

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARINA RAFFIN BUFFON

**CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA  
NANDA INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE  
CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA**

Porto Alegre

2018

MARINA RAFFIN BUFFON

**CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA  
NANDA INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE  
CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Escola de Enfermagem da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul como requisito  
parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Profª Drª Amália de Fátima

Porto Alegre

2018

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann  
Vice-reitora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Fraga Tutikian

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gisela Maria Schebella Souto de Moura  
Vice-diretora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Agnes Olschowsky

### COMISSÃO DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Coordenadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Graziella Badin Aliti  
Coordenadora Substituta: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lilian Córdova do Espírito Santo

B929c Buffon, Marina Raffin

Correspondência entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA - International e os indicadores críticos do sistema de classificação de pacientes de Perroca. / Marina Raffin Buffon. – 2018. 70 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Amália de Fátima

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Sistema de Linguagem Padronizada. 2. Diagnósticos de Enfermagem. 3. Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca.  
I. Fátima, Amália de, orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Alex Miranda Santana CRB 10/2477

Escola de Enfermagem  
R. São Manoel, 963 - Rio Branco  
Porto Alegre/RS – CEP: 90620-110  
Tel.: (51) 3308-5171  
E-mail: eenf@ufrgs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ENFERMAGEM

A banca examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso intitulado **“CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA - INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA”**, elaborado por Marina Raffin Buffon, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Miriam de Abreu Almeida  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof.<sup>a</sup> Mestre. Ninon Girardon da Rosa  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Amália de Fátima  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Banca realizada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

## RESUMO

Estudo exploratório descritivo de mapeamento cruzado, que teve como objetivo analisar a correspondência entre as áreas de cuidado e os indicadores críticos que compõem o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (SCP) com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Este estudo foi realizado em duas unidades cirúrgicas e duas unidades clínicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) nos meses de agosto, outubro e dezembro de 2017. A coleta de dados foi retrospectiva em registros informatizados dos prontuários de pacientes adultos, em busca de diagnósticos de enfermagem, bem como no banco de dados do SCP de Perroca da instituição. Os dados foram analisados inicialmente por meio da estatística descritiva e com base nos achados do mapeamento cruzado das informações, utilizando-se cinco regras. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Foram analisados os registros de 132 leitos ativos, onde internaram um total de 680 pacientes. Estes demandaram um total de 334 diagnósticos de enfermagem, divididos em 58 diferentes categorias. A partir do SCP de Perroca, verificou-se que a maior parte dos leitos das unidades de internação foram categorizados como cuidados semi-intensivos e a maioria dos DE abertos para os pacientes nas unidades de estudo possuíam semelhança com diagnósticos de enfermagem elencados para pacientes de UTI. Os DEs encontrados foram mapeados em pelo menos uma área de cuidado SCP de Perroca, confirmando assim a correspondência entre ambos. A utilização do PE como norteador da prática clínica, amplia e favorece o raciocínio clínico do enfermeiro para a realização das ações necessárias para o cuidado e a sistematização do trabalho de enfermagem. Em vista disso, a utilização de sistemas de classificação de enfermagem promove o uso da linguagem padronizada, assim, tornando os conceitos da assistência reconhecidos por todos os profissionais de enfermagem.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca. Sistema de Linguagem Padronizada.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral .....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Processo de Enfermagem .....	10
3.2 Sistema de Classificação de Enfermagem NANDA-I.....	12
3.3 Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca .....	13
4 MÉTODO.....	16
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.2 Campo de estudo .....	16
4.3 População e amostra.....	17
4.4 Coleta de dados .....	17
4.5 Análise dos dados .....	18
4.6 Aspectos éticos .....	18
5 RESULTADOS .....	20
6 DISCUSSÃO.....	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS .....	50
ANEXO 1 – Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	56
ANEXO 2 – Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.....	57
ANEXO 3 – Carta de aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/UFRGS) ....	58
ANEXO 4 – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA .....	59

## 1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um método ou uma forma de pensamento que orienta o raciocínio clínico, bem como a tomada de decisão diagnóstica, de intervenção e de resultados de enfermagem. O PE possui como objetivo fundamentar a prática do profissional de Enfermagem, favorecendo o cuidado e a sistematização das condições necessárias para que ele seja realizado (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

A partir da aplicação o PE, verifica-se a importância de empregar termos que sejam reconhecidos internacionalmente para proporcionar benefícios à forma de trabalho dos profissionais da enfermagem, influenciando positivamente na prática clínica e na tomada de decisões sobre o cuidado profissional. Os termos padronizados na enfermagem compõem sistemas de classificação para descrever os elementos de sua prática, ou seja, o diagnóstico, intervenção e resultado de enfermagem. O uso dos mesmos proporciona autonomia ao enfermeiro no que diz respeito às atividades próprias da profissão, favorecendo o desenvolvimento e utilização do conhecimento na área. Assim, fomentando estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado (CUBAS; SILVA; ROSSOI, 2010).

Além disso, termos padronizados também podem auxiliar no estabelecimento da provisão de recursos humanos e materiais, no estabelecimento da expectativa de tempo gasto e custo para a realização de atividades de enfermagem, na melhora da documentação, principalmente na criação de prontuários eletrônicos e, conseqüentemente, no desenvolvimento de pesquisas que qualificam a prática clínica (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Assim, observa-se um aprofundamento do uso do PE, que, atualmente, inclui o uso de linguagens padronizadas internacionalmente, tais como a taxonomia de diagnósticos da *NANDA International* (NANDA-I); a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), o uso dessas classificações tem sido cada vez mais ampliado e investigado (FURUYA *et al.*, 2011).

Os sistemas de classificação de enfermagem possibilitam o cuidado em uma linguagem única e a descrição da enfermagem clínica. O PE, passou por uma longa evolução em sua história inicial, no qual percorreu por três gerações distintas. A partir da 3ª geração em 1990, os Sistemas de Classificação de Enfermagem, logo, começam a ser utilizados no ensino, na pesquisa e na prática clínica (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Além dos sistemas de classificação de linguagem padronizada de enfermagem, também se verifica a busca de atualização e do uso de outros instrumentos que visam auxiliar o gerenciamento do trabalho da enfermagem. Um destes é o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Perroca em 1998 e revisado e reconstruído em 2011, que possibilita identificar e classificar os pacientes em grupos ou categorias a partir das necessidades de cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

O SCP de Perroca analisa elementos do cuidado para avaliar aspectos do gerenciamento do processo de trabalho da enfermagem, com base na necessidade individual de cada paciente. Cabe destacar que tanto o PE como o SCP foram desenvolvidos com base no referencial teórico de Horta (1979). Perroca então, apresenta um instrumento composto por nove grandes áreas de cuidados, cada uma delas com indicadores e com pontuações para avaliação da carga de trabalho (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; PERROCA, 2011; CROSSETI; DÁVILA; DIAS, 2011).

A partir da década de 90, o SCP começou a ser utilizado e estudado mais fortemente e assim, tornou-se parte fundamental do gerenciamento das instituições hospitalares (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998).

Em vista disso, o COFEN (1996) publicou a resolução n.º 189/1996, onde recomenda que o SCP fosse aplicado exclusivamente por enfermeiros e determinou que o dimensionamento de pessoal de enfermagem teria como base o SCP como um indicador para avaliar a complexidade dos pacientes nas unidades hospitalares. Em 2004, esta norma foi revogada, gerando a atual Resolução COFEN n.º 293/2004 (COFEN, 1996; COFEN, 2004).

Diante disso, o SCP é aplicado por diversas instituições hospitalares brasileiras. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição onde se realiza o presente estudo, tanto o SCP de Perroca quanto o PE são utilizados na prática clínica pela equipe de enfermagem. O PE, utilizado no hospital desde a década de 1970 e informatizado a partir de 2000, sistematiza e organiza as questões relativas ao processo de cuidar.

No HCPA uma equipe de pesquisadores adaptou o SCP e desenvolveu um guia de orientações, a fim de adequar e aplicar esse instrumento às necessidades e especificidades da assistência de enfermagem no HCPA, minimizando a subjetividade do instrumento.

O PE é realizado diariamente, tendo como primeira etapa a coleta de dados e o Instrumento de Perroca é aplicado na última semana de cada mês, conforme calendário pré-estabelecido; ambos são realizados pelos enfermeiros no HCPA.



A coleta de dados para categorizar os pacientes a partir do SCP é feita todos os dias durante essa semana, onde a enfermeiro avalia o estado de saúde do paciente internado nas unidades clínicas e cirúrgicas, verificando assim, a complexidade do cuidado de cada paciente e, conseqüentemente, a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

Com base nessas premissas, e de acordo com as experiências práticas e acadêmicas no HCPA, constata-se que tanto o SCP como o PE são fundamentais para a avaliação da qualidade do atendimento de enfermagem. A partir da anamnese e exame físico dos pacientes e dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2015) são planejadas, implementadas e avaliadas as intervenções de enfermagem e, portanto, também podem fornecer dados para a avaliação da carga de trabalho e conseqüentemente, para o planejamento de recursos e informações para determinar custos dos serviços de enfermagem (LUCENA; BARROS,2005).

Sabe-se que os registros do PE são a descrição da assistência de enfermagem, os quais contêm os diagnósticos de enfermagem do paciente (NANDA-I 2015). Por isso tem-se como questão de pesquisa se os dados avaliados pelo SCP de Perroca, também poderiam ser extraídos dos registros do PE para a avaliação da carga de trabalho da equipe enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

Diante ao exposto, apresentam-se os objetivos a serem alcançados neste estudo.

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a correspondência entre as áreas de cuidado e os indicadores críticos que compõem o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.

### **2.2 Objetivos específicos**

a) identificar os escores de cada uma das áreas de cuidado que compõem o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca no HCPA;

b) identificar os diferentes diagnósticos de enfermagem da NANDA-I elencados para os pacientes avaliados pelos SCP de Perroca no HCPA.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Tendo em vista os objetivos da pesquisa e o intuito de alcançá-los, buscou-se um referencial teórico que abrangesse o Processo de Enfermagem, bem como a Classificação de Enfermagem NANDA-I e o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca.

#### 3.1 Processo de Enfermagem

Na época de Florence Nightingale, a mesma já utilizava o raciocínio clínico e pensamento crítico em suas observações para resolver os problemas de enfermagem. Observa-se em suas anotações indícios do conceito que atualmente se tem do PE (BARROS, 2015).

O PE é a metodologia utilizada para sistematizar e organizar a assistência de enfermagem, visando à otimização do cuidado e ao atendimento das necessidades do paciente, família e comunidade (DALLÉ; LUCENA, 2012).

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para a implantação do PE foi desenvolvido pela professora Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979). A autora define o Processo de Enfermagem como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (HORTA, 1979, p. 35).

O PE descrito por Horta foi desenvolvido a partir do modelo teórico baseado nas Necessidades Humanas Básicas (NHB) utilizadas por Maslow na Teoria da Motivação Humana (MASLOW, 1970). As NHB “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos, dos fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p. 39). Além das NHB de Maslow, Horta empregou a denominação de João Mohana, em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual.

Segundo a autora, dependendo do desequilíbrio, essas necessidades surgem com maior ou menor intensidade, requerendo resolução. Essas necessidades não são atuantes, porém permanecem sempre no indivíduo em estado de equilíbrio dinâmico (HORTA, 1979).

Em vista desses conceitos, Horta (1979) construiu a teoria das NHB, sendo as Necessidades Psicobiológicas com 18 subgrupos; as Necessidades Psicossociais com 17 subgrupos e as Necessidades Psicoespirituais com 2 subgrupos (QUADRO 1).

Quadro 1 - Classificações das Necessidades Humanas Básicas segundo Horta

<b>Necessidades Psicobiológicas</b>	<b>Necessidades Psicossociais</b>	<b>Necessidades Psicoespirituais</b>
Oxigenação Hidratação Eliminação Sono e Repouso Exercício e Atividade física Sexualidade Abrigo Mecânica corporal Motilidade Integridade cutâneo-mucosa Integridade física Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular Locomoção Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa Ambiente Terapêutica	Segurança Amor Liberdade Comunicação Criatividade Aprendizagem (educação à saúde) Gregária Recreação Lazer Espaço Orientação no tempo e espaço Aceitação Auto-realização Auto-estima Participação Auto-imagem Atenção	Religiosa ou teológica Ética ou de filosofia de Vida

Fonte: HORTA, 1979, p. 40.

Este método é um norteador do raciocínio clínico e da tomada de decisão e, devido à sua importância para a assistência de enfermagem, tem sido o principal meio utilizado para organizar o trabalho e orientar o cuidado profissional de enfermagem, além de promover a qualidade e a segurança no cuidado prestado (GARCIA; NOBREGA, 2009).

A importância da utilização do PE como metodologia para a prática assistencial de enfermagem, se deve ao fato de ser necessária sua aplicação como instrumento científico para o planejamento das ações de enfermagem, com o intuito de organizar o cuidado para atender as necessidades de saúde dos pacientes sob sua responsabilidade (SILVA *et al.*, 2011).

A partir da tomada de decisão do enfermeiro, é realizado a organização do gerenciamento do cuidado de enfermagem para o desenvolvimento de ações que pudessem oferecer segurança em sua prática assistencial. Sendo assim, o PE é constituído por cinco fases inter-relacionadas: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem, também é possível prevenir e solucionar problemas de saúde de pacientes, famílias e comunidades, de maneira organizada e qualificada (SANTOS, 2016).

O enfermeiro é amparado legalmente para seguir este referencial teórico, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção,

prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, podendo ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde (COFEN, 2007).

O COFEN (2009) publicou a Resolução 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, que subsidia o trabalho do enfermeiro em todos ambientes que ocorre o cuidado de enfermagem.

É nesta Resolução que ocorre a diferenciação entre SAE e PE. Essa Resolução considera que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Este, por sua vez, é compreendido como uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

### **3.2 Sistema de Classificação de Enfermagem NANDA-I**

Para caracterizar algo como ciência, a sua linguagem deve ser universalizada, sendo necessário para isso, o desenvolvimento de uma terminologia própria. Uma ciência começa a existir quando seus conceitos são aceitos e a denominação dos seus fenômenos começam a ser utilizados (TANNURE; CHIANCA; GARCIA, 2009).

A linguagem utilizada para descrever as atividades do enfermeiro pode mudar ao longo do tempo e em variados contextos culturais, resultando em diferentes interpretações de um mesmo fenômeno. Isto gera um obstáculo para a sistematização do cuidado e visibilidade da profissão como ciência (SILVA; MALUCELLI; CUBAS, 2008).

Os Sistemas de Linguagem Padronizada são instrumentos essenciais para o desenvolvimento de conhecimento e raciocínio clínico para a tomada de decisão na prática clínica do enfermeiro, assim oferecem subsídios para o profissional diagnosticar, intervir e avaliar os resultados de sua assistência (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

A partir disso, os sistemas de classificação de enfermagem começaram a se destacar na década de 50, quando modelos conceituais de enfermagem passaram a ser desenvolvidos, a fim de identificar os conceitos próprios da profissão. Estas classificações têm por objetivo estabelecer uma linguagem padronizada para descrever eventos da prática profissional do enfermeiro (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Existem inúmeros benefícios com a utilização das classificações de enfermagem, no qual esta possibilita que os conceitos em diferentes regiões e tempos diferentes sejam

semelhantes, bem como a comparação de dados entre populações. Além disso, também proporciona o estabelecimento da provisão de recursos humanos e materiais; estabelecimento da expectativa de tempo gasto e custo para a realização de atividades de enfermagem; melhora da documentação, sendo fundamental para a criação de prontuários eletrônicos (BARROS, 2015).

De acordo com Nóbrega e Silva (2009) uma nomenclatura padronizada traz benefícios tanto para a prática clínica como para o ensino e pesquisa, além de facilitar a comunicação, ao proporcionar conceitos que sejam comuns em todas as áreas da profissão.

A enfermagem conta com alguns sistemas de classificação cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do PE. Um dos mais conhecidos é a NANDA-I que vem sendo sistematicamente estudada e introduzida na maioria das Escolas de Enfermagem do Brasil (TANNURE; PINHEIRO, 2010; NANDA-I, 2015).

A Taxonomia da NANDA-I (2015) oferece a padronização da linguagem e também possibilita classificar e categorizar respostas humanas, problemas de saúde ou uma vulnerabilidade, direcionando a atenção do enfermeiro para cuidados de enfermagem relacionados a estas respostas, assegurando a individualização da assistência de enfermagem (OLIVEIRA, 2014).

Conforme a NANDA- I (2015, p. 25), o diagnóstico de enfermagem (DE) é definido como “julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade”.

Através da coleta de dados e o julgamento clínico, os enfermeiros conseguem elaborar hipóteses ou explicações sobre problemas reais ou potenciais, riscos e promoção da saúde. A partir disso, o enfermeiro possui capacidade para interpretar conceitos implícitos à profissão, permitindo à identificação de dados clínicos ou da elaboração de diagnósticos exatos (NANDA-I, 2015).

Em 2002, foi publicada a Taxonomia II da NANDA-I, que está estruturada em três níveis de abstração: domínios, classes e diagnósticos. Os diagnósticos de enfermagem podem ser reais ou potenciais, organizados por título, características definidoras e fatores relacionados (NANDA, 2015).

### **3.3 Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca**

O Sistema de Classificações de Pacientes é um método que determina o grau de dependência dos pacientes pelos cuidados de enfermagem, sendo capaz de medir as necessidades individuais dos pacientes e a assim, verificar a carga de trabalho da equipe de enfermagem (PERROCA, 2011).

Esse sistema de classificação fornece dados que subsidia o gerenciamento de recursos humanos e materiais, bem como a qualidade e segurança na assistência de enfermagem. Ademais, utilizar um método de classificação de pacientes proporciona a identificação das necessidades dos pacientes, facilitando a organização do cuidado individualizado de enfermagem para diferentes grupos de pacientes com necessidades específicas (SILVA; ECHER; MAGALHAES, 2016; PERROCA; GAIDZINSKI, 1998).

A utilização do SCP no trabalho administrativo do enfermeiro, auxilia na sofisticação de modelos empregados para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, em razão de demonstrar a variação do tempo médio de trabalho da enfermagem destinado aos pacientes classificados nos diferentes grupos ou categorias de cuidado, assim, promovendo a adequação das ferramentas utilizadas hoje em dia, para averiguar os custos da assistência prestada pela enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; PERROCA; GAIDZINSKI, 1998).

Com o objetivo de nortear a classificação de pacientes por tipo de cuidado, Perroca e Gaidzinski (1998) construíram um instrumento baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. Na elaboração do instrumento optaram por uma estruturação mediada pela avaliação de indicadores, baseados nas necessidades humanas básicas preconizadas por Horta (1979).

Esse instrumento possui uma lista de necessidades de cuidados de enfermagem, que no primeiro estudo, foi denominado indicadores críticos. Estes indicadores, quando associados entre si, identificam uma categoria de cuidado a que o paciente pertence, ou seja, cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998).

Os treze indicadores críticos não se restringem apenas à esfera biológica, mas consideram também a dimensão psicossocial do cuidado, uma vez que, se embasa no referencial das necessidades humanas básicas descritas por Wanda Horta. Os indicadores críticos considerados para compor o instrumento foram: Estado Mental e Nível de Consciência; Oxigenação; Sinais Vitais; Nutrição e Hidratação; Motilidade; Locomoção; Cuidado Corporal; Eliminações; Terapêutica; Educação à Saúde; Comportamento;

Comunicação e Integridade Cutâneo-Mucosa (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; HORTA, 1979).

Perroca em 2011, realizou a revisão do instrumento, atualização de conteúdo e renovação da estrutura, para incorporar novas tendências na área da saúde, gerenciamento e assistência de enfermagem.

Na proposta da nova versão, houve uma reorganização dos indicadores críticos considerando diferentes áreas de cuidado, para permitir a mensuração mais acurada da complexidade assistencial dos pacientes e dos recursos de enfermagem (PERROCA, 2011).

Assim, Perroca (2011) aprimorou o seu instrumento, que atualmente, conta com nove áreas de cuidado: Planejamento e coordenação do processo de cuidar; Investigação e monitoramento; Cuidado corporal e eliminações; Cuidado com pele e mucosas; Nutrição e hidratação; Locomoção e atividade; Terapêutica; Suporte emocional e Educação à saúde.

Cada uma das áreas de cuidado possui 4 indicadores e uma gradação de 1 a 4, apontando a intensidade crescente de complexidade assistencial. O paciente é classificado em todos os indicadores, em um dos quatro níveis, na opção que melhor descreva sua situação com relação à assistência de enfermagem. A somatória dos pontos correspondentes a cada um dos indicadores, proporciona a classificação do paciente em uma determinada categoria de cuidado, quais sejam (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998):

**Cuidados Mínimos (13 a 26)**, esta categoria representa pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

**Cuidados Intermediários (27 a 39)**, cuidado a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

**Cuidados Semi-Intensivos (40 a 52)**, pacientes crônicos ou não, estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

**Cuidados Intensivos (53 a 65)**, pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.



## 4 MÉTODO

A seguir apresenta-se o caminho metodológico adotado para alcançar os objetivos propostos.

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de mapeamento cruzado, que consiste num processo de explicar ou expressar algo pelo uso de palavras com significados semelhantes. Por isso, é útil na análise de linguagens não padronizadas quando comparadas às classificações de enfermagem, que utilizam termos uniformes (LUCENA; BARROS,2005; FERREIRA *et al.*,2016; MOORHEAD; DELANEY, 1997).

Para a utilização do mapeamento cruzado, há o estabelecimento de regras que podem ser utilizadas integralmente ou de acordo com as características necessárias do estudo em desenvolvimento. Por isso, foram estabelecidas para o mapeamento cruzado, as seguintes regras contidas no Quadro 2, abaixo (LUCENA; BARROS,2005; MOORHEAD; DELANEY, 1997):

Quadro 2 – Regras para mapeamento cruzado, Porto Alegre, 2018.

1. Mapear todas as áreas de cuidado e respectivos Indicadores Críticos do SCP de Perroca (2011) com cada um dos diferentes diagnósticos de enfermagem da NANDA-I disponíveis no sistema informatizado do HCPA;
2. Considerar os elementos que constituem cada um dos objetos de estudo (SCP e DEs NANDA-I); ou seja, elementos estruturais dos indicadores críticos de Perroca e os componentes dos DEs, título, definição, características definidoras, fatores relacionados ou de risco;
3. Utilizar palavras chaves para o processo, preferencialmente verbos, buscando similaridade entre eles em cada um dos elementos mapeados;
4. Mapear os indicadores críticos que utilizarem dois diferentes conceitos na sua composição em diferentes diagnósticos de enfermagem;
5. Identificar conceitos da SCP que, por qualquer motivo, não puderem ser mapeados nos DE.

Fonte: BUFFON, 2018

### 4.2 Campo de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O estudo foi conduzido nas unidades de internação clínica e cirúrgica.

### **4.3 População e amostra**

A população do estudo se constituiu em doze unidades do HCPA, sendo unidades clínicas e cirúrgicas. As unidades clínicas fazem parte do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN), e é composto por cinco unidades de internação para adultos, possuindo capacidade total de 191 leitos, para atendimento em várias especialidades. O Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) é composto por sete unidades de internação para adultos, localizados em diferentes unidades, com um total de 210 leitos.

A amostra foi intencional e composta dos registros dos pacientes internados em duas unidades clínicas (6º Norte e 4º Sul) e duas cirúrgicas (9º Norte e 9º Sul), referente a um período de três meses intercalados, considerando a sazonalidade climática. Os registros se referem aos diagnósticos de enfermagem em prontuário eletrônico e os resultantes do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca, que é aplicado mensalmente no hospital, na última semana de cada mês.

O 4º Sul possui 24 leitos, no qual atende pacientes de convênio e dispõe de leitos para pacientes da psiquiatria infantil e adolescentes. O 6º Norte possui 45 leitos e recebe pacientes clínicos das especialidades cardíaca, neurológica e pneumológica.

O 9º Sul possui 18 leitos e recebe pacientes para o pré e pós-operatório de cirurgias eletivas. Além disso, dispõe 2 leitos para pacientes da pediatria. O 9º Norte possui 45 leitos e recebe pacientes do pré e pós-operatório da cirurgia geral.

Estas unidades foram escolhidas pela diversidade de pacientes e por serem unidades que aplicam o Instrumento de Perroca, perfazendo um total de 132 leitos.

### **4.4 Coleta de dados**

Foi realizado uma coleta de dados retrospectiva em registros informatizados dos prontuários de pacientes adultos, em busca de diagnósticos de enfermagem, bem como no banco de dados do SCP de Perroca da instituição.

Para a coleta de diagnósticos de enfermagem, foi solicitado ao Serviço de Arquivos Médicos Informatizados (SAMIS), *queries*. A *query* é um levantamento de dados armazenados no sistema informatizado do HCPA. A solicitação é feita através de um formulário que deve ser preenchido pelo pesquisador e encaminhado para o SAMIS.

As informações contidas nas *queries* foram organizadas em planilhas no programa Microsoft Excel, contendo todos os leitos dos pacientes internados nas unidades do estudo, data da realização do SCP de Perroca, número do prontuário e diagnósticos de enfermagem.

Os dados do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca, bem como seus escores foram coletados através de planilhas encontradas no serviço de armazenamento e sincronização de arquivos online, Google Drive.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados foram analisados inicialmente por meio da estatística descritiva e com base nos achados do mapeamento cruzado das informações.

Para iniciar o mapeamento cruzado, foi necessário primeiramente organizar as informações contidas nas *queries* para identificação das informações necessárias e exclusão de elementos repetidos, e em seguida, dispor os dados no programa Microsoft Word prontos para mapear.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa segue o preconizado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), bem como a Resolução Normativa 01/97 da Comissão de Pesquisa e Ética em saúde/GPPG/HCPA, que dispõe sobre o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica

Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados, (ANEXO 1), e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO 2). Foi assegurada a manutenção do anonimato e sigilo das informações acessadas, além do compromisso de uso dos dados apenas para fins da pesquisa. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO 3), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob parecer 2.426.956 (ANEXO 4).

Os riscos previstos estão relacionados à utilização dos dados dos pacientes em prontuário e dados institucionais. Os benefícios referem-se à viabilidade de avaliação da carga de trabalho da enfermagem, a partir dos registros do Processo de Enfermagem já implementado aos pacientes, sem a necessidade de utilização de outro instrumento para tal.

## 5 RESULTADOS

Encontrou-se um total de 680 pacientes que internaram nas unidades 4º Sul, 9º Sul, 6º Norte e 9º Norte na última semana de cada mês do estudo. A Tabela 1 apresenta o número de internações ocorridas no mês de agosto, outubro e dezembro de 2017.

Tabela 1 – Número de pacientes internados na última semana dos meses de agosto, outubro e dezembro nas unidades 4º e 9º Sul, 6º e 9º Norte. Porto Alegre, 2018.

Mês	Nº DE PACIENTES				TOTAL
	4º SUL	9º SUL	6º NORTE	9º NORTE	
AGOSTO	35	62	70	71	238
OUTUBRO	22	61	65	67	215
DEZEMBRO	33	63	60	71	227
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>186</b>	<b>195</b>	<b>209</b>	<b>680</b>

Fonte: BUFFON, 2018

A Tabela 2 mostra a quantidade de diferentes diagnósticos de enfermagem abertos para os pacientes que internaram nas unidades 4º Sul, 9º Sul, 6º Norte e 9º Norte no período de estudo. Estas unidades contêm um total de 132 leitos, onde internaram 680 pacientes, para os quais foram estabelecidos um total de 334 diagnósticos de enfermagem.

Tabela 2 – Número de diferentes DE de pacientes internados na última semana de agosto, outubro e dezembro de 2017 para pacientes das unidades 4º Sul, 9º Sul, 6º Norte e 9º Norte. Porto Alegre, 2018.

UNIDADES	Nº DE DIFERENTES DE			TOTAL
	AGOSTO	OUTUBRO	DEZEMBRO	
4º SUL	32	18	28	<b>79</b>
9º SUL	20	13	12	<b>45</b>
6º NORTE	34	35	38	<b>107</b>
9º NORTE	34	35	34	<b>103</b>
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>101</b>	<b>112</b>	<b>334</b>

Fonte: BUFFON, 2018

A Tabela 3 representa o número de pacientes internados em cada unidade e mês do estudo, a média de diagnósticos de enfermagem abertos por paciente, bem como o número mínimo e máximo de diagnósticos de enfermagem que estes pacientes receberam no período total de internação.

Tabela 3 – Número de pacientes internados, número médio de diagnósticos de enfermagem por paciente, número mínimo e máximo de diagnósticos de enfermagem por internação, bem como o desvio padrão no mês de agosto, outubro e dezembro nas unidades de internação do estudo no ano de 2017. Porto Alegre, 2018.

<b>Unidade</b>	<b>Mês</b>	<b>Nº de pacientes</b>	<b>Média de DE por paciente</b>	<b>Nº Mínimo DE</b>	<b>Nº Máximo DE</b>	<b>Desvio Padrão</b>
4ª SUL	Agosto	35	2,72	1,0	8,0	1,78
	Outubro	22	2,47	1,0	6,0	1,12
	Dezembro	33	2,69	1,0	6,0	1,40
<b>TOTAL</b>		<b>90</b>	<b>2,65</b>	<b>1,0</b>	<b>8,0</b>	<b>1,50</b>
9ª SUL	Agosto	62	3,48	1,0	6,0	1,08
	Outubro	61	3,32	1,0	6,0	1,02
	Dezembro	63	3,10	1,0	5,0	1,10
<b>TOTAL</b>		<b>187</b>	<b>3,30</b>	<b>1,0</b>	<b>6,0</b>	<b>1,07</b>
6ª NORTE	Agosto	70	3,67	1,0	8,0	1,78
	Outubro	65	3,96	1,0	9,0	1,85
	Dezembro	60	3,55	1,0	8,0	1,91
<b>TOTAL</b>		<b>195</b>	<b>3,73</b>	<b>1,0</b>	<b>9,0</b>	<b>1,85</b>
9ª NORTE	Agosto	71	4,19	1,0	12,0	2,14
	Outubro	67	4,0	1,0	9,0	1,76

Dezembro	71	4,07	1,0	9,0	1,92
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>4,09</b>	<b>1,0</b>	<b>12,0</b>	<b>1,96</b>
TOTAL	680	3,58	1,0	12,0	1,72

Fonte: BUFFON, 2018

Na sequência do estudo se realizou um mapeamento cruzado entre os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com as nove áreas de cuidado e indicadores críticos do SCP de Perroca. Foram encontrados 58 diferentes diagnósticos de enfermagem no período de três meses nas quatro unidades de internação da amostra. Estes diagnósticos estão organizados de acordo com os domínios a que eles pertencem na NANDA-I, bem como nas NHB de Horta e seus subgrupos, conforme adotado no sistema informatizado de diagnóstico e prescrição de enfermagem do HCPA.

Todos os DE foram mapeados na 1ª grande área de cuidado do SCP de Perroca, ou seja, planejamento e coordenação do processo de cuidar, uma vez que, fazem parte da elaboração, planejamento, manutenção e revisão da SAE; considerando-se aqui a 2ª etapa do PE, ou seja, os DE. Por isso, optou-se, por não adicionar esta área de cuidado no quadro de mapeamento cruzado (Quadro 3).

Os diagnósticos de enfermagem Percepção visual e auditiva alterada, Síndrome do déficit do autocuidado, Perfusão tissular ineficaz: Cardiopulmonar, Processo de pensamento Alterado não fizeram parte da lista de DE do quadro de mapeamento cruzado, uma vez que estes diagnósticos não estão contemplados na NANDA-I. Estes DE foram desenvolvidos por pesquisadores e enfermeiros do HCPA a fim de melhorar e qualificar a assistência de enfermagem.

Quadro 3 - Mapeamento cruzado entre os diagnósticos de enfermagem e as nove áreas de cuidado e seus Indicadores Críticos de Perroca, considerando o Domínio da NANDA-I, e subgrupo das NHB de Horta onde cada DE está inserido. Porto Alegre, 2018.

<b>Domínio da NANDA-I: Promoção da saúde</b>			
NHB e SubG	Diagnósticos de Enfermagem	Área de cuidado/Perroca	Indicador crítico/Perroca
NHB: Psicossocial SubG: Recreação/lazer	Atividade de recreação deficiente	Suporte emocional	Diminuição de interesse por atividades. Paciente requer conversação devido a preocupações com tratamento e hospitalização.

NHB: Psicossocial SubG: Educação para saúde/aprendizagem	Comportamento de saúde propenso a risco	Suporte emocional	Paciente requer conversação e apoio psicológico, recusa cuidados de atenção à saúde e problemas psicossociais.
		Educação à saúde	Dificuldade de compreensão
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Proteção ineficaz	Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; mudança de decúbito; troca de curativos
		Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Atuação da enfermagem
		Locomoção e atividade	Auxílio, supervisão; Atuação da enfermagem para deambular; passagem da cama para cadeira; transporte dentro da unidade.
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos;
<b>Domínio da NANDA-I: Nutrição</b>			
NHB: Psicobiológica SubG: Nutrição	Deglutição prejudicada	Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação.
NHB: Psicobiológica SubG: Nutrição	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação.
		Investigação e monitoramento	Pesagem e outras medidas antropométricas; Escalas de mensuração
		Cuidado corporal e eliminações	Necessita auxílio; Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Suporte emocional	Apoio psicológico
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação hormonal	Risco de glicemia instável	Investigação e monitoramento	Pesagem e outras medidas antropométricas;
		Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio;



		Educação à saúde	Orientações aos pacientes com dificuldade de compreensão, resistência às informações recebidas e auto-cuidado.
NHB: Psicobiológica SubG: Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Cuidado corporal e eliminações	Necessita auxílio; Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para hidratação.
		Investigação e monitoramento	Pesagem e outras medidas antropométricas;
		Terapêutica	Diálise peritoneal; cuidados com cateter de hemodiálise
NHB: Psicobiológica SubG: Nutrição	Volume de líquidos deficiente	Investigação e monitoramento	SVS; Pesagem;
		Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Mudança de decúbito
		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para hidratação.
		Terapêutica	Colocação e troca de infusões
NHB: Psicobiológica SubG: Nutrição	Risco de volume de líquidos desequilibrado	Investigação e monitoramento	SVS; Pesagem e outras medidas antropométricas;
		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para hidratação.
		Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Mudança de decúbito; Troca de curativo.
		Terapêutica	Medicação. Colocação e troca de infusões
NHB: Psicobiológica	Volume de líquidos excessivo	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Pesagem; Auxílio em exames diagnósticos e

SubG: Nutrição			terapêuticos; Cuidados com ventilação não invasiva.
		Terapêutica	Oxigenioterapia; diálise, cuidados com cateter central e de hemodiálise. Medicação. Colocação e troca de infusões.
		Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
<b>Domínio da NANDA-I: Eliminação/Troca</b>			
NHB: Psicobiológica SubG: Eliminação	Eliminação urinaria prejudicada	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto.
NHB: Psicobiológica SubG: Eliminação	Constipação	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; escalas de mensuração; Auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos; Pesagem e outras medidas antropométricas.
		Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Uso de cateteres para nutrição e hidratação
		Suporte emocional	Paciente requer suporte psicológico devido à presença de apatia, diminuição de interesse por atividades.
		Terapêutica	Medicação. Colocação e troca de infusões
NHB: Psicobiológica SubG: Eliminação	Risco de constipação	Cuidado corporal e eliminações	Necessita auxílio; Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Uso de cateteres para nutrição e hidratação
		Suporte emocional	Paciente requer suporte psicológico devido à presença de apatia, diminuição de interesse por atividades.

		Terapêutica	Medicação. Colocação e troca de infusões
NHB: Psicobiológica SubG: Eliminação	Diarreia	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; escalas de mensuração;
		Suporte emocional	Presença de ansiedade
		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Cuidado com cateteres para nutrição e hidratação.
NHB: Psicobiológica SubG: Eliminação	Incontinência intestinal	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Mudança de decúbito.
NHB: Psicobiológica SubG: Oxigenação	Troca de gases prejudicada	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos; Cuidados com ventilação não invasiva
		Terapêutica	Oxigenioterapia
<b>Domínio da NANDA-I: Atividade/Repouso</b>			
NHB: Psicobiológica SubG: Sono e repouso	Insônia	Suporte emocional	Presença de ansiedade; Suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança e diminuição do interesse por atividades.
		Terapêutica	Medicação
NHB: Psicobiológica SubG: Sono e repouso	Padrão de sono prejudicado	Suporte emocional	Paciente requer conversação devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e hospitalização.
NHB: Psicobiológica SubG: Atividade física	Mobilidade física prejudicada	Locomoção e atividade	Auxílio, supervisão; Atuação da enfermagem para deambular; passagem da cama para cadeira; transporte dentro da unidade.
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Escalas de mensuração.
		Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Mudança de decúbito.

		Suporte emocional	Presença de ansiedade. Suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança e diminuição do interesse por atividades.
NHB: Psicobiológica SubG: Atividade física	Fadiga	Suporte emocional	Presença de ansiedade; Suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança, diminuição do interesse por atividades.
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambulação; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação vascular	Débito cardíaco diminuído	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Pesagem; auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos (<50min).
		Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambulação; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade
		Terapêutica	Oxigenioterapia; uso de drogas vasoativas; cuidados com cateter central.
NHB: Psicobiológica SubG: Atividade física	Intolerância à atividade	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Saturação de O <sub>2</sub> ; Cuidados com ventilação não invasiva.
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade
		Terapêutica	Oxigenioterapia
NHB: Psicobiológica SubG: Oxigenação	Padrão respiratório ineficaz	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Escalas de mensuração; Cuidados com ventilação não invasiva
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte

			dentro da unidade.
		Terapêutica	Oxigenioterapia
		Suporte emocional	Presença de ansiedade
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação neurológica	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos.
		Terapêutica	Medicação
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação vascular	Perfusão tissular ineficaz: periférica	Educação à saúde	Orientações ao paciente com dificuldade de compreensão;
		Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Mudança de decúbito.
NHB: Psicobiológica SubG: Oxigenação	Ventilação espontânea prejudicada	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Cuidados com ventilação não invasiva
		Terapêutica	Oxigenioterapia
NHB: Psicobiológica SubG: Cuidado corporal	Déficit no autocuidado: banho e ou higiene	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Suporte emocional	Presença de ansiedade
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Escalas de mensuração
NHB: Psicobiológica SubG: Cuidado corporal	Déficit no autocuidado: alimentação	Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação
		Suporte emocional	Presença de ansiedade
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Escalas de mensuração
<b>Domínio da NANDA-I: Percepção/Cognição</b>			
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação neurológica	Negligência unilateral	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira.
		Educação à saúde	Barreiras de comunicação; dificuldade de compreensão;
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação Neurológica	Confusão aguda	Educação à saúde	Orientações ao paciente com dificuldade de compreensão.

NHB: Psicossocial SubG: Educação para saúde/aprendizagem	Conhecimento deficiente	Educação à saúde	Orientações ao paciente com barreiras de comunicação, dificuldade de compreensão,
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação Neurológica	Memória prejudicada	Investigação e monitoramento	Auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos
		Terapêutica	Oxigenioterapia
		Educação à saúde	Orientações ao paciente com dificuldade de compreensão.
		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para hidratação
NHB: Psicossocial SubG: Comunicação	Comunicação verbal prejudicada	Educação à saúde	Orientações ao paciente com barreiras de comunicação.
<b>Domínio da NANDA-I: Papéis e relacionamentos</b>			
NHB: Psicossocial SubG: Auto-realização	Risco de vínculo prejudicado	Suporte emocional	Paciente requer conversação devido à presença de ansiedade
NBH: Psicossocial SubG: Gregária	Interação social prejudicada	Suporte emocional	Apoio psicológico.
		Educação à saúde	Orientações ao paciente e família: Barreiras de comunicação, dificuldade de compreensão,
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambular;
<b>Domínio da NANDA-I: Enfrentamento/Tolerância ao Estresse</b>			
NHB: Psicossocial SubG: Segurança emocional	Ansiedade	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Saturação de O <sub>2</sub> ; Escalas de mensuração
		Suporte emocional	Paciente requer conversação devido à presença de ansiedade, angústia e solicitações contínuas; Apoio psicológico
		Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Educação à saúde	Orientações ao paciente com dificuldade de compreensão e barreiras de comunicação.
NHB: Psicossocial SubG: Segurança	Medo	Suporte emocional	Presença de ansiedade; Apoio psicológico

emocional		Educação à saúde	Orientações ao paciente com barreiras na comunicação; dificuldade de compreensão
		Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Saturação de O <sub>2</sub> ; Escalas de mensuração
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação Neurológica	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; escalas de mensuração; Auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos; Controle PIC
		Locomoção e atividade	Atuação da enfermagem para deambulação; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade.
<b>Domínio da NANDA-I: Princípios da Vida</b>			
NHB: Psicoespiritual SubG: Religiosidade, Ética	Sofrimento espiritual	Suporte emocional	Presença de ansiedade, angústia, desesperança; Diminuição no interesse por atividades;
<b>Domínio da NANDA-I: Segurança/Proteção</b>			
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de infecção	Educação à saúde	Orientações aos pacientes com dificuldade de compreensão e autocuidado.
		Cuidado com pele e mucosas	Troca de curativos
		Terapêutica	Cuidados com cateter central e de hemodiálise
NHB: Psicobiológica SubG: Oxigenação	Desobstrução ineficaz das vias aéreas	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; Saturação de O <sub>2</sub> ; Desobstrução das vias aéreas; Cuidados com ventilação não invasiva
		Terapêutica	Oxigenioterapia
NHB: Psicobiológica SubG: Integridade cutâneo-mucosa	Integridade da pele prejudicada	Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Troca de curativo; Mudança de decúbito.
		Investigação e monitoramento	Sinais vitais

		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação
NHB: Psicobiológica SubG: Integridade cutâneo-mucosa	Integridade tissular prejudicada	Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Troca de curativo; Mudança de decúbito.
		Nutrição e hidratação	Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação
		Locomoção e atividade	Auxílio; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade.
NHB: Psicobiológica SubG: Integridade cutâneo-mucosa	Risco de integridade da pele prejudicada	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto
		Locomoção e atividade	Auxílio; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade.
		Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação.
		Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; mudança de decúbito
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de lesão pelo posicionamento perioperatório	Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; Mudança de decúbito
		Locomoção e atividade	Auxílio; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade.
NHB: Psicobiológica SubG: Integridade cutâneo-mucosa	Mucosa oral prejudicada	Nutrição e hidratação	Orientação, supervisão e auxílio; Atuação da enfermagem; Uso de cateteres para nutrição e hidratação.
		Cuidado com pele e mucosas	Orientação de medidas preventivas; Troca de curativo
		Investigação e	Sinais vitais; Escalas de



		monitoramento	mensuração.
		Educação à saúde	Orientações ao paciente com barreira de comunicação e dificuldade de compreensão. Orientações sobre autocuidado.
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de quedas	Locomoção e atividade	Auxílio, orientação e supervisão; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade
		Educação à saúde	Orientações ao paciente com dificuldade de compreensão; Orientações sobre autocuidado. Orientações na admissão e pré e pós-operatório.
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação vascular	Risco de sangramento	Locomoção e atividade	Auxílio, orientação e supervisão; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira;
		Educação à saúde	Orientações sobre pré e pós-operatório; procedimentos;
NHB: Psicobiológica SubG: Integridade cutâneo-mucosa	Risco de lesão por pressão	Cuidado com pele e mucosas	Medidas preventivas; mudança de decúbito;
		Locomoção e atividade	Auxílio; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade.
		Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de higiene e conforto;
NBH: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de trauma	Locomoção e atividade	Auxílio, orientação e supervisão; Atuação da enfermagem para deambular; Passagem da cama para cadeira; Transporte dentro da unidade
		Educação à saúde	Orientações ao paciente com barreiras na comunicação, dificuldade

			de compreensão;
		Suporte emocional	Apoio psicológico
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação vascular	Risco de trauma vascular	Terapêutica	Colocação e troca de infusões; cuidados com cateter central e de hemodiálise.
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de suicídio	Suporte emocional	Conversa devido à presença de ansiedade, angústia, ou queixas e solicitações contínuas; Suporte psicológico devido à apatia, desesperança, diminuição de interesse por atividades, problemas psicossociais.
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de resposta alérgica	Terapêutica	Medicação
		Educação à saúde	Orientações ao paciente na admissão; Procedimentos.
NHB: Psicobiológica SubG: Segurança física/meio ambiente	Risco de resposta alérgica ao látex	Educação à saúde	Orientações ao paciente na admissão; pré e pós-operatório; procedimentos.
NHB: Psicobiológica SubG: Regulação térmica	Hipertermia	Investigação e monitoramento	Sinais vitais;
		Terapêutica	Medicação
<b>Domínio da NANDA-I: Conforto</b>			
NHB: Psicobiológica SubG: Percepção dos órgãos dos sentidos	Conforto prejudicado	Cuidado corporal e eliminações	Atuação da enfermagem para atividades de conforto.
		Suporte emocional	Presença de ansiedade, angústia ou queixas e solicitações contínuas. Conversa devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e hospitalização.
NHB: Psicobiológica SubG: Percepção dos órgãos dos sentidos.	Dor aguda	Investigação e monitoramento	Sinais vitais, escala de mensuração
		Suporte emocional	Presença de desesperança.
NHB: Psicobiológica SubG: Percepção dos	Dor crônica	Investigação e monitoramento	Sinais vitais; escala de mensuração

órgãos dos sentidos	Locomoção e atividade	Auxílio, encorajamento, Atuação da enfermagem para deambular, passagem da cama para cadeira.
	Suporte emocional	Paciente requer conversação em relação à doença, tratamento e hospitalização; Suporte psicológico.

Fonte: BUFFON, 2018

\*NHB = Necessidades Humanas Básicas.

\*\*SubG = Subgrupo onde o DE está inserido no sistema HCPA.

Os quadros abaixo apresentam a quantidade de leitos avaliados na última semana de cada mês e o número de pacientes internados nesta semana. Além disso, também mostram o percentual de leitos que foram classificados nas categorias de cuidados no mês de agosto, outubro e dezembro de 2017. Vale lembrar que para classificar o leito em uma das categorias de cuidado, conforme o Instrumento de Perroca (2011), a pontuação mínima deve ser de 13 pontos e máxima de 65 pontos. Através do instrumento, o leito pode ser classificado como cuidados mínimos (13-26), intermediários (27-39), semi-intensivos (40-52) e intensivos (53-65). Os quadros abaixo mostram o percentual de leitos classificados nas categorias de cuidado.

Quadro 4 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 4º sul no mês de agosto de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
20,6	35	7,8%	44,7%	35,0%	12,6%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
1. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: RENAL 2. ANSIEDADE 3. CONFORTO PREJUDICADO 4. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO 5. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE 6. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA 7. DIARRÉIA 8. DOR AGUDA 9. DOR CRÔNICA 10. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA 11. HIPERtermia 12. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA					

13. INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
14. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
15. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
16. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
17. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: CARDIOPULMONAR
18. PROTEÇÃO INEFICAZ
19. RISCO DE AGRESSÃO
20. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL
21. RISCO DE INFECÇÃO
22. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
23. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO
24. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO
25. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
26. RISCO DE QUEDAS
27. RISCO DE SANGRAMENTO
28. RISCO DE SUICÍDIO
29. RISCO PARA DISFUNÇÃO VASCULAR
30. RISCO PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PREJUDICADA
31. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO
32. TROCA DE GASES PREJUDICADA

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 5 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 4º Sul no mês de outubro de 2017.

Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
17,6	22	5,7%	48,9%	33,0%	12,5%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: RENAL</li> <li>2. ANSIEDADE</li> <li>3. CONFORTO PREJUDICADO</li> <li>4. DIARRÉIA</li> <li>5. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA</li> <li>6. DOR AGUDA</li> <li>7. DOR CRÔNICA</li> <li>8. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</li> <li>9. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</li> <li>10. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS</li> <li>11. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</li> <li>12. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL</li> <li>13. RISCO DE INFECÇÃO</li> <li>14. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO</li> <li>15. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</li> <li>16. RISCO DE QUEDAS</li> <li>17. RISCO DE SANGRAMENTO</li> <li>18. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO</li> </ol>					

Quadro 6 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 4º Sul no mês de dezembro de 2017.

Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
19,4	35	0	16,5%	72,2%	11,3%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE SEGUNDO PERROCA					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: RENAL</li> <li>2. ANSIEDADE</li> <li>3. CONFORTO PREJUDICADO</li> <li>4. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE</li> <li>5. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA</li> <li>6. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS</li> <li>7. DIARRÉIA</li> <li>8. DOR AGUDA</li> <li>9. DOR CRÔNICA</li> <li>10. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</li> <li>11. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</li> <li>12. INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA</li> <li>13. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</li> <li>14. NEGLIGÊNCIA UNILATERAL</li> <li>15. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS</li> <li>16. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</li> <li>17. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</li> <li>18. PROTEÇÃO INEFICAZ</li> <li>19. RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS</li> <li>20. RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO</li> <li>21. RISCO DE INFECÇÃO</li> <li>22. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO</li> <li>23. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</li> <li>24. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ</li> <li>25. RISCO DE QUEDAS</li> <li>26. RISCO DE SANGRAMENTO</li> <li>27. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO</li> <li>28. SOFRIMENTO ESPIRITUAL</li> </ol>					

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 7 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 9º sul no mês de agosto de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
15,6	62	2,6%	24,4%	73,1%	0
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANSIEDADE</li> <li>2. CONFORTO PREJUDICADO</li> <li>3. CONFUSÃO AGUDA</li> <li>4. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE</li> </ol>					

5. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
6. DOR AGUDA
7. DOR CRÔNICA
8. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA
9. INCONTINÊNCIA INTESTINAL
10. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
11. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA
12. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
13. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
14. RISCO DE INFECÇÃO
15. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
16. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO
17. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO
18. RISCO DE QUEDAS
19. RISCO DE TRAUMA
20. VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 8 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 9º sul no mês de outubro de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
12,0	61	2,1%	6,3%	87,5%	4,2%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANSIEDADE</li> <li>2. ATIVIDADE RECREATIVA DEFICIENTE</li> <li>3. CONFORTO PREJUDICADO</li> <li>4. DOR AGUDA</li> <li>5. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</li> <li>6. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</li> <li>7. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA</li> <li>8. RISCO DE INFECÇÃO</li> <li>9. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO</li> <li>10. RISCO DE QUEDAS</li> <li>11. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX</li> <li>12. RISCO PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PREJUDICADA</li> <li>13. VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE</li> </ol>					

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 9 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 9º sul no mês de dezembro de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
11,2	63	0	21,4%	75,0%	3,6%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					

1. ANSIEDADE
2. ATIVIDADE RECREATIVA DEFICIENTE
3. CONFORTO PREJUDICADO
4. DOR AGUDA
5. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA
6. PERCEPÇÃO AUDITIVA ALTERADA
7. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA
8. RISCO DE INFECÇÃO
9. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO
10. RISCO DE QUEDAS
11. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA
12. VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 10 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 6º norte no mês de agosto de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
44,4	70	0	13,1%	55,0%	32,0%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: RENAL</li> <li>2. ANSIEDADE</li> <li>3. ATIVIDADE RECREATIVA DEFICIENTE</li> <li>4. CONFORTO PREJUDICADO</li> <li>5. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO</li> <li>6. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAÇÃO</li> <li>7. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE</li> <li>8. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA</li> <li>9. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS</li> <li>10. DOR AGUDA</li> <li>11. DOR CRÔNICA</li> <li>12. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</li> <li>13. FADIGA</li> <li>14. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</li> <li>15. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</li> <li>16. INTOLERÂNCIA à ATIVIDADE</li> <li>17. MEDO</li> <li>18. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</li> <li>19. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS</li> <li>20. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</li> <li>21. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL</li> <li>22. RISCO DE INFECÇÃO</li> <li>23. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</li> <li>24. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO</li> <li>25. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</li> <li>26. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ</li> <li>27. RISCO DE QUEDAS</li> <li>28. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA</li> </ol>					

- |  |
|--|
| 29. RISCO DE SANGRAMENTO                       |
| 30. RISCO PARA DISFUNÇÃO VASCULAR              |
| 31. RISCO PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PREJUDICADA |
| 32. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO         |
| 33. TROCA DE GASES PREJUDICADA                 |
| 34. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA          |

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 11 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 6º norte no mês de outubro de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
45,0	65	0	14,2%	62,7%	23,1%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
1. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: RENAL 2. ANSIEDADE 3. COMUNICAÇÃO PREJUDICADA 4. CONFORTO PREJUDICADO 5. CONFUSÃO AGUDA 6. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO 7. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE 8. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA 9. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS 10. DOR AGUDA 11. DOR CRÔNICA 12. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA 13. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA 14. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA 15. MEDO 16. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA 17. NEGLIGÊNCIA UNILATERAL 18. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS 19. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ 20. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA 21. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL 22. RISCO DE INFECÇÃO 23. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA 24. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO 25. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO 26. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ 27. RISCO DE QUEDAS 28. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA 29. RISCO DE SANGRAMENTO 30. RISCO PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PREJUDICADA 31. RISCO PARA VÍNCULO PAIS / FILHOS ALTERADO 32. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO 33. TROCA DE GASES PREJUDICADA 34. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA					



## 35. VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 12 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 6º norte no mês de dezembro de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
44,2	60	0	22,2%	48,9%	29,0%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
1. ALTERAÇÃO NA PERFUSÃO TISSULAR: RENAL 2. ANSIEDADE 3. CONFORTO PREJUDICADO 4. CONFUSÃO AGUDA 5. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO 6. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE 7. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA 8. DIARRÉIA 9. DOR AGUDA 10. DOR CRÔNICA 11. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA 12. HIPERtermia 13. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA 14. INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA 15. MEDO 16. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA 17. MUCOSA ORAL PREJUDICADA 18. NEGLIGÊNCIA UNILATERAL 19. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS 20. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ 21. PERCEPÇÃO VISUAL ALTERADA 22. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: CARDIOPULMONAR 23. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA 24. PROCESSO DE PENSAMENTO ALTERADO 25. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL 26. RISCO DE INFECÇÃO 27. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA 28. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO 29. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO 30. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ 31. RISCO DE QUEDAS 32. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA 33. RISCO DE SANGRAMENTO 34. RISCO PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PREJUDICADA 35. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO 36. TROCA DE GASES PREJUDICADA 37. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA 38. VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE					

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 13 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 9º norte no mês de agosto de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
43,0	71	11,2%	56,7%	29,3%	2,8%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
1. ANSIEDADE 2. CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA 3. CONFORTO PREJUDICADO 4. CONSTIPAÇÃO 5. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE 6. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA 7. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS 8. DOR AGUDA 9. DOR CRÔNICA 10. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA 11. INCONTINÊNCIA INTESTINAL 12. INSÔNIA 13. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA 14. MEMÓRIA PREJUDICADA 15. NEGLIGÊNCIA UNILATERAL 16. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS 17. PADRÃO DE SONO PREJUDICADO 18. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ 19. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA 20. RISCO DE CONSTIPAÇÃO 21. RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS 22. RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO 23. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL 24. RISCO DE INFECÇÃO 25. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO 26. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO 27. RISCO DE QUEDAS 28. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA 29. RISCO DE SANGRAMENTO 30. RISCO DE TRAUMA 31. RISCO PARA DISFUNÇÃO VASCULAR 32. RISCO PARA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PREJUDICADA 33. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO 34. TROCA DE GASES PREJUDICADA					

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 14 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 9º norte no mês de outubro de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
41,6	67	5,3%	26,9%	51,9%	15,9%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
1. ANSIEDADE 2. CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA 3. CONFORTO PREJUDICADO 4. CONHECIMENTO DEFICIENTE 5. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO 6. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE 7. DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA 8. DOR AGUDA 9. DOR CRÔNICA 10. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA 11. INCONTINÊNCIA INTESTINAL 12. INSÔNIA 13. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA 14. MEMÓRIA PREJUDICADA 15. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA 16. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS 17. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ 18. PERCEPÇÃO VISUAL ALTERADA 19. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: CARDIOPULMONAR 20. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA 21. PROTEÇÃO INEFICAZ 22. RISCO DE CONSTIPAÇÃO 23. RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS 24. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL 25. RISCO DE INFECÇÃO 26. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO 27. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO 28. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ 29. RISCO DE QUEDAS 30. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA 31. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX 32. RISCO DE SANGRAMENTO 33. RISCO PARA DISFUNÇÃO VASCULAR 34. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO 35. VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA					

Fonte: BUFFON, 2018

Quadro 15 - Número médio de leitos avaliados, número de pacientes internados e percentual de classificação nas quatro categorias de cuidado na unidade 9º norte no mês de dezembro de 2017. Porto Alegre, 2018.

Média de leitos avaliados	Nº de pacientes	CATEGORIAS DE CUIDADO SEGUNDO PERROCA			
		Mínimo	Intermediário	Semi-intensivo	Intensivo
44,4	71	7,2%	32,4%	40,5%	19,8%
DIFERENTES DEs ESTABELECIDOS NA UNIDADE					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANSIEDADE</li> <li>2. CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA</li> <li>3. COMPORTAMENTO DE SAÚDE PROPENSO A RISCO</li> <li>4. CONFORTO PREJUDICADO</li> <li>5. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAÇÃO</li> <li>6. DÉFICIT NO AUTOCUIDADO: BANHO E OU HIGIENE</li> <li>7. DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS</li> <li>8. DOR AGUDA</li> <li>9. DOR CRÔNICA</li> <li>10. ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA</li> <li>11. INCONTINÊNCIA INTESTINAL</li> <li>12. INSÔNIA</li> <li>13. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</li> <li>14. INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA</li> <li>15. MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA</li> <li>16. NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOR QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS</li> <li>17. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ</li> <li>18. PERCEPÇÃO AUDITIVA ALTERADA</li> <li>19. PERCEPÇÃO VISUAL ALTERADA</li> <li>20. PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: PERIFÉRICA</li> <li>21. PROTEÇÃO INEFICAZ</li> <li>22. RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL</li> <li>23. RISCO DE INFECÇÃO</li> <li>24. RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA</li> <li>25. RISCO DE LESÃO PELO POSICIONAMENTO PERIOPERATÓRIO</li> <li>26. RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO</li> <li>27. RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ</li> <li>28. RISCO DE QUEDAS</li> <li>29. RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA</li> <li>30. RISCO DE SANGRAMENTO</li> <li>31. RISCO PARA DISFUNÇÃO VASCULAR</li> <li>32. SÍNDROME DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO</li> <li>33. SOFRIMENTO ESPIRITUAL</li> <li>34. VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO</li> </ol>					

Fonte: BUFFON, 2018

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo comparou os diferentes diagnósticos de enfermagem encontrados num período de três meses e em quatro unidades de internação com as áreas de cuidado e indicadores críticos do SCP de Perroca. Para tanto, considerou-se 132 leitos ativos, onde internaram um total de 680 pacientes.

Estas internações ocorridas num período de três meses intercalados demandaram um total de 334 diagnósticos de enfermagem, divididos em 58 diferentes categorias. Em relação aos resultados encontrados, estes são muito similares a pesquisas realizadas em unidades de internação clínicas e cirúrgicas, onde encontrou-se 337 diagnósticos de enfermagem e 48 categorias diagnósticas. Outro estudo conduzido em unidade clínico-cirúrgica apontou um total de 301 diagnósticos de enfermagem (VOLPATO; CRUZ, 2007; NOVAES; TORRES; OLIVA, 2015).

As unidades 6º Norte e o 9º Norte foram as unidades em que mais tiveram internações neste período, sendo assim, também apresentaram o maior número de diagnósticos de enfermagem estabelecidos. A unidade 9º Norte foi a unidade com maior número de DE estabelecido por paciente (média de 4,09/paciente). A média de DE por paciente ainda aparece na literatura de forma variada, pois há estudos com a amostra similar em que a média é de 10,6 DE por paciente e outros com média de 5,6 diagnósticos por paciente. Estudos mais recentes, porém, já demonstram que os enfermeiros tendem a priorizar os DE mais importantes para os pacientes e estabelece-os de forma mais acurada, o que talvez leve a uma menor média. Por isso, também se encontrou estudos desenvolvidos em UTI's, com média entre 8,5 diagnósticos de enfermagem por paciente e 4,6 diagnósticos por paciente (SALGADO *et al.*, 2012; LUCENA, 2006; VOLPATO; CRUZ, 2007; OLIVA, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016).

Ressalta-se ainda, que essas pesquisas trazem resultados de anos anteriores ao presente estudo, o que corrobora a ideia de que com o passar do tempo os enfermeiros tendem a ser mais específicos e mais rigorosos na abertura de um DE.

De acordo com Lucena (2006), a medida que o profissional de enfermagem desenvolve seu raciocínio clínico, aprimorando-se no uso de linguagens padronizadas e estando em constante atualização em relação a este tema, os enfermeiros se tornam mais experientes e capacitados em diagnosticar, constituindo diagnósticos mais precisos e acurados. Em consequência disso, o número de diagnósticos por paciente tende a diminuir ao longo do tempo.

Com base nos resultados do Quadro 3, foi verificado que 100% dos diagnósticos de enfermagem avaliados foram mapeados em pelo menos uma área de cuidado do SCP de Perroca, ou seja, a hipótese proposta por este estudo, se confirma. Os DE possuem similaridade com o SCP de Perroca.

Seguindo ainda nos resultados do Quadro 3, constatou-se que dos 58 DE encontrados, 49 referem-se às necessidades psicobiológicas, constituindo a maioria dos DE. Nas necessidades psicossociais foram abertos 8 DE e apenas um foi classificado nas necessidades psicoespirituais.

Com relação às necessidades psicossociais e psicoespirituais, percebe-se que a forma dos enfermeiros diagnosticarem ainda está centrada no modelo biomédico, no qual o foco principal está na doença, restringindo o indivíduo por “partes” individuais, embora o trabalho da enfermagem seja a manutenção da saúde em todas suas dimensões.

Cabe destacar que outros autores também encontraram um maior número de DE na área de necessidades psicobiológicas, relatando a dificuldade do enfermeiro em considerar o paciente como um ser biopsicossocial e espiritual. Acredita-se que a equipe de enfermagem possua como obstáculo abordar questões emocionais e espirituais possivelmente por priorizar os diagnósticos de enfermagem referentes à doença do paciente para então selecionar os cuidados de enfermagem pertinentes a estas necessidades, pois a demanda maior de trabalho da enfermagem está relacionada com as necessidades psicobiológicas (UBALDO; MATOS; SALUM, 2015; LUCENA, 2006).

Diante disso, para cada DE que está classificado nas necessidades psicossociais e psicoespirituais, foram mapeados, em média, em apenas 2 áreas de cuidado, exceto os DE “ansiedade” e “medo” que foram mapeados em 4 áreas de cuidado. O DE “ansiedade”, situado no domínio “Enfrentamento/Tolerância ao Estresse”, foi um dos DE da categoria psicossocial mais prevalente em um estudo de mapeamento cruzado na UTI. Isto se deve ao fato de ser um DE com uma ampla lista de características definidoras as quais a enfermagem tem como trabalho intervir (FERREIRA *et al.*, 2016).

Percebe-se a desproporção na quantidade de áreas de cuidado mapeadas com os DE referentes às necessidades psicobiológicas em comparação às necessidades psicossociais. As necessidades psicobiológicas foram mapeadas em média com quatro áreas de cuidado e as psicossociais foram mapeadas em média com duas áreas de cuidado do SCP de Perroca.

Entretanto, as áreas de cuidado e indicadores críticos do SCP de Perroca também possuem grande foco nas necessidades fisiológicas. Os indicadores críticos referem-se,

na sua maioria, a cuidados realizados pela equipe de enfermagem relacionados ao problema de saúde física do paciente. Exceto as áreas de cuidado “Suporte Emocional” e “Educação à Saúde”, que contemplam indicadores críticos que incluem cuidados como conversação, apoio psicológico e orientações ao paciente e familiar.

Vale lembrar que a coleta de dados faz parte da primeira etapa do PE. Esta por sua vez, é o componente principal para realizar o DE que é a segunda etapa do PE. O DE é um indicador das necessidades de cuidados de enfermagem, pois a partir do DE é que se pode apontar para cuidados prioritários que o paciente necessita (LUCIANO *et al.*, 2014).

A correlação do mapeamento cruzado entre os DE com o SCP de Perroca com a literatura pesquisada foi difícil, pois não há estudos que abordem a similaridade entre ambos, devido a esta pesquisa ser de caráter inovatório.

Ainda sobre o Quadro 3, no mapeamento cruzado, os DE encontrados foram divididos em domínios, conforme a NANDA-I, para melhor visualização.

Os domínios mais representados foram os de “Segurança/ Proteção”, com 16 diagnósticos e de “Atividade/Repouso”, com 12 diagnósticos, seguido de “Nutrição”, no qual foram encontrados 7 diagnósticos e o domínio “Eliminação e Troca”, com 6 diagnósticos de enfermagem abertos.

Em diversas pesquisas analisadas, encontraram-se resultados semelhantes a este estudo, com maior quantidade de DE abertos nestes domínios (FONTES; CRUZ, 2007; FIDELIS *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2010).

Os diagnósticos de enfermagem situados no domínio “Segurança/Proteção” demandam grande parte do tempo da equipe de enfermagem, devido a necessidade de cuidados específicos a estes DE decorrentes da gama de procedimentos invasivos que estes pacientes estão expostos e intervenções relacionadas a prevenção e tratamento de lesões tissulares e de pele.

O domínio “Atividade/Repouso” contém DE relacionados a locomoção e autocuidado estes por sua vez requerem grande parte dos cuidados da equipe de enfermagem, pois os pacientes com estes DE possuem grande dependência para a realização de suas atividades básicas. Alguns outros DE situados neste domínio são os diagnósticos voltados a respostas cardiovasculares e pulmonares, no qual através destes DE evidenciam um quadro clínico mais instável demandando assim mais atenção da equipe de enfermagem voltada para estes DE.

Em um estudo realizado em uma unidade de clínica médica, após a coleta de dados e exame físico foram encontrados 16 diagnósticos de enfermagem que mais se adequavam ao paciente de cuidados semi-intensivos, no qual estes DE encontrados foram os mesmos DE abertos para os pacientes internados nas unidades clínicas do estudo (RUFINO *et al.*, 2015).

Em uma pesquisa de revisão da literatura onde descreve os títulos diagnósticos identificados em uma UTI, os DE encontrados foram semelhantes ao encontrado nesta pesquisa. Neste estudo avaliado, os domínios que mais foram abertos DE foram “Atividade e Repouso” e “Segurança e Proteção” igualmente ao estudo presente. Assim, nota-se a similaridade entre os DE abertos em unidades de cuidado crítico como uma UTI, entre os DE que foram abertos em unidades de internação clínicas e cirúrgicas do HCPA. Esta semelhança parece estar associada em virtude das unidades de internação estudadas internarem pacientes, aparentemente, com maior grau de complexidade de cuidado do que outros locais, devido ao fato de ser um hospital referência em diversas áreas e especialidades clínicas e cirúrgicas (SOUZA *et al.*, 2010).

Verificou-se através deste estudo que os leitos das unidades de internação clínicas e cirúrgicas avaliadas foram, em grande parte, classificados como cuidados semi-intensivos em relação às demais categorias. Este resultado mostra a grande dependência em relação aos cuidados da equipe de enfermagem. A partir disso, este estudo demonstra que os pacientes internados nessas unidades necessitam de cuidados semi-intensivos, como evidencia vários DE.

Contudo, em unidades de internação tanto clínica como cirúrgica, não é esperado que os pacientes tenham este perfil de complexidade. Segundo Rufino *et al.* (2015), os pacientes internados em unidades clínicas eram classificados como cuidados mínimos. Entretanto, nos últimos tempos este perfil de complexidade dos pacientes tem se modificado, devido ao aumento do público idoso com doenças crônicas e com total dependência dos cuidados de enfermagem.

Nesta pesquisa, alguns DE encontrados já estabelecem inicialmente o perfil dos pacientes internados nas unidades de estudo, sobretudo os DE que denotam problemas cardíacos, respiratórios, danos na integridade da pele, mobilidade prejudicada, no qual estes e outros, demandam grande parte do tempo do trabalho da equipe de enfermagem, demonstrando a alta dependência dos pacientes à enfermagem. Além disso, os DE encontrados neste estudo, possuem grande similaridade com os DE abertos para pacientes internados em UTI, conforme discutido anteriormente.



O grande limitador do estudo destaca-se como curto tempo de pesquisa, portanto optou-se por mapear apenas os DE, pois não havia tempo hábil para também mapear os diferentes cuidados de enfermagem estabelecidos para estes pacientes. Com isso, deixa-se como sugestão, o desenvolvimento de um estudo futuro que busque avaliar também as prescrições de cuidados de enfermagem.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do método de mapeamento cruzado permitiu a comparação entre os DE com o SCP de Perroca. Neste estudo, foi observado que todos os DE encontrados foram mapeados em pelo menos uma área de cuidado do SCP de Perroca, evidenciando assim a correspondência entre ambos.

Este estudo possibilitou identificar os diferentes DE da NANDA-I (2015) abertos para os pacientes internados nas unidades 4º Sul, 9º Sul, 6º Norte e 9º Norte. Em um total de 680 pacientes foram abertos 58 diferentes DE situados em 10 domínios.

Foi analisado que a maioria dos DE levantados nestas unidades concentram-se nas necessidades psicobiológicas, possuindo grande similaridade com os DE encontrados em unidades de terapia intensiva. Assim, a partir dos diagnósticos de enfermagem é possível verificar o perfil de pacientes que internam em uma determinada unidade hospitalar.

Além disso, através do SCP de Perroca, no qual foi aplicado nas unidades do estudo, verificou-se que a maior parte dos leitos das unidades de internação foram categorizados como cuidados semi-intensivos.

A realização deste estudo proporciona subsídio para que outras pesquisas sejam realizadas a fim de ampliar e complementar os achados atuais e que outros estudos possam ser desenvolvidos para qualificar e melhorar assistência de enfermagem.

Portanto, a utilização do PE como norteador da prática clínica, amplia e favorece o raciocínio clínico do enfermeiro para a realização das ações necessárias para o cuidado e a sistematização do trabalho de enfermagem. Em vista disso, a utilização de sistemas de classificação de enfermagem promove o uso da linguagem padronizada, assim, tornando os conceitos da assistência reconhecidos por todos os profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de. Classificações de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no processo de enfermagem. In: SILVA, Eneida Rejane Rabelo da; LUCENA, Amália de Fátima. **Diagnósticos de Enfermagem com Base em Sinais e Sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 35-55.

ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima. O Processo de Enfermagem e as Classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, Miriam de Abreu *et al.* **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-41.

BALDO, Isabela; MATOS, Eliane; SALUM, Nádia Chiodelli. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I com Base nos Problemas Segundo Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 4, p.687-694, maio 2015.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Classificações de Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 864-7, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Processo de Enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: Coren-SP, 2015. 113 p. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BRASIL. Diário Oficial da União. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 2012. Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, Seção 1, p. 59, jun. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 jun. de 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-311/2007**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2007. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2402000-revogada-pela-resoluco-cofen-3112007\\_4280.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2402000-revogada-pela-resoluco-cofen-3112007_4280.html). Acesso em: 14 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília; 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 8 jun. 2012. Seção 1, n. 110, p. 288.

CARVALHO, Emilia Campos de; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das Linguagens Padronizadas para a Produção do Conhecimento, Raciocínio Clínico e Prática Clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, p. 134-141, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700017&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 30 maio 2017.

COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE/GPPG/HCPA. **Resolução Normativa 01/97. Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Bases de Dados em Projetos de Pesquisa.** 1997. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res197hc.htm>> Acesso em: 18 de junho de 2017.

CROSSETI, Maria da Graça Oliveira; DÁVILA, Myrna Lowenhaupt; DIAS, Vera Lúcia Mendes. Construção do Processo de Enfermagem no HCPA e sua Informatização. In: ALMEIDA, Miriam de Abreu *et al.* **Processo de enfermagem na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 41-51.

CUBAS, Marcia Regina; SILVA, Sandra Honorato da; ROSSO, Mariângela. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Curitiba, v. 12, n. 1, p. 186-94, mar. 2010. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

DALLÉ, Jessica; LUCENA, Amália de Fátima. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Pacientes Hospitalizados Durante Sessões de Hemodiálise. **Acta Paul Enferm.** Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 504-10, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307023889004/>>. Acesso em: 20 jul. 2017

FERREIRA, Anali Martegani *et al.* Diagnósticos de Enfermagem em Terapia Intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 2. 307-315, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000200307&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200307&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 18 jun. 2017.

FIDELIS, Cláudia de Sousa *et al.* Diagnóstico de Enfermagem Segundo a Taxonomia II da NANDA de Pacientes Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva em Imperatriz. Maranhão, Brasil. **JMPHC.** v. 4, n. 3, p.151-157, fev. 2013.

FONSECA, Jaqueline Petitembert; ECHER, Isabel Cristina. Grau de Dependência de Pacientes em Relação à Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Internação Clínica. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 346-54, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4482/2421>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

FONTES, Cassiana Mendes Bertencello; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Diagnósticos de Enfermagem Documentados para Pacientes de Clínica Médica. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 41, n. 3, p.395-402, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361033291008/>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; KURCGANT, Paulina. Sistema de Classificação de Pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.1, p.72-78, fev. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2017.

FURUYA, Rejane Kiyomi *et al.* Sistemas de Classificação de Enfermagem e sua Aplicação na Assistência: revisão integrativa de literatura. **Ver. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 167-75, mar. 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/15377/12411>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Ver. Enferm.** v. 31, p. 188-193, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017

GUEDES, Helisamara Mota *et al.* Identificação de Diagnósticos de Enfermagem do Domínio Atividade/Repouso em Idosos Admitidos em Hospital. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.513-8, dez. 2010.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1979.

LUCENA, Amália de Fátima. **Mapeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva**. 2006. 210 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LUCENA, Amália de Fátima; BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de. Mapeamento Cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, vol. 18, n. 1, p. 82-88.2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000100011)>. Acesso em: 20 maio 2017.

LUCIANO, Thaís Savini *et al.* Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.65-71, fev. 2014. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84085> >. Acesso em: 29 maio 2018.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de *et al.* Grau de Dependência de Pacientes em Unidade de Internação Cirúrgica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 5, p. 824-829, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500824&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500824&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680509i>.

MASLOW, Abraham H. **Motivation and Personality**. 2d. Nova York: Harper e Row, 1970.

MOORHEAD, Sue; DELANEY, Connie. Mapping Nursing Intervention Data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. **Nurs Diagn**, v. 8, n. 4, p. 137-44, 1997. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.1997.tb00468.x/pdf>. Acesso em: 02 ago de 2017.

NASCIMENTO, Juliana da Silva Garcia *et al.* Classificação de Pacientes de Acordo com o Grau de Dependência: um desafio para o enfermeiro. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 4, n. 2, p. 5–19, 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1012>> Acesso em: 07 jul. 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem de NANDA: definições e classificação 2015-2017**. NANDA Internacional. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: Aben, 2009.

NOVAES, Elisiane Soares; TORRES, Maricy Morbin; OLIVA, Ana Paula Vilcinski. Diagnósticos de Enfermagem em Clínica Cirúrgica. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 26-31, fev. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000100026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100026&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2018.

OLIVEIRA, Elizabete R. Araújo. **Metodologia da Assistência de Enfermagem Aplicando Etapas Preliminares Seguindo o Modelo Teórico de LEVINE**. 4. ed. Vitória: Edufes, 2014.

PERROCA, Marcia Galan. Instrumento para Classificação de Pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. **Ver. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 4, n. 42, p. 656-64, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a06>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento e Validação de Conteúdo da Nova Versão de um Instrumento para Classificação de Pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 58-66, fev. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2017.

PERROCA, Marcia Galan; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Instrumento De Classificação de Pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores - correlação. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 245-252, set. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000300006&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 20 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168. 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341998000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2017.

RUFINO, Andrielly Silva *et al.* Classificação de Pacientes Segundo o Grau de Dependência da Equipe de Enfermagem. **Rev Enferm Atenção Saúde**. v. 4, n. 2, p.5-19, abr. 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1012>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SALGADO, Patricia Oliveira *et al.* Identificação e Mapeamento das Ações de Enfermagem Prescritas para Pacientes Internados em uma UTI de Adultos. **Rev. Bras. Enferm**. v. 65, n. 2, p. 291–296, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a14.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2017.

SANTOS, Renata Celidônio Machado dos. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico. 2016. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167860/341410.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SILVA, Karen Schein da; ECHER, Isabel Cristina; MAGALHAES, Ana Maria Müller de. Grau de Dependência dos Pacientes em Relação à Equipe de Enfermagem: uma ferramenta de gestão. **Esc. Anna Nery - Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <[http://eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1419](http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1419)>. Acesso em: 03 jun. 2017.

SILVA, Romana Reis da; MALUCELLI, Andreia; CUBAS, Márcia Regina. Classificações de Enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 61, n. 6, p.835-40, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a07v61n6.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SILVA, Elisama Gomes Correia *et al.* O Conhecimento do Enfermeiro Sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 6, n. 45, p. 1380-6, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n6/v45n6a15.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

SOUZA, Milene Cristine da Silva *et al.* Perfil Diagnóstico em Unidades de Terapia Intensiva Adulto Segundo Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p.24-32, 2010.

TANNURE, Meire Chucre; CHIANCA, Tânia Couto Machado; GARCIA, Telma Ribeiro. Construção de um Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p.1026-30, abr. 2009. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a29.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a29.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2017.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 184 p.

VOLPATO, Marcia Paschoalina; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da.  
Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes Internadas em Unidade Médico-Cirúrgica.  
**Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 119-124. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a02v20n2>> Acesso em: 03 jul. 2017.



## ANEXO 1 – Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

### Título do Projeto

CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 25 de Agosto de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Marina Raffin Buffon	<i>Marina Raffin Buffon</i>
Amália de Fátima Lucena	<i>Fátima Lucena</i>
Miriam de Abreu Almeida	<i>Miriam Almeida</i>
Denise Tolfo Silveira	<i>Denise Tolfo Silveira</i>
Thiane Mergen	<i>Thiane Mergen</i>

## ANEXO 2 – Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais



### Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

#### Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto	Cadastro no GPPG
CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNACIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA	

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 01 de novembro de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Marina Raffin Buffon	<i>Marina R. Buffon</i>
Amália de Fátima Lucena	<i>Amália de Fátima Lucena</i>
Miriam de Abreu Almeida	<i>Miriam de Abreu Almeida</i>
Denise Tolfo Silveira	<i>Denise Tolfo Silveira</i>
Thiane Mergen	<i>Thiane Mergen</i>

**ANEXO 3 – Carta de aprovação do projeto pela Comissão de Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
(COMPESQ/UFRGS)**



enf\_compesq@ufrgs.br

qua 30/08/2017, 10:20

afatimalucena@gmail.com ✉

Prezado Pesquisador AMÁLIA DE FATIMA LUCENA,

Informamos que o projeto de pesquisa CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA encaminhado para análise em 07/08/2017 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Projeto: CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA

Orientador: Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

**ANEXO 4 – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CORRESPONDÊNCIA ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-INTERNATIONAL E OS INDICADORES CRÍTICOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE PERROCA

**Pesquisador:** AMÁLIA DE FÁTIMA LUCENA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 77984517.1.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.426.956