

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARCOS BARRAGAN DA SILVA**

**APLICABILIDADE CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM  
PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS À  
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL**

**Porto Alegre**

**2013**

**MARCOS BARRAGAN DA SILVA**

**APLICABILIDADE CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM EM  
PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS À  
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Stricto Sensu da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado de Enfermagem e Saúde

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Miriam de Abreu Almeida

**Porto Alegre**

**2013**

### CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Marcos Barragan da  
Aplicabilidade clínica dos resultados de  
enfermagem em pacientes com mobilidade física  
prejudicada submetidos a artroplastia total de  
quadril / Marcos Barragan da Silva. -- 2013.  
107 f.

Orientador: Miriam de Abreu Almeida.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Processos de Enfermagem. 2. Classificação. 3.  
Avaliação de resultados (cuidados de saúde). 4.  
Diagnóstico de Enfermagem. 5. Enfermagem ortopédica.  
I. Almeida, Miriam de Abreu, orient. II. Título.

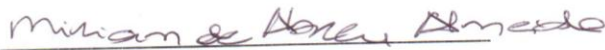
**MARCOS BARRAGAN DA SILVA**

**Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem para paciente com Mobilidade física prejudicada submetidos a artroplastia total de quadril.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de março de 2013.

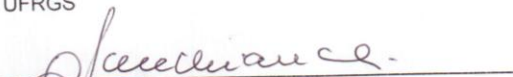
**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Presidente da Banca – Orientadora

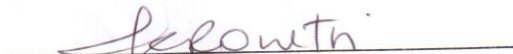
UFRGS



Profa. Dra. Tania Couto Machado Chianca

Membro da banca

UFMG



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

*Dedico este trabalho aos meus pais, **José Enio** e **Hermelinda** pelo cuidado e amor incondicional.*

*Ao meu pequeno sobrinho **Gabriel Lucas** pelo lindo sorriso e abraço fraternal.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por estar sempre ao meu lado, nos momentos que me senti sozinho e desmotivado. Sem sua presença constante eu nada sou! Obrigado por me tornar o profissional que hoje sou.

Aos meus pais, **José Enio e Hermelinda Barragan** pelo apoio e carinho nesta trajetória. Esta conquista se deve a vocês.

À minha irmã **Elisangela e sua família**, que abriram as portas de sua casa para mim, e que sempre incentivaram a seguir em frente e enfrentar todos os desafios.

À minha noiva **Siméia Matos**, por me amar e respeitar os momentos de ausência e estudo.

À minha sogra **Leisa Matos**, por sempre me apoiar em todos os momentos que mais precisei.

Ao meu irmão **Cláudio Barragan e sua família**, que me presentearam com o livro “*Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*”, pelo qual eu conheci as *Classificações de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC*. Sem dúvida, foi o presente mais valioso que recebi na carreira de enfermeiro.

Aos meus colegas do Programa de pós-graduação em Enfermagem da UFRGS **Maíra Rossetto, Roger Ceccon, Lilian Zielke, Luciana Menna Barreto, Isis Marques Severo, Raquel Violeta Cossa, Aline Nomura e Caroline Mayer** por dividirem comigo momentos de risadas, conversas e angústias da vida acadêmica, também pelas parcerias em trabalhos científicos e cafezinhos, meu apreço.

Aos meus amigos **Raquel de Souza Ramser Ceretta, Débora Siniak, Carmem Lúcia Zuse e Ulisses Fernandes**, pelas conversas, viagens, risadas e comemorações!

Aos colegas do **GEPECADI - Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso**, por terem me aceitado no grupo em 2009, pelos conhecimentos e contribuições feitas ao longo do mestrado.

Às bolsistas e ex-bolsistas de iniciação científica **Ana Paula de Oliveira Siqueira, Bruna Paulsen Panato, Letícia Reisdorfer e Mariana Palma**, pela amizade incrível e por participarem de todas as etapas desta pesquisa. Sem a parceria de vocês este trabalho não aconteceria.

Às enfermeiras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição, **Beatriz Cavalcanti Juchem, Vanessa Kenne Longaray e Deborah Hein**

*Seganfredo, pelo comprometimento em terem se disponibilizado a auxiliar na pesquisa, pois foi fundamental para a realização dessa dissertação.*

*À minha orientadora **Dr<sup>a</sup> Miriam de Abreu Almeida**, pelo exemplo profissional e por ter acreditado em mim. Seu respeito e confiança valeram muito a pena nesta caminhada. Obrigado pelos desafios propostos e momentos especiais destes anos de estudo e por fazer parte deste meu projeto de vida.*

*À minha amiga e eterna orientadora, **Dr<sup>a</sup> Rosane Terezinha Fontana**, pelo carinho especial, por aconselhar-me a seguir este caminho desde os primeiros semestres da faculdade, sempre com seu jeitinho suave, feliz e estimulante.*

*Às professoras **Dr<sup>a</sup> Eneida Rejane Rabelo**, **Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Oliveira Crossetti**, **Dr<sup>a</sup> Tania Couto Machado Chianca**, por acreditarem neste trabalho e na sua contribuição nas etapas desta pesquisa.*

*Ao **Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)** por estimular e permitir a realização dessa pesquisa.*

*A **Capex** pela concessão da bolsa de mestrado, que me proporcionou experiências singulares.*

*Ao **Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE)** do HCPA, pelo auxílio financeiro concedido ao projeto.*

*Aos **Pacientes**, pois sem eles, esta pesquisa não aconteceria.*

*Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS**, pela Honra de tornar-me Mestre.*

*Enfim, aos **citados e não citados**, que estiveram comigo nestes últimos dois anos e que estarão nos próximos quatros anos de doutorado, meu muito obrigado.*

## RESUMO

SILVA, Marcos Barragan da. Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem em pacientes com mobilidade física prejudicada submetidos à artroplastia total de quadril. 2013. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

A Artroplastia Total de Quadril (ATQ) é um procedimento cirúrgico amplamente utilizado para o tratamento de afecções da articulação coxofemoral, sejam elas degenerativas inflamatórias ou traumáticas. Ela tornou-se um excelente método de tratamento no alívio da dor e melhora da capacidade funcional desses pacientes. No período pós-operatório, esses pacientes tornam-se dependentes da equipe enfermagem, devido à limitação para mobilizar-se e a restrição ao leito, visto que, não podem apoiar-se no chão, nem realizar exercício de adução com o membro operado pelo risco de luxação da prótese. Com base nestas características, o enfermeiro pode estabelecer o diagnóstico de enfermagem (DE) Mobilidade Física Prejudicada (MFP), dada a amplitude limitada de movimentos, trauma e dor no membro inferior afetado. Várias intervenções são realizadas, porém a avaliação de resultados ainda uma prática pouca explorada na enfermagem. A Classificação de Resultados Enfermagem (NOC) é uma terminologia usada no Processo de Enfermagem (PE) para medir, por meio dos Resultados de Enfermagem (RE), estados de saúde, comportamentos, reações e sentimentos dos pacientes, cuidador/familiar ou comunitário, e possibilita ao enfermeiro avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem na prática clínica. Foi nessa perspectiva que se estabeleceu como objetivo geral avaliar a aplicabilidade da Classificação de Resultados de Enfermagem em pacientes com DE Mobilidade Física Prejudicada, submetidos à ATQ durante um período de até quatro dias. Trata-se de um estudo longitudinal realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2012 e os sujeitos foram pacientes submetidos à ATQ, que atenderam aos seguintes critérios: ambos os sexos; idade  $\geq 18$  anos; presença do diagnóstico MFP registrado em prontuário, com respectivos cuidados prescritos pelo enfermeiro assistencial; e permanecerem internados por quatro dias ou até a alta hospitalar. O instrumento de coleta de dados foi construído especialmente para esta pesquisa e cinco RE e 16 indicadores clínicos que compuseram o mesmo foram selecionados por meio de consenso. Os pacientes foram avaliados por duplas de coletadoras treinadas, de forma simultânea, por de maneira independente. Resultados: Participaram do estudo 21 pacientes, predominantemente do sexo feminino  $n=13(61,9\%)$ , brancos  $n=16(76,1\%)$ , com idade média de  $58,8 (\pm 16,7)$ , e 15 (71,4%) pacientes submetidos à ATQ primária. Os 21 pacientes mantiveram o DE MFP até o final das avaliações. De todos os pacientes, 15 (71,4%) foram avaliados num período de quatro dias de seguimento. Dentre os RE avaliados *Posicionamento do Corpo: autoiniciado*, *Mobilidade*, *Conhecimento: atividade prescrita* e *Comportamento de prevenção de quedas* apresentaram aumento significativo nos escores quando comparadas as médias da primeira com a última avaliação. Apenas o RE *Nível de dor* ( $p=0,265$ ) não demonstrou diferença estatisticamente significativa. Esses dados indicam que o uso da NOC pode demonstrar a evolução clínica dos pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos à ATQ, sendo passível de aplicação neste cenário da prática de enfermagem.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem. Processos de Enfermagem. Classificação. Avaliação de resultados (cuidados de saúde). Enfermagem ortopédica.



## RESUMEN

SILVA, Marcos Barragan da. Aplicabilidad clínica de los resultados de enfermería en pacientes con deterioro de la movilidad física sometidos a una artroplastia total de cadera. 2013. 107f. Disertación (Maestría en Enfermería), Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

La Artroplastia Total de Cadera (ATC) es un procedimiento ampliamente usado para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la articulación de la cadera, si inflamatoria traumática o degenerativa. Ella se convirtió en un excelente método de tratamiento para aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional de estos pacientes. En el postoperatorio, los pacientes se vuelven dependientes de personal de enfermería, debido a la limitación de movilizar y por la restricción a la cama, ya que no pueden pisar el suelo o realizar la aducción de la extremidad operada en riesgo dislocación de la prótesis. En base a estas características, la enfermera puede establecer un diagnóstico de enfermería Deterioro de la Movilidad Física, dado el rango de movimiento limitado, el trauma y el dolor en la extremidad inferior afectada. En varias intervenciones se llevan a cabo, pero la evaluación de los resultados todavía poco explorado en la práctica de enfermería. La Clasificación de de Resultados de Enfermería (CRE) es una terminología que se utiliza en el Proceso de enfermería para medir a través de los Resultados de Enfermería, estado de salud, comportamientos, reacciones y sentimientos de los pacientes, cuidadores / familia o la comunidad, y permite a las enfermeras para evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería en la práctica clínica. Es en esta perspectiva que se ha establecido como objetivo avaliar la aplicabilidad de la Clasificación de Resultados de Enfermería en pacientes con Deterioro de la Movilidad Física, sometidos a una Artroplastia Total de Cadera, por un período de cuatro días. Se trata de un estudio longitudinal realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados entre agosto y diciembre de 2012, y los sujetos fueron pacientes sometidos a la ATC, que cumplían los siguientes criterios: Ambos sexos, edad  $\geq 18$  años, la presencia de Deterioro de la Movilidad Física registrados en la historia clínica, con los respectivos tratamientos prescritos por las enfermeras del hospital; y permanecen hospitalizados durante quatro dias ou hasta la alta hospitalaria. El instrumento de recolección de datos fue construido especialmente para este estudio con cinco resultados y 16 indicadores clínicos que comprenden que han sido seleccionados por consenso. Los pacientes fueron evaluados por pares de coletadoras entrenados, simultáneamente, por separado. Resultados: El estudio incluyó a 21 pacientes, principalmente mujeres  $n = 13$  (61,9%), blancos  $n = 16$  (76,1%) con una edad media de 58,8 ( $\pm 16,7$ ) y 15 ( 71,4%) de los pacientes sometidos a ATC primaria. Los 21 pacientes mantuvieron el diagnóstico Deterioro de la Movilidad Física hasta el final de las evaluaciones. En todos los pacientes, 15 (71,4%) se evaluaron durante un período de cuatro días de seguimiento. Entre los resultados evaluadas *Posicionamiento del Cuerpo: autoiniciado, Movilidad, Conocimiento: actividad prescrita* y el *Comportamiento de Prevención de la Caída* mostró un aumento significativo en las puntuaciones al comparar la media de la primera con la última evaluación. Sólo el *Nivel de dolor* ( $p = 0,265$ ) no mostró diferencias significativas. Estos datos indican que el uso de la CRE puede demostrar la evolución clínica de los pacientes con Deterioro de la Movilidad Física sometidos a la ATC, que podría aplicarse en este escenario de la práctica de enfermería.

**Palabras-clave:** Diagnóstico de Enfermería. Proceso de Enfermería. Clasificación. Evaluación de resultado (atención sanitaria). Enfermería Ortopédica.

## ABSTRACT

SILVA, Marcos Barragan da. Clinical applicability of nursing outcomes in patients with impaired physical mobility undergoing total hip arthroplasty. In 2013. 107f. Dissertation (Masters in Nursing), School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The Total Hip Replacent (THR) is a widely used surgical procedure for the treatment of diseases of the hip joint, whether traumatic, degenerative or inflammatory. It be became an excellent method of treatment in relieving pain and improving functional capacity of these patients. In the postoperative period, these patients become dependent on nursing staff, due to the limitation to mobilize and bed restriction, since they cannot rely on the floor exercise or perform adduction with the operated limb at risk dislocation of the prosthesis. Based on these characteristics, the nurse can establish a nursing diagnosis Impaired Physical Mobility, given the limited range of motion, trauma and pain in the affected lower limb. Several interventions are performed, but the results evaluation still a little explored in nursing practice. The Nursing Outcomes Classification (NOC) is a terminology used in the Nursing Process to measure through Nursing Outcomes, health status, behaviors, reactions and feelings of patients, caregiver / family or community, and allows nurses to evaluate the effects of nursing interventions in the clinical practice. It was in this perspective that has established as purpose to evaluate the applicability of the Nursing Outcomes Classification in patients with Impaired Physical Mobility, undergoing THA for a period of up to four days. This is a longitudinal study conducted at a university hospital in southern Brazil. Data were collected from August to December 2012, and the subjects were patients undergoing THR, who met the following criteria: both sexes, age  $\geq 18$  years, presence of Impaired Physical Mobility recorded in patient records, with respective treatments prescribed by hospital nurses; and remain hospitalized for at four days. The data collection instrument was built specially for this study with five outcomes and 16 clinical indicators that were selected by consensus. Patients were evaluated by pairs of trained coletadoras, simultaneously, by independently. Results: The study included 21 patients, predominantly female  $n = 13$  (61.9%), whites  $n = 16$  (76.1%) with a mean age of  $58.8 (\pm 16.7)$ , and 15 (71.4%) patients undergoing primary THR. The 21 patients maintained of Impaired Physical Mobility until the end of the evaluations. In all patients, 15 (71.4%) were assessed over a period of four days of follow up. Among the nursing outcomes assessed *Positioning Body: self-initiated*, *Mobility*, *Knowledge: prescribed activity* and *Fall prevention behavior* showed a significant increase in scores when comparing the mean of the first with the last evaluation. Only the NOC *Level of pain* ( $p = 0.265$ ) showed no significant difference. These data indicate that the use of the NOC can demonstrate the clinical course of patients with Impaired Physical Mobility undergoing THR, which might be applied in this scenario of nursing practice.

**Keywords:** Nursing Diagnosis. Nursing Process. Classification. Outcome assessment (health care). Orthopaedic Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Curvas temporais dos Resultados de Enfermagem Posicionamento do corpo: autoiniciado, Mobilidade, Nível de dor, Conhecimento: atividade prescrita e Comportamento de prevenção de quedas em pacientes com o DE MFP submetidos a ATQ.....43
- Figura 2** – Média dos Resultados de Enfermagem no primeiro e último dia de avaliação ..... 44
- Figura 3** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao *Posicionamento do Corpo: autoiniciado* no 1º dia de avaliação.....46
- Figura 4** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao *Posicionamento do Corpo: autoiniciado* no 4º dia de avaliação.....46
- Figura 5** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE Mobilidade no 4º dia ..... 47
- Figura 6** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE Nível de Dor no 4º dia de avaliação .....47
- Figura 7** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao *Conhecimento: atividade prescrita* no 1º dia de avaliação. ....48
- Figura 8** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao *Conhecimento: atividade prescrita* no 4º dia. ....48
- Figura 9** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao escore do Comportamento de prevenção de quedas no 1º dia de avaliação .....49
- Figura 10** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao escore do *Comportamento de prevenção de quedas* no 4º dia. ....49

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1</b> – Domínios, Resultados de Enfermagem e seus indicadores selecionados em consenso para o diagnóstico de MFP em pacientes submetidos à ATQ .....	30
<b>Quadro 2</b> – Definições conceituais, operacionais e magnitude da definição operacional dos resultados selecionados para o estudo.. .....	31
<b>Tabela 1</b> – Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes submetidos à ATQ..	41
<b>Tabela 2</b> – Distribuição da presença das características definidoras do DE MPF em pacientes submetidos a ATQ.....	42
<b>Tabela 3</b> – Média dos Resultados de enfermagem para os pacientes com o DE MFP submetidos à ATQ.....	43
<b>Tabela 4</b> – Comparação das médias entre os observadores na avaliação dos Resultados de enfermagem para os pacientes com o diagnóstico MFP submetidos a ATQ.. .....	45
<b>Tabela 5</b> – Distribuição da frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com MFP submetidos à ATQ .....	50
<b>Quadro 3</b> – Mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos e as intervenções de enfermagem da NIC para pacientes com MFP submetidos à ATQ.....	51
<b>Tabela 6</b> – Distribuição da frequência das Intervenções NIC mapeadas com os cuidados prescritos para o DE MFP submetidos a ATQ .....	45

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ATJ	Artroplastia Total de Joelho
ATQ	Artroplastia Total de Quadril
CD	Característica Definidora
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MFP	Mobilidade Física Prejudicada
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NANDA-I	<i>NANDA Internacional</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NNN	NANDA-I, NIC e NOC
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OA	Osteoartrite
PE	Processo de Enfermagem
RE	Resultado(s) de Enfermagem
SEC	Serviço de Enfermagem Cirúrgica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
3.1	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM .....	20
3.2	CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM NANDA-I, NIC E NOC E O CUIDADO DE PACIENTES SUBMETIDOS À ATQ.....	22
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	27
4.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO.....	27
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	28
<b>4.3.1</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	28
<b>4.3.2</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	28
<b>4.3.3</b>	<b>Cálculo da amostra</b> .....	28
4.4	LOGÍSTICA DO ESTUDO.....	29
<b>4.4.1</b>	<b>Construção do instrumento de avaliação dos Resultados de Enfermagem</b> .....	29
<b>4.4.2</b>	<b>Treinamento dos coletadores</b> .....	36
<b>4.4.3</b>	<b>Estudo piloto</b> .....	37
<b>4.4.4</b>	<b>Estudo longitudinal</b> .....	37
4.5	CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADOR .....	39
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	39
4.7	MAPEAMENTO CRUZADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS COM AS INTERVENÇÕES SEGUNDO A NIC PARA MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA.....	39
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	40
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	41
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA.....	41
5.2	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA PRESENTES NOS PACIENTES SUBMETIDOS À ATQ.....	42
5.3	MÉDIAS DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	42
5.4	MÉDIAS DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO E ÚLTIMO DIA DE AVALIAÇÃO .....	44
5.5	CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADORES NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO MFP .....	44

5.6	CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS PARA OS PACIENTES SUBMETIDOS À ATQ REFERENTES AO DE MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	49
5.7	MAPEAMENTO CRUZADO ENTRE OS CUIDADOS PRESCRITOS E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC	51
6	<b>DISCUSSÃO</b>	55
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	63
7	<b>CONCLUSÕES</b>	64
7.1	IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA	64
	<b>REFERÊNCIAS</b>	66
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CONSENSO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC EM PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL</b>	73
	<b>APÊNDICES B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM</b>	79
	<b>APÊNDICE C -INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS</b>	88
	<b>APÊNDICE D- INSTRUMENTO – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</b>	89
	<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	91
	<b>APÊNDICE F - RESULTADOS DE ENFERMAGEM SUGERIDOS E ADICIONAIS ASSOCIADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA DE ACORDO COM A LIGAÇÃO NOC-NANDA-I</b>	92
	<b>ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DA COMPESQ</b>	106
	<b>ANEXO B - CEP DO HCPA</b>	107

## 1 INTRODUÇÃO

Com a maior expectativa de vida e o conseqüente aumento do número de pessoas idosas ativas e independentes, as cirurgias de substituição das articulações são procedimentos cada vez mais utilizados para melhorar a qualidade de vida da população com problemas ortopédicos<sup>(1)</sup>. A osteoartrite (OA), doença articular degenerativa, artrose ou osteoartrose, como ainda é conhecida no nosso meio, é a doença reumática prevalente, que se estende a mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos de idade. Estudos norte-americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam hoje esta enfermidade<sup>(2-3)</sup>. Na Europa, pesquisadores estimam que aproximadamente 7% a 25% dos povos brancos, a partir dos 55 anos de idade, têm OA no quadril. A prevalência é mais baixa entre os asiáticos, seguidos dos negros norte-americanos e africanos<sup>(4-5)</sup>. No Brasil, não existem dados precisos sobre esta prevalência<sup>(3)</sup>.

Em se tratando dessas situações que acometem o quadril, e as fraturas do colo do fêmur, um dos métodos de tratamento cirúrgico é a substituição da articulação do quadril por material protético, denominada Artroplastia Total de Quadril (ATQ). A indicação da ATQ deve se basear na falha do tratamento conservador e no quadro clínico justificável<sup>(6)</sup>.

A ATQ compreende uma cirurgia de reconstituição da articulação pela substituição por prótese, em que há remoção de toda a cabeça e de parte do colo do fêmur e a remodelagem do acetábulo, com estabilização desses componentes no osso pela adaptação sob pressão ou com uso de cimento. A ATQ se trata de um procedimento efetivo que melhora a qualidade de vida dos pacientes, sua capacidade funcional, diminui a dor e melhora a função coxofemoral<sup>(6-13)</sup>.

Atualmente, são realizadas um milhão de ATQs anualmente em todo o mundo<sup>(14)</sup>. Devido ao aumento da expectativa de vida da população, espera-se que a cirurgia de artroplastia se torne ainda mais frequente nas próximas décadas. Conforme levantamento recente do IBGE, a população com 65 anos ou mais aumentará em pelo menos 3,7x até 2050<sup>(15)</sup>.

Com a evolução dos tratamentos, bem como o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, dos implantes e das superfícies de atrito, proporciona menor desgaste, e ampliou-se o número e o perfil de pacientes que podem se beneficiar dela. Inicialmente, sua recomendação estava restrita a pacientes idosos e com demanda funcional menor. Mesmo assim, sabe-se que essa cirurgia pode causar complicações locais e sistêmicas no período perioperatório. Outro fator preocupante para a equipe de saúde é o tempo anestésico e a alta incidência de pacientes



idosos submetidos à ATQ, que podem estar relacionadas a doenças degenerativas e a quedas. Estas considerações são importantes para o cuidado no momento de recuperação do paciente, onde os enfermeiros avaliam os resultados alcançados, principalmente em relação às necessidades de cuidados de higiene e conforto, posicionamento do membro inferior afetado, também com as eliminações urinárias e intestinais e manutenção de drenos de sucção, e a mobilidade prejudicada<sup>(6-13)</sup>. Com base nas necessidades, justifica-se uma intervenção por parte dos enfermeiros no que se refere à promoção e autonomia do indivíduo<sup>(16)</sup>.

Neste sentido, os pacientes submetidos à ATQ precisam de maior tempo despendido de assistência de enfermagem, pois eles tornam-se dependentes no pós-operatório imediato, principalmente devido à limitação para mobilizar-se e a restrição ao leito, visto que, não podem apoiar no chão, nem realizar exercício de adução com o membro operado pelo risco de luxação da prótese e pela dor. Necessitam da enfermagem para diversas atividades e precisam ser monitorados constantemente, avaliando-se a eficiência dos cuidados direcionados aos problemas tratados<sup>(6-13)</sup>. Por isso, os enfermeiros, especialistas de reabilitação ou generalistas, que trabalham em serviços de Ortopedia e em serviços de urgência devem estar preparados para responder eficazmente a todas as situações com que se deparam.

É nesse cenário que a enfermagem passa a ser uma profissão atuante no cuidado desses pacientes, realizando intervenções com base em evidências científicas. O Processo de Enfermagem (PE), como parte importante do cuidado, baseado nas etapas de anamnese e exame físico, Diagnóstico de enfermagem (DE), intervenções, implementação e avaliação, auxilia no raciocínio clínico do enfermeiro, na uniformização da linguagem de enfermagem e na responsabilidade pelos resultados atingidos pelo paciente<sup>(17-18)</sup>.

Nas últimas décadas, classificações de enfermagem vêm sendo desenvolvidas para dar suporte nas etapas do PE. Elas são linguagens padronizadas a partir de sistemas de classificação, como por exemplo, a *NANDA Internacional* (NANDA-I)<sup>(19)</sup>, que é a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, a *Nursing Outcomes Classification* (NOC)<sup>(20)</sup> que é a classificação que pode ser utilizada no planejamento e avaliação dos resultados, e a *Nursing Interventions Classification* (NIC)<sup>(21)</sup> que auxilia com intervenções baseadas em evidências. A NANDA-I então desenvolveu uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC (NNN), para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados. Foi desenvolvida através da aliança NNN, da NANDA-I, da NIC e da NOC, que, unidas, possibilitam que a avaliação clínica do paciente seja interligada em etapas distintas, permitindo assim a avaliação da sua efetividade durante a execução no cuidado de enfermagem<sup>(22-23)</sup>.

Na prática clínica, após a avaliação inicial do paciente, o enfermeiro utiliza seu conhecimento e experiência para estabelecer DE. A acurácia no estabelecimento dos diagnósticos é necessária para que a escolha dos resultados e intervenções seja coerente com o que é manifestado pelo paciente. No cenário ortopédico, os diagnósticos levantados estão relacionados principalmente a mobilidade do paciente, pois a mesma é considerada um fator crucial para a manutenção da independência do paciente, que está frequentemente prejudicada devido a condições ortopédicas, cirurgia e trauma, sendo a dor uma etiologia desse diagnóstico, uma vez que, no pós-operatório, os pacientes usualmente experimentam dor de intensidade moderada a severa, prejudicando sua mobilidade<sup>(10-13, 24)</sup>.

Assim, diante destas considerações, este estudo é voltado ao DE (00085) *Mobilidade Física Prejudicada* (MFP), apontado como prevalente neste perfil de pacientes<sup>(25,26)</sup>. Este DE tem como definição a “limitação do movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”. Ele possui 13 características definidoras e 30 fatores relacionados. A NANDA-I ainda recomenda que seja utilizado um instrumento que avalie o nível de dependência do paciente com este diagnóstico, utilizando uma escala funcional padronizada<sup>(19)</sup>.

No ano 2006 um estudo publicado buscou identificar os três DE prevalentes e os cuidados prescritos a 170 pacientes submetidos à ATQ e Artroplastia Total de Joelho (ATJ) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e teve como resultados 36 DE, onde os prevalentes foram (00108) Déficit no Autocuidado: banho e/ou higiene, apresentado por 153(90%) pacientes, (00108) Mobilidade Física Prejudicada, por 134(78,82%) pacientes; (00004) Risco de Infecção, por 128(75,29%) pacientes e para estes diagnósticos foram prescritos 52 diferentes cuidados de enfermagem, refletindo assim a prática do enfermeiro<sup>(25)</sup>.

Posteriormente, foi realizado o mapeamento cruzado entre cuidados prescritos no sistema informatizado do hospital para os DE prevalentes supracitados com a Classificação de Intervenções de Enfermagem NIC, verificando a correspondência entre eles, sendo que 52 cuidados relativos a estes DE foram mapeados com 33 intervenções de enfermagem, contidas em 14 Classes e quatro Domínios da NIC. Dando seguimento, foi realizada a validação desta correspondência, mediante o uso da Técnica Delphi considerando-se 70% de concordância entre juízes que, em duas rodadas, validaram o mapeamento de 51 cuidados de enfermagem com 56 intervenções da NIC<sup>(27-28)</sup>, o que pode auxiliar na definição dos cuidados de enfermagem a serem implementados na prática clínica.

Já em relação à NOC, um estudo objetivou validar o conteúdo dos indicadores de quatro RE para o DE Déficit no autocuidado: banho/higiene. Dos 34 indicadores dos RE

pesquisados, 2 (6%) foram considerados indicadores principais provisórios, 22 (65%), secundários provisórios e 10 (29%) foram descartados. Os achados demonstraram a aplicabilidade destes RE em cenário clínico e as escalas NOC apresentaram consistência interna, sendo confiáveis para mensurar a evolução dos pacientes durante a implementação dos cuidados de enfermagem<sup>(29-30)</sup>, favorecendo perspectivas de aplicabilidade em cenário clínico real.

Dois estudos de revisão da literatura sobre os RE identificaram produções científicas relacionadas ao uso de classificações padronizadas de resultados para mensurar mudanças no estado de saúde do paciente; a necessidade de atribuir efetividade às intervenções do enfermeiro por meio da identificação de resultados do paciente sensíveis à profissão, a validação dos elementos (resultados, indicadores e escalas) da taxonomia, tradução, e sua utilização em sistemas informatizados. Autores apontam que vem ocorrendo um aumento na produção de trabalhos que abordam a NOC, porém outros estudos ainda são necessários a fim de fornecer um melhor embasamento para a utilização desta classificação, principalmente na prática clínica, além disso, a maioria das publicações são norte americanas e poucas enfocaram a aplicabilidade na prática clínica<sup>(31-32)</sup>.

Estudos determinam que o DE Mobilidade Física Prejudicada esteja presente nesta população<sup>(25,26)</sup>. Avaliar os resultados de enfermagem destes pacientes pode ser uma estratégia para a avaliação da efetividade do cuidado de enfermagem. Sabe-se que existem avanços nas pesquisas com diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem em estudos isolados. Diante das evidências apresentadas e da escassez de investigações que avaliem a classificação de resultados de enfermagem no contexto da prática clínica com pacientes submetidos à ATQ, delineou-se o presente estudo.

## 1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A relevância desta pesquisa alicerça-se nas contribuições que trás a enfermagem, por meio do uso das classificações de enfermagem em cenário clínico real.

Esta pesquisa aprofunda o conhecimento sobre a classificação NOC e sua aplicação na prática clínica. Possibilita mensurar os resultados alcançados pelos pacientes decorrentes especialmente das intervenções prescritas pelo enfermeiro e implementadas pela equipe de enfermagem, bem como a evolução clínica dos pacientes. Como consequência, fornece subsídios para a identificação do impacto, da qualidade, da efetividade e do custo das intervenções de enfermagem ao paciente<sup>(29)</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo se propõe a responder as seguintes questões de pesquisa:

- Quais são as Características Definidoras do diagnóstico MFP mais frequentes nos pacientes submetidos a ATQ?
- A pontuação média dos RE permite verificar a evolução clínica dos pacientes?
- Existe concordância interobservadores na avaliação clínica dos RE?
- Existe relação entre os cuidados prescritos na instituição em estudo com as intervenções de enfermagem propostas pela NIC?

Para responder essas questões, elaboraram-se os seguintes objetivos:

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a aplicabilidade clínica da Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC em pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem Mobilidade Física Prejudicada, submetidos à Artroplastia de Total Quadril.

### 2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar a frequência das características definidoras do diagnóstico MFP presentes nos pacientes da amostra;
- Verificar, por meio da pontuação média dos RE entre a primeira e a última avaliação, a evolução clínica de pacientes com o diagnóstico MFP submetidos à ATQ;
- Verificar a concordância interobservadores da avaliação dos RE para o diagnóstico MFP;
- Mapear os cuidados prescritos para os pacientes do estudo referente ao diagnóstico MFP com as intervenções e atividades da NIC.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo visa embasar a pesquisa e atender aos seus objetivos. Assim, o referencial teórico está dividido em dois itens. Inicialmente será abordada a Artroplastia Total de Quadril enfocando aspectos cirúrgicos e a atuação do enfermeiro na avaliação de riscos e prevenção de complicações, especialmente relacionadas à mobilidade física do paciente. O segundo item explora a responsabilidade profissional do enfermeiro junto a estes pacientes por meio do Processo de Enfermagem e das Classificações NANDA-I, NIC e NOC.

#### 3.1 ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL E A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM

Entende-se por ATQ a substituição das superfícies articulares das estruturas ósseas que compõem a articulação do quadril, ou seja, da cabeça do fêmur e da fossa do acetábulo. Ela foi inicialmente desenvolvida na década de 60, quando Charnley sugeriu uma haste femoral com cabeça em aço inox articulada com um implante acetabular de polietileno de alta densidade, ambos fixados ao osso com cimento de polimetilmetacrilato<sup>(33)</sup>.

Esse procedimento tornou-se excelente método de tratamento no alívio da dor e melhora funcional dos pacientes com doença degenerativa da articulação coxofemoral. Inicialmente, sua indicação estava restrita a pacientes idosos e com demanda funcional menor, porém, atualmente, com o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, a evolução dos implantes e das superfícies de atrito, proporcionando menor desgaste, ampliou-se o universo dos pacientes que puderam se beneficiar com essa cirurgia. Atualmente indicada em situações clínicas de dor incapacitante devido a alguma afecção do quadril, por exemplo, a osteoartrite (AO), artrite reumatóide, fraturas do colo do quadril e/ou da cabeça do fêmur, osteonecrose e desenvolvimento de displasia do quadril<sup>(34-35,12)</sup>.

Essa cirurgia é dividida em duas etapas. Inicialmente, o osso comprometido articularmente e a cartilagem são removidos da fossa do acetábulo e uma nova cúpula de metal, com uma camada de revestimento plástico de polietileno, é fixada no seu lugar. Após, a cabeça femoral é removida e substituída por uma cabeça e uma haste de metal, que é presa no canal medular do fêmur. Dependendo do caso, há diferentes tipos de próteses e formas de fixá-los. Os implantes podem ser fixados por meio de cimento ósseo ou sob pressão no canal medular sem a utilização desse cimento<sup>(36)</sup>. Outro tipo de fixação é a híbrida, constituída pela fixação cimentada do componente femoral e não cimentada do componente acetabular<sup>(34)</sup>.

A ATQ é denominada como primária quando o paciente é submetido pela primeira vez. Quando eles necessitam de reparação, ela é chamada de revisão. A prótese tem uma duração média de 20 anos, confirmando, assim, sua indicação para pacientes acima de 60 anos. A taxa de sobrevivência a longo prazo tem sido relatada de 87,3% a 96,5% por um período de 15 anos. Neste caso, acredita-se que um paciente submetido a ATQ, permanece sempre em um período pós-operatório. Assim, pacientes mais jovens podem requerer uma revisão da cirurgia após algum tempo<sup>(34,37)</sup>.

Como essa cirurgia é considerada de grande porte, deve se observar as complicações inerentes à técnica cirúrgica. Entre as complicações advindas da técnica, a luxação pode ser considerada uma complicação peculiar a esse tipo de cirurgia, sendo que a prevalência da luxação nas ATQ é variável, com relatos de 0,43% a 6,9%<sup>(38,39)</sup>; as outras complicações são frequentes em todos os tipos de cirurgia. Além do sofrimento que acarreta ao paciente com a possibilidade de nova intervenção cirúrgica, devemos considerar também o custo socioeconômico, podendo elevar o valor habitual em 50%<sup>(40)</sup>. O tempo de anestesia é outro fator relevante, especialmente nos idosos, população que apresenta alta incidência de fraturas do quadril, relacionadas às doenças degenerativas e às quedas devido à arquitetura domiciliar e urbana<sup>(41)</sup>.

As complicações sistêmicas estão relacionadas às queixas de desconforto localizado na coxa com irradiação para o joelho, devido a infecções superficiais ou profundas, necessitando de curativos e antibioticoterapia. Inflamação, secreção na incisão cirúrgica, hiperemia e hipertemia podem estar relacionadas ao tempo cirúrgico prolongado, à manipulação da área, à lavagem e à perda de líquido que ocorre durante o ato cirúrgico. A infecção é uma complicação importante, pois pode comprometer a manutenção da prótese<sup>(7)</sup>.

A enfermagem atua no cuidado, proporcionando que a articulação lesada mantenha-se em repouso, e o posicionamento corrigido com ajuda de travesseiros e coxins, mantendo o membro em abdução e em posição neutra. A compressão ou a alteração no suprimento sanguíneo do músculo podem estar relacionadas ao hematoma localizado, e também à lesão nervosa pelo uso inadequado dos afastadores no ato cirúrgico, provocando formigamento, paralisia temporária do nervo ciático e do poplíteo externo. A dificuldade de elevar a perna e o pé eqüino é observada quando existe falta de orientação e de estímulo para a realização dos exercícios ativos e isométricos do pé e da perna<sup>(42-43)</sup>.

Por isto, adaptações domiciliares se fazem necessárias a fim de manter essas precauções nos movimentos impostos pela cirurgia.

Em um estudo brasileiro conduzido por meio de visitas domiciliares, identificam-se riscos referentes à estrutura física do ambiente, tais como: a altura das cadeiras, camas, sofás e vasos sanitários; a existência de pisos encerados e escorregadios; a presença de tapetes soltos, degraus muito altos e escadarias; a iluminação adequada dos cômodos; o espaço entre os móveis; a via de acesso utilizada para deslocamento no dia-a-dia. Os autores realizaram com os pacientes o treino de marcha, com auxílio de bengalas canadenses ou andador, foi feita uma simulação de movimentos como deitar/levantar, subir e descer degraus, além de serem dadas orientações e incentivo para a realização de exercícios para reforço da musculatura. Foram sugeridas correções e/ou adequações necessárias à adaptação do paciente ao ambiente domiciliar, respeitando os valores e condições sócio econômico familiares<sup>(44)</sup>.

A partir dos seis meses após a cirurgia, espera-se que a marcha esteja recuperada, mas o uso desses dispositivos pode ser ainda necessário, caso o paciente apresente outras alterações como desequilíbrios, déficits na força muscular, presença de dor e insegurança<sup>(45)</sup>.

Mesmo diante dos riscos inerentes a esta cirurgia, há relatos de melhora na função e redução da dor em praticamente todos os pacientes com doença incapacitante associada. Autores relataram que o índice de satisfação de pacientes adultos e idosos com relação ao alívio da dor e à melhora da função foi de 98% dos casos, em até dois anos, após a ATQ. Depois da cirurgia a reabilitação bem-sucedida o paciente pode esperar uma articulação do quadril isenta ou quase livre de dor, com bom movimento, estável e permitindo a deambulação normal ou quase normal<sup>(46)</sup>.

Diante do exposto, o papel do enfermeiro é de extrema importância na avaliação desses pacientes. Os cuidados de enfermagem compreendem a totalidade do paciente, visando uma recuperação livre de complicações advindas da cirurgia. A avaliação das intervenções realizadas pelo enfermeiro permite verificar a sua contribuição no cuidado pós-operatório.

### 3.2 CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM NANDA-I, NIC E NOC E O CUIDADO DE PACIENTES SUBMETIDOS À ATQ

O Processo de enfermagem é uma metodologia de cuidado amplamente aceita e tem sido sugerido como um método científico para orientar e qualificar a assistência de enfermagem. Mais recentemente, ele tem sido definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução<sup>(47)</sup>.

Essas etapas do PE são inter-relacionadas e interdependentes, e oferecem suporte ao enfermeiro para compreender o significado das situações observadas, fazer julgamentos sobre



elas e executar as ações necessárias a fim de alcançar um determinado resultado. Esses aspectos são os elementos da prática profissional, intrínsecos no PE: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Assim, o PE é método pode ser entendido como uma atividade intelectual deliberada, que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados<sup>(17-18)</sup>.

O PE foi conhecido mundialmente em 1967, através do texto de Yura e Walsh. Estas autoras enfatizam que são necessárias habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas para implementar o PE. No Brasil, ele ficou conhecido a partir da publicação do livro "Processo de Enfermagem" de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970. Baseada na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow e na classificação de João Mohana, Horta propôs um modelo de PE. Com base nestes marcos teóricos, entende-se que o PE iniciou uma nova era para a Enfermagem<sup>(17-18)</sup>.

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem – (COFEN), a partir da Resolução 358/2009 dispõe que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve estar presente em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem<sup>(48)</sup>, e legitima o Processo de Enfermagem como o método de trabalho do enfermeiro.

Nesse contexto, com o reconhecimento dos enfermeiros da real necessidade de se utilizar o PE<sup>(49-50)</sup>, temos, hoje, à nossa disposição, vários sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem. Entre eles, destaca-se a NANDA Internacional (NANDA-I); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) foi desenvolvida em 1982 como proposta de classificação dos Diagnósticos de Enfermagem. Trata-se de uma taxonomia amplamente aceita, reconhecida e utilizada pelos enfermeiros ao redor do mundo, definida atualmente como NANDA – Internacional<sup>(19)</sup>.

A NANDA-I é uma taxonomia proposta para denominar os DE. Atualmente ela está estruturada em 13 domínios, 47 classes e 216 DE. Cada DE possui um título, características definidoras (sinais ou sintomas) e fatores relacionados (etiologias). O DE é um “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade”<sup>(19)</sup>.

Seguindo esta tendência, em 1987 foi apresentada a Nursing Intervention Classification (NIC)<sup>(21)</sup>, desenvolvida por pesquisadores da Escola de Enfermagem da University of Iowa como proposta de Classificação das Intervenções de Enfermagem.

A NIC é utilizada no planejamento e implementação das atividades de cuidado. Ela é um sistema de classificação abrangente, voltado para o tratamento dos DE da NANDA-I. Uma intervenção de enfermagem é considerada como “[...] qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pelo enfermeiro para intensificar o resultado do paciente/cliente”. Cada intervenção possui um título, uma definição e uma série de atividades, que são ações ou comportamentos específicos que os enfermeiros realizam. Desta forma, entende-se que a intervenção contém as atividades. É importante salientar que as atividades de cuidado da NIC não são prescritivas, elas podem ser adaptadas às realidades da prática de enfermagem<sup>(21)</sup>.

Já em 1991, vindo ao encontro da crescente necessidade dos profissionais de enfermagem de mensurar os resultados de suas ações, a mesma instituição que desenvolveu a NIC apresentou a Nursing Outcomes Classification (NOC)<sup>(20)</sup>, que consiste em uma proposta de Classificação dos Resultados de Enfermagem.

A NOC é utilizada na etapa de planejamento e avaliação. Ela compreende os Resultados de Enfermagem (RE) que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado. Cada RE possui um título, uma definição e uma série de indicadores que são medidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos. Há diferentes escalas para avaliar a ampla variedade de RE que fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum*, de modo que o quinto ponto reflete a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do estado de saúde, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo. Desta forma, entende-se que o RE contém os indicadores de medida. O uso da NOC possibilita, dessa maneira, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado<sup>(20)</sup>.

As três classificações possuem inter-relação e fornecem linguagens padronizadas para as respectivas etapas do PE. Além disso, as classificações são úteis na documentação da prática profissional, pois são importantes elementos no PE, no desenvolvimento de sistemas de informação e do prontuário eletrônico, visando as principais decisões sobre o cuidado de enfermagem do paciente<sup>(51)</sup>.

Na estrutura taxonômica da NANDA-I<sup>(19)</sup>, o DE Mobilidade Física Prejudicada se situa no Domínio 4, que é o de Atividade/Repouso conceituado como a “Produção,

conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos”, e está inserido na Classe 2 Atividade/Exercício denominada como “Movimento de partes do corpo (mobilidade, realização de tarefas ou desempenho de ações normalmente (embora nem sempre) contra certa resistência”.

Nesse contexto, observa-se que o DE MFP é frequentemente apresentado em pacientes se submetem a ATQ. Num estudo que avaliou a frequência desse DE em pacientes submetidos a ATQ, as principais etiologias foram: Trauma, dor, Terapias Restritivas e uso de equipamentos externos<sup>(25)</sup>. Por meio desse estudo, pode-se inferir que o DE MFP é prioritário na amostra em estudo. Além disso, o DE MFP foi um dos primeiros diagnósticos a serem reconhecidos na classificação proposta pelos enfermeiros em 1973<sup>(52)</sup>. E ele tem sido um dos diagnósticos mais estudados por enfermeiros pesquisadores<sup>(53)</sup>.

De modo geral, a mobilidade afetada é vista, dentro de uma perspectiva funcional, pela inabilidade do indivíduo em se mover livremente. Essa inabilidade pode variar entre indivíduos em condições semelhantes e, em um mesmo indivíduo, em épocas diferentes. Embora a limitação física possa se manifestar de forma súbita ou lentamente, conforme sua extensão e duração, pode ser um fator contribuinte para uma série de problemas de saúde, variáveis desde o déficit do autocuidado à interação social prejudicada<sup>(54)</sup>.

Autores relatam que a presença do diagnóstico Mobilidade física prejudicada implica problemas como a mudança na marcha, que pode gerar um risco aumentado para quedas, além da maior dependência quanto às atividades de vida diária, impossibilidade de retorno às atividades laborais, dificuldade para movimentar-se no próprio domicílio, assim como no entorno de casa e para outros locais<sup>(55)</sup>.

Diante das necessidades de cuidado que este DE implica nos pacientes submetidos à ATQ, destacam-se dentro deste cenário os estudos já conduzidos sobre as intervenções da NIC, relacionadas ao mapeamento cruzado com cuidados prescritos na prática clínica<sup>(27)</sup> e a validação desse mapeamento<sup>(28)</sup>, além da proposta de planos de cuidados construídos com base em NANDA-I, NIC e NOC, a partir de consenso de especialistas<sup>(56)</sup>. Os autores recomendam que estas intervenções são importantes para os pacientes submetidos à ATQ, no entanto, nenhum estudo realizou a testagem dessas intervenções em cenário clínico real. Esses achados indicam a necessidade de estudos que verificam a efetividade dessas intervenções por meio dos resultados dos pacientes.

Assim, um estudo avaliou aplicabilidade dos RE em pacientes com o DE Déficit no auto-cuidado para banho e higiene. Os dados mostraram que as escalas NOC apresentaram

consistência interna, sendo confiáveis para mensurar a evolução dos pacientes durante a implementação dos cuidados de enfermagem<sup>(30)</sup>.

É nessa perspectiva que este estudo foi desenvolvido para avaliar a aplicabilidade da utilização desse sistema de classificação, verificando sua ligação com cuidados de enfermagem prescritos na prática clínica em pacientes com problemas ortopédicos.

## 4 MÉTODOS

A seguir são apresentadas as estratégias utilizadas para a realização desta pesquisa, iniciando com o tipo de estudo, local e período em que foi desenvolvido, bem como a descrição dos sujeitos e a logística adotada. Ainda são descritos, a forma de coleta e análise dos dados, além das considerações éticas.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal. Este delineamento é considerado como uma estratégia para identificar e para coletar dados ao longo do tempo. O principal valor dos estudos longitudinais é a capacidade de demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos de interesse<sup>(57)</sup>.

### 4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO

O local de estudo foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital escola da UFRGS. É um Hospital público, geral e universitário, com cerca de 750 leitos, com padrão de excelência, que atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos a uma clientela formada, prioritariamente, por pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi conduzido no Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC), formado por sete unidades, apresentando um total de 215 leitos. As unidades que atendem os pacientes submetidos à ATQ são o 3º Sul, 3º Norte, parte do 7º Sul e 8º Norte.

O HCPA já possui uma trajetória que inclui mais de três décadas de experiência com o uso do PE. A partir de 2000, com a introdução da prescrição de enfermagem informatizada, foram inseridas as classificações de enfermagem NANDA e NIC, e vem sendo estudada a possibilidade de implantação da NOC no sistema informatizado da instituição. A prescrição de enfermagem faz parte do prontuário eletrônico do paciente, que é um dos componentes do Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGH) do hospital.

O período de coleta de dados foi entre Agosto e Dezembro de 2012.

### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram incluídos, conforme critérios de elegibilidade, pacientes internados no HCPA, no SEC, que se submeteram a ATQ, e estiveram com o DE MFP em aberto no prontuário, internados no período compreendido entre agosto e dezembro de 2012, localizados através de busca ativa diária nas unidades e contatos telefônicos com a secretaria do centro-cirúrgico. Estabeleceu-se a técnica de amostragem do tipo consecutiva, na qual os pacientes são incluídos conforme se internam e obedecem aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos pacientes que se submeteram a ATQ com um período de internação pós-operatória superior a 12 horas, hospitalizados em Unidades de Internação do SUS ou de Convênios, de ambos os sexos, com idade  $\geq 18$  anos; com o DE MFP estabelecido em prontuário, com suas respectivas intervenções/atividades estabelecidas pelo enfermeiro assistencial, não tendo os pesquisadores deste estudo qualquer influência sobre a prescrição; que concordassem em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido, e permanecerem internados por pelo menos três dias ou até a alta hospitalar.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes que apresentaram intercorrências no pós-operatório, no período da coleta de dados, que fossem transferidos para outras unidades ou que apresentaram limitações que impossibilitaram a comunicação e interação com os pesquisadores.

#### 4.3.3 Cálculo da amostra

O cálculo da amostra foi estimado para o desfecho de melhora da pontuação da NOC. Inicialmente foi realizado um estudo piloto com quatro pacientes que receberam 16 avaliações, a fim de observar a variação dos indicadores que compõem os RE selecionados

para o DE MFP. Utilizou-se o programa WinPepi Versão 10.5. Considerando-se uma diferença de 0,5 no escore dos resultados da NOC, obtidos nas avaliações, com um poder de 90%, um erro tipo alfa de 1%, seria necessário incluir 17 pacientes no estudo, somados a 20% de possíveis perdas de seguimento.

#### 4.4 LOGÍSTICA DO ESTUDO

##### **4.4.1 Construção do instrumento de avaliação dos Resultados de Enfermagem**

Primeiramente foram selecionados, por meio de consenso, os RE para pacientes com MFP submetidos à ATQ, com a finalidade de compor o instrumento de coleta de dados.

Os participantes do consenso foram três enfermeiras assistenciais com experiência em ortopedia, sendo destas duas doutorandas em enfermagem, quatro auxiliares de pesquisa, além do pesquisador e da orientadora. Estes pesquisadores apresentam conhecimentos consistentes nas classificações de enfermagem NANDA-I e NOC, com histórico de participação em grupos de pesquisas envolvendo estas classificações e vivências no cuidado de pacientes submetidos à ATQ. Destaca-se que, dentro desta equipe, uma enfermeira tem Residência de Enfermagem em Medicina do Aparelho Locomotor, com experiência de mais de 20 anos no cuidado assistencial de pacientes com ATQ, ainda com pesquisas e publicações sobre o tema.

Inicialmente o processo de seleção ocorreu mediante correio eletrônico, com envio de três e-mails às três enfermeiras assistenciais e também por encontros presenciais da equipe de pesquisa.

A base para a seleção dos RE a serem elencados para o estudo foi a partir do capítulo de ligações NOC-NANDA-I, que apresenta um total de oito RE sugeridos e 36 adicionais associados para o DE Mobilidade Física Prejudicada. No ANEXO A estão presentes os respectivos RE e seus indicadores para o diagnóstico em estudo.

Elaborou-se um instrumento (APÊNDICE A) contendo os RE, a fim de serem avaliados pelas enfermeiras, quanto a sua aplicabilidade clínica nos pacientes com o diagnóstico MFP em pós-operatório de ATQ no ambiente hospitalar. O instrumento continha três colunas. Na primeira foram listados os RE sugeridos e associados adicionais da NOC para MFP descritos com o título e sua definição. Na segunda foi registrado o número da página do livro da NOC onde se localizava esse RE para facilitar a busca aos indicadores e agilizar a avaliação. A última coluna continha há pergunta “Você recomenda este resultado

para o DE Mobilidade Física Prejudicada em pacientes submetidos à ATQ?”, seguido das opções *recomendo* e *não recomendo* para as enfermeiras assinalarem com um *x*. Ao término, foi reservado um espaço para observações e sugestões.

O instrumento foi enviado às enfermeiras por meio eletrônico, juntamente com uma carta explicando os objetivos do consenso, as formas de preenchimento do instrumento e a solicitação de dados profissionais, fixando um prazo máximo de 15 dias para a devolução do mesmo. Após o retorno do instrumento, foi realizada uma análise descritiva por somatório de frequências absolutas e relativas dos RE recomendados pelos enfermeiros. Utilizou-se um consenso de 80% a 100% para seleção dos RE. Destaca-se, também, a recomendação da NOC para que sejam escolhidos somente os resultados realmente relevantes no contexto assistencial onde serão empregados. Após a definição dos RE elencados para o estudo, procedeu-se a seleção dos indicadores a serem avaliados. Assim, de acordo com as características do pacientes submetidos à ATQ, selecionou-se 16 indicadores. A pontuação total de cada RE, compreende a quantidade de indicadores selecionados para ele, de acordo com a escala likert de cinco pontos de cada indicador. No quadro 1 estão descritos os RE elencados para o estudo:

**Quadro 1** – Domínios, Resultados de Enfermagem e seus indicadores selecionados em consenso para o diagnóstico de MFP em pacientes submetidos à ATQ. Porto Alegre, RS, 2013

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>RESULTADOS SUGERIDOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALAS</b>	<b>PONTUAÇÃO DO RESULTADO POR DIA</b>
Saúde Funcional	(0203) Posicionamento do corpo: autoiniciado	(020302) Movimento de deitado a sentado (020304) Movimento de sentado para em pé (020305) Movimento de em pé para sentado. (020303) Movimento de sentado para deitado.	Gravemente comprometido à Não comprometido	20 Pontos
Saúde Funcional	(0208) Mobilidade	(020806) Andar.	Gravemente comprometido a Não comprometido	5 Pontos
	<b>RESULTADOS ADICIONAIS ASSOCIADOS</b>			
Saúde Percebida	(2102) Nível de dor	(210201) Dor relatada	Grave a nenhuma	5 Pontos
Conhecimentos e Comportamentos de Saúde	(1811) Conhecimento: atividade prescrita	(181104) Restrições à atividade (181116) Estratégias para locomoção segura (181112) Realização correta do exercício	Nenhum conhecimento a conhecimento amplo	20 pontos



		(181120) Benefícios da atividade e do exercício		
Conhecimentos e Comportamentos de Saúde	(1909) Comportamento de prevenção de quedas	(190910) Usa calçado adequado para prevenir quedas (190901) Uso correto de dispositivos auxiliares (190902) Solicita auxílio físico para si	Nunca demonstrado à consistentemente demonstrado	15 pontos

Fonte: Autor, 2013.

Para cada indicador foram desenvolvidas definições conceituais e operacionais elaboradas a partir da literatura<sup>(43,44, 60-65)</sup>, das classificações de enfermagem NANDA-I e NOC, e da experiência no cuidado de pacientes com ATQ, no intuito de nortear as avaliações clínicas dos mesmos, visto que a NOC não as contém. O quadro 2 apresenta as definições conceituais e operacionais de cada indicador, bem como da definição operacional quanto a magnitude da definição de acordo com as escalas de cinco pontos dos RE da NOC.

**Quadro 2** - Definições conceituais, operacionais e magnitude da definição operacional dos resultados selecionados para o estudo. Porto Alegre, RS, 2013

<b>(0203) Posicionamento do Corpo: autoiniciado</b> Definição: Capacidade de mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem acessório auxiliar.		
<b>INDICADORES</b>	<b>Definição operacional</b>	<b>Magnitude da definição operacional</b>
<b>(020302) Movimento de deitado a sentado.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de deitado para sentado de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.	Observar se o paciente realiza o movimento de mudança de posição de deitado para sentado. Questão norteadora: Como você faz para sentar na cama? - A cabeceira da cama é elevada em 45° a 60°; - Movimenta-se usando o trapézio do quadro balcânico; - Desloca-se pelo lado do membro inferior não operado - Mantém os joelhos afastados com o mesmo ângulo da almofada abdutora.	1-Incapaz de realizar algum dos movimentos. 2-Capaz de realizar 1 dos movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 3-Capaz de realizar 2 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 4-Capaz de realizar 3 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 5-Capaz de realizar todos os movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.
<b>(020304) Movimento de sentado para em pé.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de sentado para em pé de forma independente e correta, com ou sem auxílio de	Observar se o paciente realiza os seguintes movimentos de mudança de posição de sentado para em pé. Questão norteadora: Como você faz para ficar em pé? - Permanece alguns minutos na cama devido ao risco de tontura.	1-Incapaz de realizar qualquer um dos movimentos. 2-Capaz de realizar 1 dos movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 3-Capaz de realizar de 2 a 4

dispositivo auxiliar.	<p>-Apóia os braços na cama/cadeira/cuidador;</p> <p>- Estende a perna operada em frente;</p> <p>- Mantém as pernas afastadas;</p> <p>- Mantém o pé em rotação neutra.</p> <p>- Desliza em frente para assim flexionar o quadril a partir da aplicação da força com os braços no andador/muleta ou na cama ou cadeira. - Levanta-se sem inclinar corpo para frente, descarregando o peso na perna não operada e nas mãos que seguram o braço na cadeira/andador/muleta/cuidador.</p>	<p>movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>4-Capaz de realizar 5 a 7 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>5-Capaz de realizar todos os movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p>
<p><b>(020305) Movimento de em pé para sentado.</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de em pé para sentado de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.</p>	<p>Observar se o paciente realiza os seguintes movimentos de mudança de posição de em pé para sentado.</p> <p>Questão norteadora: Como você faz para sentar na cama ou na cadeira?</p> <p>- Fica de costas para a cadeira ou cama;</p> <p>- Solta a muleta/andador e segura firmemente o apoio de braço da cadeira/ colchão /pessoa com a mão do lado não operado;</p> <p>- Mantém a perna operada estendida e para frente.</p> <p>- Se abaixa sem inclinar o tronco para frente até encostar-se no assento ou cama e escorrega os quadris para trás.</p>	<p>1-Incapaz de realizar qualquer um dos movimentos.</p> <p>2-Capaz de realizar 1 dos movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>3-Capaz de realizar 2 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>4-Capaz de realizar 3 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>5-Capaz de realizar todos os movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p>
<p><b>(020303) Movimento de sentado para deitado.</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de sentado para deitado de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.</p>	<p>Observar se o paciente realiza os seguintes movimentos de mudança de posição de sentado para deitado.</p> <p>Questão norteadora: Como o você faz para deitar?</p> <p>1- A cabeceira da cama é elevada em 60° a 45°;</p> <p>2- Movimenta-se usando o trapézio do quadro balcânico;</p> <p>3- Mantém a perna operada estendida e para frente. 4- Mantém as pernas abertas separadas pelo travesseiro abdutor.</p>	<p>1-Incapaz de realizar qualquer um dos movimentos.</p> <p>2-Capaz de realizar 1 dos movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>3-Capaz de realizar 2 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>4-Capaz de realizar 3 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>5-Capaz de realizar todos os movimentos sem ajuda de mecanismos auxiliares.</p>
<p><b>(0208) MOBILIDADE</b></p> <p><b>Definição:</b> Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente com ou sem dispositivo auxiliar.</p>		
<p><b>INDICADORES</b></p>	<p><b>Definição operacional</b></p>	<p><b>Magnitude da definição operacional</b></p>
<p><b>020806) Andar.</b></p> <p><b>Definição constitutiva:</b> Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Envolve regiões</p>	<p>Observar/perguntar se o paciente: Questões norteadoras: Como você anda? Com que perna dá o primeiro passo? Como você posiciona a perna? Até aonde caminhou?</p>	<p>1- Incapaz de executar qualquer uma das atividades.</p> <p>2-Capaz de executar 1 das atividades com ou sem ajuda de pessoas ou dispositivos</p>

<p>corticais, subcorticais e espinhais. É a capacidade de executar as atividades que envolvem a mobilidade, tais como subir e descer degraus, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e lenta a distância especificada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dá o primeiro passo com o membro operado;</li> <li>- Mantém a perna operada reta;</li> <li>- Divide o peso de seu membro operado com as muletas ou andador.</li> <li>- Flexiona o joelho do lado operado quando andar, se achar necessário.</li> <li>- Caminha com passadas curtas, porém eficazes;</li> <li>- Ajusta a altura das bengalas ou andador para manter tronco ereto e cotovelos levemente fletidos;</li> <li>- Anda pelo quarto;</li> <li>- Anda no corredor; - Anda até o banheiro.</li> </ul>	<p>auxiliares.</p> <p>3-Capaz de executar de 2 a 4 destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou dispositivos auxiliares.</p> <p>4-Capaz de executar de 5 a 8 destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou dispositivos auxiliares.</p> <p>5-Capaz de executar de forma independente todas estas atividades.</p>
<p><b>(2102) NÍVEL DE DOR</b>  <b>Definição:</b> Gravidade de dor observada ou relatada.</p>		
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional
<p><b>(210201) Dor relatada.</b>  <b>Definição conceitual:</b>          Caracteriza-se pelo auto-relato da experiência dolorosa. A resposta pode ser espontânea ou solicitada.</p>	<p>Aplicar a Escala numérica verbal (ENV), perguntando quanto ele classifica sua dor de 0 a 10.</p> <p>Aplicar a Escala Visual Analógica (EVA) pedindo ao paciente apontar o nível de sua dor.</p> <p><i>Questões norteadoras: Você tem dor? Como você classifica sua dor?</i></p> <p>Se não tiver dor, a classificação é zero.</p> <p>Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.</p> <p>Se for intensa, seu nível de referência é dez.</p>	<p>1- Dez (10) = Dor de intensidade insuportável.</p> <p>2- Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.</p> <p>3- Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.</p> <p>4- Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.</p> <p>5- Zero (0) = Ausência de Dor.</p>
<p><b>(1811) CONHECIMENTO: ATIVIDADE PRESCRITA</b>  <b>Definição</b> Alcance da compreensão transmitida sobre atividade e exercício prescritos.</p>		
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional
<p><b>(181104) Restrições à atividade.</b>  <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve seus conhecimentos sobre as atividades restritas.</p>	<p>Perguntar se o paciente conhece as restrições de atividades.</p> <p>Questão norteadora: Quais as atividades que você não pode fazer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cruzar as pernas;</li> <li>- Deixar o pé virado para dentro - Sentar em locais baixos (a altura do piso ao assento inferior à altura do pé ao joelho do paciente)</li> <li>- Projetar o tronco sobre os membros inferiores; - Rotar o corpo na cama para pegar algum objeto ao lado. - Tentar pegar o cobertor no pé da cama sozinho. - Se deitar sobre o lado operado nos primeiros dias após a cirurgia.</li> <li>- Girar o tronco de forma a rodar o quadril operado; - Abaixar-se ou</li> </ul>	<p>1- NÃO conhece as restrições a atividade.</p> <p>2- Conhece 1 a 2 restrições de atividades.</p> <p>3- Conhece 3 a 7 restrições de atividades.</p> <p>4- Conhece de 8 a 12 restrições de atividades.</p> <p>5- Conhece todas as atividades restritas.</p>

	<p>pegar objetos do chão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calçar-se, banhar-se ou vestir-se sozinho;</li> <li>- Impulsionar a perna operada para levantar da cadeira ou da cama.</li> <li>- Andar depressa;</li> <li>- Realizar atividades de alto impacto.</li> </ul>	
<p><b>(181116) Estratégias para locomoção segura.</b>  <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve o seu conhecimento sobre estratégias de locomoção segura para andar.</p>	<p>Questão norteadora: Quando você vai deambular, o que você faz para se sentir seguro?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar o auxílio de muletas ou andador, conforme orientação do ortopedista;</li> <li>- Utilizar calçado confortável, firme no pé e com solado de borracha;</li> <li>- Evitar andar depressa;</li> <li>- Evitar subir ou descer escadas sem auxílio e desnecessariamente.</li> </ul>	<p>1- NÃO conhece as estratégias de locomoção segura;</p> <p>2- Conhece 1 estratégia de locomoção segura;</p> <p>3- Conhece 2 estratégias de locomoção segura;</p> <p>4- Conhece 3 estratégias de locomoção segura</p> <p>5- Conhece todas as estratégias de locomoção segura</p>
<p><b>(181112) Realização correta do exercício.</b>  <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve o seu conhecimento sobre a correta realização dos exercícios prescritos.</p>	<p>Perguntar se o paciente conhece a forma correta de realizar os exercícios.</p> <p>Questão norteadora: Como são realizados os exercícios?</p> <p>Deitado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexionar o tornozelo para cima e para baixo (5 segundos em cada posição), posicionando um rolo com uma toalha embaixo da articulação para facilitar o movimento. Com o rolo embaixo da articulação do tornozelo, realizar uma força contra a cama, a fim de fortalecer parte da musculatura posterior da coxa e glúteo.</li> <li>- Trocando a posição do rolo para embaixo do joelho, realizar o mesmo movimento que no exercício anterior, agora fortalecendo a musculatura anterior da coxa.</li> <li>- Realiza movimentos de flexão e extensão de joelho e quadril.</li> </ul> <p>Sentado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com uma almofada dura entre os joelhos, aperte até observar uma leve deformidade na almofada, fortalecendo a musculatura interna da coxa. Lembrando de deixar os pés retos para frente e afastados.</li> <li>- Com os pés apoiados no chão realizar extensão do joelho, fortalecendo a musculatura anterior da coxa.</li> <li>- Com auxílio da mão na parte externa da coxa faz força com a coxa contrária à direção da mão, fortalecendo a parte da musculatura externa da coxa e glúteos.</li> </ul>	<p>1- NÃO conhece a forma correta de realizar os exercícios.</p> <p>2- Conhece a forma correta de realizar 1 a 2 exercícios;</p> <p>3- Conhece a forma correta de realizar 3 a 4 exercícios;</p> <p>4- Conhece a forma correta de realizar 5 exercícios;</p> <p>5- Conhece a forma correta de realizar todos os exercícios.</p>

<p><b>(181120) Benefícios da atividade e do exercício.</b>  <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve o seu conhecimento sobre os benefícios da atividade e do exercício.</p>	<p>Perguntar para o paciente se ele conhece alguns benefícios da atividade e do exercício, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Melhora da circulação do sangue nas pernas e pés;</li> <li>2- Prevenção de trombose;</li> <li>3- Recuperação da mobilidade</li> <li>4- Recuperação da força do quadril</li> <li>5- Fortalecimento da musculatura da coxa e do glúteo;</li> <li>6- Prevenção do edema.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Não conhece os benefícios da atividade e do exercício;</li> <li>2- Conhece um dos benefícios da atividade e do exercício;</li> <li>3- Conhece dois a três benefícios da atividade e do exercício;</li> <li>4- Conhece quatro a cinco benefícios da atividade e do exercício;</li> <li>5- Conhece todos os benefícios da atividade e do exercício.</li> </ol>
--	---	--

<b>(1909) COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS:</b> Ações pessoais ou de cuidador da família para minimizar fatores de risco capazes de precipitar quedas no ambiente pessoal.		
<b>INDICADORES</b>	<b>Definição operacional</b>	<b>Magnitude da definição operacional</b>
<p><b>(190910) Usa calçado adequado para prevenir quedas.</b>  <b>Definição conceitual:</b> Sempre que vai deambular, faz uso de calçado fechado, com solado antiderrapante, de suporte reforçado no calcanhar, com calcanhar de salto baixo, com meia-sola mais fina que o calcanhar, sendo flexível e firme, provido ou não de mecanismo de amarração por conectores, ajustado na largura e comprimento do pé e sem pontos de tensão.</p>	<p>Verificar qual o calçado utilizado pelo paciente, e se ele tem as seguintes especificações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fechado;</li> <li>- Com solado antiderrapante (borracha);</li> <li>- Suporte reforçado no calcanhar;</li> <li>- Salto baixo;</li> <li>- Com meia-sola mais fina que o calcanhar;</li> <li>- Flexível e firme;</li> <li>- Se provido de mecanismo de amarração por conectores, que estes estejam sendo utilizados de forma correta;</li> <li>- Ajustado na largura e comprimento do pé;</li> <li>- Sem pontos de tensão.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- NÃO utiliza as especificações do calçado adequado para prevenir quedas.</li> <li>2-Utiliza calçado com 1 a 2 das especificações do calçado adequado para prevenir quedas.</li> <li>3-Utiliza calçado com 3 a 5 das especificações do calçado adequado para prevenir quedas.</li> <li>4-Utiliza calçado com 6 a 8 das especificações do calçado adequado para prevenir quedas.</li> <li>5-Utiliza todas as especificações do calçado adequado para prevenir quedas.</li> </ol>
<p><b>(190901) Uso correto de dispositivos auxiliares.</b>  <b>Definição conceitual:</b> Usa de forma correta o mecanismo auxiliar, como andador, bengala, cadeira de banho ou outras tecnologias assistidas, durante a locomoção.</p>	<p>Observar/perguntar se ao deambular ele utiliza andador e/ou muletas canadenses e se ele segue as recomendações.          Questão norteadora: Como você usa o andador/muleta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém o apoio da mão aproximadamente na altura do trocâter maior;</li> <li>- Observa as condições de integridade do andador, cadeira de roda, muleta antes de usá-los. - Mantém a coluna reta e o corpo alinhado e caminha com passos curtos;</li> <li>- Apóia-se firmemente (andador/muleta). - *(Andador) Caminha dentro do andador. - *(Muleta) A(s) muleta(s) são posicionadas na frente do corpo-</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Necessita, mas NÃO segue as recomendações.</li> <li>2-Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue 1 recomendação.</li> <li>3- Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue 2 recomendações.</li> <li>4-Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue 3 a 4 recomendações.</li> <li>5-Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue todas as recomendações.</li> </ol>
<p><b>(190902) Solicita auxílio físico para si.</b>  <b>Definição conceitual:</b> Solicita ajuda de familiares, amigos, cuidadores ou profissionais, na execução das tarefas mais arriscadas para a ocorrência de</p>	<p>Perguntar ao paciente se ele executa as seguintes ações de auxílio pessoal:          Questão norteadora: Você solicita ajuda para realizar algumas atividades? Quais atividades?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicita ajuda para alcançar</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1-NAO executa qualquer uma das ações de solicitação de auxílio pessoal.</li> <li>2-Executa 1 das ações de solicitações de auxílio pessoal.</li> <li>3-Executa 2 ações de solicitação de auxílio pessoal.</li> </ol>

quedas.	objetos altos ou baixos. - Solicita ajuda para deambular quando se julga limitado para isso; - Solicita ajuda para vestir-se ou despir-se quando se julga limitado para isso. - Solicita ajuda para banhar-se quando se julga limitado para isso. - Solicita ajuda para o uso da escadinha auxiliar quando se julga limitado para isso. - Solicita ajuda para mobilizar-se no leito quando se julga limitado para isso.	4-Executa 3 a 5 ações de solicitação de auxílio pessoal. 5-Executa todas as ações de solicitação de auxílio pessoal.
---------	--	---

Fonte: Autor, 2013.

Após a construção do instrumento de coleta de dados, realizou-se o retorno às enfermeiras assistenciais que participaram do consenso para que apreciassem o instrumento e validassem o conteúdo e aparência do mesmo. Elas retornaram o instrumento com pequenas sugestões de layout e conteúdo. Além disso, este instrumento foi testado em quatro pacientes que participaram do estudo piloto, sofrendo pequenas alterações ao final, o que facilitou a uniformização da avaliação clínica, e possibilitou a composição do instrumento final (APÊNDICE B).

#### 4.4.2 Treinamento dos coletadores

Com o objetivo de minimizar vieses de aferição, os dados foram coletados por quatro pesquisadoras, participantes do projeto de pesquisa “guarda-chuva” deste estudo. Este projeto tem como objetivo avaliar a aplicabilidade dos RE NOC, na prática clínica do hospital em estudo, em diferentes serviços de enfermagem (ANEXO A).

Realizaram-se seis encontros para o treinamento das coletadoras, totalizando 18 horas. Esse treinamento foi conduzido pelo pesquisador e orientadora. Entre as coletadoras estavam duas bolsistas de iniciação científica do projeto, uma aluna voluntária e uma enfermeira ex-bolsista do projeto.

O treinamento foi realizado semanalmente durante o mês de julho de 2012. Os tópicos foram discutidos relacionados aos instrumentos de pesquisa e ao cuidado do paciente submetido à ATQ. Foram apresentados sete vídeos didáticos sobre o processo de cuidado desses pacientes, além de uma aula expositiva-dialogada sobre o perioperatório de ATQ. Incluiu-se uma aula de revisão sobre Processo de Enfermagem e as classificações NANDA-I,

NIC e NOC, com a realização de um estudo de caso clínico real, e a aplicação dos instrumentos da pesquisa no acompanhamento de uma paciente submetida à ATQ.

Ao final do treinamento, as auxiliares receberam um manual para preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e duas escalas de avaliação da dor, a Escala Numérica Verbal e a Escala Visual Analógica. Foi elaborada uma agenda para avaliação dos pacientes de acordo com a disponibilidade das coletadoras. Também durante o estudo piloto, foram esclarecidas dúvidas em relação à avaliação dos pacientes e aplicação dos instrumentos. Ao final do estudo piloto realizou-se uma avaliação oral e dialogada das coletadoras, com resultados positivos, identificando-as como aptas para iniciar a coleta de dados da presente pesquisa.

#### **4.4.3 Estudo piloto**

Foi realizado um estudo piloto com quatro pacientes submetidos à ATQ, que atenderam aos critérios de inclusão, na primeira semana de Agosto de 2012. Esse grupo de pacientes recebeu um total de 16 avaliações. O estudo evidenciou adequação dos instrumentos e dos procedimentos empregados na coleta de dados para a população eleita, permitindo a continuidade do estudo, além de fornecer os dados para o cálculo do tamanho amostral. É válido ressaltar que os pacientes do estudo piloto não foram incluídos na amostra final.

#### **4.4.4 Estudo longitudinal**

O estudo longitudinal iniciou com a seleção dos pacientes. Nessa etapa os pacientes receberam acompanhamento sistemático da equipe de pesquisa para a avaliação dos RE referentes ao diagnóstico MFP. Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e lhes foi apresentado o processo de pesquisa, bem como solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira mensuração dos RE foi realizada no primeiro dia de pós-operatório. Os pacientes foram selecionados pelos pesquisadores conforme critérios de inclusão pré-definidos, por meio de busca ativa. Os pesquisadores consultaram o sistema AGH para verificar as salas cirúrgicas agendadas para ATQ e também confirmavam esta informação com a secretaria da Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC) e/ou iam até as unidades de internação do HCPA onde eram hospitalizados os pacientes em pré-operatório. Também era

investigado o horário em que o paciente receberia alta da Sala de Recuperação Pós-anestésica a fim de fazer o convite para participar da pesquisa, já no seu retorno a unidade de internação.

Previamente ao início da coleta de dados realizou-se a apresentação da pesquisa para as enfermeiras das unidades de internação, a fim de explicar os objetivos da pesquisa e de conhecer a rotina da unidade onde a avaliação dos pacientes seria realizada.

A verificação da aplicabilidade dos RE referentes ao DE em estudo foi por meio de avaliação diária, em que uma dupla de coletadoras avaliava o paciente simultaneamente, porém de maneira independente, em um instrumento individual.

Em relação do tempo para iniciar a avaliação, estipulou-se um período de 12 horas de pós-operatório, em que se aguardava o paciente retornar da sala de recuperação para o leito da unidade de internação. Cada paciente recebeu o acompanhamento sistemático durante um período de quatro dias ou até a alta hospitalar, no período em que foi mantido o DE em estudo pelos enfermeiros assistenciais. Este período foi estipulado considerando-se o tempo médio de internação do paciente na instituição em estudo e também ser referenciado na literatura<sup>(7)</sup>. Cada avaliação foi realizada com 24 horas de intervalo.

Em relação aos indicadores que compõem cada resultado, esses foram avaliados por meio da escala Likert, de cinco pontos, em que 1 correspondia ao pior escore e 5 ao melhor escore, com diferentes escalas de medidas. Se fosse identificado que o indicador “não se aplica” à situação do paciente avaliado, era registrada a situação justificando-a. A avaliação dos pacientes foi realizada com base nas definições operacionais construídas para cada indicador clínico. Cada avaliação tinha duração em torno 20 minutos. Também foram coletados, na primeira avaliação, os dados sócio-demográficos (sexo, idade, cor, status profissional, etc.), e clínicos (peso, aos motivos de indicação de cirurgia, a história pregressa, presença de dor e ocorrência de quedas, etc.), por fonte primária e secundária (APÊNDICE C), com a finalidade de caracterizar a amostra do estudo. Os dados quanto às Características Definidoras (CD) do diagnóstico MFP (APÊNDICE D), de cada paciente, foram coletados de modo a identificar suas frequências. Este instrumento foi construído com base nas definições operacionais elaboradas para as CD do diagnóstico MFP em outro estudo<sup>(66)</sup>.

Após a coleta de dados dos pacientes referentes aos resultados da NOC, foram copiados os cuidados de enfermagem prescritos para o paciente relativos ao diagnóstico MFP. Os demais cuidados para outros diagnósticos não foram computados.



#### 4.5 CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADOR

Todas as avaliações clínicas dos resultados de enfermagem foram realizadas por coletadores treinadas para ser possível a análise de concordância interobservador. Tal avaliação era realizada de forma independente, porém simultânea, utilizando o instrumento elaborado para este estudo.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizado o Microsoft Excel 2010 para armazenamento dos dados, que para análise foram compilados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e números absolutos. Para comparar médias entre os avaliadores e entre o primeiro e último dia de avaliação, foi utilizado o teste t-student para amostras pareadas. Na avaliação da concordância interobservadores foi aplicado o método de Bland-Altman. O nível de significância estatística utilizado foi de 5% ( $P < 0,05$ ).

#### 4.7 MAPEAMENTO CRUZADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS COM AS INTERVENÇÕES SEGUNDO A NIC PARA MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

Realizou-se mapeamento cruzado dos cuidados de enfermagem prescritos para o diagnóstico MFP com as intervenções propostas pela NIC, o que consistiu em interligar cada cuidado a uma intervenção específica, sua Classe e Domínio, conforme estrutura da NIC. No mapeamento cruzado foram observadas as seguintes regras no processo: mapear usando o contexto do diagnóstico de enfermagem; mapear o “significado” das palavras, e não apenas as palavras; usar a palavra-chave da prescrição para mapear a intervenção da NIC; usar os verbos como “palavras-chave” na intervenção; mapear a intervenção ao processar do título da intervenção da NIC para a atividade; manter consistência entre a intervenção que está sendo mapeada e a definição da intervenção da NIC; usar a denominação mais específica da intervenção da NIC<sup>(67-69)</sup>.

Ao fazer a seleção das intervenções, iniciou-se pela análise das intervenções prioritárias, já que se constituem no tratamento preferencial para a solução do diagnóstico. Após, revisaram-se outras intervenções na lista sugerida, e posteriormente as intervenções adicionais optativas, que também podem ser utilizadas para a resolução do diagnóstico de Enfermagem<sup>(19)</sup>

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Resolução de número 196/1996 regulamenta as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos pretendendo assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades à medida que preconiza, entre outros preceitos, o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes.

Baseado nesta resolução foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado pelos pesquisadores que foi fornecido aos pacientes (APÊNDICE E). Somente participaram do estudo aqueles que assinaram o documento em duas vias, ficando uma com o pesquisado e outra com os pesquisadores. Foi esclarecido que as informações registradas no instrumento de coleta de dados serão mantidas pelos pesquisadores em confidencialidade e anonimato e serão guardadas por cinco anos em arquivos. Igualmente, foi informado que elas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Este estudo faz parte de um grande projeto de pesquisa em andamento, denominado (110601) *Aplicabilidade da Classificação de Resultados de Enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification (NOC) na prática clínica de um hospital universitário*, já avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e Comitê de Ética em Saúde/GPPG/HCPA (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados referentes à aplicabilidade dos RE para o DE em estudo, iniciando-se com a caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra, presença das características definidoras do DE Mobilidade Física Prejudicada, médias dos Resultados de Enfermagem avaliados, concordância interobservadores, cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes do estudo e mapeamento cruzado desses cuidados com as intervenções da NIC

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA

Avaliaram-se 25 pacientes com o DE MFP submetidos à ATQ. Desses, quatro desistiram de participar da pesquisa. Ao final, 21 pacientes foram incluídos. Dos pacientes acompanhados, eram predominantemente do sexo feminino (61,9%), brancos (76,1%), com idade média de 58,8 ( $\pm 16,7$ ), e 15 (71,4%) submeteram-se a ATQ primária. Os 21 pacientes mantiveram o DE MFP até o final das avaliações. De todos os pacientes, 15 (71,4%) foram avaliados num período de quatro dias de seguimento.

**Tabela 1** – Características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes submetidos à ATQ. Porto Alegre, RS, 2013

Variável	Total n=21
Idade, anos*	58,8 ( $\pm 16,7$ )
Sexo, feminino <sup>†</sup>	13 (61,9)
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )*	23,01 ( $\pm 7,09$ )
Escolaridade, anos*	8,2 ( $\pm 4,1$ )
Não reside sozinho <sup>†</sup>	17 (80,9)
Presença de cuidador na internação <sup>†</sup>	17 (80,9)
Motivo de indicação cirúrgica	
Osteoartrose <sup>†</sup>	16 (76,2)
Luxação <sup>†</sup>	3 (14,2)
Fraturas <sup>†</sup>	2 (9,5)
Comorbidades	
Hipertensão Arterial Sistêmica	6 (28,5)
Ex-fumante <sup>†</sup>	3 (14,2)
ATQ primária <sup>†</sup>	15 (71,4)
Fez consulta de enfermagem ambulatorial pré-operatória <sup>†</sup>	5 (23,8)
Recebeu visita domiciliar de enfermagem pré-operatória <sup>†</sup>	4 (19)
Presença de dor no quadril anterior a cirurgia <sup>†</sup>	20 (95,2)
Caiu no último ano <sup>†</sup>	10 (47,6)
Tempo de avaliação, 4 dias <sup>†</sup>	15 (71,4)

\*Números expressos em média ( $\pm$ desvio padrão); <sup>†</sup>n(%)

Fonte: Autor, 2013.

## 5.2 CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA PRESENTES NOS PACIENTES SUBMETIDOS À ATQ

Durante a coleta de dados, os pacientes receberam uma avaliação sobre a presença ou ausência das características definidoras do DE em estudo a fim de identificar sua frequência, no primeiro dia de avaliação. Cada paciente foi submetido a uma entrevista e exame físico, com base em definições operacionais. Todos os pacientes apresentam *Mudanças na marcha*, sendo que a maioria apresentou *Amplitude limitada ao movimento* 19 (90,4%), seguida de *Dificuldade para virar-se* 18 (85,7%) e *Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras grossas* 18 (85,7%). A tabela a seguir apresenta a distribuição de CD do DE MFP.

**Tabela 2** – Distribuição da presença das características definidoras do DE MPF em pacientes submetidos a ATQ. Porto Alegre, RS, 2013

<b>Característica Definidora</b>	<b>n=21</b>
Mudanças na Marcha	21 (100)
Amplitude limitada ao movimento	19 (90,4)
Dificuldade para virar-se	18 (85,7)
Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras grossas	10 (47,6)
Instabilidade postural	9 (42,8)
Movimentos lentos	7 (33,3)
Tempo de reação diminuído	5 (23,8)
Movimentos descontrolados	4 (19)
Tremor induzido pelo movimento	4 (19)
Engaja-se em substituições de movimentos	2 (9,5)
Dispneia ao esforço	1 (4,7)

n(%).

Fonte: Autor, 2013.

## 5.3 MÉDIAS DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Em relação às médias apresentadas na avaliação clínica durante o período de coleta de dados do estudo, para os RE, observa-se que houve aumento significativo dos escores em praticamente todos os RE, exceto no (2102) *Nível de Dor* ( $p=0,265$ ). Nos demais parâmetros o aumento foi de no mínimo 16,7%.

**Tabela 3** – Média dos Resultados de enfermagem para os pacientes com o DE MFP submetidos à ATQ. Porto Alegre, RS, 2013 (n=15 pacientes)

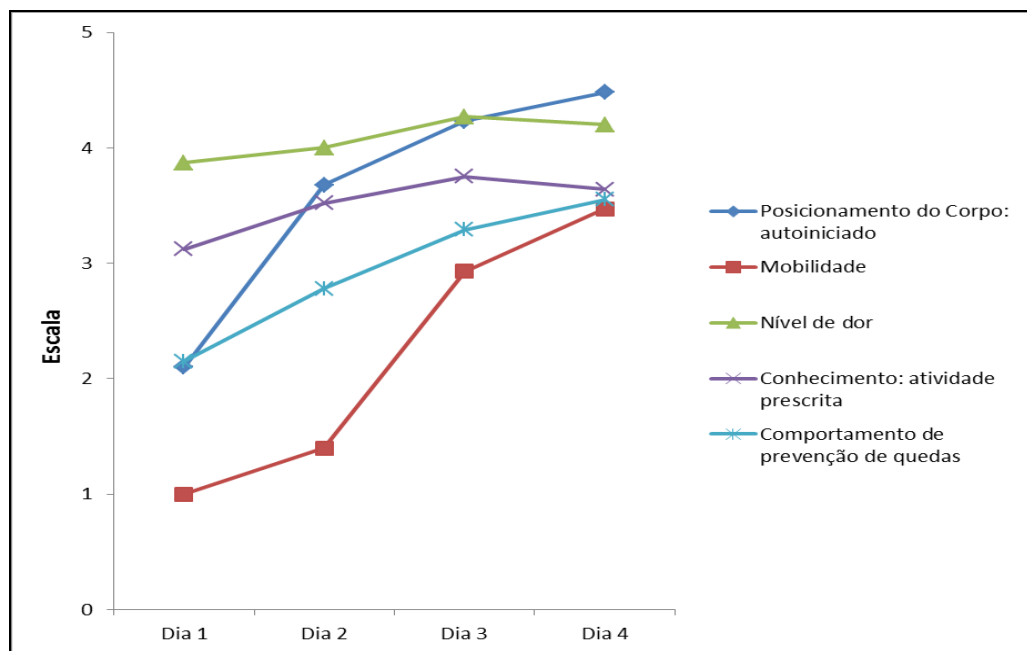
<b>Resultados de Enfermagem</b>	<b>1º Dia</b>	<b>2º Dia</b>	<b>3º Dia</b>	<b>4º Dia</b>	<b>p*</b>
(0203) Posicionamento do Corpo: autoiniciado	2,10 ( $\pm$ 1,47)	3,68 ( $\pm$ 1,20)	4,23 ( $\pm$ 1,00)	4,48 ( $\pm$ 0,99)	<0,001
(0208) Mobilidade	1,00 ( $\pm$ 0,00)	1,40 ( $\pm$ 1,06)	2,93 ( $\pm$ 1,67)	3,47 ( $\pm$ 1,36)	<0,001
(2102) Nível de dor	3,87 ( $\pm$ 0,99)	4,00 ( $\pm$ 0,93)	4,27 ( $\pm$ 0,96)	4,20 ( $\pm$ 1,27)	0,265
(1811) Conhecimento: atividade prescrita	3,12 ( $\pm$ 0,51)	3,52 ( $\pm$ 0,55)	3,75 ( $\pm$ 0,39)	3,64 ( $\pm$ 0,56)	0,035
(1909) Comportamento de prevenção de quedas	2,15 ( $\pm$ 0,72)	2,78 ( $\pm$ 0,77)	3,29 ( $\pm$ 0,75)	3,55 ( $\pm$ 0,56)	<0,001

Número expressos em média ( $\pm$ desvio padrão). \*Teste t-student pareado

Fonte: Autor, 2013.

As curvas temporais demonstram um aumento progressivo dos escores diários em praticamente todos Resultados de Enfermagem avaliados nos pacientes com diagnóstico de Mobilidade Física Prejudicada submetidos à ATQ. A Figura 1, a seguir, ilustra esta evolução.

**Figura 1** – Curvas temporais dos Resultados de Enfermagem Posicionamento do corpo: autoiniciado, Mobilidade, Nível de dor, Conhecimento: atividade prescrita e Comportamento de prevenção de quedas em pacientes com o DE MFP submetidos a ATQ. Porto Alegre, RS, 2013

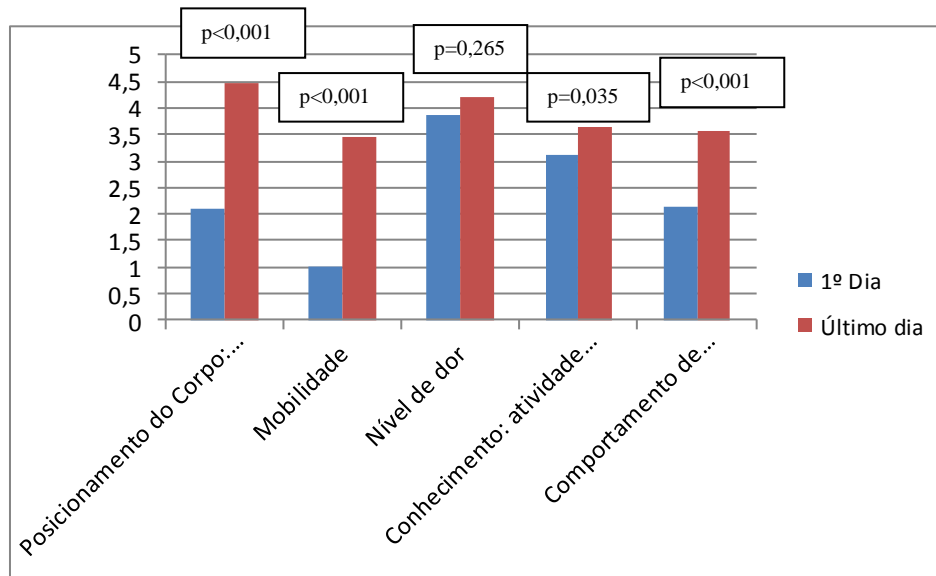


Fonte: Autor, 2013.

#### 5.4 MÉDIAS DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO E ÚLTIMO DIA DE AVALIAÇÃO

Com relação à comparação entre o primeiro e último dia de avaliação, observa-se na Figura 1, a melhora na média, em todos os Resultados de Enfermagem utilizados no estudo.

**Figura 2** – Média dos Resultados de Enfermagem no primeiro e último dia de avaliação. \*Teste t pareado. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

#### 5.5 CONCORDÂNCIA INTEROBSERVADORES NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO MFP

A avaliação diária dos pacientes incluídos na amostra foi realizada por quatro coletadoras treinadas. A concordância foi feita entre as duplas. Observa-se na Tabela 4 que não houve diferença significativa nas medições dos avaliadores. A diferença média não ultrapassa 0,35 pontos em nenhum dos parâmetros analisados.

**Tabela 4** – Comparação das médias entre os observadores na avaliação dos Resultados de enfermagem para os pacientes com o diagnóstico MFP submetidos a ATQ. Porto Alegre, RS, 2013

<b>Resultados</b>	<b>n</b>	<b>Avaliador 1</b>	<b>Avaliador 2</b>	<b>Diferença (IC 95%)</b>	<b>p*</b>
(0203) Posicionamento do	21	1,79 ( $\pm$ 1,33)	1,81 ( $\pm$ 1,38)	0,02 (-0,02 a 0,07)	0,329
Corpo: autoiniciado	15	4,48 ( $\pm$ 0,99)	4,38 ( $\pm$ 0,96)	0,10 (-0,01 a 0,21)	0,082
(0208) Mobilidade	21	1,00 ( $\pm$ 0,00)	1,00 ( $\pm$ 0,00)	0,00 (0,00 a 0,00)	1,000
	15	3,47 ( $\pm$ 1,36)	3,40 ( $\pm$ 1,35)	0,07 (-0,08 a 0,21)	0,334
(2102) Nível de Dor	21	3,76 ( $\pm$ 1,22)	3,76 ( $\pm$ 1,22)	0,00 (0,00 a 0,00)	1,000
	15	4,20 ( $\pm$ 1,27)	4,13 ( $\pm$ 1,06)	0,07 (-0,19 a 0,32)	0,582
(1811) Conhecimento:	21	3,12 ( $\pm$ 0,53)	3,05 ( $\pm$ 0,65)	0,07 (-0,06 a 0,21)	0,284
atividade prescrita	15	3,64 ( $\pm$ 0,56)	3,57 ( $\pm$ 0,50)	0,07 (-0,16 a 0,31)	0,515
(1909) Comportamento de	21	2,28 ( $\pm$ 0,69)	2,41 ( $\pm$ 0,89)	0,13 (-0,08 a 0,33)	0,210
prevenção de quedas	15	3,55 ( $\pm$ 0,56)	3,58 ( $\pm$ 0,61)	0,02 (-0,15 a 0,20)	0,788

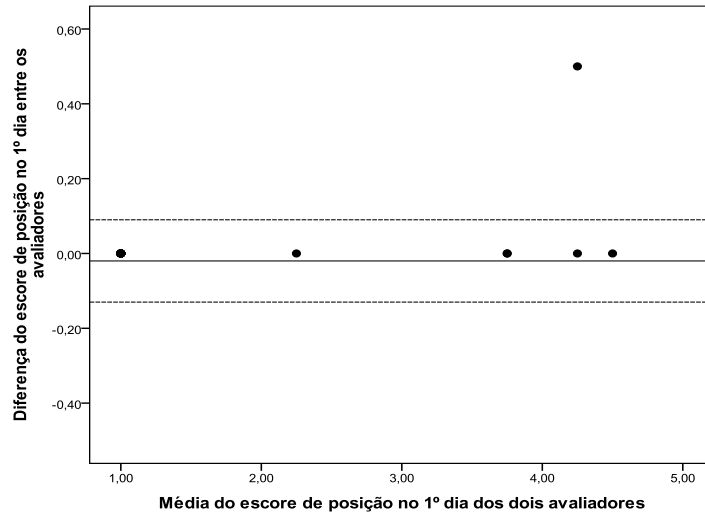
Número expressos em média ( $\pm$ desvio padrão). \*Teste t student pareado

Fonte: Autor, 2013.

Quando avaliada a concordância interobservadores pelo método de Bland-Altman, percebeu-se que houve concordância em pelo menos 60% das avaliações em todas as variáveis. Para os RE (0208) *Mobilidade* e (2102) *Nível de Dor*, não foram possíveis de serem calculadas as concordâncias pelo método Bland-Altman na primeira avaliação, porque o mesmo necessita de variabilidade nas variáveis. Os menores índices de concordância foram obtidos no último dia no RE (1811) *Conhecimento: atividade prescrita* e (1909) *Comportamento de prevenção de quedas*. Observa-se nas figuras a seguir que algumas variáveis apresentam sobreposição na concordância interobservadores. A linha central dos gráficos representa a média das diferenças. As linhas tracejadas representam os limites de 95% de concordância.

Na Figura 3, para o RE (0203) *Posicionamento do Corpo: autoiniciado* no 1º dia de avaliação em que houve concordância interobservadores de 95,2%, ou seja, em 20 das 21 avaliações.

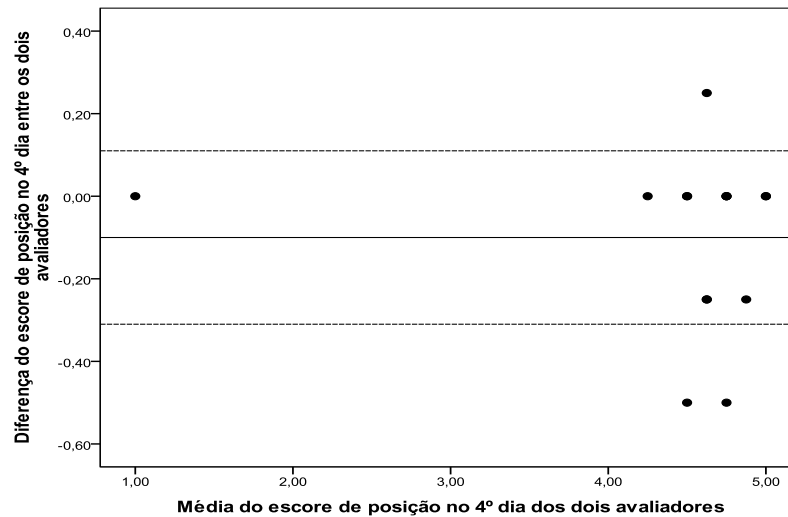
**Figura 3** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (0203) *Posicionamento do Corpo: autoiniciado* no 1º dia de avaliação. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

A Figura 4 apresenta a concordância interobservadores para o RE (0203) *Posicionamento do Corpo: autoiniciado* no 4º dia de avaliação. Os dados representam que houve concordância em 12 das 15 avaliações (80%).

**Figura 4** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (0203) *Posicionamento do Corpo: autoiniciado* no 4º dia de avaliação. Porto Alegre, RS, 2013

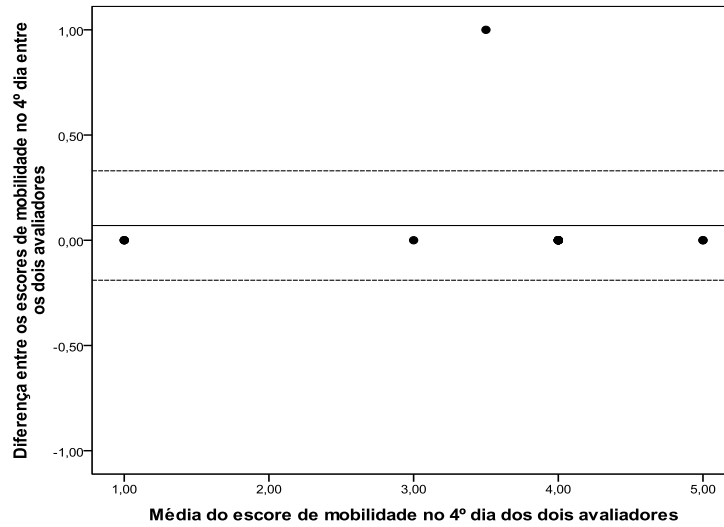


Fonte: Autor, 2013.

A Figura 5 apresenta a concordância interobservadores quanto ao RE (0208) *Mobilidade* no 4º dia de avaliação. Houve concordância em 14 das 15 avaliações (93,3%).



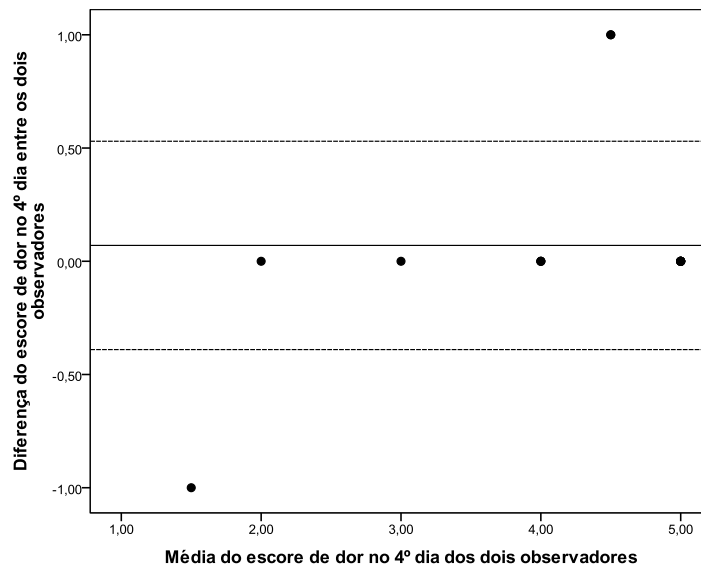
**Figura 5** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (0208) Mobilidade no 4º dia. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

A Figura 6 apresenta a concordância interobservadores quanto ao RE (2102) *Nível de Dor* no 4º dia de avaliação. Houve concordância em 12 das 15 avaliações (80%).

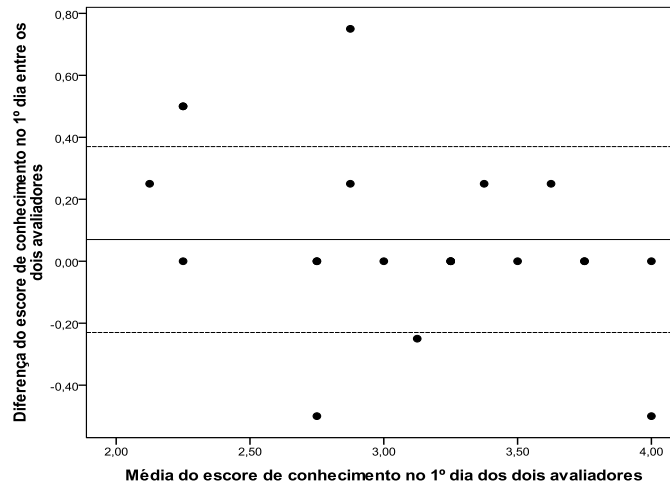
**Figura 6** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (2102) Nível de Dor no 4º dia de avaliação. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

A Figura 7 apresenta a concordância interobservadores quanto ao RE (1811) *Conhecimento: atividade prescrita* no 1º dia de avaliação. Houve concordância em 15 das 21 avaliações (71,4%).

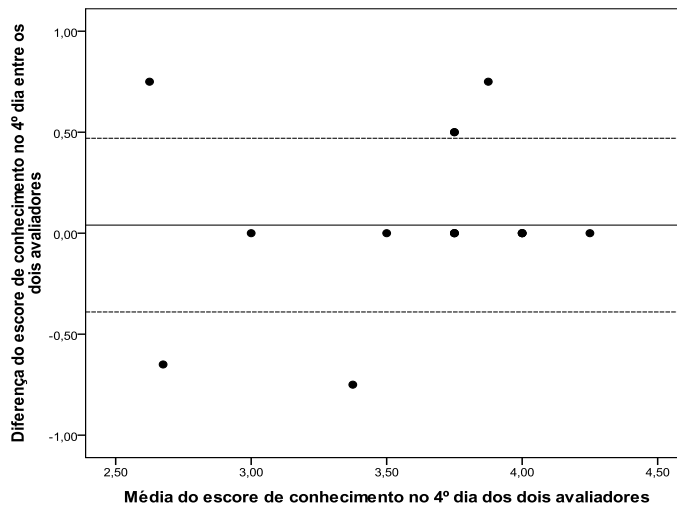
**Figura 7** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (1811) *Conhecimento: atividade prescrita* no 1º dia de avaliação. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

A Figura 8 apresenta a concordância interobservadores quanto ao RE (1811) *Conhecimento: atividade prescrita* no 4º dia de avaliação. Houve concordância em 9 das 15 avaliações (60%).

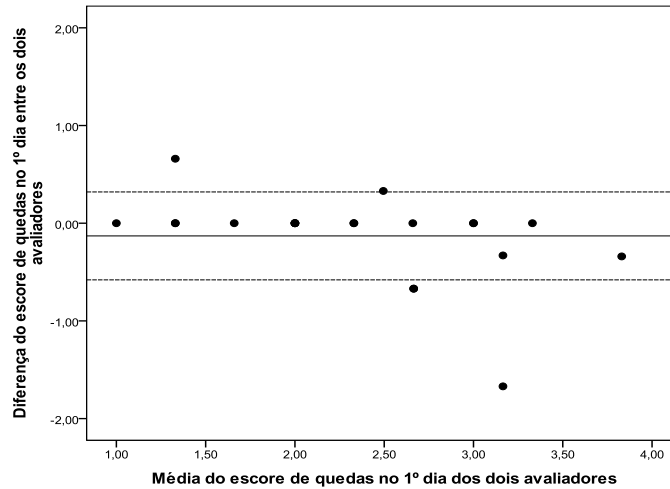
**Figura 8** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (1811) *Conhecimento: atividade prescrita* no 4º dia. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

A Figura 9 apresenta a concordância interobservadores quanto ao RE (1909) *Comportamento de prevenção de quedas*, no 1º dia de avaliação. Houve concordância em 17 das 21 avaliações (81%).

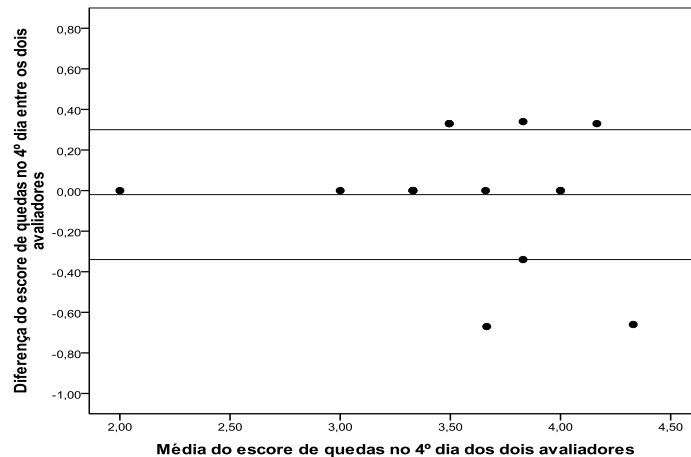
**Figura 9** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (1909) Comportamento de prevenção de quedas no 1º dia de avaliação. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

A Figura 10 apresenta a concordância interobservadores quanto ao RE (1909) *Comportamento de prevenção de quedas, no 4º dia de avaliação*. Houve concordância em nove das 15 avaliações (60%).

**Figura 10** – Método de Bland-Altman para avaliar a concordância interobservadores quanto ao RE (1909) *Comportamento de prevenção de quedas no 4º dia*. Porto Alegre, RS, 2013



Fonte: Autor, 2013.

## 5.6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESCRITOS PARA OS PACIENTES SUBMETIDOS À ATQ REFERENTES AO DE MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

O Sistema de Prescrição de Enfermagem do hospital em estudo contém um total de 76 cuidados de enfermagem para serem prescritos para o DE MFP, para três etiologias, sendo

elas Dor, Trauma e Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético. Desses, 37 (47,36%) foram prescritos para os pacientes incluídos na amostra. Entre os mais evidenciados destacam-se *Manter colchão piramidal* 18 (85,71%), *Verificar sinais vitais* 17 (80,95%), *Registrar a dor como 5º sinal vital* 17 (80,95%), *Avaliar dor utilizando escala de intensidade* 14 (66,66%), *Manter Cabeceira elevada* 13 (61,9%) e *Avaliar eficácia da analgesia* 12 (57,14%). Esses e outros dados referentes aos cuidados de enfermagem estão dispostos na Tabela 5.

**Tabela 5** – Distribuição da frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com MFP submetidos à ATQ. Porto Alegre, RS, 2013 (continua)

Cuidados de Enfermagem prescritos n=37	Etiologia			n(%)
	Dor (17)	Trauma (2)	Prejuízo neuromuscular/neuroesquelético (2)	
Manter colchão piramidal	16	1	1	18(85,71)
Verificar sinais vitais	16	1	0	17(80,95)
Registrar a dor como 5º sinal vital	17	0	0	17(80,95)
Avaliar dor utilizando escala de intensidade	14	0	0	14(66,66)
Manter Cabeceira elevada	12	0	1	13(61,90)
Avaliar eficácia da analgesia	12	0	0	12(57,14)
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	6	2	1	9(42,85)
Utilizar cama com quadro balcânico e triângulo	6	0	0	6(28,57)
Comunicar sinais de dor	6	0	0	6(28,57)
Realizar Banho de Leito	5	0	0	5(23,80)
Promover segurança e conforto	3	1	1	5(23,80)
Estimular cuidados de higiene	3	1	0	4(19,04)
Manter pertences próximos ao paciente	3	0	1	4(19,04)
Proporcionar posição confortável ao paciente	4	0	0	4(19,04)
Manter repouso absoluto	2	0	1	3(14,29)
Proteger a pele das proeminências ósseas	3	1	0	4(19,04)
Implementar cuidados com crioterapia	0	2	1	3(14,29)
Auxiliar no banho de chuveiro	3	0	0	3(14,29)
Manter campainha ao alcance do paciente	3	0	0	3(14,29)
Manter grades no leito	0	1	1	2(9,52)
Orientar sobre movimentos ativos	0	1	1	2(9,52)
Elevar membros inferiores	0	0	1	1(4,76)
Orientar Paciente sobre:	1	0	0	1(4,76)
Auxiliar movimentos ativos	1	0	0	1(4,76)
Tranquilizar paciente	1	0	0	1(4,76)
Estimular deambulação	0	1	0	1(4,76)
Estimular movimentação no leito	1	0	0	1(4,76)

**Tabela 5 – Distribuição da frequência dos cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com MFP submetidos à ATQ. Porto Alegre, RS, 2013 (conclusão)**

Cuidados de Enfermagem prescritos n=37	Etiologia			n(%)
	Dor (17)	Trauma (2)	Prejuízo neuromuscular/ neuroesquelético (2)	
Levar paciente ao chuveiro	0	1	0	1(4,76)
Realizar Higiene corporal no chuveiro	0	1	0	1(4,76)
Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	0	0	1	1(4,76)
Auxiliar paciente a sentar na cadeira	0	1	0	1(4,76)
Ensinar uso apropriado de muletas, andador, bengala, prótese.	0	0	1	1(4,76)
Orientar paciente/ família sobre	1	0	0	1(4,76)
Acompanhar paciente em seus deslocamentos	0	0	1	1(4,76)
Avaliar condições circulatórias	0	1	0	1(4,76)

\* Números expressos em n (%).

Fonte: Autor, 2013.

## 5.7 MAPEAMENTO CRUZADO ENTRE OS CUIDADOS PRESCRITOS E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DA NIC

Com base nos cuidados prescritos no HCPA, foi realizado o Mapeamento cruzado entre os cuidados prescritos para os 21 pacientes que fizeram parte do estudo e as intervenções de enfermagem propostas na NIC relativo ao DE MFP. Observa-se que a maioria dos cuidados prescritos foram mapeados no domínio *Fisiológico Básico*, seguidos do *Segurança*, *Fisiológico Complexo* e *Comportamental*. O resultado do mapeamento cruzado, incluindo as atividades de cada intervenção, bem como o Domínio e a Classe a que pertencem, são apresentados no Quadro 3.

**Quadro 3 – Mapeamento cruzado entre os cuidados de enfermagem prescritos e as intervenções de enfermagem da NIC para pacientes com MFP submetidos à ATQ. Porto Alegre, RS, 2013**

Cuidados	Intervenção	Domínio	Classe	Atividades
Manter colchão piramidal	(0740) Cuidados com o REPOUSO no leito <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Colocar colchão/cama terapêutica adequada
Verificar sinais vitais	(6680) Monitorização de SINAIS VITAIS <sup>4</sup>	Segurança	Controle de risco	Monitorar os sinais vitais: temperatura, pressão sanguínea, pulso e respirações.
Registrar a dor como 5º sinal	(1400) Controle da DOR <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Informar sobre a dor, suas causas,

vital				duração e desconfortos antecipados em decorrência de procedimentos.
Avaliar dor utilizando escala de intensidade	(1400) Controle da DOR <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.
Manter Cabeceira elevada	(0840) POSICIONAMENTO <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Elevar a cabeceira da cama, conforme apropriado.
Avaliar eficácia da analgesia	(1400) Controle da DOR <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Avaliar eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência de dor.
Inspecionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	(3590) Supervisão da PELE <sup>2</sup>	Fisiológico: Complexo	Controle de Pele/Feridas	Monitorar cor e temperatura da pele
Utilizar cama com quadro balcânico e triângulo	(0740) Cuidados com o REPOUSO no leito <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Colocar trapézio à cama, conforme apropriado.
Comunicar sinais de dor	(1400) Controle da DOR <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência de procedimentos.
Realizar Banho de Leito	(1801) Assistência no AUTOCUIDADO: Banho/Higiene <sup>4</sup>	Fisiológico: Básico	Facilitação do autocuidado	Oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.
Promover segurança e conforto	(6480) Controle do AMBIENTE <sup>1</sup>	Segurança	Controle de risco	Criar um ambiente seguro para o paciente
Estimular cuidados de higiene	(1800) Assistência no AUTOCUIDADO <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Facilitação do autocuidado	Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária conforme

				seu nível de capacidade
Manter pertences próximos ao paciente	(6480) Controle do AMBIENTE <sup>1</sup>	Segurança	Controle de risco	Colocar ao alcance os objetos de uso frequente.
Proporcionar posição confortável ao paciente	(6482) Controle do AMBIENTE: conforto	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Posicionar o paciente para facilitar o conforto.
Manter repouso absoluto	(0840) POSICIONAMENTO <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Colocar o paciente na posição terapêutica designada
Proteger a pele das proeminências ósseas	(3500) Controle da PRESSÃO <sup>4</sup>	Fisiológico: Complexo	Controle de pele /feridas	Usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastadas da cama.
Implementar cuidados com crioterapia	(1400) Controle da DOR <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado
Auxiliar no banho de chuveiro	(1801) Assistência no AUTOCUIDADO: Banho/Higiene <sup>4</sup>	Fisiológico: Básico	Facilitação do autocuidado	Facilitar ao paciente o próprio banho, quando adequado
Manter campainha ao alcance do paciente	(0740) Cuidados com o REPOUSO no leito <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Colocar campainha ao alcance do paciente.
Manter grades no leito	(6490) Prevenção contra QUEDAS <sup>2</sup>	Segurança	Controle de risco	Usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para evitar quedas se necessário.
Orientar sobre movimentos ativos	(0740) Cuidados com o REPOUSO no leito <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Ensinar exercícios a serem feitos no leito, conforme apropriado.
Elevar membros inferiores	(0840) POSICIONAMENTO <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Colocar um apoio para os pés na cama.
Orientar Paciente sobre:	(5250) Apoio TOMADA DE DECISÃO <sup>4</sup>	Comportamental	Assistência no enfrentamento	Informar o paciente sobre pontos de vista

				ou soluções alternativas de forma clara e apoiadora.
Auxiliar movimentos ativos	(0224) Terapia com EXERCÍCIO: mobilidade articular <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da atividade e do exercício	Auxiliar em movimentos rítmicos e regulares das articulações, nos limites da dor, resistência e mobilidade articulares.
Tranquilizar paciente	(6480) Controle do AMBIENTE <sup>2</sup>	Segurança	Controle de risco	Criar um ambiente seguro para o paciente.
Estimular deambulação	(0221) Terapia com EXERCÍCIO: deambulação <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da atividade e do exercício	Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros
Estimular movimentação no leito	(0740) Cuidados com o REPOUSO no leito <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Ensinar exercícios a serem feitos no leito, conforme apropriado.
Auxiliar o paciente a ir ao banheiro	(6490) Prevenção contra QUEDAS <sup>2</sup>	Segurança	Controle de risco	Auxiliar a pessoa sem firmeza durante a deambulação.
Medicar para dor antes dos procedimentos	(1400) Controle da DOR <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Promoção do conforto físico	Assegurar analgesia pré-tratamento e/ou estratégias não farmacológicas antes de procedimentos.
Levar paciente ao chuveiro	(1801) Assistência no AUTOCUIDADO: Banho/Higiene <sup>4</sup>	Fisiológico: Básico	Facilitação do autocuidado	Oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.
Realizar Higiene corporal no chuveiro	(1801) Assistência no AUTOCUIDADO: Banho/Higiene <sup>4</sup>	Fisiológico: Básico	Facilitação do autocuidado	Oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.
Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão	*(3540) Prevenção de ULCERAS de Pressão <sup>4</sup> *(3520) Cuidados com ULCERAS de Pressão <sup>4</sup>	Fisiológico: Complexo	Controle de Pele/Feridas	Várias atividades
Auxiliar paciente a sentar na cadeira	(0221) Terapia com EXERCÍCIO: deambulação <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da atividade e do exercício	Auxiliar o paciente a transferir-se se necessário.



Ensinar uso apropriado de muletas, andador, bengala, prótese	(6490) Prevenção contra QUEDAS <sup>2</sup>	Segurança	Controle de risco	Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, conforme apropriado.
Orientar paciente e família sobre	(6480) Controle do AMBIENTE <sup>1</sup>	Segurança	Controle de risco	Dar à família/pessoa significativa as informações de como tornar seguro o ambiente domiciliar para o paciente.
Acompanhar paciente em seus deslocamentos	(0221) Terapia com EXERCÍCIO: deambulação <sup>1</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da atividade e do exercício	Ajudar o paciente na deambulação inicial e conforme a necessidade.
Avaliar condições circulatórias	(0910) IMOBILIZAÇÃO <sup>2</sup>	Fisiológico: Básico	Controle da imobilidade	Monitorar a circulação na parte do corpo afetada.

A numeração indica o nível de intervenção de acordo com a NIC (1-Prioritárias, 2-Sugeridas, 3- Adicionais optativas e 4-Outra). \*Intervenções mapeadas no mesmo cuidado prescrito.  
Fonte: Autor, 2013.

Em relação à frequência das intervenções mapeadas, as que mais se evidenciaram foram (1400) *Controle da DOR* e (0740) *Cuidados com o REPOUSO no leito*. Estas e as demais intervenções mapeadas estão demonstradas na tabela 6.

**Tabela 6** – Distribuição da frequência das Intervenções NIC mapeadas com os cuidados prescritos para o DE MPF em pacientes submetidos a ATQ. Porto Alegre, RS, 2013

<b>Intervenções de Enfermagem n=17</b>	<b>n=37</b>
(1400) Controle da DOR	6(16,2)
(0740) Cuidados com o REPOUSO no leito	5(13,5)
(1801) Assistência no AUTOCUIDADO: Banho/Higiene	4(10,8)
(6480) Controle do AMBIENTE	4(10,8)
(0840) POSICIONAMENTO	3(8,1)
(6490) Prevenção contra QUEDAS	3(8,1)
(0221) Terapia com EXERCÍCIO: deambulação	3(8,1)
(6680) Monitorização de SINAIS VITAIS	1(2,1)
(3590) Supervisão da PELE	1(2,7)
(1800) Assistência no AUTOCUIDADO	1(2,7)
(3500) Controle da PRESSÃO	1(2,7)
(5250) Apoio TOMADA DE DECISÃO	1(2,7)
(0224) Terapia com EXERCÍCIO: mobilidade articular	1(2,7)
*(3540) Prevenção de ULCERAS de Pressão	1(2,7)
*(3520) Cuidados com ULCERAS de Pressão	
(0910) IMOBILIZAÇÃO	1(2,7)
(6482) Controle do AMBIENTE: conforto	1(2,7)

n(%). \*Intervenção mapeada no mesmo cuidado prescrito.  
Fonte: Autor, 2013.

## 6 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os achados relacionados à aplicabilidade clínica dos Resultados de Enfermagem NOC em pacientes com o diagnóstico de Mobilidade Física Prejudicada, submetidos à Artroplastia Total de Quadril. Esta é uma cirurgia de relevância crescente na população mundial, tendo em vista o envelhecimento com qualidade. No Brasil, este procedimento foi um dos mais realizados no SUS. O número mais que dobrou entre 2010 e 2011, passando de 139.464 para 298.279. Em 2012, o número já chega a 151.166 procedimentos realizados<sup>(70)</sup>. Grandes partes dos cuidados pós-operatórios, imprescindíveis ao sucesso do procedimento cirúrgico, são de responsabilidade do enfermeiro e estão direcionados à mobilização correta do paciente e seu ensino.

Este é o primeiro estudo brasileiro que realiza um estudo longitudinal para verificar a evolução de pacientes com MFP, que realizaram a citada cirurgia ortopédica, por meio da aplicação da Classificação de Resultados de Enfermagem NOC, em ambiente clínico real. Foram aplicados na prática clínica cinco RE contidos nos domínios (I) Saúde Funcional, (V) Saúde Percebida e (IV) Conhecimentos e Comportamentos de Saúde. Em relação ao Mapeamento Cruzado dos cuidados prescritos para pacientes com o diagnóstico MFP, a maioria dos cuidados foi mapeado no domínio Fisiológico: Básico definido como “Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico”, da NIC, semelhante a pesquisas anteriores com pacientes submetidos a ATQ<sup>(27-28)</sup>.

No que se refere à frequência das características definidoras do diagnóstico Mobilidade Física Prejudicada, identificou-se que 100% dos pacientes apresentaram *Mudanças na marcha*, sendo que a maioria apresentou *Amplitude limitada ao movimento* 19(90,4%), seguida de *Dificuldade para virar-se* 18(85,7%) e *Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras grossas* 18(85,7%). Essas CD são comuns nos pacientes que se submetem a ATQ e demonstram a acurácia diagnóstica na escolha do DE. Estudos apontam que a partir dos seis meses após a cirurgia, espera-se que a marcha esteja recuperada, no entanto é recomendável o uso de dispositivos auxiliares caso o paciente ainda esteja inseguro quanto a realizar as atividades de maneira independente<sup>(45)</sup>. Com o acompanhamento da evolução dos pacientes, por meio da avaliação diária dos estados de saúde, pode-se evidenciar os estágios de comprometimento do diagnóstico em estudo. Essa especificidade pode auxiliar na construção de planos de cuidado de acordo com as necessidades diárias dos pacientes.

Sobre a aplicabilidade dos Resultados de Enfermagem, dentre os RE avaliados *Posicionamento do Corpo: autoiniciado*, *Mobilidade*, *Conhecimento: atividade prescrita* e *Comportamento de prevenção de quedas* apresentaram aumento significativo nos escores quando comparadas as médias da primeira com a última avaliação. Apenas o RE *Nível de dor* ( $p=0,265$ ) não demonstrou diferença estatisticamente significativa, justamente pelo paciente não apresentar dores no momento da avaliação, e serem constantemente avaliados pelas equipes quanto à presença de dor.

Especificamente falando do RE *Posicionamento do Corpo: autoiniciado*, esse RE teve um aumento nas médias no acompanhamento diário dos pacientes. Na concordância interobservadores não teve diferença estatística nas avaliações. No caso dos pacientes que realizaram ATQ é fundamental que os membros inferiores sejam mantidos abduzidos e com flexão do quadril maior que  $90^\circ$  a fim de evitar deslocamento da prótese<sup>(64)</sup>. Os pacientes são orientados quanto à necessidade do posicionamento correto, em todos os movimentos realizados. Inclusive, um estudo uniu uma força-tarefa para construir um protocolo clínico que desse suporte aos enfermeiros na realização dos movimentos do paciente em pós-operatório de ATQ<sup>(71)</sup>, o que pode ajudar na construção de protocolos assistenciais de mobilização do paciente.

Em relação a esse RE, para os pacientes incluídos no estudo foram prescritos cuidados mapeados na intervenção NIC Cuidados com o REPOUSO no leito, além de Controle do AMBIENTE, em que são fornecidas orientações sobre o posicionamento no leito, bem como outros movimentos aplicados. Um estudo indiano com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem em pacientes ortopédicos afirma que os cuidados relacionados ao posicionamento do leito são muito eficazes segundo a percepção dos pacientes, principalmente para o alívio da dor<sup>(72)</sup>. Esta avaliação foi importante, visto que em nossa amostra 15 (71,4%) pacientes foram submetidos à ATQ primária.

O resultado *Mobilidade* apresentou melhora significativa na média ( $p<0,001$ ), se comparada a primeira e a última avaliação. A média inicial pela escala Likert da NOC foi 1, e a final alcançada pelo paciente foi  $3,47(\pm 1,36)$ . Foi avaliado nos pacientes o indicador Andar, que compreende uma série de avaliações que são realizadas pelos enfermeiros, observando, por exemplo, se o paciente dá o primeiro passo com o membro operado; se mantém a perna operada reta, dividindo o peso de seu membro operado com as muletas ou andador. A maioria dos pacientes apresentou o escore de Gravemente comprometido no primeiro dia de avaliação. Como consequência da melhora clínica do RE *Posicionamento do Corpo: autoiniciado*, o RE *Mobilidade* também evoluiu positivamente. A mobilidade é um termo que tem sido usado

para explicar uma série de atividades funcionais, incluindo a transferência da cama para a cadeira e o caminhar<sup>(73)</sup>. Neste sentido, os dados indicam que esses resultados são passíveis de serem aplicados na prática clínica, pois fazem parte da rotina de enfermagem na avaliação do paciente submetido à ATQ. Sendo assim, parece ser aplicável o resultado *Mobilidade* nesse cenário clínico.

Com relação ao peso, os pacientes da amostra apresentam IMC de 23,01 ( $\pm 7,09$ ). Estudo demonstrou que os pacientes submetidos à ATQ que tiveram melhora da Mobilidade e altas precoces eram tipicamente mais magros, quando comparados ao conjunto da população de pacientes com IMC elevado (IMC de 29,5Kg/m<sup>2</sup>)<sup>(74)</sup>. No Japão, no que se refere à reabilitação funcional após ATQ, os pacientes com IMC anormal não apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparados com aqueles cujo IMC era normal. No entanto, estes pacientes tendem a apresentar altas taxas de complicações e menores resultados clínicos após esta operação<sup>(75)</sup>. Embora não tenha sido foco deste estudo avaliar o peso dos pacientes, pode-se inferir que a melhora da mobilidade tem relação com o IMC adequado da amostra aqui estudada.

Quanto ao Resultado de Enfermagem *Nível de dor* ( $p=0,265$ ), ele não demonstrou diferença estatisticamente significativa, sendo que a concordância interobservador foi excelente na primeira avaliação, e na última a variação foi de apenas 0,07 nos escores do indicador Dor relatada. No cenário do estudo, a dor é considerada o 5º Sinal Vital e existem protocolos assistenciais de avaliação de dor. Acredita-se que estes dados possam estar relacionados à maior atenção dada ao paciente com provável risco de dor aguda. Assim sendo, a implementação de cuidados de enfermagem voltados para a dor destes pacientes é de fundamental importância no pós-operatório.

A (00132) Dor Aguda é citada como um diagnóstico de enfermagem principal na literatura, com uma prevalência de 65% em pacientes ortopédicos<sup>(26)</sup>. Em estudo com 50 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica, toda a população recebeu esse diagnóstico<sup>(76)</sup>. Na instituição em estudo, a dor aparece como fator relacionado/etiologia do diagnóstico MFP. A dor é um fenômeno subjetivo e sua percepção extremamente complexa. Muitos pacientes que irão realizar ATQ aprendem a conviver com a dor como parte da sua vida diária e não solicitam auxílio até que ela se torne insuportável<sup>(25)</sup>. Neste estudo, a dor esteve presente em 20 (95,2%) pacientes antes da cirurgia, o que pode levar à diminuição da atividade física<sup>(77)</sup>.

Estudos qualitativos que descreveram as experiências de pacientes submetidos à ATQ, identificaram que antes da cirurgia a dor e a mobilidade reduzida eram os fatores mais complicadores de suas atividades de vida diária, no entanto os pacientes aprenderam a lidar

com ela<sup>(78-79)</sup>. No cenário deste estudo, parte dos pacientes que realizam ATQ recebe analgesia por cateter peridural no pós-operatório imediato, o que justificaria o escore de Nível de Dor encontrado. Em pesquisa que objetivou comparar a dor e a ansiedade em pacientes ortopédicos programados para realizar ATQ eletiva ou de ATJ entre um grupo de pacientes que recebeu um kit de estratégias não farmacológicas para a dor e ansiedade, além do tratamento habitual (grupo intervenção), e outro que recebeu somente o tratamento habitual (grupo controle), identificou que os pacientes do grupo intervenção tendem a usar menos opióides e têm menos ansiedade no 1º dia do pós-operatório. Ainda, o grupo intervenção usou muito menos opióides no 2º dia de pós-operatório em relação aos pacientes que não receberam o kit. Não houve diferenças entre os grupos na intensidade da dor. O estudo concluiu que o uso de métodos não farmacológicos podem reduzir a dor pós-operatória e a ansiedade, além de diminuir a quantidade de opióides administrados<sup>(80)</sup>. Confirmando a importância que as enfermeiras assistenciais dão à avaliação e tratamento da dor desses pacientes, foram prescritos *Registrar a dor como 5º sinal vital* para 17 (80,95%) pacientes, *Avaliar dor utilizando escala de intensidade* para 14 (66,66%) pacientes e *Avaliar eficácia da analgesia* para 12 (57,14%) pacientes. Esses cuidados foram mapeados na intervenção NIC Controle da DOR, localizada no domínio Fisiológico: Básico, valorizando a prática de enfermagem no manejo do paciente submetido à ATQ.

A maioria dos pacientes (95,2%) da nossa amostra queixou-se de dor pré-operatória. Corroborando com este dado, pesquisa que avaliou a dor perioperatória do paciente após a ATQ e a satisfação dos pacientes, propôs a utilização de um questionário que incluía dados alternativos e escala visual analógica para avaliação da dor. Os dados demonstraram que a dor tende a ser mais elevada no pré-operatório do que no pós-operatório e que os pacientes têm uma expectativa realista da dor após a ATQ, apontando que o enfermeiro é o responsável pela informação ao paciente, quanto à dor durante o período pré-operatório<sup>(81)</sup>. Atualmente, muitos hospitais já contam com a consultoria de enfermagem na clínica da dor, orientando ao paciente como lidar com ela no período pré, trans e pós-operatório, como é o caso do hospital em estudo.

Em relação ao RE *Conhecimento: atividade prescrita*, elencado com os indicadores Restrições à atividade, Estratégias para locomoção segura, à Realização correta do exercício, e aos Benefícios da atividade e do exercício, apesar de ter sido estatisticamente significativa a diferença entre as médias do primeiro e último de avaliação ( $p=0,035$ ), o seu aumento foi de apenas 16,7% nos escores do RE. Pode-se inferir que as atividades educativas realizadas no pré-operatório tenham contribuído para que os pacientes já tivessem Conhecimento moderado

em relação às atividades que podem ou não realizar no pós-operatório de ATQ, isto é, pontuação 3 na escala da NOC. Dos 21 pacientes pesquisados, cinco (23,8%) fizeram consulta de enfermagem ambulatorial pré-operatória e quatro (19%) receberam visita domiciliar de enfermagem pré-operatória. Todavia, nos dados referentes à concordância interobservadores, este resultado apresentou concordância baixa na última avaliação, como pode ser visualizado na Figura 6.

Com base nas necessidades de aprendizagem dos pacientes de ATQ, estudos mostram que os idosos têm mais problemas de saúde e mais dificuldade no aprendizado comparativamente às pessoas mais jovens. No que se refere aos anos de estudo, os pacientes da presente pesquisa em média 8,2 ( $\pm 4,1$ ) anos de estudo. Informações sobre a cirurgia necessitam de um conteúdo de educação voltado aos cuidados pré e pós-operatório de forma clara. Nesses estudos, as mulheres precisavam de mais informação, antes da cirurgia, do que os homens, e que após a cirurgia, homens e mulheres tinham igual necessidade de aprendizagem<sup>(82-83)</sup>.

Na local deste estudo, os pacientes submetidos à ATQ recebem das equipes de enfermagem um manual de orientações multidisciplinares referentes aos cuidados pós-operatórios<sup>(64)</sup>. Esse recurso auxilia na compreensão da cirurgia e nos cuidados que devem ser mantidos em casa. É importante analisar a avaliação das intervenções multidisciplinares para melhoria da qualidade de vida dos pacientes à espera de ATQ. Um estudo pesquisou dois grupos de pacientes, onde o grupo controle não recebeu qualquer tratamento adicional e o outro grupo recebeu avaliação e intervenção multidisciplinar. A visita domiciliar feita pelo enfermeiro com formação na área de ortopedia procurou avaliar e orientar quanto ao controle da dor aguda. Os dados demonstraram que os pacientes que sofreram a intervenção multidisciplinar apresentou uma melhora na qualidade de vida quando comparado ao grupo controle<sup>(84)</sup>. Em outro estudo, realizado com pacientes na fase pré-operatória de ATQ, mostrou que a redução da ansiedade e da incerteza e de fatores desencadeantes do stress, podem ter um impacto positivo na recuperação pós-operatória e na percepção do paciente quanto a sua recuperação física e mental. Os autores enfatizam a necessidade de intervenções clínicas e educacionais que ajudem o paciente no conhecimento da cirurgia<sup>(85)</sup>. Acredita-se que a presença de um grupo específico de profissionais que ofereçam suporte para as equipes nas unidades de internação sobre estes aspectos educacionais é de grande valia para o cuidado integral do paciente.

O Resultado de Enfermagem Comportamento de prevenção de quedas apresentou melhora progressiva da média ( $p < 0,001$ ) para os pacientes acompanhados. Esse RE é definido

como “ações pessoais ou de cuidador da família para minimizar fatores de risco capazes de precipitar quedas no ambiente pessoal”, e contemplava os indicadores: Usa calçado adequado para prevenir quedas, Uso correto de dispositivos auxiliares e Solicita auxílio físico para si. Em se tratando de pacientes submetidos à ATQ, com diagnóstico MFP estes indicadores também foram aplicáveis na avaliação diária, visto que permeiam a avaliação do enfermeiro para este tipo de paciente, principalmente no que se refere à segurança. Além disso, 17 (80,9%) pacientes do presente estudo tinham cuidadores durante a internação, o que pode ajudar a melhorar a prevenção de quedas.

Um estudo<sup>(62)</sup> que realizou uma revisão integrativa com o intuito de elaborar definições constitutivas para os indicadores do RE Comportamento de prevenção de quedas, comenta, que, é possível considerar que o comportamento de prevenção de quedas é inerente ao indivíduo, o qual assume uma atitude positiva em relação à sua saúde, baseada em seus conhecimentos, organizados de tal forma a detectar e minimizar fatores de risco para cair passíveis de resolução, com vistas a diminuir sua suscetibilidade, evitar surgimento de agravos sequentes, e, por consequência, manter sua integridade. No que se refere aos cuidados prescritos, destacam-se as intervenções NIC Cuidados com REPOUSO no leito, Prevenção contra QUEDAS e Terapia com EXERCÍCIO: deambulação.

Em relação às quedas, um estudo transversal buscou avaliar a incidência de quedas em pacientes com osteoartrose e seu impacto no estado de saúde. Os pesquisadores avaliaram 199 pacientes que aguardavam ATQ ou ATJ. Setenta e cinco pacientes (39%) relataram que caíram dentro de um período de quatro semanas, e 50 (25%) caíram mais de uma vez. O estudo aponta para a necessidade de incorporar um programa de gestão que requeira a avaliação e prevenção de quedas nas artroplastias<sup>(86)</sup>, visto que a limitação funcional é considerada como um fator de risco principal em si mesmo, com a diminuição da força da quadril e do joelho provando serem determinantes importantes para queda<sup>(87)</sup>. Em nossa amostra, 13 (61,9%) eram mulheres, 16 (76,2) tinham osteoartrose e 10 (47,6%) dos pacientes sofreram queda no último ano. Isto é consistente com um estudo que demonstrou que as mulheres com mais comorbidades, mais quedas tinham sofrido, e maior era o risco de cair<sup>(88)</sup>.

Quanto à concordância interobservadores para as médias dos RE, não houve diferença estatisticamente significativa nas medições dos avaliadores para nenhum dos RE. Estudo que comparou as concordâncias interobservadores daqueles pacientes que foram avaliados com o uso de definições operacionais para indicadores clínicos do DE Padrão Respiratório Ineficaz concluiu que houve inconsistências nas avaliações daqueles que não usaram definições operacionais, comparando com aqueles que as utilizaram<sup>(89)</sup>. O uso de definições conceituais e

operacionais em nossa pesquisa foi fundamental para a consistência das avaliações por parte dos examinadores. Um programa de treinamento sobre a avaliação de RE pode ser uma estratégia para a implementação dessa classificação na prática clínica.

Os RE *Conhecimento: atividade prescrita* e o *Comportamento de prevenção de quedas* tiveram menores índices de concordância obtidos no último dia de avaliação. Esta diferença pode ser atribuída às diferentes maneiras do paciente expressar seu conhecimento, uma vez que as perguntas elaboradas para as definições operacionais dos indicadores eram abertas e dependiam da apreensão das informações fornecidas durante o cuidado. Muitos deles respondiam às questões, porém de uma forma desordenada, o que pode ter influenciado no entendimento dos coletadores. Em pesquisa espanhola<sup>(90)</sup> em que um dos objetivos foi avaliar a concordância interobservadores (12 enfermeiras) na avaliação do RE (1806) *Conhecimento: recursos de saúde* em usuários de Atenção Primária e Hospitalar, identificou que a concordância foi moderada em comparação com a identificada em estudo<sup>(91)</sup> norte-americano. Os autores relatam que isso pode ter acontecido devido ao conhecimento insuficiente sobre a classificação, além da pouca experiência com seu uso, mesmo diante de um treinamento prévio. Em Israel<sup>(92)</sup>, os enfermeiros de diversas áreas da enfermagem, apontaram que muitos RE possuem escalas e indicadores subjetivos, além da difícil inserção delas na diretrizes da prática clínica, o que pode ser um complicador para o entendimento e adoção dos indicadores de cada resultado de enfermagem.

No Brasil, um estudo que avaliou a aplicabilidade da NOC em pacientes com Insuficiência Cardíaca, apresentou achados significativos em relação à evolução clínica dos pacientes com DE Volume de Líquidos Excessivo, e estimou uma média de  $16,47 \pm 0,5$  minutos na avaliação dos RE<sup>(93)</sup>, bem como apresentou boas correlações nas avaliações interobservadores. De modo semelhante, o presente estudo demonstrou que a NOC pode ser aplicável a pacientes com MFP submetidos à ATQ, além de estarem relacionados aos cuidados prescritos e mapeados com a NIC, bem como nas maneiras de avaliação por observadores independentes. Assim, a utilização de sistemas de classificação reconhecidos, como de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, colaboram para a adoção de linguagens uniformizadas que podem ajudar a conferir visibilidade ao trabalho dos enfermeiros<sup>(94)</sup>. Neste sentido, é cada vez mais necessário realizar estudos que mostrem a contribuição da enfermagem no cuidado do paciente. Estudos clínicos que testem as intervenções de enfermagem e que verifiquem os efeitos dessas sobre os resultados dos pacientes podem confirmar esses achados.



## 6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pode-se apontar como limitação do estudo a dificuldade em elaborar o instrumento de coleta de dados, tendo em vista o consenso realizado para a seleção dos indicadores dos RE, devido à semelhança entre muitos deles, e suas repetições em diferentes resultados. Além disso, esses indicadores podem responder a outros diagnósticos de enfermagem, não tão específicos como MFP, o que tornou o consenso mais trabalhoso. Outra limitação do consenso também foi a dificuldade de estratificação de alguns indicadores, pois muitos deles exigiram atividades que não poderiam ser feitas pelos pacientes submetidos a ATQ, o que reduziu a lista de indicadores por RE.

A pouca produção científica encontrada sobre a avaliação clínica de Resultados de enfermagem no cenário estudado limitou a discussão dos achados. Os estudos de revisão da literatura que investigaram a produção de conhecimento sobre RE confirmam esta limitação.

## 7 CONCLUSÕES

Os resultados de enfermagem utilizados neste estudo, assim como os indicadores neles elencados e selecionados por meio de consenso, foram considerados aplicáveis em pacientes com Mobilidade Física Prejudicada submetidos à ATQ.

Dos cinco resultados de enfermagem avaliados, quatro tiveram mudanças estatisticamente significativas, comparando-se a primeira com a última avaliação, são eles: *Posicionamento do Corpo: autoiniciado, Mobilidade, Conhecimento: atividade prescrita e Comportamento de prevenção de quedas*. Apenas o RE *Nível de Dor* não apresentou mudanças estatisticamente significativas, no entanto os pacientes apresentaram escores moderados de dor. Com base nas definições operacionais utilizadas para estes resultados, e a partir da logística implementada, demonstrou-se a evolução do paciente com o diagnóstico de enfermagem MFP submetido à ATQ.

Dos cuidados prescritos e mapeados com a NIC, destacou-se as intervenções Cuidados com o REPOUSO no leito, Controle da DOR, POSICIONAMENTO, Terapia com EXERCÍCIO: deambulação, Prevenção de QUEDAS, como as mais evidências no cuidado de pacientes submetidos a ATQ.

Por meio dos escores da concordância interobservador com dois avaliadores independentes, foi possível demonstrar a aplicabilidade da NOC, utilizando um instrumento padronizado para este fim. A construção de definições conceituais e operacionais, bem como treinamentos para as equipes de enfermagem previamente à aplicação clínica da NOC são fundamentais para facilitar seu uso na prática.

Os achados do presente estudo possibilitaram a avaliação da aplicabilidade dos RE em cenário clínico real, bem como fazer conexões com a linguagem padronizada da NANDA-I, NIC e da NOC. Além disso, esses RE permitem a perspectiva da implementação da NOC nas etapas do PE de planejamento e evolução, já utilizadas na instituição em estudo. Sugere-se mais estudos nessa temática, com amostras maiores, para o estabelecimento de comparações com outras populações e cenários da prática, além de pesquisas que avaliem a efetividade dos cuidados de enfermagem nos resultados alcançados pelos pacientes.

### 7.1 IMPLICAÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

Para o ensino, estudos deste tipo demonstram uma maneira de relacionar a teoria com a prática, dando suporte aos alunos para conhecerem as contribuições da enfermagem sobre os

resultados do paciente. Além disso, permitem qualificar o seu aprendizado no que diz respeito ao raciocínio clínico e ao pensamento crítico para a escolha dos RE mais sensíveis às intervenções de enfermagem dos pacientes por eles cuidados.

Para a pesquisa, vem agregar conhecimento quanto ao tipo de estudo, que pode ser replicado com pacientes em diferentes situações clínicas, ou mesmo com DE distintos. Além disso, pode motivar pesquisadores da área a implementar metodologias que possibilitem a avaliação da efetividade e dos custos dos cuidados prescritos para os pacientes, por meio dos RE da NOC e melhorar o nível de evidência da produção científica de enfermagem.

Para a assistência, demonstra a evolução dos pacientes por meio de uma classificação padronizada, ligada aos diagnósticos da NANDA-I e às intervenções da NIC. Mesmo diante de algumas limitações, a avaliação da evolução do pacientes com o uso dessa taxonomia se faz importante, pois demonstrou ser uma ferramenta útil para o aprimoramento da assistência de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- 1 Alfonso MAR, Franco JS, Cabral FJP, D'Angelo MD, Alves FRV. Artroplastia total de quadril pelos acessos lateral e pósterio-lateral: comparação da função da marcha pós-operatória. *Acta Ortop Bras.* 2008;16(2):74-80.
- 2 Fellet AJ, Scotton AS. Osteoartrite: como diagnosticar e tratar. *Rev Bras Med.* 2006;63:135-42.
- 3 Coimbra IB; Pastor EH; Greve JMD; Puccinelli MLC; Fuller R; Cavalcanti FS; Maciel FMB; Honda E. Osteoartrite (artrose): tratamento. *Rev Bras Reumatol.* 2005;44(6):450-3.
- 4 Gossec L, Tubach F, Baron G, Ravaud P, Logeart I, Dougados M. Predictive factors of total hip replacement due to primary osteoarthritis: a prospective 2 year study of 505 patients. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(7):1028-32.
- 5 Lievens AM, Bierma-Zeinstra SMA, Verhagen AP, Verhaar JAN, Koes BW. Influence of hip dysplasia on the development of osteoarthritis of the hip. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(6):621-6.
- 6 Najarian BC, Kilgore JE, Markel DC. Evaluation of component positioning in primary total hip arthroplasty using an imageless navigation device compared with traditional methods. *J Arthroplasty.* 2009; 24(1):15-21.
- 7 Piano LPA, Golmia RP, Scheinberg M. Artroplastia total de quadril e joelho: aspectos clínicos na fase perioperatória. *Einstein.* 2010;8(3 Pt 1):350-3.
- 8 Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, et al. Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009;7:32.
- 9 Gandhi R, Davey JR, Mahomed NN. Predicting patient dissatisfaction following joint replacement surgery. *J Rheumatol.* 2008;35(12):2415-8.
- 10 Kneale J, Davis P. *Orthopaedic and trauma nursing.* 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2005.
- 11 Macedo CAS, Galia CR, Rosito R, Perea CEF, Müller LM, Verzoni GG, et al. Abordagem cirúrgica na artroplastia total primária de quadril: ântero-lateral ou posterior? *Rev Bras Ortop.* 2002;37(9):387-91.
- 12 Rabello BT, Cabral FP, Freitas E, Penedo J, Cury MB, Rinaldi ER, et al. Artroplastia total do quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatóide. *Rev Bras Ortop.* 2008;43(8):336-42.
- 13 Faro ACM, Monteiro CR, Leite CS, Itami LT. *Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia.* Difusão editora; 2009.
- 14 Widmer KH. Containment versus impingement: finding a compromise for cup replacement in total hip arthroplasty. *Int Orthop.* 2007;31(Suppl 1):S29-33.

- 15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população brasileira por sexo e por idade. [Internet]. 2011 [acesso em 2012 junho 07] Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- 16 Gomes BP, Ferreira MRS. Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia. *Enferm Glob.* 2010;20.
- 17 Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):188-93.
- 18 Yura H, Walsh MB. *The Nursing Process: assessing, planning, implementing, and evaluation.* 2nd ed. New York: Appleton- Century-Crofts; 1973.
- 19 NANDA International. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2012-2014.* Porto Alegre: Artmed; 2012.
- 20 Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 21 Bulechek GM, Dochterman J, Butcher H. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).* 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 22 Dochterman C, Jones DA, editors. *Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC and NOC.* Washington (DC): American Nurses Association; 2003.
- 23 Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Especial - 70 Anos):864-7.
- 24 Paula GR, Reis VS, Ribeiro FA, Gagliazzi MT. Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil. *Rev Dor.* 2011;12(3):265-69.
- 25 Almeida MA, Longaray VK, De Cezaro P. Diagnoses of prevalent nursing and cautions prescribed to orthopedical patients: a descriptive study. *Online Braz J Nurs [Internet]* 2006 [acesso em 2010 jun 12]; 5(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/502/115>
- 26 Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(4): 565-72.
- 27 Almeida MA, Longaray VK, De Cezaro P, Barilli SLS. Correspondência entre cuidados para pacientes com problemas ortopédicos e a classificação das intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007; 28(4):480-8.
- 28 Almeida MA, Pergher AK, Canto DF. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(1):116-23.

- 29 Almeida MA, Seganfredo DH, Unicovsky MR. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):1059-64.
- 30 Almeida MA, Seganfredo DH, Canto DF, Menna Barreto LN. Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem em pacientes com déficit no autocuidado: banho/higiene. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):33-40.
- 31 Garbin LM, Rodrigues CC, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):508-15.
- 32 Seganfredo DH, Almeida MA. Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):122-6.
- 33 Schwartzmann CR, et al. Novas superfícies em artroplastia total do quadril. Rev Bras Ortop. 2012;47(2):154-9.
- 34 Meldrum RD, Maiers P, Feinberg JR, Parr JA, Capello WN, Park JJ. Long-term outcome of surface replacement with comparison to an age- and time-matched primary total hip arthroplasty cohort. J Arthroplasty. 2008;23(1):1-9.
- 35 Branson JJ, Goldstein WM. Home study program primary total hip arthroplasty. AORN J. 2003;78(6):946-74.
- 36 Pratt E, Gray PA. Artroplastia total de quadril. In: Maxey K, Magnusson J. Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- 37 Wickland I, Romanus B. A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of the hip joint. J Bone Joint Surg. 1991;73:765-70.
- 38 Kwon MS, Kuskowski M, Mulhall KJ, Macaulay W, Brown TE, Saleh KJ. Does surgical approach affect total hip arthroplasty dislocation rates? Clin Orthop Relat Res. 2006;(447):34-8.
- 39 Berry DJ, von Knoch M, Schleck CD, Harmsen WS. Effect of femoral head diameter and operative approach on risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2005;87(11):2456-63.
- 40 Sanchez-Sotelo J, Haidukewych GJ, Boberg CJ. Hospital cost of dislocation after primary total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2006;88(2):290-4.
- 41 Lacerda MR, Giacomozzi CM, Olinski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde Soc. 2006;15(2):88-95.
- 42 Vital IC, Cameron LE. Patient care submitted to total hip arthroplasty: the knowledge of orthopaedic nursing. Rev Enferm UFPE on line. 2009;3(4):1134-41.
- 43 Silva MB da, Fontana RT. Brazilian scientific production on nursing care in hip arthroplasty: a sistematic review. Rev Enferm UFPE on line. 2011;5(2):273-80.

- 44 Oliveira MLP, Jansen MM, Almeida MA. Visita domiciliar pré-operatória no programa de cuidado de enfermagem em artroplastia total de quadril. *Rev HCPA*. 2007;(27)2:74-6.
- 45 Ajemian S, Thon D, Clare P, Kaul L, Zernicke F, Loitz-Ramage B. Cane-assisted gait biomechanis and electromyograply after total hip arthroplasty. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85:1966-71.
- 46 Lavernia C, D'Apuzzo M, Hernandez VH, Lee DJ. Patient-perceived outcomes in thigh pain after primary arthroplasty of the hip. *Clin Orthop Relat Res*. 2005;441:268-73.
- 47 Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Processo de enfermagem: da literatura à prática. o quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(3):302-7.
- 48 Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (Brasil). Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2009 Out 15 [acesso em 2012 Dez 24] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
- 49 Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(1):96-8.
- 50 Santos MGPS, Medeiros MMR, Gomes FQC, Enders BC. Percepção de enfermeiros sobre o processo de enfermagem: uma integração de estudos qualitativos. *Rev Rene*. 2012; 13(3):712-23.
- 51 Rutherford MA. Standartized Nursing Language: What does it mean for nursing practice? *Online J Issue Nurs*. 2008;13(1):1-10.
- 52 Araújo LAO, et al. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(1):19-25.
- 53 Creason NS. A second look. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005;15(4):123-32.
- 54 Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP, Araujo TL. Diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):753-8.
- 55 Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(1):95-102.
- 56 López RB, Martínez AJP, Molina MP, Laserna AB, Fernández MPV, Pérez ADG. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. *Enferm Global*.2012;11(2):324-43.
- 57 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

- 60 Melo ACR. Atividade física e esportiva após artroplastia de quadril. *Rev Bras Med Esporte*. 2009;15(5):389-91.
- 61 Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- 62 Vitor AF, Araújo TL. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enf [Internet]* 2011 [acesso em 2010 jun 12]; 13(2):313-22. Disponível em:  
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14052/9638>
- 63 Moreira RP. Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem mobilidade. [Tese]. Fortaleza, CE. Universidade Federal do Ceará; 2011.
- 64 Juchem BC, Morais JP, Oliveira MLP, Jansen MM. Convivendo bem com prótese de quadril: orientações para pacientes, familiares: manual de orientações. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2004.
- 65 Silva ERR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Rio Grande do Sul: Artmed; 2011.
- 66 Constanzi AP. Validação clínica dos diagnósticos de enfermagem mobilidade física prejudicada, integridade tissular prejudicada e integridade da pele prejudicada em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco. [Dissertação]. Porto Alegre, RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 67 Coenen A, Ryan P, Sutton J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Intervention Classification (NIC). *Nursing Diagnosis*. 1997;8(4):145-51.
- 68 Nonino FOL, Napoleão AA, Carvalho EC, Petrilli JF Filho. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(6):872-7.
- 69 Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):82-8.
- 70 Ministério da Saúde. Cinco estados recebem mutirão de cirurgia ortopédica. [Internet]. 2012 [acesso em 2013 março 07] Disponível em:  
<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/09/21/cinco-estados-recebem-mutirao-de-cirurgia-ortopedica>
- 71 Gonzalez CM, Howe CM, Waters TR, Nelson A, Hughes, N. recommendations for vertical transfer of a postoperative total hip replacement patient (bed to chair, chair to toilet, chair to chair, or car to chair). *J Orthop Nurs*. 2009;28(2S):S13-S17.
- 72 DeSouza MS. Effectiveness of nursing interventions in alleviating perceived problems among orthopaedic patients. *J Orthop Nurs*. 2002;6, 211-9.



- 73 Khokhar S, Stern Y, Bell K, Anderson D, Noe E, Mayeux R, Albert S. Persistent mobility deficit in the absence of deficits in activities of daily living: a risk factor for mortality. *J Am Geriatr Soc.* 2011;49(11):1539-44.
- 74 OBrien S, Ogonda L, Dennison J, Doran E, Lawlor M, Humphreys P, et al. Day to post operative "fast-track" discharge following primary total hip replacement. *Journal of Orthop Nurs.* 2005;9:140-5.
- 75 Z. Zhang et AL. The influence of body mass index on life quality and clinical improvement after total hip arthroplasty. *J Orthop Sci.* 2012;17:219-25.
- 76 Freitas MC, Guedes MVC, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatórios de cirurgias traumato-ortopédicas. *Rev Enferm UERJ.* 1997;5(2):439-48.
- 77 Tse M, Pun S, Benzie S. Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient-centred intervention. *J Clin Nurs.* 2005;14(3):311-5.
- 78 Montin L, Suominen T, Leino-Kilpi H, 2002. The experiences of patients undergoing total hip replacement. *J Orthop Nurs,* 2002;6(1),23-9.
- 79 Morgan R. Pain and reduced mobility affecting patients awaiting primary total hip replacement. *J Orthop Nurs.* 2006;10:80-5.
- 80 Pellino TA, Gordon DB, Engelke ZK, Busse KL, Collins MA, Silver CE, Norcross NJ. Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *J Orthop Nurs.* 2005;24(3):182-90.
- 81 Stomberg MW, Oman UB. Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience. *J Clin Nurs.* 2008;15:451-8.
- 82 Gustafsson BA, Ponzer S, Heikkila K, Ekman SL. The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people's experiences. *J Adv Nurs.* 2007;60(1):20-8.
- 83 Johansson K, Hupli M, Salanterä S. Patients learning needs after hip arthroplasty. *J Clin Nurs.* 2002;11:634-9.
- 84 Sandell CL. A multidisciplinary assessment and intervention for patients awaiting total hip emplacement to improve their quality of life. *J Orthop Nurs.* 2008;12:26-34.
- 85 Kagan I, Bar-Tal Y. The effect of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *J Clin Nurs.* 2008;17:576-83.
- 86 Mitchell S, McCaskie A, Francis R, Peaston R, Birrell F, Lingard E. The need for a falls prevention programmed for patients undergoing hip and knee replacement Surgery. *J Orthop Nurs.* 2007;11:98-103.
- 87 Jadelis K, Miller ME, Ettinger WH, Messier SP. Strength, balance, and the modifying effects of obesity and knee pain: results from the observational arthritis study in seniors (OASIS). *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(7),884-91.

- 88 Lawlor DA, Patel P, Ebrahim S. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross-sectional study. *BMJ*. 2003;327: 712–7.
- 89 Silva VM, Lopes MV, de Araujo TL, Beltrão BA, Monteiro FP, Cavalcante TF, Moreira RP, Santos FA. Operational definitions of outcome indicators related to ineffective breathing patterns in children with congenital heart disease. *Heart Lung*. 2011;40(3):e70-7.
- 90 Salazara SF, Hidalgo PLP, Morcillo AJR. Evaluación de la fiabilidad del resultado de enfermería «Conocimiento: recursos sanitarios» en atención primaria y hospitalaria. *Enferm Clin*. 2011;21(6):349-53.
- 91 Keenan G, Barkauskas V, Stocker J, Johnson M, Maas M, Moorhead S, et al. Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Manag*. 2003;7:74-83.
- 92 Kol Y, Jacobson O, Wieler S, Weiss D, Sadeh Z. Evaluation of the nursing outcomes classification (NOC)-from theory to practice in Israel. *Outcomes Manag*. 2003;7(3):121-8.
- 93 Linhares JCC. aplicabilidade da classificação de resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada com diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo. [Dissertação]. Porto Alegre, RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012, no prelo.
- 94 Chianca TCM, Salgado PO, Albuquerque JP, Campos CC, Tannure MC, Ercole FF. Mapeamento de metas de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva por meio da classificação de resultados de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(5):854-62.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CONSENSO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM – NOC EM PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL**

Prezado (a) colega,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como juiz(a) na primeira etapa da minha pesquisa de Dissertação de Mestrado intitulada "RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL".

Esta etapa consiste na seleção dos Resultados de Enfermagem NOC mais apropriados para avaliar a evolução de pacientes em pós-operatório de Artroplastia Total de Quadril (ATQ) com o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Mobilidade Física Prejudicada (MFP) (00085) segundo a NANDA Internacional – 2009-2011.

Caso aceite, você receberá um instrumento contendo os Resultados de Enfermagem (RE) sugeridos e adicionais associados para o DE Mobilidade Física Prejudicada, de acordo com a 4ª Edição da NOC.

A logística desta etapa será a seguinte:

Você preencherá um instrumento (por e-mail) contendo os RE e sua definição, um espaço para que registre com um X se você RECOMENDA ou NÃO RECOMENDA aquele RE para MFP em pacientes submetidos a ATQ; além de um espaço para o registro de considerações que julgar pertinente.

Para cada RE constará o número da página referente a 4ª Edição da NOC visando facilitar a consulta aos respectivos indicadores a fim de auxiliá-lo(a) na avaliação solicitada.

Você terá um prazo de 15 dias para retornar o instrumento preenchido.

Suas contribuições na 1ª etapa da pesquisa auxiliarão no direcionamento das etapas subsequentes.

Caso aceite, solicitamos o preenchimento de alguns dados de identificação:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

- Ano de Formatura: \_\_\_\_\_

- Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

- Você trabalha ou trabalhou com pacientes que se submeteram a ATQ? Sim ( ) Não ( )  
Quando? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Titulações obtidas:

Especialização Qual? \_\_\_\_\_

Ano da titulação: \_\_\_\_\_ Em andamento ( )

Mestrado Ano da titulação: \_\_\_\_\_ Em andamento ( )

Doutorado Ano da titulação: \_\_\_\_\_ Em andamento ( )

- Já exerceu ou exerce Ação Diferenciada na Comissão do Processo de Enfermagem (COPE)?

SIM  NÃO

Quando? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Pertence ou já pertenceu a algum Petit Comitê para aperfeiçoamento dos Diagnósticos de Enfermagem?

SIM  NÃO

Quando? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

- Possui produção acadêmico-científica acerca do Processo de Enfermagem e/ou Classificações de Enfermagem e/ou cuidados de enfermagem em pacientes submetidos a ATQ?

SIM  NÃO

Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cordialmente,

Marcos Barragan da Silva – Mestrando PPGENF

Miriam de Abreu Almeida – Orientadora da Pesquisa

Resultado / Definição	Página na 4ª edição da NOC	Você recomenda este resultado para o DE Mobilidade Física Prejudicada em pacientes submetidos à ATQ?		Observações / Sugestões
		Recomendo	Não Recomendo	
<b>Desempenho da Mecânica Corporal (1616)</b> Definição: Ações pessoais para manter o alinhamento do corpo correto e prevenir tensão musculoesquelética.	p. 402	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<b>Desempenho na Transferência (0210)</b> Definição: Capacidade de trocar o corpo de lugar de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	p. 409	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Equilíbrio (0202)</b> Definição: Capacidade para manter o equilíbrio do corpo.	p. 449	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Locomoção: Caminhar (0200)</b> Definição: Capacidade de caminhar de um lugar a outro, de modo independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	p. 559	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Locomoção: Cadeira de Rodas (0201)</b> Definição: Capacidade de ir de um lugar a outro em cadeira de rodas.	p. 558	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Mobilidade (0208)</b> Definição: Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente com ou sem dispositivo auxiliar.	p. 565	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Coordenado (0212)</b> Definição: Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido.	p. 580	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Posicionamento do Corpo: autoiniciado (0203)</b> Definição: Capacidade de mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem acessório auxiliar.	p. 626	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Autocuidado: Atividades da Vida Diária (0300)</b> Definição: Capacidade de desempenhar as tarefas físicas e as atividades de cuidado pessoal, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliares.	p. 194	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Cognição (0900)</b> Definição: Capacidade de executar processos mentais complexos.	p. 221	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Comportamento de Prevenção de Quedas (1909)</b> Definição: Ações pessoais ou de cuidador da família para minimizar fatores de risco capazes de precipitar quedas no ambiente pessoal.	p. 247	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Conhecimento: Atividade prescrita (1811)</b> Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre	p. 271	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

atividade e exercício prescritos.				
<b>Consequências da Imobilidade: Fisiológicas (0204)</b> Definição: Gravidade do comprometimento na função fisiológica em decorrência de mobilidade física prejudicada.	p. 341	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Consequências da Imobilidade: Psico-cognitivas (0205)</b> Definição: Gravidade do comprometimento no funcionamento psicocognitivo decorrente de mobilidade física prejudicada.	p. 342	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Conservação de Energia (0002)</b> Definição: Ações pessoais para o manejo da energia para começar a manter as atividades.	p. 343	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Controle de Riscos: Saúde Cardiovascular (1914)</b> Definição: Ações pessoais para eliminar ou reduzir ameaças à saúde cardiovascular.	p. 377	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Crenças em Saúde: Percepção da Capacidade de Desempenho (1701)</b> Definição: Convicções pessoais de que um indivíduo é capaz de realizar determinado comportamento de saúde	p. 386	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Energia Psicomotora (0006)</b> Definição: Impulso e energia pessoais para manter as atividades da vida diária, a nutrição e a segurança pessoal.	p. 442	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Estado Cardiopulmonar (1414)</b> Definição: Adequação do volume de sangue ejetado dos ventrículos e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível alveolar.	p. 460	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Estado Neurológico: Função Sensório-motora/ Craniana (0909)</b> Definição: Capacidade do sistema nervoso periférico e do central de receber, processar e reagir a estímulos internos e externos.	p. 494	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Estado Nutricional (1004)</b> Definição: Alcance da disponibilidade de nutrientes para atendimento das necessidades metabólicas	p. 503	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Estado Respiratório (0415)</b> Definição: Movimento de ar	p. 508	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

que entra nos pulmões e sai deles e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos				
<b>Função Esquelética (0211)</b> Definição: Capacidade dos ossos de oferecer ao corpo e facilitar os movimentos	p. 516	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Função Sensorial (2405)</b> Definição: O quanto um indivíduo, de forma correta, sente estímulos na pele, sons, propriocepção, paladar, cheiro e imagens visuais.	p. 521	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Função Sensorial: Cutânea (2400)</b> Definição: O quanto a estimulação da pele é sentida de forma correta.	p. 524	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Função Sensorial: Propriocepção (2402)</b> Definição: O quanto a posição e os movimentos da cabeça e do corpo são sentidos de forma correta.	p. 526	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Função Sensorial: Visão (2404)</b> Definição: O quanto as imagens visuais são sentidos de forma correta	p. 527	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Motivação (1209)</b> Definição: Urgência interna que leva ou incita o indivíduo a ação(ões) positiva(s)	p. 568	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Articular (0206)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos de todas as articulações, com movimentos autoiniciados.	p. 569	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Articular: Coluna Vertebral (0220)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos da coluna vertebral, com movimentos autoiniciado.	p. 570	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Articular: Cotovelos (0214)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos cotovelos, com movimentos autoiniciados.	p.571	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Articular: Joelhos (0217)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos joelhos, com movimentos autoiniciados.	p.573	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Articular: Ombros (0219)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos ombros, com movimentos autoiniciados.	p.574	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<b>Movimento Articular: Quadril (0216)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos do quadril, com movimentos autoiniciados.	p.578	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Movimento Articular: Tornozelos (0213)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos tornozelos, com movimentos autoiniciados.	p.579	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nível de Ansiedade (1211)</b> Definição: Gravidade de apreensão, tensão ou desassossego manifestado decorrente de uma fonte não identificada.	p.585	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nível de Depressão (1208)</b> Definição: Gravidade do humor melancólico e perda de interesse pelos eventos da vida.	p. 588	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nível de Desconforto (2109)</b> Definição: Gravidade do desconforto mental ou físico observado ou relatado.	p. 590	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nível de Dor (2102)</b> Definição: Gravidade de dor observada ou relatada.	p. 592	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nível de Fadiga (0007)</b> Definição: Gravidade da fadiga generalizada prolongada que foi observada ou relatada.	p. 596	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Orientação para a Saúde (1705)</b> Definição: Compromisso pessoal com comportamento de saúde como prioridades no estilo de vida.	p. 612	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Peso: Massa Corpórea (1006)</b> Definição: O quanto o peso do corpo e a gordura são coerentes com a altura, a estrutura, o gênero e a idade.	p. 625	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Resistência (0001)</b> Definição: Capacidade de sustentar a atividade.	p. 658	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Tolerância a Atividade (0005)</b> Definição: Respostas biológicas que consomem energia nas atividades da vida diária	p.719	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM

(0203) Posicionamento do Corpo: autoiniciado: Capacidade de mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem acessório auxiliar.									
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional	DIA	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	MUITO COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NÃO COMPROMETIDO	OBS
				1	2	3	4	5	
<b>(020302) Movimento de deitado a sentado.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de deitado para sentado de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.	Observar se o paciente realiza o movimento de mudança de posição de deitado para sentado. Questão norteadora: Como você faz para sentar na cama? - A cabeceira da cama é elevada em 45° a 60°; - Movimenta-se usando o trapézio do quadro balcânico; - Desloca-se pelo lado do membro inferior não operado - Mantém os joelhos afastados com o mesmo ângulo da almofada abdutora.	1-Incapaz de realizar algum dos movimentos. 2-Capaz de realizar 1 dos movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 3-Capaz de realizar 2 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 4-Capaz de realizar 3 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 5-Capaz de realizar todos os movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.	POI						
			1PO						
			2PO						
			3PO						
<b>(020304) Movimento de sentado para em pé.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de sentado para em pé de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.	Observar se o paciente realiza os seguintes movimentos de mudança de posição de sentado para em pé. Questão norteadora: Como você faz para ficar em pé? - Permanece	1-Incapaz de realizar qualquer um dos movimentos. 2-Capaz de realizar 1 dos movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 3-Capaz de	POI						
			1PO						
			2PO						
			3PO						

	<p>alguns minutos na cama devido ao risco de tontura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apóia os braços na cama/cadeira/cuidador;</li> <li>- Estende a perna operada em frente;</li> <li>- Mantém as pernas afastadas;</li> <li>- Mantém o pé em rotação neutra.</li> <li>- Desliza em frente para assim flexionar o quadril a partir da aplicação da força com os braços no andador/muleta ou na cama ou cadeira.</li> <li>- Levanta-se sem inclinar corpo para frente, descarregando o peso na perna não operada e nas mãos que seguram o braço na cadeira/andador/muleta/cuidador.</li> </ul>	<p>realizar de 2 a 4 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>4-Capaz de realizar 5 a 7 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>5-Capaz de realizar todos os movimentos com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p>							
<p><b>(020305) Movimento de em pé para sentado.</b>  <b>Definição conceitual:</b>                  O paciente tem a capacidade de mudar da posição do corpo de em pé para sentado de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.</p>	<p>Observar se o paciente realiza os seguintes movimentos de mudança de posição de em pé para sentado.</p> <p>Questão norteadora: Como você faz para sentar na cama ou na cadeira?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica de costas para a cadeira ou cama;</li> <li>- Solta a muleta/andador e segura firmemente o apoio de braço da cadeira/ colchão /pessoa com a mão do lado não operado;</li> <li>- Mantém a perna operada estendida e para frente.</li> <li>- Se abaixa sem inclinar o tronco para frente até encostar-se no assento ou cama e</li> </ul>	<p>1-Incapaz de realizar qualquer um dos movimentos.</p> <p>2-Capaz de realizar 1 dos movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>3-Capaz de realizar 2 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>4-Capaz de realizar 3 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.</p> <p>5-Capaz de realizar todos os movimentos com ou sem</p>	<p><b>POI</b></p> <p><b>1PO</b></p> <p><b>2PO</b></p> <p><b>3PO</b></p>						

	escorrega os quadris para trás.	ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares.							
<b>(020303) Movimento de sentado para deitado.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente tem a capacidade de mudar a posição do corpo de sentado para deitado de forma independente e correta, com ou sem auxílio de dispositivo auxiliar.	Observar se o paciente realiza os seguintes movimentos de mudança de posição de sentado para deitado. Questão norteadora: Como o você faz para deitar? 1- A cabeceira da cama é elevada em 60° a 45°; 2- Movimenta-se usando o trapézio do quadro balcânico; 3- Mantém a perna operada estendida e para frente. 4- Mantém as pernas abertas separadas pelo travesseiro abdutor.	1-Incapaz de realizar qualquer um dos movimentos. 2-Capaz de realizar 1 dos movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 3-Capaz de realizar 2 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 4-Capaz de realizar 3 movimentos, com ou sem ajuda de pessoas ou de dispositivos auxiliares. 5-Capaz de realizar todos os movimentos sem ajuda de mecanismos auxiliares.	<b>POI</b>						
			<b>1PO</b>						
			<b>2PO</b>						
			<b>3PO</b>						
<b>(0208) MOBILIDADE:</b> Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente com ou sem dispositivo auxiliar.									
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional	DIA	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	MUITO COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NÃO COMPROMETIDO	OBS
				1	2	3	4	5	
<b>(020806) Andar.</b> <b>Definição conceitual:</b> Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Envolve regiões corticais, subcorticais e espinhais. É a capacidade de executar as atividades que envolvem a mobilidade, tais	Observar /perguntar se o paciente: Questões norteadoras: Como você anda? Com que perna da o primeiro passo? Como você posiciona a perna? Até aonde caminhou? - Dá o primeiro	1- Incapaz de executar qualquer uma das atividades. 2-Capaz de executar 1 das atividades com ou sem ajuda de pessoas ou dispositivos auxiliares. 3-Capaz de executar de 2 a 4 destas atividades com ou sem ajuda	<b>POI</b>						
			<b>1PO</b>						
			<b>2PO</b>						
			<b>3PO</b>						

<p>como subir e descer degraus, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e lenta a distancia especificada.</p>	<p>passo com o membro operado;                  - Mantém a perna operada reta;                  - Divide o peso de seu membro operado com as muletas ou andador.                  - Flexiona o joelho do lado operado quando andar, se achar necessário.                  - Caminha com passadas curtas, porém eficazes;                  - Ajusta a altura das bengalas ou andador para manter tronco ereto e cotovelos levemente fletidos;                  - Anda pelo quarto;                  - Anda no corredor; - Anda até o banheiro.</p>	<p>de pessoas ou dispositivos auxiliares.                  4-Capaz de executar de 5 a 8 destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou dispositivos auxiliares.                  5-Capaz de executar de forma independente todas estas atividades.</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>(2102) NÍVEL DE DOR:</b> Gravidade de dor observada ou relatada.										
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional	DIA	GRAVE	SUBSTANCIAL	MODERADA	LEVE	NENHUMA	Observações	
				1	2	3	4	5		
<p><b>(210201) Dor relatada.</b>  <b>Definição conceitual:</b>                      Caracteriza-se pelo auto-relato da experiência dolorosa. A resposta pode ser espontânea ou solicitada.</p>	<p>Aplicar a Escala numérica verbal (ENV), perguntando quanto ele classifica sua dor de 0 a 10.</p> <p>Aplicar a Escala Visual Analógica (EVA) pedindo ao paciente apontar o nível de sua dor.</p> <p><i>Questões norteadoras: Você tem dor? Como você classifica sua dor?</i></p> <p>Se não tiver dor, a classificação é zero.                      Se a dor for</p>	<p>1- Dez (10) = Dor de intensidade insuportável.                      2- Sete a Nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade.                      3- Quatro a Seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada.                      4- Um a Três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade.                      5- Zero (0) = Ausência de Dor.</p>	<p><b>POI</b></p> <p><b>IPO</b></p> <p><b>2PO</b></p> <p><b>3PO</b></p>							

	moderada, seu nível de referência é cinco. Se for intensa, seu nível de referência é dez.								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>(1811) CONHECIMENTO: ATIVIDADE PRESCRITA:</b> Alcance da compreensão transmitida sobre atividade e exercício prescritos.									
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional	DIA	NINGUM CONHECIMENTO	CONHECIMENTO LIMITADO	CONHECIMENTO MODERADO	CONHECIMENTO SUBSTANCIAL	CONHECIMENTO AMPLO	OBS
				1	2	3	4	5	
<b>(181104)</b> <b>Restrições à atividade.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve seus conhecimentos sobre as atividades restritas.	Perguntar se o paciente conhece as restrições de atividades. Questão norteadora: Quais as atividades que você não pode fazer? - Cruzar as pernas; - Deixar o pé virado para dentro - Sentar em locais baixos (a altura do piso ao assento inferior à altura do pé ao joelho do paciente) - Projetar o tronco sobre os membros inferiores; - Rotar o corpo na cama para pegar algum objeto ao lado. - Tentar pegar o cobertor no pé da cama sozinho. - Se deitar sobre o lado operado nos primeiros dias após a cirurgia. - Girar o tronco de forma a rodar o quadril operado; - Abaixar-se ou pegar objetos do chão; - Calçar-se, banhar-se ou vestir-se sozinho; - Impulsionar a perna operada para levantar da cadeira ou da cama. - Andar depressa; - Realizar	1- NÃO conhece as restrições a atividade. 2- Conhece 1 a 2 restrições de atividades. 3- Conhece 3 a 7 restrições de atividades. 4- Conhece de 8 a 12 restrições de atividades. 5- Conhece todas as atividades restritas.	POI						
			1PO						
			2PO						
			3PO						

	atividades de alto impacto.								
<b>(181116)</b> <b>Estratégias para locomoção segura.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve o seu conhecimento sobre estratégias de locomoção segura para andar.	Questão norteadora: Quando você vai deambular, o que você faz para se sentir seguro? - Utilizar o auxílio de muletas ou andador, conforme orientação do ortopedista; - Utilizar calçado confortável, firme no pé e com solado de borracha; - Evitar andar depressa; - Evitar subir ou descer escadas sem auxílio e desnecessariamente.	1- NÃO conhece as estratégias de locomoção segura; 2- Conhece 1 estratégia de locomoção segura; 3- Conhece 2 estratégias de locomoção segura; 4- Conhece 3 estratégias de locomoção segura 5- Conhece todas as	<b>POI</b>						
			<b>1PO</b>						
			<b>2PO</b>						
			<b>3PO</b>						
<b>(181112)</b> <b>Realização correta do exercício.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve o seu conhecimento sobre a correta realização dos exercícios prescritos.	Perguntar se o paciente conhece a forma correta de realizar os exercícios. Questão norteadora: Como é que são realizados os exercício? Deitado: - Flexionar o tornozelo para cima e para baixo (5 segundos em cada posição), posicionando um rolo com uma toalha embaixo da articulação para facilitar o movimento. Com o rolo embaixo da articulação do tornozelo, realizar uma força contra a cama, a fim de fortalecer parte da musculatura posterior da coxa e glúteo. - Trocando a posição do rolo para embaixo do joelho, realizar o mesmo movimento que no exercício anterior, agora fortalecendo a musculatura anterior da coxa.	1- NÃO conhece a forma correta de realizar os exercícios. 2- Conhece a forma correta de realizar 1 a 2 exercícios; 3- Conhece a forma correta de realizar 3 a 4 exercícios; 4- Conhece a forma correta de realizar 5 exercícios; 5- Conhece a forma correta de realizar todos os exercícios.	<b>POI</b>						
			<b>1PO</b>						
			<b>2PO</b>						
			<b>3PO</b>						

	<p>- Realiza movimentos de flexão e extensão de joelho e quadril. Sentado</p> <p>- Com uma almofada dura entre os joelhos, aperte até observar uma leve deformidade na almofada, fortalecendo a musculatura interna da coxa. Lembrando de deixar os pés retos para frente e afastados.</p> <p>- Com os pés apoiados no chão realizar extensão do joelho, fortalecendo a musculatura anterior da coxa.</p> <p>- Com auxílio da mão na parte externa da coxa faz força com a coxa contrária à direção da mão, fortalecendo a parte da musculatura externa da coxa e glúteos.</p>								
<p><b>(181120)</b> <b>Benefícios da atividade e do exercício.</b> <b>Definição conceitual:</b> O paciente descreve o seu conhecimento sobre os benefícios da atividade e do exercício.</p>	<p>Perguntar para o paciente se ele conhece alguns benefícios da atividade e do exercício, como:</p> <p>1- Melhora da circulação do sangue nas pernas e pés; 2- Prevenção de trombose; 3- Recuperação da mobilidade 4- Recuperação da força do quadril 5- Fortalecimento da musculatura da coxa e do glúteo; 6- Prevenção do edema.</p>	<p>1- Não conhece os benefícios da atividade e do exercício; 2- Conhece um dos benefícios da atividade e do exercício; 3- Conhece dois a três benefícios da atividade e do exercício; 4- Conhece quatro a cinco benefícios da atividade e do exercício; 5- Conhece todos os benefícios da atividade e do exercício.</p>	<b>POI</b>						
			<b>IPO</b>						
			<b>2PO</b>						
			<b>3PO</b>						

<b>(1909) COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS:</b> Ações pessoais ou de cuidador da família para minimizar fatores de risco capazes de precipitar quedas no ambiente pessoal.									
INDICADORES	Definição operacional	Magnitude da definição operacional	DIA	NUNCA DEMONSTRADO	RARAMENTE DEMONSTRADO	ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO	FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO	CONSISTENTEMENTE DEMONSTRADO	OBS
				1	2	3	4	5	
<b>(190910) Usa calçado adequado para prevenir quedas.</b> <b>Definição conceitual:</b> Sempre que vai deambular, faz uso de calçado fechado, com solado antiderrapante, de suporte reforçado no calcanhar, com calcanhar de salto baixo, com meia-sola mais fina que o calcanhar, sendo flexível e firme, provido ou não de mecanismo de amarração por conectores, ajustado na largura e comprimento do pé e sem pontos de tensão.	Verificar qual o calçado utilizado pelo paciente, e se ele tem as seguintes especificações: - Fechado; - Com solado antiderrapante (borracha); - Suporte reforçado no calcanhar; - Salto baixo; - Com meia-sola mais fina que o calcanhar; - Flexível e firme; - Se provido de mecanismo de amarração por conectores, que estes estejam sendo utilizados de forma correta; - Ajustado na largura e comprimento do pé; - Sem pontos de tensão.	1- NÃO utiliza as especificações do calçado adequado para prevenir quedas. 2-Utiliza calçado com 1 a 2 das especificações do calçado adequado para prevenir quedas. 3-Utiliza calçado com 3 a 5 das especificações do calçado adequado para prevenir quedas. 4-Utiliza calçado com 6 a 8 das especificações do calçado adequado para prevenir quedas. 5-Utiliza todas as especificações do calçado adequado para prevenir quedas.	POI						
			IPO						
			2PO						
			3PO						
<b>(190901) Uso correto de dispositivos auxiliares.</b> <b>Definição conceitual:</b> Usa de forma correta o mecanismo auxiliar, como andador, bengala, cadeira de banho ou outras tecnologias assistidas, durante a locomoção.	Observar/perguntar se ao deambular ele utiliza andador e/ou muletas canadenses e se ele segue as recomendações. Questão norteadora: Como você usa o andador/muleta. - Mantém o apoio da mão aproximadamente na altura do trocânter maior; - Observa as condições de integridade do	1- Necessita, mas NÃO segue as recomendações. 2-Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue 1 recomendação. 3- Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue 2 recomendações.	POI						
			IPO						
			2PO						
			3PO						



	<p>andador, cadeira de roda, muleta antes de usá-los. - Mantém a coluna reta e o corpo alinhado e caminha com passos curtos; - Apóia-se firmemente (andador/muleta). - *(Andador) Caminha dentro do andador. - *(Muleta) A(s) muleta(s) são posicionadas na frente do corpo-</p>	<p>4-Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue 3 a 4 recomendações. 5-Necessita e utiliza os mecanismos auxiliares durante a deambulação, e segue todas as recomendações.</p>						
<p><b>(190902) Solicita auxílio físico para si. Definição conceitual:</b> Solicita ajuda de familiares, amigos, cuidadores ou profissionais, na execução das tarefas mais arriscadas para a ocorrência de quedas.</p>	<p>Perguntar ao paciente se ele executa as seguintes ações de auxílio pessoal: Questão norteadora: Você solicita ajuda para realizar algumas atividades? Quais atividades? - Solicita ajuda para alcançar objetos altos ou baixos. - Solicita ajuda para deambular quando se julga limitado para isso; - Solicita ajuda para vestir-se ou despir-se quando se julga limitado para isso. - Solicita ajuda para banhar-se quando se julga limitado para isso. - Solicita ajuda para o uso da escadinha auxiliar quando se julga limitado para isso. - Solicita ajuda para mobilizar-se no leito quando se julga limitado para isso.</p>	<p>1-NAO executa qualquer uma das ações de solicitação de auxílio pessoal. 2-Executa 1 das ações de solicitações de auxílio pessoal. 3-Executa 2 ações de solicitação de auxílio pessoal. 4-Executa 3 a 5 ações de solicitação de auxílio pessoal. 5-Executa todas as ações de solicitação de auxílio pessoal.</p>	<b>POI</b>					
			<b>1PO</b>					
			<b>2PO</b>					
			<b>3PO</b>					

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS  
SÓCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

<b>DADOS DO COLETADOR</b>	
Número do formulário: _____ Coletador: _____	
<b>BLOCO A - DADOS DO PACIENTE</b>	
Número do prontuário: _____ Data da internação: ___/___/___ UI _____ Leito _____	
<b>BLOCO B - DOMÍNIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
<b>Data de Nascimento:</b> ___/___/___ <b>Idade:</b> _____ <b>Sexo</b> (1) Masculino (2) Feminino	
<b>Qual a sua cor ou raça?</b> (1) Branco (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Outra – Qual? _____	
<b>Status profissional:</b> (1) Ativo (2) Desempregado (3) Aposentado (4) Afastado/INSS	
<b>Município que reside?</b> _____	
<b>Estado civil:</b> (1) Casado/com companheiro (2) Solteiro (3) Separado/divorciado (4) Viúvo	
<b>Anos completos de estudos:</b> _____ anos (88) NSA	
<b>Com quem mora?</b> (1) Sozinho (2) Com companheiro (3) Família (≥um membro, exceto companheiro) (4) Outros – Quem? _____	
<b>Tem cuidador na internação?</b> (1) Sim (2) Não	
<b>Religião:</b> (1) Não tem (2) Católica (3) Evangélica (4) Espírita (5) Outros – Qual? _____	
<b>BLOCO C - DOMÍNIO CLÍNICO</b>	
<b>Peso:</b> _____ <b>Altura:</b> _____ <b>IMC:</b> _____	
<b>Data da cirurgia:</b> ___/___/___ <b>Motivo de indicação da cirurgia:</b> _____	
<b>ATQ:</b> (1) Primária (2) Revisão (1º) (2º)	
<b>Tipo de fixação da prótese:</b> (1) Cimentada (2) Não cimentada (3) Híbrida	
<b>ATQ do lado:</b> (1) Direito (2) Esquerdo	
<b>Via de acesso</b> (1) Ântero-lateral (2) Posterior	
<b>Já realizou alguma outra cirurgia de substituição articular?</b> (1) Sim – Em que local? _____ (2) Não (88) NSA	
<b>Realizou consulta pré-operatória com um(a) enfermeiro(a) no ambulatório?</b> (1) Sim (2) Não (88) NSA	
<b>Recebeu visita domiciliar pré-operatória?</b> (1) Sim (2) Não (88) NSA	
<b>Teve dor no quadril anterior a cirurgia?</b> (1) Sim, De 0 a 10, quanto? _____ Sente dor em outro local, onde? _____ (2) Não	
<b>No último ano caiu alguma vez?</b> (1) Sim - Quantas vezes? _____ Apresentou alguma lesão? _____ (2) Não (88) NSA	

**APÊNDICE D – INSTRUMENTO – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**  
**MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA**

Característica definidora	Sim	Não
<p><b>Amplitude limitada ao movimento:</b> É a incapacidade para a realização do movimento articular completo, o que impossibilita o paciente de exercer tarefas simples do cotidiano, como subir escadas, alimentar-se ou vestir-se. Nos membros inferiores pode alterar a marcha e resultar em uma atitude protetora para evitar e/ou reduzir a dor.</p> <p>Avaliada pela observação do paciente quando ele não consegue fazer um movimento completo (rotação, extensão e flexão) dos membros inferiores.</p>		
<p><b>Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras finas:</b> Limitações resultam de comprometimentos e representam a diminuição na habilidade para desempenhar papéis usuais e atividades cotidianas; interfere com a função, mas não é incapacitante. Habilidade funcional refere-se a variedade de habilidades motoras necessárias para funcionar independentemente em todos os aspectos da vida diária. Fino: (Do latim Med, <i>finu</i>, refinado, perfeito) que não é grosso, delgado. Aguçado, afinado. Grácil, suave, delicado, aprazível.</p> <p>Avaliada e identificada quando o paciente apresenta limitação para mexer suavemente os dedos de ambos os pés.</p>		
<p><b>Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras grossas:</b> Limitações que resultam de comprometimentos e representam a diminuição na habilidade para desempenhar papéis usuais e atividades cotidianas. Interfere com a função, mas não é incapacitante. Habilidade funcional refere-se à variedade de habilidades motoras necessárias para funcionar independentemente em todos os aspectos da vida diária. Grosso: sólido, consistente, áspero, escabroso.</p> <p>Avaliada e identificada quando o paciente apresenta limitação para flexionar e estender os membros inferiores.</p>		
<p><b>Dificuldade para virar-se:</b> Para que a movimentação normal ocorra é necessário que haja uma cinemática articular apropriada. Flexibilidade é a habilidade para mover uma articulação ou articulações através de uma amplitude de movimento livre de dor e sem restrições. Quando há limitações no paciente devido a restrições de movimento, dor, ou outros fatores que aumentam a dificuldade do movimento do próprio corpo, um déficit motor pode gerar a incapacidade de virar-se no leito.</p> <p>Avaliada e identificada quando o paciente não apresenta condições de mover-se para ambos os lados, livre de dor ou restrições, sem auxílio da equipe de enfermagem.</p>		
<p><b>Dispnéia ao esforço:</b> Dispnéia: falta de ar, resultando numa respiração laboriosa ou difícil. Esforço: dispêndio de energia física ou mental, empenho que visa estabelecer qualquer função normal. Esforço: acompanha o movimento corporal, quando este encontra uma resistência ou quando os músculos estão fatigados.</p> <p>Avaliada e identificada por meio da inspeção (observação) do padrão respiratório (uso de musculatura acessória, cianose, batimento de asa do nariz) e ausculta pulmonar, além disso, é observado saturação menor de 90% durante algum esforço no leito, como por exemplo, tentar mover-se para os lados ou erguer um dos membros para colocação de comadre ou papagaio.</p>		
<p><b>Engaja-se em substituições de movimentos (p.ex., atenção aumentada à atividade de outra pessoa, comportamento controlador, foco em deficiência/atividade anterior à doença):</b> Atenção: ato de dirigir ou concentrar a consciência em apenas um objeto ou num estímulo interno ou externo. Comportamento: o modo pelo qual a pessoa age; as ações ou reações de indivíduos sobre determinadas circunstâncias. Controlar: regular ou manter.</p> <p>Detectada quando o paciente apresenta-se desatento ou despreocupado com suas restrições e demonstra atenção às atividades ao seu redor, durante a avaliação.</p>		
<p><b>Instabilidade postural:</b> Instabilidade é denominada como algo que balança, oscila, treme, sem se firmar, tem ausência de constância, de permanência, tem falta de segurança, de certeza. Postura é um composto das posições das diferentes articulações do corpo num dado momento. A postura correta é a posição na qual um mínimo de estresse é aplicado em cada articulação. Observada quando o paciente apresenta uma postura instável, que limita a função da força muscular e a mobilidade.</p>		
<p><b>Movimentos descontrolados:</b> Movimento fisiológico é aquele que uma pessoa normalmente pode fazer, como flexão, extensão, rotação, abdução e adução. Descontrolado: fora de controle; desgovernado; não controlado, desequilibrado, descomedido, desmedido.</p> <p>Avaliada quando o paciente esquece suas restrições e realiza movimentos, mesmo de amplitude</p>		

limitada. Ocorre geralmente quando o paciente relaxa ou dorme. É observado durante toda a internação e comunicado aos coletadores no momento da avaliação.		
<b>Movimentos lentos:</b> Movimento (Do lat. <i>Movere</i> , mover) significa estado de um corpo que muda de situação ou lugar. Lento significa vagaroso, moroso, demorado; pausado, compassado; que se processa com vagar, com lentidão. Avaliada quando o paciente apresenta lentidão para iniciar o movimento solicitado.		
<b>Movimentos não coordenados:</b> Movimento (Do lat. <i>Movere</i> , mover) significa estado de um corpo que muda de situação ou lugar. Coordenação é o uso dos músculos corretos na hora correta e com a intensidade correta. Observada quando o paciente não apresenta coordenação para movimentar ambos os membros inferiores. Ex. o Sr(a) pode movimentar os dedos dos pés ou o membro inferior não afetado?		
<b>Mudanças na Marcha:</b> Mudança significa a modificação do estado de algo ou troca de lugar. Marcha: Modo de andar. Habilidade motora complexa, composta por uma sequência de movimentos inferiores que geram deslocamento do corpo. A marcha inicia-se quando o calcanhar de um membro toca o solo e termina quando o mesmo membro toca novamente o solo. Observada quando o paciente claudica (manca). Se o paciente usa apoio (ou não) para andar como bengala, muletas e por longas caminhadas ou na maior parte do tempo.		
<b>Tempo de reação diminuído:</b> Tempo: momento ou ocasião apropriada para que uma coisa se realize. Reação: resposta a uma ação por meio de outra ação que tende a anular a precedente. Resposta de um músculo ou de um tecido vivo a um estímulo. Observado quando produzido um leve estímulo de dor com objeto de ponta (tampa da caneta, chave) nos pés do paciente e o mesmo não apresenta uma reação imediata, instantânea, ou ainda quando sente algo quente (luva com água quente) sobre o membro e não sabe identificar a temperatura.		
<b>Tremor induzido pelo movimento:</b> Tremor: agitação repetida e continuada de um membro, de uma parte do corpo. Observado quando o paciente apresenta tremores após tentar movimentar-se no leito ou fora dele.		

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **APLICABILIDADE DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) NA PRÁTICA CLÍNICA DE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**, que tem como objetivo avaliar a aplicabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) na prática clínica de um hospital universitário.

Sua participação é voluntária, não envolvendo qualquer custo ou remuneração. Este projeto permitirá aos enfermeiros avaliar como os pacientes respondem aos cuidados de enfermagem implementados aos pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Se o Sr. aceitar a participação neste estudo, será examinado diariamente por duas enfermeiras que irão avaliar a sua evolução desde o início da internação, até o momento de sua alta. O tempo do exame será em torno de 15 a 20 minutos.

Suas informações serão utilizadas somente para fins acadêmicos, sendo garantido o seu anonimato. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

A qualquer momento o Sr. poderá recusar-se a responder as perguntas ou desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, ou seja, não estão previstas despesas para o participante neste projeto. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa é que os enfermeiros poderão estabelecer cuidados de enfermagem direcionados a pacientes com problemas semelhantes aos seus de forma mais efetiva.

Caso participe, em qualquer momento você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa. Para quaisquer dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Miriam de Abreu Almeida vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, situado na rua Ramiro Barcelos, 2.350 pelo telefone (51) 33598336 ou pelo celular 99997699, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pelo telefone (51) 3359.8304.

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este documento será assinado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde já agradecemos!

Comitê de Ética em Pesquisa  
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

13 / 03 / 2012

110601 THV

**APENDICE F – RESULTADOS DE ENFERMAGEM SUGERIDOS E ADICIONAIS  
ASSOCIADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE  
FÍSICA PREJUDICADA DE ACORDO COM A LIGAÇÃO NOC-NANDA-I**

<b>Nível de ligação</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>
<b>SUGERIDO</b>	<b>Desempenho da Mecânica Corporal (1616)</b> Definição: Ações pessoais para manter o alinhamento do corpo correto e prevenir tensão musculoesquelética.	(161601) Uso da postura em pé correta, (161602) Uso da postura sentada, (161603) Uso da postura sentada, (161604) Uso de técnicas corretas para erguer objetos, (161605) Uso de técnicas corretas para carregar coisas, (161612) Uso de técnica correta de empurrar, (161607) Uso correto de dispositivos de apoio, (161608) Obtenção de assistência com carga pesada, (161613) Manutenção da força muscular, (161614) Manutenção da flexibilidade, (161611) Uso de exercícios prescritos para evitar lesão e (161615) Uso de mecânica corporal correta.
<b>SUGERIDO</b>	<b>Desempenho na Transferência (0210)</b> Definição: Capacidade de trocar o corpo de lugar de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	(021009) Transferência de uma superfície a outra enquanto deitado, (021001) Transferência da cama para a cadeira, (021002) Transferência de uma cadeira para cama, (021003) Transferência de uma cadeira para outra, (021004) Transferência da cadeira de rodas para um veículo, (021005) Transferência de um veículo para cadeira de rodas, (021007) Transferência de uma cadeira de rodas para o vaso sanitário e (021008) Transferência do vaso sanitário para a cadeira de rodas.
<b>SUGERIDO</b>	<b>Equilíbrio (0202)</b> Definição: Capacidade para manter o equilíbrio do corpo.	(020201) Mantém o equilíbrio enquanto em pé, (020202) Mantém o equilíbrio enquanto sentado, sem apoio para as costas, (020203) Mantém o equilíbrio enquanto caminha, (020209) Mantém o equilíbrio enquanto de pé, apoiado em um só pé, (020210) Mantém do equilíbrio enquanto troca esse equilíbrio de um pé para outro, (020211) Postura, (020205) Oscilação do corpo, (020206) Tontura, (020207) Tremores, (020208) Andar anormal.
	<b>Locomoção: Caminhar (0200)</b> Definição: Capacidade de	(020001) Suporta o próprio peso, (020002) Caminha com passadas eficazes, (020003) Caminha em ritmo lento, (020004)

<b>SUGERIDO</b>	caminhar de um lugar a outro, de modo independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	Caminha com passadas moderadas, (020005) Caminha com passadas rápidas, (020006) Sobe escadas, (020007) Desce escadas, (020008) Caminha em aclave, (020009) Caminha em declive, (020010) Caminha distâncias curtas (< 1 quadra), (020011) Caminha distâncias moderadas (>1 quadra <5 quadras), (020012) Caminha distância longas (5 quadras ou>), (020014) Caminha pelo quarto, (020015) Caminha pela casa, (020016) Adapta-se a superfícies de diferentes texturas e (020017) Contorna obstáculos.
<b>SUGERIDO</b>	<b>Locomoção: Cadeira de Rodas (0201)</b> Definição: Capacidade de ir de um lugar a outro em cadeira de rodas.	(020101) Transfere-se para a cadeira de rodas e dela para outro local, (020102) Impulsiona com segurança a cadeira de rodas, (020103) Impulsiona a cadeira de rodas por distâncias curtas, (020104) Impulsiona a cadeira de rodas por distâncias moderadas, (020105) Impulsiona a cadeira de rodas por longas distâncias, (020106) Faz manobras em calçadas, (020107) Faz manobras em vãos de porta e (020108) Faz manobras em rampas.
<b>SUGERIDO</b>	<b>Mobilidade (0208)</b> Definição: Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente com ou sem dispositivo auxiliar.	(020801) Equilíbrio, (020809) Coordenação, (020810) Marcha, (020803) Movimento das articulações, (020804) Movimento das articulações, (020802) Desempenho no posicionamento, (020805) Desempenho na transferência, (020811) Correr, (020812) Saltar, (020813) Rastejar, (020806) Andar e (020814) Movimentos realizados com facilidade.
<b>SUGERIDO</b>	<b>Movimento Coordenado (0212)</b> Definição: Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido.	(021201) Força da contração muscular, (021202) Tonicidade muscular, (021203) Rapidez de movimentos, (021204) Suavidade de movimentos, (021205) Controle de movimentos, (021206) Firmeza de movimentos, (021207) Tensão de equilibrados, (021208) Tensão muscular, (021209) Movimentos na direção desejada, (021210) Movimentos no momento certo desejado, (021211) Movimentos na velocidade desejada e (021212) Movimentos com precisão desejada.
	<b>Posicionamento do Corpo: autoiniciado (0203)</b> Definição: Capacidade de	(020302) Movimento de deitado a sentado, (020303) Movimento de sentado para deitado, (020304) Movimento de sentado

<b>SUGERIDO</b>	mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem acessório auxiliar.	para em pé, (020305) Movimento de em pé para sentado, (020306) Movimento de em pé para ajoelhado, (020307) Movimento de ajoelhado para em pé, (020308) Movimento de agachado para em pé, (020309) Movimento de agachado para em pé, (020310) Inclina-se até a altura da cintura em pé, (020311) Movimento de um lado a outro enquanto deitado, (020301) Movimento da frente para trás enquanto deitado e (020313) Movimento de trás para frente enquanto deitado.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Autocuidado: Atividades da Vida Diária (0300)</b> Definição: Capacidade de desempenhar as tarefas físicas e as atividades de cuidado pessoal, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliares.	(030001) Alimentar-se, (030002) Vestir-se, (030003) Higiene íntima, (030004) Banhar-se, (030005) Arrumar-se, (030006) Higiene, (030007) Higiene oral, (030008) Andar, (030009) Mobilidade em cadeira de rodas, (030010) Desempenho na transferência e (030012) Posicionar-se.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Cognição (0900)</b> Definição: Capacidade de executar processos mentais complexos.	(090014) Comunicação clara para a idade, (090015) Comunicação adequada à idade, (090013) Compreensão do significado das situações, (090003) Capacidade para ficar atento, (090004) Contração, (090005) Orientação cognitiva, (090006) Memória imediata, (090007) Memória recente, (090008) Memória remota, (090009) Processamento de informações, (090010) Peso de alternativas ao tomar decisões, (090011) Tomada de decisão adequada, (090016) Habilidades de cálculos complexos.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Comportamento de Prevenção de Quedas (1909)</b> Definição: Ações pessoais ou de cuidador da família para minimizar fatores de risco capazes de precipitar quedas no ambiente pessoal.	(190903) Colocação de barreiras para prevenção de quedas, (190905) Uso de corrimãos de apoio se necessário, (190915) Uso de barras para apoio das mãos se necessário, (190914) Uso de tapetes emborrachados na banheira ou ducha, (190910) Uso de sapatos amarrados que sirvam bem, (190901) Uso correto de dispositivos auxiliares, (190918) Uso de dispositivos corretores da visão, (190902) Oferecimento de assistência na mobilidade, (190919) Uso de procedimento seguro na transferência, (190922) Oferecimento de iluminação adequada, (190909) Uso seguro de banquinhos e escadas, (190906) Eliminação de aglomerado de objetos,



		líquido derramado, brilho do assoalho, (190907) Retirada de tapetes soltos, (190908) Providências para remoção de neve e gelo das superfícies por onde caminha, (190911) Ajuste da altura do vaso sanitário se necessário, (190912) Ajuste na altura da cadeira se necessário, (190913) Ajuste da altura da cama se necessário, (190916) Controle da inquietação, (190917) Uso de precauções ao tomar medicamentos que aumentam o risco de quedas.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Conhecimento: Atividade prescrita (1811)</b>  Definição: Alcance da compreensão transmitida sobre atividade e exercício prescritos.</p>	(181101) Atividade e exercício prescritos, (181102) Propósito da atividade, (181103) Efeitos esperados da atividade, (181104) Restrições à atividade, (181105) Precauções relacionadas com a atividade, (181116) Estratégias para locomoção segura, (181117) Calçados apropriados, (181106) Fatores que reduzem a capacidade de realizar uma atividade, (181107) Estratégias para, gradativamente, aumentar a atividade, (181118) Métodos para monitorar a frequência cardíaca, (181119) Métodos para monitorar a frequência respiratória, (181111) Rotina realista de exercícios, (181110) Obstáculos à implementação de uma rotina de exercícios, (181112) Realização correta do exercício, (181120) Benefícios da atividade e do exercício.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Consequências da Imobilidade: Fisiológicas (0204)</b>  Definição: Gravidade do comprometimento na função fisiológica em decorrência de mobilidade física prejudicada.</p>	(020401) Feridas(s) decorrente(s) de pressão, (020402) Constipação, (020403) Impactação fecal, (020405) Intestino hipoativo, (020406) Íleo paralítico, (020407) Cálculos urinários, (020408) Retenção urinária, (020409) Febre, (020410) Infecção do trato urinário, (020413) Fratura óssea, (020415) Articulações contraídas, (020416) Articulações consolidadas, (020417) Hipotensão ortostática, (020418) Trombose venosa, (020419) Congestão pulmonar, (020422) Pneumonia, (020404) Estado nutricional, (020411) Força muscular, (020412) Tônus muscular, (020414) Movimento das articulações, (020420) Eficácia da tosse, (020421) Capacidade vital.
	<b>Consequências da</b>	(020504) Distorção da percepção,

<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Imobilidade: Psicocognitivas (0205)</b> Definição: Gravidade do comprometimento no funcionamento psicocognitivo decorrente de mobilidade física prejudicada.</p>	<p>(020507) Emoções exageradas, (020508) Perturbação do sono, (020510) Imagem negativa do corpo, (020513) Depressão, (020514) Apatia, (020501) Estado de alerta, (020502) Estado cognitivo, (020503) Atenção, (020505) Sensação cinestésica, (020509) Autoestima, (020511) Capacidade para agir.</p>
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Conservação de Energia (0002)</b> Definição: Ações pessoais para o manejo da energia para começar a manter as atividades.</p>	<p>(000201) Equilíbrio entre atividade e repouso, (000202) Uso de pequenos momentos de sono para recuperar a energia, (000203) Reconhecimento dos limites de energia, (000204) Uso de técnicas de conservação de energia, (000209) Organização de atividades para conservar a energia, (000205) Adaptação do estilo de vida ao nível de energia, (000206) Manutenção de uma nutrição adequada, (000207) Relato de resistência adequada às atividades.</p>
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Controle de Riscos: Saúde Cardiovascular (1914)</b> Definição: Ações pessoais para eliminar ou reduzir ameaças à saúde cardiovascular.</p>	<p>(191401) Admite o risco de doença cardiovascular, (191402) Admite a capacidade de mudar comportamentos, (191403) Ato de evitar uso do tabaco, (191404) Monitoração da pressão arterial, (191405) Monitoração da frequência do pulso radial, (191406) Uso de técnicas de controle do estresse, (191407) Uso de estratégias eficientes de controle do peso, (191408) Atendimento à dieta recomendada, (191409) Uso de serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade, (191410) Atendimento a precauções relativas a medicamentos não prescritos, (191411) Busca de informações sobre métodos de manutenção da saúde cardiovascular, (191412) Monitoração dos efeitos dos estimulantes, (191413) Participação em exames do colesterol, (191414) Uso de medicamentos conforme a prescrição, (191415) Participação em exercícios regulares, (191416) Participação em exercícios aeróbicos.</p>
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Crenças em Saúde: Percepção da Capacidade de Desempenho (1701)</b> Definição: Convicções pessoais de que um indivíduo é capaz de realizar determinado comportamento</p>	<p>(170101) Percepção de que o comportamento de saúde não é muito complexo, (170102) Percepção de que o comportamento de saúde requer esforço razoável, (170103) Percepção de que a frequência do comportamento de saúde não é excessiva, (170104) Percepção da</p>

	de saúde	probabilidade de desempenho do comportamento de saúde ao longo do tempo, (170105) Confiança relativa a experiência anterior com o comportamento de saúde, (170106) Confiança relativa a experiências anteriores com comportamentos de saúde similares, (170107) Confiança relativa observação de experiências bem-sucedidas de outros, (170108) Confiança na capacidade de desempenhar o comportamento de saúde.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Energia Psicomotora (0006)</b> Definição: Impulso e energia pessoais para manter as atividades da vida diária, a nutrição e a segurança pessoal.	(000601) Mostra de afeto adequado à situação, (000602) Mostra de concentração, (000603) Manutenção da apresentação e da higiene pessoais, (000604) Exibição de apetite normal, (000613) Atendimento ao regime de medicamentos, (000614) Atendimento ao regime terapêutico, (000606) Demonstra interesse pelo que está ao redor, (000608) Exibição de nível de energia estável, (000609) Demonstra capacidade de realizar as tarefas diariamente, (000607) Ideias suicidas, (000611) Letargia, (000612) Depressão.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Estado Cardiopulmonar (0414)</b> Definição: Adequação do volume de sangue ejetado dos ventrículos e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível alveolar.	(041401) Pressão arterial sistólica, (041402) Pressão arterial diastólica, (041403) Pulsos periféricos, (041404) Frequência cardíaca apical, (041405) Ritmo cardíaco, (041406) Frequência respiratória, (041407) Ritmo respiratório, (041408) Profundidade da respiração, (041409) Expulsão de ar, (041410) Débito de urina, (041411) Índice cardíaco, (041412) Saturação de oxigênio, (041413) Expectoração de secreção para fora da via aérea, (041414) Intolerância à atividade, (041415) Cognição prejudicada, (041416) Palidez, (041417) Cianose, (041418) Rubor, (041419) Estase jugular, (041420) Retração torácica, (041421) Respiração com os lábios franzidos, (041422) Edema periférico, (041423) Edema pulmonar, (041424) Dispneia em repouso, (041425) Dispneia com esforço leve, (041426) Fadiga, (041427) Inquietação, (041428) Sonolência, (041429) Aumento de peso, (041430) Perda de peso, (041431) Diaforese.
	<b>Estado Neurológico: Função</b>	(090901) Consciência, (090902) Controle

<p><b>ADICIONAL ASSOCIADO</b></p>	<p><b>Sensório-motora/ Craniana (0909)</b> Definição: Capacidade do sistema nervoso periférico e do central de receber, processar e reagir a estímulos internos e externos.</p>	<p>motor central, (090903) Função sensorial e motora cranianas, (090904) Função sensorial e motora da coluna vertebral, (090905) Função autônoma, (090906) Pressão intracraniana, (090907) Comunicação adequada à situação, (090908) Tamanho das pupilas, (090909) Reatividade das pupilas, (090910) Padrão de movimentos dos olhos, (090911) Padrão respiratório, (090913) Padrão de sono-reposo, (090917) Pressão arterial, (090918) Pressão pulsar, (090919) Frequência respiratória, (090920) Hipertermia, (090921) Frequência cardíaca apical, (090922) Frequência do pulso radial, (090923) Orientação cognitiva, (090924) Estado cognitivo, (090914) Crise convulsiva, (090915) Dores de cabeça.</p>
<p><b>ADICIONAL ASSOCIADO</b></p>	<p><b>Estado Nutricional (1004)</b> Definição: Alcance da disponibilidade de nutrientes para atendimento das necessidades metabólicas</p>	<p>(100401) Ingestão de nutrientes, (100402) Ingestão de alimentos, (100408) Ingestão de líquidos, (100403) Energia, (100405) Proporção peso/altura, (100409) Hematócritos, (100410) Tônus muscular, (100411) Hidratação.</p>
<p><b>ADICIONAL ASSOCIADO</b></p>	<p><b>Estado Respiratório (0415)</b> Definição: Movimento de ar que entra nos pulmões e sai deles e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos</p>	<p>(041501) Frequência respiratória, (041502) Ritmo respiratório, (041503) Profundidade da inspiração, (041504) Ausculta de sons respiratórios, (041505) Volume corrente, (041506) Alcance do espirômetro de incentivo esperado, (041507) Capacidade Vital, (041508) Saturação de oxigênio, (041509) Testes da função pulmonar, (041510) Uso de músculos acessórios, (041511) Retração torácica, (041512) Respiração com os lábios franzidos, (041513) Cianose, (041514) Dispneia em repouso, (041515) Dispneia com esforço leve, (041516) Inquietação, (041517) Sonolência, (041518) Diaforese, (041519) Cognição prejudicada, (041520) Acúmulo de secreção pulmonar, (041521) Atelectasia, (041522) Sons respiratórios adventícios, (041523) Expiração prejudicada, (041524) Respiração difícil, (041525) Respirações agônicas, (041526) Gemidos durante respiração, (041527) Baqueteamento dos dedos, (041528) Movimento das abas do nariz, (041529) Inquietação, (041530) Febre, (041531) Tosse.</p>

<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Função Esquelética (0211)</b> Definição: Capacidade dos ossos de oferecer ao corpo e facilitar os movimentos	(021101) Integridade dos ossos, (021102) Densidade óssea, (021103) Movimento das articulações, (021104) Suporte do peso, (021105) Alinhamento do esqueleto, (021106) Estabilidade das articulações.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Função Sensorial (2405)</b> Definição: O quanto um indivíduo, de forma correta, sente estímulos na pele, sons, propriocepção, paladar, cheiro e imagens visuais.	(240501) Capacidade de sentir estímulos à pele, (240502) Capacidade de ouvir os sons, (240507) Capacidade de sentir mudanças na posição da cabeça, (240508) Capacidade de sentir mudanças na posição do corpo, (240504) Capacidade de discriminar odores, (240505) Capacidade de discriminar gostos, (240506) Capacidade de ver.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Função Sensorial: Cutânea (2400)</b> Definição: O quanto a estimulação da pele é sentida de forma correta.	(240001) Discriminação entre afiado e não afiado, (240002) Discriminação entre dois pontos, (240003) Discriminação vibratória, (240004) Discriminação de calor, (240005) Discriminação de frio, (240006) Discriminação entre cócegas e prurido, (240007) Discriminação de estímulos nocivos, (240008) Parestesia, (240009) Hiperestesia, (240011) Formigamento, (240012) Perda de sensibilidade.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Função Sensorial: Propriocepção (2402)</b> Definição: O quanto a posição e os movimentos da cabeça e do corpo são sentidos de forma correta.	(240201) Discriminação das posições da cabeça, (240202) Discriminação dos movimentos da cabeça, (240203) Discriminação dos movimentos dos membros superiores, (240210) Discriminação dos movimentos dos membros superiores, (240204) Discriminação das posições dos membros superiores, (240211) Discriminação das posições dos membros inferiores, (240212) Discriminação dos movimentos do tronco, (240213) Discriminação das posições do tronco, (240205) Sensação de equilíbrio, (240206) Vertigem, (240207) Sensação de desfalecimento, (240208) Nistagmo.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Função Sensorial: Visão (2404)</b> Definição: O quanto as imagens visuais são sentidos de forma correta	(240401) Acuidade visual central (esquerdo), (240421) Acuidade visual central (direito), (240402) Acuidade visual periférica (esquerdo), (240422) Acuidade visual periférica (direito), (240403) Campos visuais centrais (esquerdos), (240423) Campos visuais centrais (direitos), (240404) Campos visuais periféricos (esquerdos), (240424) Campos visuais periféricos (direitos), (240416) Reação a estímulos visuais, (240405)

		Hemianopia, (240406) Fenômenos entópticos (floaters), (240407) Flashes de luz, (240408) Halos em torno das luzes, (240409) Teias de aranha, (240410) Visão dupla, (240411) Visão embaçada, (240412) Visão distorcida, (240413) Distorções da visão em cores, (240414) Cegueira noturna, (240415) Cegueira diurna, (240417) Dores de cabeça, (240418) Tontura, (240419) Tensão no olho.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Motivação (1209)</b> Definição: Urgência interna que leva ou incita o indivíduo a ação(ões) positiva(s)	(120901) Planejamento do futuro, (120902) Elaboração de um plano de ação, (120903) Obtenção de recursos conforme a necessidade, (120904) Obtenção de suporte conforme a necessidade, (120905) Autoiniciação de comportamento voltado a metas, (120906) Busca de novas experiências, (120907) Manutenção de uma autoestima positiva, (120908) Receptividade boa a oportunidades de dar contribuições, (120916) Manutenção da flexibilidade, (120910) Expressão de crença na capacidade de desempenhar uma ação, (120911) Expressão de que o desempenho levará ao resultado buscado, (120912) Realização das tarefas, (120913) Aceitação da responsabilidade pelos atos, (120917) Antecipação de recompensa intrínseca, (120918) Antecipação de recompensa extrínseca, (120915) Expressão de intenção de agir.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular (0206)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos de todas as articulações, com movimentos autoiniciados.	(020601) Mandíbula, (020602) Pescoço, (020620) Coluna vertebral, (020603) Dedos da mão (direita), (020604) Dedos da mão (esquerda), (020605) Polegar (direito), (020606) Polegar (esquerdo), (020607) Punho (direito), (020608) Punho (esquerdo), (020609) Cotovelo (direito), (020610) Cotovelo (esquerdo), (020611) Ombro (direito), (020612) Ombro (esquerdo), (020613) Tornozelo (direito), (020614) Tornozelo (esquerdo), (020615) Joelho (direito), (020616) Joelho (esquerdo), (020617) Quadril (direito), (020618) Quadril (esquerdo).
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular: Coluna Vertebral (0220)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos da coluna	(022001) Extensão 30°, (022002) Flexão 90°, (022003) Curvatura lateral 35° (D), (022004) Rotação (D), (022005) Curvatura lateral 35° (E), (022006) Rotação (E).

	vertebral, com movimentos autoiniciado.	
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular: Cotovelos (0214)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos cotovelos, com movimentos autoiniciados.	(021401) Extensão 0° (D), (021402) Flexão 160° (D), (021403) Supinação 90° (D), (021404) Pronação 90° (D), (021405) Extensão 0° (E), (021406) Flexão 160° (E), (021407) Supinação 90° (E), (021408) Pronação 90° (E).
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular: Joelhos (0217)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos joelhos, com movimentos autoiniciados.	(021701) Extensão 0° (D), (021702) Flexão 130° (D), (021703) Hiperextensão 15° (D), (021704) Extensão 0° (E), (021705) Flexão 130° (E), (021706) Hiperextensão 15° (E).
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular: Ombros (0219)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos ombros, com movimentos autoiniciados.	(021901) Flexão para a frente 180° (D), (021902) Extensão 50° (D), (021903) Rotação externa 90° (D), (021904) Rotação interna 90° (D), (021905) Abdução 180° (D), (021906) Adução 50° (D), (021907) Flexão para a frente 180° (E), (021908) Extensão 50° (E), (021909) Rotação externa 90° (E), (021910) Rotação interna 90° (E), (021911) Abdução 180° (E), (021912) Adução 50° (E).
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular: Quadril (0216)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos do quadril, com movimentos autoiniciados.	(021601) Flexão direta do joelho 90° (D), (021602) Extensão direta do joelho 0° (D), (021603) Hiperextensão direta do joelho 15° (D) (021604) Flexão para curvar o joelho 120° (D), (021605) Abdução 45° (D), (021606) Adução 30° (D), (021607) Rotação interna 40° (D), (021608) Rotação externa 45° (D), (021609) Flexão direta do joelho 90° (E), (021610) Extensão direta do joelho 0° (E), (021611) Hiperextensão direta do joelho 15° (E), (021612) Flexão para curvar o joelho 120° (E), (021613) Abdução 45° (E), (021614) Adução 30° (E), (021615) Rotação interna 40° (E), (021616) Rotação externa 45° (E).
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Movimento Articular: Tornozelos (0213)</b> Definição: Amplitude ativa de movimentos dos tornozelos, com movimentos autoiniciados.	(021301) Flexão dorsal 20° (D), (021302) Flexão plantar 45° (D), (021303) Inversão 30° (D), (021304) Eversão 20° (D), (021305) Rotação (D), (021306) Flexão dorsal 20° (E), (021307) Flexão plantar 45° (E), (021308) Inversão 30° (E), (021309) Eversão 20° (E), (021310) Rotação (E).
	<b>Nível de Ansiedade (1211)</b> Definição: Gravidade de apreensão, tensão ou desassossego manifestado decorrente de uma fonte não	(121101) Agitação, (121102) Andar de um lado a outro, (121103) Torcer as mãos, (121104) Nervosismo, (121105) Desconforto, (121106) Tensão muscular, (121107) Tensão facial, (121108)

<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	identificada.	Irritabilidade, (121109) Indecisão, (121110) Repentes de raiva, (121111) Comportamento problemático, (121112) Dificuldade de concentração, (121113) Dificuldade de aprendizagem, (121114) Dificuldade para resolver problemas, (121115) Ataques de pânico, (121116) Apreensão verbalizada, (121117) Ansiedade verbalizada, (121118) Preocupação exagerada sobre eventos da vida, (121119) Pressão arterial aumentada, (121120) Frequência de pulsações aumentada, (121121) Frequência respiratória aumentada, (121122) Pupilas dilatadas, (121123) Sudorese, (121124) Tontura, (121115) Fadiga, (121126) Produtividade diminuída, (121127) Desempenho escolar diminuído, (121128) Introspecção, (121129) Distúrbios do padrão do sono, (121130) Mudanças no padrão intestinal, (121131) Mudanças no padrão alimentar.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Nível de Depressão (1208)</b> Definição: Gravidade do humor melancólico e perda de interesse pelos eventos da vida.	(120801) Humor depressivo, (120802) Perda de interesse pelas atividades, (120827) Eventos negativos de vida, (120803) Falta de prazer nas atividades, (120804) Concentração prejudicada, (120805) Culpa inadequada, (120828) Culpa excessiva, (120806) Fadiga, (120807) Sentimentos de desvalorização, (120808) Retardo psicomotor, (120829) Agitação psicomotora, (120809) Insônia, (120830) Hipersônia, (120810) Aumento de peso, (120831) Perda de peso, (120811) Aumento do apetite, (120832) Redução do apetite, (120835) Pensamentos recorrentes de morte, (120836) Pensamentos recorrentes de suicídio, (120813) Indecisão, (120814) Tristeza, (120815) Repentes de choro, (120816) Raiva, (120817) Desesperança, (120818) Solidão, (120819) Autoestima baixa, (120820) Libido diminuída, (120821) Nível de atividade diminuído, (120822) Falta de espontaneidade, (120823) Irritabilidade, (120833) Uso recreativo de drogas, (120834) Aumento do uso de álcool, (120825) Higiene ou apresentação pessoal insatisfatória.
	<b>Nível de Desconforto (2109)</b>	(210901) Dor, (210902) Ansiedade,



<p><b>ADICIONAL ASSOCIADO</b></p>	<p>Definição: Gravidade do desconforto mental ou físico observado ou relatado.</p>	<p>(210903) Lamúria, (210904) Sofrimento, (210905) Derrotismo, (210906) Estresse, (210907) Medo, (210908) Depressão, (210909) Alucinações, (210910) Ideias delirantes, (210911) Pensamentos paranoicos, (210912) Comportamentos obsessivo-compulsivos, (210913) Hiperatividade, (210914) Inquietação, (210915) Síndrome das pernas inquietas, (210916) Urticária, (210917) Dores musculares, (210918) Caretas, (210919) Tensão facial, (210920) Sensibilidade de rebote, (210921) Movimentos espasmódicos, (210922) Posição insatisfatória do corpo, (210923) Respiração difícil, (210924) Fome de ar, (210925) Perda do apetite, (210926) Calafrios, (210927) Hipotermia, (210928) Náusea, (210929) Vômito, (210930) Diarreia, (210931) Incontinência intestinal, (210932) Constipação, (210933) Incontinência urinária, (210934) Incapacidade de comunicar-se, (210935) Pensamentos suicidas, (210936) Perda da fé, (210937) Sensação de abandono espiritual.</p>
<p><b>ADICIONAL ASSOCIADO</b></p>	<p><b>Nível de Dor (2102)</b> Definição: Gravidade de dor observada ou relatada.</p>	<p>(210201) Dor relatada, (210204) Duração dos episódios de dor, (210221) Ato de esfregar a área afetada, (210217) Suspiros e choro, (210206) Expressões faciais de dor, (210208) Inquietação, (210222) Agitação, (210223) Irritabilidade, (210224) Encolhimento, (210225) Lacrimejamento, (210226) Diaforese, (210218) Passadas compassadas de um lado ao outro, (210219) Estreitamento do foco, (210209) Tensão muscular, (210215) Perda do apetite, (210227) Náusea, (210228) Intolerância aos alimentos, (210210) Frequência respiratória, (210211) Frequência cardíaca apical, (210220) Frequência pulsar radial, (210212) Pressão arterial, (210214) Transpiração.</p>
	<p><b>Nível de Fadiga (0007)</b> Definição: Gravidade da fadiga generalizada prolongada que foi observada ou relatada.</p>	<p>(000701) Exaustão, (000702) Estafa, (000703) Humor deprimido, (000704) Perda do apetite, (000705) Libido diminuída, (000706) Concentração prejudicada, (000707) Motivação diminuída, (000708) Dores de cabeça,</p>

<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>		(000709) Dor de garganta, (000710) Nódulos linfáticos sensíveis, (000711) Dor muscular, (000712) Dor nas articulações, (000713) Mal-estar pós-esforço, (000714) Nível de estresse, (000715) Atividades da vida diária, (000716) Atividades instrumentais da vida diária, (000717) Desempenho no trabalho, (000718) Desempenho no modo de vida, (000719) Qualidade do repouso, (000720) Qualidade do sono, (000721) Equilíbrio entre atividade e repouso, (000722) Estado de alerta, (000723) Hematócritos, (000724) Saturação de oxigênio, (000725) Função da tireóide, (000726) Função imunológica, (000727) Função neurológica, (000728) Metabolismo.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Orientação para a Saúde (1705)</b> Definição: Compromisso pessoal com comportamento de saúde como prioridades no estilo de vida.	(170501) Foco no bem-estar, (170514) Foco na manutenção de comportamentos de saúde, (170502) Foco na prevenção de doenças, (170503) Foco na manutenção do desempenho de papéis, (170504) Foco na manutenção das capacidades funcionais, (170505) Foco na adaptação a situações de vida, (170506) Foco no bem-estar geral, (170507) Expectativa de que o indivíduo é responsável por escolhas relativas à saúde, (170508) Percepção de que o comportamento de saúde é relevante à saúde individual, (170515) Percepção da importância de incorporar comportamentos de saúde a crenças culturais, (170512) Percepção de que a saúde é prioridade elevada nas escolhas do modo de vida.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<b>Peso: Massa Corporal (1006)</b> Definição: O quanto o peso do corpo e a gordura são coerentes com a altura, a estrutura, o gênero e a idade.	(100601) Peso, (100602) Espessura da dobra do tríceps, (100603) Espessura da dobra escapular, (100604) Proporção entre circunferência da cintura e do quadril (mulheres), (100605) Proporção entre a circunferência do pescoço e da cintura (homens), (100606) Percentual de gordura corporal, (100607) Percentil da circunferência da cabeça (criança), (100608) Percentil de altura (criança), (100609) Percentil de peso (criança).
<b>ADICIONAL</b>	<b>Resistência (0001)</b> Definição: Capacidade de sustentar a atividade.	(000101) Desempenho da rotina normal, (000102) Atividade, (000104) Concentração, (000106) Resistência muscular, (000107) Padrão alimentar, (000108) Libido, (000109) Energia

<b>ASSOCIADO</b>		restaurada após repouso, (000112) Nível de oxigênio no sangue, (000113) Hemoglobina, (000114) Hematócrito, (000115) Glicose do sangue, (000116) Eletrólitos séricos, (000110) Exaustão, (000111) Letargia, (000118) Fadiga.
<b>ADICIONAL ASSOCIADO</b>	<p><b>Tolerância a Atividade (0005)</b>  Definição: Respostas biológicas que consomem energia nas atividades da vida diária</p>	(000501) Saturação de oxigênio durante a atividade, (000502) Frequência de pulsos durante a atividade, (000503) Frequência respiratória durante a atividade, (000508) Facilidade de respirar durante a atividade, (000504) Pressão sanguínea sistólica durante a atividade, (000505) Pressão sanguínea diastólica durante a atividade, (000506) Achados do eletrocardiograma, (000507) Cor da pele, (000509) Ritmo ao andar, (000510) Distância da caminhada, (000511) Tolerância a subida de escadas, (000516) Força na porção superior do corpo, (000517) Força na porção inferior do corpo, (000518) Facilidade de realizar as atividades da vida diária (AVD), (000514) Capacidade de falar durante atividade física.

## ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMPESQ

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Miriam De Abreu Almeida

**Projeto Nº:** 21816

**Título:** APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Projeto aprovado quanto aos seus aspectos metodológicos, após atenção ao parecer da COMPESQ. Foi aprovado no Comitê de Ética do HCPA, conforme documento anexado.

## ANEXO B – CEP DO HCPA


**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 110601

**Data da Versão do Projeto:** 27/01/2012

**Data da Versão do TCLE:** 27/01/2012

**Pesquisadores:**

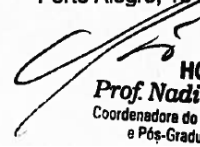
AMÁLIA FÁTIMA LUCENA  
 MARIA DO CARMO ROCHA LAURENT  
 SIMONE SILVEIRA PASIN  
 VANESSA KENNE LONGARAY  
 LUCIANA NABINGER MENNA BARRETO  
 BRUNA MOSER TORRES  
 MARCOS BARRAGAN DA SILVA  
 BRUNA PAULSEN PANATO  
 DAIANE DA ROSA MONTEIRO  
 DEBORAH HEIN SEGANFREDO  
 LISIANE PRUINELLI  
 MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

**Título:** APLICABILIDADE DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 13 de março de 2012.

  
**HCPA**  
**Prof. Nadine Clausell**  
 Coordenadora do Grupo de Pesquisa  
 e Pós-Graduação / HCPA