
74. Investigar sinais de hemorragia;
75. Isolar o paciente, se necessário;
76. Lavar as mãos antes e depois de manusear o paciente;
77. Limitar líquidos durante as refeições;
78. Manter a pele hidratada;
79. Manter a pele limpa e seca;
80. Manter as unhas do paciente limpas e curtas;
81. Manter cuidados com irrigação vesical;
82. Manter hidratação venosa;
83. Manter higiene íntima;
84. Manter irrigação contínua;
85. Manter membros aquecidos;
86. Manter o ambiente sem obstáculos;
87. Manter o cuidado com a pele;
88. Manter o frasco coletor de urina abaixo do nível da bexiga;
89. Manter o paciente aquecido com uso de cobertores;
90. Manter o paciente hidratado;
91. Manter repouso no leito;
92. Medir o débito urinário;
93. Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha;
94. Monitorar a dor após administração de medicamento;
95. Monitorar a ingestão e a excreta de líquidos e eletrólitos;
96. Monitorar a ingestão hídrica;
97. Monitorar a pressão arterial;
98. Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor;
99. Monitorar as portas de entrada para infecção (sítio cirúrgico, acesso intravenoso, lesões cutâneas, ferida operatória);
100. Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade;
101. Monitorar nível de consciência, frequência e ritmo cardíaco;
102. Monitorar o estado nutricional;
103. Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas;
104. Monitorar os níveis de eletrólitos séricos;
105. Monitorar os sinais vitais;
106. Monitorar ruídos hidroaéreos;

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

107. Monitorar sinais e sintomas de constipação;
108. Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida;
109. Monitorar sinais e sintomas de infecção urinária;
110. Monitorar temperatura e frequência respiratória;
111. Monitorizar risco de obstrução do cateterismo vesical;
112. Observar a coloração da secreção odor e quantidade;
113. Observar a pele e mucosa quanto aos sinais de desidratação;
114. Observar as características, quantidade frequência e a duração do vômito;
115. Observar aspecto e coloração da diurese (urina sanguinolenta; eliminação de coágulos urinários);
116. Observar e documentar a coloração e características da urina;
117. Observar e registrar fatores que contribuem para o aparecimento da náusea;
118. Observar e registrar presença de coagulo de sangue na sondagem vesical;
119. Observar edema na região da genitália;
120. Observar indicadores não verbais de desconforto;
121. Observar presença de hematoma perincisional;
122. Observar pulso periférico;
123. Observar reações de desorientação/confusão;
124. Observar sinais de sangramento;
125. Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;
126. Oferecer ambiente calmo e agradável;
127. Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado;
128. Orientar a lavagem do couro cabeludo, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;
129. Orientar a limpeza da incisão cirúrgica;
130. Orientar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;
131. Orientar higiene corporal e oral;
132. Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito;
133. Orientar o consumo de líquidos e fibras e Proporcionar privacidade;
134. Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo bem seca;
135. Orientar o paciente para manter repouso;
136. Orientar o paciente quanto à necessidade de repouso durante a dor;
137. Orientar o paciente/família sobre os sinais e sintomas de infecção;
138. Orientar o paciente/família sobre dieta com elevado teor de fibras.
139. Orientar para o uso de suspensório escrotal, se necessário;
140. Orientar quanto à deambulação precoce;
141. Orientar quanto à importância da higiene corporal;
142. Orientar quanto à importância da redução da dieta hipossódica;
143. Orientar repouso;
144. Pesar diariamente o paciente;
145. Posicionar o paciente em semi-fowler para prevenir aspiração;
146. Promover conforto;
147. Promover higiene oral;
148. Promover ingestão nutricional adequada;
149. Proporcionar alimentação satisfatória;
150. Proporcionar ambiente limpo e confortável após episódio de vômitos;
151. Proporcionar conforto durante o episódio de vômito;
152. Proporcionar um ambiente calmo e seguro;
153. Proteger o membro edemaciado contra lesões;
154. Realizar balanço hídrico e eletrolítico;
155. Realizar curativo sempre que necessário;

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

156. Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito;
157. Realizar higiene oral adequada;
158. Realizar ou orientar mudança de decúbito;
159. Reduzir o estresse;
160. Reduzir os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (p.ex.: medo, fadiga, monotonia e falta de informação);
161. Remover o excesso de roupas;
162. Repor fluidos orais com líquidos frios.
163. Selecionar medidas de alívio da dor, quando necessário;
164. Supervisionar a pele;
165. Supervisionar o cuidado com a pele;
166. Usar medidas de controle da dor antes que a mesma se agrave;
167. Utilizar técnicas assépticas apropriadas durante a realização de cada curativo.
168. Verificar a temperatura corporal;
169. Verificar o nível de desconforto com o paciente;
170. Verificar sinais de choque (pele fria, taquipneia sudorese etc.).

### **DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

1. Agitação;
2. Angústia devido à impotência;
3. Ansiedade;
4. Baixa autoestima situacional;
5. Déficit de conhecimento sobre o cuidado com a ferida operatória;
6. Déficit de conhecimento sobre o procedimento cirúrgico;
7. Falta de aceitação da condição de saúde.

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

1. Avaliar as crenças culturais;
2. Avaliar as expectativas face ao regime de tratamento;
3. Avaliar barreiras à adesão;
4. Avaliar nível de consciência;
5. Avaliar o conhecimento sobre cuidados e cicatrização da ferida;
6. Colocar o paciente em ambiente protegido;
7. Determinar o motivo/razão do comportamento;
8. Encorajar o paciente a buscar seus pontos positivos;
9. Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao pós-operatório;
10. Esclarecer todas as dúvidas do paciente;
11. Estabelecer relação de confiança com o paciente;
12. Estimular a exposição dos sentimentos do paciente;
13. Estimular a sua responsabilidade sobre si mesmo;
14. Estimular o paciente a aceitar a ajuda dos cuidadores quando necessário;
15. Estimular o paciente para o relato de sua ansiedade;
16. Evitar comentários negativos;
17. Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais;
18. Fazer sempre afirmações positivas sobre o paciente;
19. Ensinar as técnicas assépticas para o cuidado com a ferida operatória;
20. Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo;
21. Manter grades do leito elevado;

22. Monitorar o estado emocional do indivíduo;
23. Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem estar;
24. Oferecer apoio e minimizar a ansiedade;
25. Oferecer informações sobre o tratamento e prognóstico;
26. Oferecer informações sobre os cuidados no pós-operatório;
27. Orientar o paciente quanto à lavagem da incisão com água e sabão;
28. Orientar para os sinais/ sintomas de infecção;
29. Orientar quanto à importância do ambiente calmo e agradável nas relações sexuais;
30. Orientar quanto aos cuidados com a ferida;
31. Orientar quanto aos cuidados com a higiene oral e corporal;
32. Proporcionar bem-estar;
33. Providenciar aconselhamento psicológico ou sexual;
34. Providenciar vigilância contínua do paciente e do ambiente;
35. Retirar objetos perigosos do ambiente próximo ao paciente;
36. Retirar todas as dúvidas quanto à vida sexual do indivíduo após a cirurgia.

A presente proposta de construção do subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para clientes prostatectomizados servirá como instrumento importante na prática clínica dos enfermeiros, pois pode favorecer a implantação da sistematização da assistência de enfermagem, disseminar a utilização e implantação da CIPE<sup>®</sup> e beneficiar o cliente/família ao prestar uma assistência holística e de qualidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar dos homens que apresentam problemas urológicos exige que o enfermeiro utilize sua observação, experiência prática, conhecimentos científicos e considere as esferas psicológica, social e espiritual, a fim de planejar seus cuidados em cima das necessidades do indivíduo.

O processo de enfermagem, considerado a base de sustentação da SAE, é o instrumento metodológico ideal que orienta e organiza o cuidado do enfermeiro, ao facilitar a identificação dos problemas do indivíduo, auxiliar no processo de interpretação dos dados coletados, determinar os resultados que se deseja alcançar, ao implementar e avaliar as ações de enfermagem. Mas, para utilizar esse método, torna-se necessário a escolha de um modelo teórico para orientar essa prática e contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de classificação, fundamental para garantir uma padronização da linguagem de enfermagem.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) é um sistema de classificação sensível à diversidade cultural, que tem o objetivo de representar a prática da enfermagem a nível mundial, e contribui para unificar a linguagem, o cuidado prestado e, conseqüentemente, fortalece a Enfermagem enquanto ciência. Na tentativa de expandir e facilitar a utilização da CIPE<sup>®</sup>, o CIE estimula o desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos da CIPE<sup>®</sup>, que são catálogos ou conjuntos de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções desenvolvidos para clientelas e prioridades de saúde específicas a fim de favorecer um cuidado seguro e de qualidade.

A presente proposta de um Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> representa um conjunto de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes submetidos à prostatectomia, desenvolvida com auxílio de peritos ou juízes com larga experiência teórica e prática, que avaliaram as afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções e consideraram aplicáveis ao paciente prostatectomizados. Espera-se que esse subconjunto contribuir para a melhoria da prática profissional, uma vez que possibilita nortear a prática e, conseqüentemente, uma assistência segura e de qualidade ao paciente cirúrgico. Mas, ressalta-se que o presente Subconjunto não substitui o raciocínio clínico e terapêutico do enfermeiro.

Acredita-se que a estruturação dessa proposta de subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> seja um instrumento facilitador para implantação de uma abordagem sistematizada e individualizada ao paciente cirúrgico prostatectomizado, contribuindo para o uso da linguagem unificada da profissão, para a visibilidade do cuidado de enfermagem, e para minimizar as complicações pós-operatórias mediante um cuidado de qualidade.

Durante o seu desenvolvimento, foram enfrentadas algumas dificuldades no processo de validação, como: resistência de alguns profissionais em colaborar com a pesquisa, em virtude do longo tempo utilizado para responder o instrumento (talvez associado à extensão do mesmo); falta de respostas a alguns itens do instrumento, exigindo que a pesquisadora procurasse novamente alguns integrantes do grupo para preenchê-los; e à dificuldade de reunir no segundo momento um número maior de peritos.

Mas, mesmo diante de algumas dificuldades, considera-se que os objetivos da pesquisa tenham sido alcançados, e o mapeamento, a validação e a estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para Clientes Submetidos à Prostatectomia foram realizados com êxito, resultando em 33 afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e 206 de intervenções de enfermagem. Todavia, torna-se necessário a continuidade da pesquisa para a realização da validação clínica, para que se observe, na prática, se as afirmativas aplicam-se à realidade clínica do paciente.

É importante reafirmar que o presente estudo encontra-se inserido nos projetos de pesquisa “Subconjuntos terminológicos da CIPE<sup>®</sup> para áreas de especialidades clínicas e da atenção básica em saúde” e “Sistematização da assistência do HULW/UFPB”, que envolvem uma contínua busca pelo pesquisar e discutir os prováveis e mais coerentes caminhos que devem guiar a implementação da assistência de enfermagem aos pacientes internos do HULW/UFPB. Ressalta-se que o desenvolvimento dos referidos projetos veem contribuindo para a produção e publicação de pesquisas realizadas na área da sistematização da assistência na busca efetiva de uma assistência de qualidade para pacientes internados no referido hospital com a utilização de um sistema de classificação – a CIPE<sup>®</sup>.

O desenvolvimento deste estudo concebeu um aprendizado positivo, propiciando uma assistência mais científica e menos intuitiva. Acredita-se que a utilização da proposta do subconjunto contribua para melhorar os cuidados de enfermagem e estimule o desenvolvimento de uma linguagem padronizada.



Espera-se que esta pesquisa sirva de estímulo e desperte o interesse por parte da equipe de enfermagem, pesquisadores, discentes e docentes da área, em dar continuidade para a construção de outros Subconjuntos Terminológicos da CIPE<sup>®</sup> para outras clientelas e outras prioridades em saúde, contribuindo com a Enfermagem mundial.

Finaliza-se esperando que o uso dessas afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem no atendimento aos homens que se submeteram à prostatectomia seja eficaz e possam proporcionar uma melhoria na qualidade da assistência a esta clientela.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.C.; NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 8, n. 3, p. 336-48, 2006. Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a04.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a04.htm). Acesso em: 29 julho 2011.
- ALFARO-LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ALMEIDA, M.C.P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-52, Set-Out 2009.
- AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009.
- ANDRADE, B. B et al. Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 77-82, jan./abr. 2008.
- ARAÚJO, A.A. **Catálogo CIPE® para insuficiência cardíaca congestiva**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, cap. 26. p. 476-483.
- BALDUINO, A.F.A.; MANTOVANI, M.F., LACERDA, M.R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 342-351, June 2009.
- BATISTA, C. G. Concordância e fidedignidade na observação. **Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 39-49, 1977.
- BICALHO, G.P. et al. Sudorese profusa e hipotermia após administração de morfina por via subaracnóidea: relato de caso. **Rev Bras Anesthesiol**, 2006; v. 56, p. 52-56.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
- BOUNDY, J. et al. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Trad. Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro (RJ):Reichman & Afonso Editores; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução no 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO NACIONAL DA SAÚDE. **Portaria GM nº.1944 de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1944-%5B2949-120110-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 5 jan 2011.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem**: mapeamento de conceitos e planejamento de cuidados para estudantes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARPER, B. **Fundamental patterns of knowing in nursing**. Advances in Nursing Science, Gaithersburg (MD) 1978; v. 1, n.1, p.13-23.

CARVALHO, M.W. A.C. Catálogo CIPE® para dor oncológica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. 89f.

CARVALHO, V. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, June 2009.

CASTELLANOS, B.E.P. **O trabalho do enfermeiro a procura e encontro de um caminho para o seu estudo**: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1987.

CAVALCANTE, J.B.; PAGLIUCA, L.M.F.; ALMEIDA, P.C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. **Rev. latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 59-65, agosto 2000

CESTARI, M.E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 abr; v. 24, n. 1, p.34-42.

CHIANCA, T. C.M. Mapeamento das ações de enfermagem do CIPESC às intervenções de enfermagem da NIC. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, Oct. 2003.

CHRISTOFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009.

CIANCIARULLO, T.I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE)**: evolução e tendências. 5ª edição revista, atualizada e ampliada- São Paulo: Ícone, 2012.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n.2, p. 214-7, Mar-abr 2005.

COENEN, A et al. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Interventions Classification (NIC). **Nurs Diagn**. v. 8, n. 4, p.145-51, 1997.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**. v. 79, p. 530-538, 2010. Disponível em: [www.elsevierhealth.com/journals/ijmi](http://www.elsevierhealth.com/journals/ijmi). Acessado em 22 jan. 2011.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providencias. Brasília. Disponível em: <[www.portalcofen.com.br](http://www.portalcofen.com.br)>. Acesso em: 08 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311**, de 09 de fevereiro de 2007. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.notadez.com.br/content/normas.asp?id=36907>>. Acesso em: 08 mar. 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE**. Guidelines for ICNP® Catalogue

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-9, Out-Dez 2009.

COSTA, R.A.; SHIMIZU, H.E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, Oct. 2005.

CRIPPO, A. et al. – **Diretrizes de Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2011. 92p.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n.1, p. 186-94, 2010. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>. Acessado em 02 set. 2011.

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Synthesis of methods, rules and issues of standardizing nursing intervention language mapping. **Nursing Diagnosis**. v. 8, n. 4, p. 152-155, 1997.

Development. 2009 [cited 2012 fev05] (tradutora: Dra. Hermínia Castro) Available from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas\\_cipe.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf)

DOENGES. M. E; MOORHOUSE. M. F.; GEISLER. A. C. **Planos de cuidado de enfermagem**: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

EAGLE, K.A. et al. ACC/AHA **Guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery**: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2002; v. 105, p.1257-67.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Caetano do Sul: Difusão Paulista Enfermagem, 2003.

FURTADO, L.G.; NÓBREGA, M.M.L. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE®. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 9, n. 3, p. 630-55, 2007. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a06.htm>. Acessado em 15 out. 2011.

GAIDZINSKI, A.V.N. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. GALDEANO, L. et al. Nursing diagnosis in the perioperative period of cardiac surgery. **Rev Esc Enferm USP**. 2006 Mar; v. 40, n., p. 26-33.

GALDEANO, L.E. et al. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**. 2006; v. 40, n. 1, p. 26-33.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; COLER, M.S. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.6, p. 888-91, Nov-Dez 2008.

GOOSSEN, W. Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model. **Int J Nurs Terminol Classif** 2006; v. 17, n.4, p. 153-64.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3 ed. St Louis: Mosby, p. 35-44, 1994.

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BORGHI, A.C.S.; LENARDT, M.H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 114-124, 2006.

HENDERSON, V. **Basic Principles of Nursing Care**. New York: ICN, 1969. p.1-9.

HERMIDA, P.M.V.; ARAUJO, I.E.M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 5, Oct. 2006.

HIGA, R; LOPES MHBM. Avaliação de um sistema especialista em diagnóstico de enfermagem relacionados à eliminação urinária. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília 2008 set-out; v. 61, n. 5, p. 565-9.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HYUN, S.; PARK, H.A. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. **Int Nurs Rev**. 2002 Jun; v. 49, n. 2, p. 99-110.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. INCA. **Estimativa 2010**: Incidência de Câncer no Brasil. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2012**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118p.  
<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for**

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Guidelines for ICNP® Catalogue Development**: ICNP® Catalogue - Paediatric Pain Management. 2012. [cited 2012 oct 07]. Available from: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-catalogues/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice** – ICNP® Version 1.0. Geneva: ICN; 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for Nursing Practice**: Version 2011. [cited 2012 fev15]. Available from: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download/>

JOHNSON, M et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 4. ed. St. Louis: Mosby, 2008.

KAWAMOTO, E.E. **Enfermagem em clínica cirúrgica**. 3ed. São Paulo. Epu - Grupo Gen, 2010, 208p.

KELLY, M. A. **Nursing Diagnosis Source Book**: Guidelines for clinical application.

KOIZUMI, M.S.; CIANCIARULLO, T. L. Assistência de enfermagem e cuidados de enfermagem. **Enf. Novas Dimensões**. v. 4, n. 1, p. 40-43, 1978.

KRUSE, M.H.L et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009 [cited 2011 jun 30];11(3):494-500. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a05.htm>.

LAGES, FONSECA, NEVES e col. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do “Pequeno-Grande” Problema. **Rev Bras Anesthesiol**. v. 55, n 5, p. 575 – 585, 2005.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.LD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, Mar. 2005.

LEAL, M. T. **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem**: mitos e realidade. Lisboa: Lusociência, 2006.

LENARDT, M.H. et al . Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 737-45, dec. 2007.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LOPES, M. J. **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**: proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau (Formação e Saúde, Ltda.), 2006.

LUCENA, A.F.; BARROS, A.L.B.L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 82-8, mar. 2005.

MACEDO, P.O.; QUITETE, J.B.; LIMA, E.C.; SANTOS, I.; VARGENS, O.M.C. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [periódico na Internet]**. v. 12, n. 2, p. 341-7, (2008).Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20082/24ARTIGO20.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/24ARTIGO20.pdf). [Acesso em 2009 Jun 15]

MACHADO, S.P.; SAMPAIO, H.A.C.; LIMA, J.W O. Caracterização antropométrica de portadores de câncer de próstata do Ceará, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 367-376, June 2009.

MADUREIRA, V.S.F. Os Saberes da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) v. 57, n. 3, p. 357-60, Maio/jun 2004.

MALUCELLI, A. et al . Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-36, Aug. 2010 .

MARIN, H.F. Vocabulários em enfermagem: atualizações e as novas iniciativas mundiais. **Rev Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 34-42, 2000.

MARQUES, I.R. et al. Guia de Apoio à Decisão em Enfermagem Obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p.349-54, Maio-Jun 2005.

MATA, LRF; NAPOLEAO, AA. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2010.

MATOS, J.C. de et al . Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná - Brasil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 23-28, 2011.

MAZONI, S.R.; RODRIGUES, C.C.; SANTOS, D.S.; ROSSI, L.A.; CARVALHO, E. C.. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, Apr. 2010.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

McEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MEDEIROS, A.C.T. **Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos**: proposta de subconjunto terminológico da CIPE®. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. 128f.

MEDINA, J. L. **La pedagogía del cuidado**: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes, 1998.

MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. **Alexander** : cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1249 p.

MOORE, K. N. et al. Return to Continence After Radical Retropubic Prostatectomy: A Randomized Trial of Verbal and Written Instructions Versus Therapist-Directed Pelvic Floor Muscle Therapy. *Urology*, Canadá, v. 72, n. 6, p. 1280-1286, 2008

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. **Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC)**: process and rules. *Nurs Diagn*. 1997; v. 8, n. 4, p.137-44.



MORAES, E.O.; ENUMO, S.R.F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **PsicoUSF [Internet]**. 2008 [cited 2011 jun 30]; v.13, n. 2, p. 221-31. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v13n2/v13n2a09.pdf>.

MOURA, E.R.F.; PAGLIUCA, L.M.F. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n.3, p. 270-279, set. 2004.

MUNHALL, P. Epistemology in nursing. In: BOY, D. C. O (Ed.). **Nursing research: a qualitative perspective**. New York: NLN, 1993. p. 39-65.

NAPOLEÃO, A.A.; CALDATO, V.G.; PETRILLI, J.F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 2, p. 286-94, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>. Acesso em: 29 julho 2011.

NASCIMENTO, D.M. **Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para clientes hospitalizados na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB**. João Pessoa, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NÓBREGA, M. M. L; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE**. João Pessoa: Idéia, 2000.136p.

NÓBREGA, M.M.L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é Projeto do CIE. **Nursing** 2002; v. 51, p.12-4.

NÓBREGA, M.M.L. et al.- Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 33 – 44, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 227-30, Apr. 2005.

NOBREGA, R.V. **Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® para hipertensos na atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. 147f.

NOGUEIRA, P. Fatores de risco e medidas preventivas para ulcera de pressão no lesado medular. **Revista Medicina**. (Ribeirão Preto), v.35, p. 14-23, 2002.

NORAT, E.M. et al. **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes da clínica cirúrgica.** In.: NÓBREGA, M. M. L. (org.). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos hospitalizados no HULW/UFPB. João Pessoa: Ideia, 2011.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009/2011.** Porto Alegre: Artmed; 2010.

OLIVEIRA GOMES, V.L. et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Invest Educ Enferm.** v. 25, n. 2, p 108-115, 2007.

OLIVEIRA, E.A.; GARCIA, T.R.; SA, L.D de. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 479-483, Oct. 2003.

OLIVEIRA, S. M. et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. **Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 21, n. spe, 2008.

PEDROLO, F.T. et al. A experiência de cuidar do paciente cirúrgico: as percepções dos alunos de um curso de graduação em enfermagem. **Rev Esc Enf USP,** v.35, n. 1, p. 35-40, mar. 2001.

PHIPPS, W. J. et al. **Medical surgical nursing: concepts and clinical practice,** St Louis, Mosby, 1994.

PIMENTA, C.A. M. et al . Controle da dor no pós-operatório. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 180-3, June 2001.

PIVOTO, F.L. et al . Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 307-16, Oct. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

QUITETE, J.B.; VARGENS, O.M.C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? **Rev enferm UERJ.** v.17, p. 315-20, 2009.

ROCHA, L.A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 59, n. 3, p. 321-326, maio/jun. 2006.

ROGENSKI, N.M.B. O Sistema de assistência de enfermagem na divisão de enfermagem cirúrgica. In: GAIDZINSKI et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: ARTMED, p. 127-132, 2008.

ROLIM, K.M.C.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 432-40, June 2005.

ROQUE, K.E.; MELO, E.C.P.; TONINI, T. Pós-operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 409-16, Sep. 2007.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. **Processo de enfermagem**: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3a ed. São Paulo: Ícone, p. 41-62, 2001.

SANTANA, M.S.; GARCIA, T,R. Diagnósticos de Enfermagem em clientes submetidos à prostatectomia. **Rev. Nursing**, v 90, n. 8, Novembro, 2005.

SANTOS DRF, SILVA FBL, SALDANHA EA, LIRAALBC, VITORAF. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2012 jul/sep;14(3): 690-701. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a27.htm>

SANTOS, I. et al . Fundamentos filosóficos e teóricos para novas concepções do cuidar em enfermagem: contribuição da sociopoética. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 644-51, Aug. 2010.

SANTOS, M. A. M. **Terminologia em enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, Apr. 2011.

SANTOS, S M. J.; NOBREGA, M. M. L. Ações de Enfermagem identificadas no projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 369-78, Dec. 2004.

SENESE, V. et al. Clinical Practice Guidelines. Care of the Patient With an Indwelling Catheter. **Urol Nurs**. v. 26, n. 1, p. 80-81, 2006.

SIEGEL, R.; WARD, E.; BRAWLEY, O.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. **CA Cancer J Clin**, v. 61, p.212-36, 2011.

SILVA, C. R. L. et al. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 4. ed. São Caetano do Sul: Yendis editora, 2009.

SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L. O significado do cuidado perioperatório para a criança cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V 13, n. 2, p, 259-68, abr/jun 2011. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a12.htm>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9917>.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth- Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SMITH, D. R.; TAMAGHO, E. A.; McANINCH, J. W. **Urologia Geral de Smith**. 17 ed. Porto Alegre: AMGR, 2010.

SOKAL, R. Classification: purposes, principles, progress, prospects. **Science** v. 185, n. 4157, p. 1115-1123, 1974.

SOUZA, A.P.M.A.; SOARES, M.J.G.O; NÓBREGA, M.M.L. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**.v.11, n. 3, p.501-8, 2009. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a06.htm>.

SOUZA, M.L. et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, June 2005.

STUMM, EMF; SCHERER, JÁ; KIRCHNER, RM; BERLEZI, E; FRANZ, LBB. Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 1, p. 89 - 102, jan./jun. 2010.

TACLA, M.T.G.M.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R.A.G. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 289-95, June 2008.

TOFANI, A.C.A; VAZ, C.E. Câncer de Próstata, Sentimento de Impotência e Fracassos ante os Cartões IV e VI do Rorschach. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology* -v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de Enfermagem e sua obra**: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusiciência, 2004.

URSI, E.S.; GAVAO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-31, Feb. 2006 .

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, Feb. 2011.

VITOR, A.F.; LOPES, M.V. de O.; ARAUJO, T.L. de. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-16, Sep. 2010.

ZEFERINO, M.T.; SANTOS, V.E.P.; WALL, M.I.; ROCHA, P.K.; BLOIS, J.M.; MEIRELES, B.H.S. Concepções do cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, Jul/set 2008.

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DAS AFIRMATIVAS DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA

**Prezado Colega,**

Leia atentamente as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem apresentados na primeira coluna, e marque com um X, se você concorda se são aplicáveis aos pacientes prostatectomizados. Em caso de discordância, apresente se possível, sugestões para alterações, no verso ou no final do instrumento.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
<b>Ansiedade</b>			Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento		
			Estabelecer relação de confiança com o paciente		
			Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade		
			Monitorar o estado emocional do indivíduo		
			Oferecer um ambiente calmo e agradável		
			Oferecer apoio psicológico		
			Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico		
			Proporcionar bem-estar		
<b>Aceitação do estado de saúde</b>			Oferecer apoio psicológico		
			Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico		
			Esclarecer todas as dúvidas do paciente		
			Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo		
<b>Apetite Prejudicado</b>			Auxiliar o paciente a se alimentar		
			Solicitar o serviço de Nutrição		
			Identificar problemas relacionados com a alimentação.		
			Criar um ambiente agradável e relaxante para as refeições.		

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
			Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde.		
			Estimular a ingestão de alimentos		
			Pesar diariamente o paciente		
			Monitorar a ingestão diária dos alimentos		
<b>Angústia devido à impotência</b>			Monitorar o estado emocional do indivíduo		
			Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem estar.		
			Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais		
			Estabelecer relação de confiança		
			Retirar todas as dúvidas quanto à vida sexual do indivíduo após a cirurgia.		
<b>Déficit no autocuidado</b>			Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade		
			Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente		
			Manter o ambiente sem obstáculos		
			Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado		
			Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.		
<b>Baixo conhecimento sobre a cirurgia</b>			Oferecer informações sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.		
			Orientar sobre a cirurgia e anestesia		
			Oferecer apoio e minimizar a ansiedade		
			Estimular o paciente para o relato de sua ansiedade		
			Ouvir atentamente o paciente		
<b>Baixo conhecimento sobre o cuidado com a ferida</b>			Orientar quanto aos cuidados com a ferida		
			Orientar o paciente quanto à lavagem da incisão com água e sabão		
			Orientar quanto aos cuidados com a higiene oral e corporal		
			Orientar para os sinais/ sintomas de infecção		
<b>Bem-estar prejudicado</b>			Observar sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente e possibilitar-lhe apoio;		

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
			Procurar proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida, fornecendo condições de um sono tranquilo, aliviando sua dor, controlando o emocional e o fluxo de visitas;		
			Esclarecer o paciente sobre a cirurgia		
			Oferecer apoio emocional		
			Encaminhar ao serviço de psicologia		
			Usar medidas alternativas para alívio, como: construção de imagem, relaxamento e biofeedback;		
<b>Bem-estar espiritual prejudicado</b>			Orientar a família quanto à importância dos mesmos no tratamento		
			Buscar ajuda de religiosos (quando o paciente professar uma determinada religião e for receptivo);		
<b>Andar prejudicado</b>			Ajudar a deambulação		
			Ajudar o paciente na deambulação em intervalos regulares		
			Ajudar o paciente a ficar de pé e percorrer uma distância específica		
			Auxiliar o paciente a sentar-se à beira da cama para facilitar os ajustes posturais		
			Encaminhar para o serviço de fisioterapia		
			Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.		
			Informar ao paciente quanto à importância da deambulação e encorajá-lo		
<b>Capacidade diminuída para executar auto-higiene</b>			Avaliar a capacidade do indivíduo para executar o autocuidado.		
			Estimular o autocuidado sendo sua capacidade.		
<b>Defecação prejudicada</b>			Aumentar a ingestão hídrica		
			Orientar quanto à importância de uma alimentação rica em fibras		
			Estimular a deambulação		
			Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor.		
			Monitorar ruídos hidroaéreos		
			Monitorar os sinais e sintomas de diarreia		
			Proporcionar privacidade		
<b>Dor na ferida cirúrgica</b>			Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração.		



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
			Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor.		
			Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor.		
			Avaliar a ferida operatória quanto á presença de sinais de infecção		
			Oferecer informações ao acompanhante sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário.		
			Estabelecer metas para o controle da dor e avaliá-las regularmente.		
			Promover um ambiente confortável		
			Monitorar a dor após administração de medicamento.		
<b>Eliminação urinária prejudicada</b>			Investigar se existem fatores contribuindo para dificuldade de eliminação urinária		
			Monitorar o balanço hídrico		
			Manter higiene íntima.		
			Investigar déficits sensoriais cognitivos.		
			Reduzir as barreiras ambientais.		
<b>Cansaço</b>			Manter o ambiente calmo e tranquilo.		
			Explicar à família as causas da fadiga.		
			Identificar fatores que desencadeiam a fadiga.		
			Auxiliar o paciente nas atividades ( alimentação e higiene)		
			Orientar ao acompanhante para deixar o paciente em repouso.		
<b>Ferida cirúrgica</b>			Avaliar hábitos de higiene pessoal		
			Avaliar a evolução da ferida		
			Estimular a ingestão de nutrientes		
			Medir débito de drenos		
			Monitorar temperatura e sinais vitais		
			Orientar o paciente/ família sobre os sinais e sintomas de infecção		
			Orientar repouso no leito		
			Orientar quanto à importância da higiene corporal		
			Realizar curativo sempre que necessário		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
<b>Ferida cirúrgica limpa</b>			Avaliar o local da ferida cirúrgica		
			Avaliar o processo de cicatrização		
			Estimular a ingestão de nutrientes		
			Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo bem seca		
			Orientar quanto à importância da higiene corporal		
			Utilizar técnicas assépticas		
			Orientar o paciente/ família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção		
<b>Higiene corporal prejudicada</b>			Auxiliar na escovação e no enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente		
			Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de higiene quando retornar a casa		
			Estimular hábitos de higiene		
			Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal		
			Orientar a lavagem do couro cabeludo, conforme a capacidade de autocuidado do paciente		
			Orientar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente		
			Investigar as necessidades de aprendizagem do paciente.		
<b>Ingestão de Alimentos Deficiente</b>			Ajudar o paciente a alimentar-se.		
			Informar ao paciente e/ou acompanhante quanto à importância da nutrição para estabelecer o estado de saúde.		
			Investigar problemas de mastigação.		
			Pesar o paciente diariamente.		
			Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto aos nutrientes necessários para recuperação do estado de saúde.		
			Averiguar se existe algum incomodo na boca ou dente (prótese dentária, cavidade bucal ferida)		
			Oferecer pequenas refeições frequentes.		
			Manter um ambiente tranquilo.		
<b>Ingestão de líquidos diminuída</b>			Monitorar as eliminações de líquidos.		
			Monitorar os níveis de eletrólitos séricos.		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
			Planejar uma meta de ingestão para cada oito horas.		
			Monitorar os sinais vitais		
			Pesar diariamente		
			Instruir o paciente quanto à ingestão adequada de líquidos		
			Medir o débito urinário		
			Examinar as mucosas orais		
			Monitorar a ingestão hídrica		
			Avaliar o turgor e elasticidade cutâneo e as mucosas orais		
<b>Integridade da pele prejudicada</b>			Estimular a mudança de posição.		
			Explicar cuidados com ostomias, pele e áreas circunvizinhas.		
			Manter a pele limpa e seca.		
			Orientar higiene corporal e oral.		
			Prevenir lesões na pele.		
			Proteger a pele contra infecção.		
			Supervisionar o cuidado com a pele		
			Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos.		
			Controlar a ingestão e a excreta (balanço hídrico)		
			Estimular a hidratação.		
<b>Integridade tissular prejudicada</b>			Realizar massagem na pele		
			Avaliar a pele.		
			Prevenir úlceras de pressão		
<b>Mobilidade no leito prejudicada</b>			Ajudar o paciente a ficar em pé e percorrer uma distância específica		
			Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade.		
			Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito.		
<b>Padrão de eliminação</b>			Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito.		
			Controlar diurese das 24 horas quanto ao volume e características.		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
<b>prejudicado</b>			Fazer controle rigoroso de infusões venosas.		
			Registrar ingestão e excretas de líquidos.		
			Manter higiene íntima.		
			Avaliar a presença de edema no corpo, diariamente.		
			Avaliar o número de evacuações e as suas características		
<b>Perda sanguínea moderada</b>			Identificar a causa do sangramento		
			Manter acesso venoso		
			Manter o repouso no leito durante sangramento		
			Monitorar sinais vitais de 30 em 30 minutos		
			Prevenir choque		
			Promover redução de estresse		
<b>Perfusão dos tecidos ineficaz</b>			Administrar oxigenoterapia		
			Auscultar sons respiratórios		
			Controlar a ingestão hídrica		
			Incentivar a caminhada e aumento de atividades		
			Investigar sinais de hemorragia		
			Monitorar sinais vitais de 4/4 horas		
			Prevenir choque		
			Prevenir úlcera por pressão		
<b>Pele seca</b>			Discutir o conhecimento do paciente sobre a sua necessidade de ingestão de líquidos		
			Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de cuidados com a pele, quando retornar para casa		
			Estimular a ingestão de líquidos		
			Evitar massagem sobre as saliências ósseas		
			Hidratar a pele		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
			Examinar as condições da pele		
			Monitorar as áreas ressecadas		
			Orientar o uso de hidratantes		
<b>Recuperação da saúde esperada</b>			Controlar a ingestão hídrica		
			Enfatizar o indivíduo e família quanto à participação no cuidado para promoção e recuperação de saúde.		
			Elogiar o indivíduo e/ou acompanhante sobre a evolução do estado de saúde.		
			Orientar o indivíduo e/ou acompanhante para manter os cuidados de higiene.		
<b>Relação sexual prejudicada</b>			Orientar para a mudança no padrão da sexualidade		
			Oferecer apoio psicológico ao paciente e ao companheiro		
<b>Risco de processo hemorrágico</b>			Observar presença de manchas no corpo do paciente		
			Orientar o paciente para manter repouso.		
			Observar e registrar presença de sangue.		
<b>Risco de volume de líquidos excessivo</b>			Medir a circunferência abdominal diariamente em jejum		
			Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite)		
			Monitorar os sinais vitais		
			Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos.		
			Restringir líquidos		
			Pesar diariamente.		
			Proporcionar a ingestão de líquidos		
			Medir débito urinário.		
<b>Risco de infecção</b>			Avaliar o estado nutricional		
			Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia		
			Controlar os líquidos e eletrólitos		
			Manter vias aéreas permeáveis		
			Monitorar temperatura e frequência respiratória		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	C	D	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	C	D
			Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida		
			Supervisionar a pele		
			Orientar quanto à deambulação precoce		
			Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo		
			Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo		
<b>Risco de úlcera por pressão</b>			Assegurar uma ingestão nutricional adequada		
			Avaliar a úlcera a cada troca de curativo		
			Avaliar a perfusão tissular		
			Manter a pele hidratada		
			Manter a pele limpa e seca		
			Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha		
<b>Risco de crise familiar</b>			Incentivar a presença dos familiares junto ao paciente		
			Oferecer apoio emocional ao paciente/ família		
			Encaminhar para o serviço de psicologia		
<b>Sofrimento espiritual</b>			Avaliar as crenças espirituais.		
			Encorajar a participação em grupos de apoio		
<b>Sono e repouso prejudicados</b>			Auxiliar o paciente no controle do sono diurno.		
			Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida		
			Ensinar ao paciente técnica de relaxamento		
			Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto).		
			Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas.		
			Proporcionar um ambiente calmo e seguro.		

**Dados Sócio Demográficos:**

**Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )

**Idade:** ( ) 20 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) Mais de 51 anos

**Nível de educação em Enfermagem:** ( ) Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

**Anos de experiência profissional:**

( ) 1 a 5 anos ( ) 6 a 10 anos

( ) 11 a 15 anos ( ) 16 a 20 anos

( ) 21 a 25 anos ( ) Mais de 25 anos

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Prezado Enfermeiro (a),

A pesquisa intitulada **“PROPOSTA DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA CLIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA”** está sendo desenvolvida pela Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB, DANIELLE MARTINS DO NASCIMENTO, sob a orientação da PROFA. DRA. MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA.

O objetivo da pesquisa é desenvolver um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia internados na Clínica Cirúrgica do **HULW/UFPB**, de modo a favorecer a implementação do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração para essa etapa da pesquisa, no sentido de apontar se as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que têm significado para a sua prática clínica. Para isso, após leitura das afirmativas, você precisa marcar se concorda ou discorda com as mesmas. Como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Depois de realizada essa análise, o material deverá ser devolvido para a pesquisadora.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, eu \_\_\_\_\_  
declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Endereço do Pesquisador Responsável:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Paraíba

Cidade Universitária – João Pessoa, PB

58059-900

Fone: 0XX83 3216.7229

Fax: 0XX83 3216.7162

E-mail: [miriam@ccs.ufpb.br](mailto:miriam@ccs.ufpb.br) e [danimartins84@hotmail.com](mailto:danimartins84@hotmail.com)



**ANEXO A**  
**DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 7ª Reunião realizada no dia 31/07/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “PROPOSTA DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE PARA CLIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMA” da Pesquisadora Danielle Martins do Nascimento. Prot. nº 0201/12, CAAE: 00866812.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
D<sup>ra</sup> Eliane Marques D. Sousa  
Coordenadora CEP/CCS/UFPB  
Mat. SIAPE: 0332618

## ANEXO B

Afirmativas de Diagnósticos/Resultados e Intervenções de enfermagem para pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB (NASCIMENTO, 2009).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Ansiedade</b>	Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento
	Estabelecer relação de confiança com o paciente
	Estimular o paciente quanto ao relato de sua ansiedade
	Monitorar o estado emocional do indivíduo
	Oferecer um ambiente calmo e agradável
	Oferecer apoio psicológico
	Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico
	Proporcionar bem-estar
<b>Aceitação do estado de saúde</b>	Oferecer apoio psicológico
	Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico
	Esclarecer todas as dúvidas do paciente
	Incentivar à família quanto a sua importância na recuperação do indivíduo
<b>Apetite Prejudicado</b>	Auxiliar o paciente a se alimentar
	Solicitar o serviço de Nutrição
	Identificar problemas relacionados com a alimentação.
	Criar um ambiente agradável e relaxante para as refeições.
	Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde.
	Estimular a ingestão de alimentos
	Pesar diariamente o paciente
	Monitorar a ingestão diária dos alimentos
<b>Angustia devido à impotência</b>	Monitorar o estado emocional do indivíduo
	Oferecer ambiente calmo e agradável, para proporcionar bem estar.
	Explicar ao paciente as possíveis dificuldades a serem enfrentadas nas relações sexuais
	Estabelecer relação de confiança
	Retirar todas as dúvidas quanto à vida sexual do indivíduo após a cirurgia.
<b>Autocuidado prejudicado</b>	Estimular o paciente na participação das atividades da vida diária conforme o nível de capacidade
	Estimular a participação nas atividades de autocuidado independente
	Manter o ambiente sem obstáculos
	Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado
	Orientar a família/cuidador da importância de estimular o autocuidado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Baixo conhecimento sobre a cirurgia</b>	Oferecer informações sobre os cuidados no pré e no pós-operatório.
	Orientar sobre a cirurgia e anestesia
	Oferecer apoio e minimizar a ansiedade
	Estimular o paciente para o relato de sua ansiedade
	Ouvir atentamente o paciente
<b>Baixo conhecimento sobre o cuidado com a ferida</b>	Orientar quanto aos cuidados com a ferida
	Orientar o paciente quanto à lavagem da incisão com água e sabão
	Orientar quanto aos cuidados com a higiene oral e corporal
	Orientar para os sinais/ sintomas de infecção
<b>Bem-estar prejudicado</b>	Observar sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente e possibilitar-lhe apoio;
	Procurar proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida, fornecendo condições de um sono tranquilo, aliviando sua dor, controlando o emocional e o fluxo de visitas;
	Esclarecer o paciente sobre a cirurgia
	Oferecer apoio emocional
	Encaminhar ao serviço de psicologia
	Usar medidas alternativas para alívio, como: construção de imagem, relaxamento e biofeedback;
<b>Bem-estar espiritual prejudicado</b>	Orientar a família quanto à importância dos mesmos no tratamento
	Buscar ajuda de religiosos (quando o paciente professar uma determinada religião e for receptivo);
<b>Capacidade diminuída para executar auto-higiene</b>	Avaliar a capacidade do indivíduo para executar o autocuidado.
	Estimular o autocuidado sendo sua capacidade.
<b>Deambulação prejudicada</b>	Ajudar a deambulação
	Ajudar o paciente na deambulação em intervalos regulares
	Ajudar o paciente a ficar de pé e percorrer uma distância específica
	Auxiliar o paciente a sentar-se à beira da cama para facilitar os ajustes posturais
	Encaminhar para o serviço de fisioterapia
	Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros.
	Informar ao paciente quanto à importância da deambulação e encorajá-lo
<b>Defecação prejudicada</b>	Aumentar a ingestão hídrica
	Orientar quanto à importância de uma alimentação rica em fibras
	Estimular a deambulação
	Monitorar as eliminações intestinais, inclusive frequência, consistência, formato, volume e cor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	<p>Monitorar ruídos hidroaéreos</p> <p>Monitorar os sinais e sintomas de diarreia</p> <p>Proporcionar privacidade</p>
<b>Dor por ferida cirúrgica</b>	<p>Avaliar a dor quanto à localização, frequência e duração.</p> <p>Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor.</p> <p>Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor.</p> <p>Avaliar a ferida operatória quanto à presença de sinais de infecção</p> <p>Oferecer informações ao acompanhante sobre a dor, suas causas, tempo de duração, quando necessário.</p> <p>Estabelecer metas para o controle da dor e avaliá-las regularmente.</p> <p>Promover um ambiente confortável</p> <p>Monitorar a dor após administração de medicamento.</p>
<b>Eliminação urinária prejudicada</b>	<p>Investigar se existe fatores contribuindo para dificuldade de eliminação urinária</p> <p>Monitorar o balanço hídrico</p> <p>Manter higiene íntima.</p> <p>Investigar déficits sensoriais cognitivos.</p> <p>Reduzir as barreiras ambientais.</p>
<b>Fadiga</b>	<p>Manter o ambiente calmo e tranquilo.</p> <p>Explicar à família as causas da fadiga.</p> <p>Identificar fatores que desencadeiam a fadiga.</p> <p>Auxiliar o paciente nas atividades ( alimentação e higiene)</p> <p>Orientar ao acompanhante para deixar o paciente em repouso.</p>
<b>Ferida cirúrgica contaminada</b>	<p>Avaliar hábitos de higiene pessoal</p> <p>Avaliar a evolução da ferida</p> <p>Estimular a ingestão de nutrientes</p> <p>Medir débito de drenos</p> <p>Monitorar temperatura e sinais vitais</p> <p>Orientar o paciente/ família sobre os sinais e sintomas de infecção</p> <p>Orientar repouso no leito</p> <p>Orientar quanto à importância da higiene corporal</p> <p>Realizar curativo sempre que necessário</p>
<b>Ferida cirúrgica limpa</b>	<p>Avaliar o local da ferida cirúrgica</p> <p>Avaliar o processo de cicatrização</p> <p>Estimular a ingestão de nutrientes</p> <p>Orientar o paciente a lavagem da incisão com água e sabão e mantendo bem seca</p> <p>Orientar quanto à importância da higiene corporal</p> <p>Utilizar técnicas assépticas</p> <p>Orientar o paciente/ família quanto aos sinais e sintomas de possível infecção</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Higiene corporal prejudicada</b>	Auxiliar na escovação e no enxágue da boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente
	Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de higiene quando retornar a casa
	Estimular hábitos de higiene
	Investigar se o paciente tem material para higiene pessoal
	Orientar a lavagem do couro cabeludo, conforme a capacidade de autocuidado do paciente
	Orientar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente
	Investigar as necessidades de aprendizagem do paciente.
<b>Ingestão alimentar deficiente</b>	Ajudar o paciente a alimentar-se.
	Informar ao paciente e/ou acompanhante quanto à importância da nutrição para estabelecer o estado de saúde.
	Investigar problemas de mastigação.
	Pesar o paciente diariamente.
	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto aos nutrientes necessários para recuperação do estado de saúde.
	Averiguar se existe algum incômodo na boca ou dente (prótese dentária, cavidade bucal ferida)
	Oferecer pequenas refeições frequentes.
<b>Ingestão de líquido diminuída</b>	Monitorar as eliminações de líquidos.
	Monitorar os níveis de eletrólitos séricos.
	Planejar uma meta de ingestão para cada oito horas.
	Monitorar os sinais vitais
	Pesar diariamente
	Instruir o paciente quanto à ingestão adequada de líquidos
	Medir o débito urinário
	Examinar as mucosas orais
	Monitorar a ingestão hídrica
	Avaliar o turgor e elasticidade cutâneo e as mucosas orais
<b>Integridade da pele prejudicada</b>	Estimular a mudança de posição.
	Explicar cuidados com ostomias, pele e áreas circunvizinhas.
	Manter a pele limpa e seca.
	Orientar higiene corporal e oral.
	Prevenir lesões na pele.
	Proteger a pele contra infecção.
	Supervisionar o cuidado com a pele
	Cuidar do sítio de inserção de dispositivos invasivos.
	Controlar a ingestão e a excreta (balanço hídrico)
	Estimular a hidratação.
	Realizar massagem na pele
<b>Integridade tissular prejudicada</b>	Avaliar a pele.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Prevenir úlceras de pressão.
<b>Mobilidade no leito prejudicada</b>	Ajudar na deambulação e nas atividades
	Ajudar o paciente a ficar em pé e percorrer uma distância específica
	Monitorar diariamente qualquer sinal de complicação de imobilidade.
	Orientar o acompanhante para a realização de atividade no leito.
	Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito.
<b>Padrão de eliminação prejudicado</b>	Controlar diurese das 24 horas quanto ao volume e características.
	Fazer controle rigoroso de infusões venosas.
	Registrar ingestão e excretas de líquidos.
	Manter higiene íntima.
	Avaliar a presença de edema no corpo, diariamente.
<b>Perda sanguínea moderada</b>	Identificar a causa do sangramento
	Manter acesso venoso
	Manter o repouso no leito durante sangramento
	Monitorar sinais vitais de 30 em 30 minutos
	Prevenir choque
	Promover redução de estresse
<b>Perfusão dos tecidos deficiente</b>	Providenciar medidas de alívio a dor/ conforto
	Administrar oxigenoterapia
	Auscultar sons respiratórios
	Controlar a ingestão hídrica
	Incentivar a caminhada e aumento de atividades
	Investigar sinais de hemorragia
	Monitorar sinais vitais de 4/4 horas
	Prevenir choque
<b>Pele seca</b>	Prevenir úlcera de pressão
	Supervisionar pele
	Discutir o conhecimento do paciente sobre a sua necessidade de ingestão de líquidos
	Encorajar o paciente/ família para continuação da rotina de cuidados com a pele, quando retornar para casa
	Estimular a ingestão de líquidos
	Evitar massagem sobre as saliências ósseas
	Hidratar a pele
	Examinar as condições da pele
<b>Recuperação do estado de saúde esperada</b>	Monitorar as áreas ressecadas
	Orientar o uso de hidratantes
<b>Recuperação do estado de saúde esperada</b>	Controlar a ingestão hídrica
	Enfatizar o indivíduo e família quanto à participação no

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	cuidado para promoção e recuperação de saúde. Elogiar o indivíduo e/ou acompanhante sobre a evolução do estado de saúde. Orientar o indivíduo e/ou acompanhante para manter os cuidados de higiene.
<b>Relação sexual prejudicada</b>	Orientar para a mudança no padrão da sexualidade Oferecer apoio psicológico ao paciente e ao companheiro
<b>Risco de sangramento</b>	Observar presença de manchas no corpo do paciente Orientar o paciente para manter repouso. Observar e registrar presença de sangue.
<b>Risco para volume de líquidos aumentado</b>	Medir a circunferência abdominal diariamente em jejum Avaliar o paciente diariamente (edema, ascite) Monitorar os sinais vitais Controlar, rigorosamente, a terapia com líquidos e eletrólitos. Restringir líquidos Pesar diariamente. Proporcionar a ingestão de líquidos Medir débito urinário. Verificar o turgor da pele
<b>Risco para infecção</b>	Avaliar o estado nutricional Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia Controlar os líquidos e eletrólitos Manter vias aéreas permeáveis Monitorar temperatura e frequência respiratória Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida Supervisionar a pele Orientar quanto à deambulação precoce Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo
<b>Risco para úlcera de pressão</b>	Assegurar uma ingestão nutricional adequada Avaliar a úlcera a cada troca de curativo Avaliar a perfusão tissular Manter a pele hidratada Manter a pele limpa e seca Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha Monitorar o estado nutricional
<b>Risco para crise familiar</b>	Incentivar a presença dos familiares junto ao paciente Oferecer apoio emocional ao paciente/ família Encaminhar para o serviço de psicologia
<b>Sofrimento espiritual</b>	Avaliar as crenças espirituais. Encorajar a participação em grupos de apoio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Sono e repouso prejudicados</b>	Auxiliar o paciente no controle do sono diurno.
	Discutir com o paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida
	Ensinar ao paciente técnica de relaxamento
	Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto).
	Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas.
	Proporcionar um ambiente calmo e seguro.