

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**DILZILENE CUNHA SIVIRINO FARIAS**

**PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

**VITÓRIA  
2022**

DILZILENE CUNHA SIVIRINO FARIAS

PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde”. Linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane de Fátima Almeida Lima

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cândida Caniçali Primo

VITÓRIA  
2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

F224p Farias, Dilzilene Cunha Sivirino, 1984-  
PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO / Dilzilene Cunha  
Sivirino Farias. - 2022.  
233 f.

Orientadora: Eliane de Fátima Almeida Lima.

Coorientadora: Cândida Caniçali Primo.

Tese (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Emergências. 2. Tecnologia da Informação. 3. Diagnóstico  
de Enfermagem. I. Lima, Eliane de Fátima Almeida. II. Primo,  
Cândida Caniçali. III. Universidade Federal do Espírito Santo.  
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

---

DILZILENE CUNHA SIVIRINO FARIAS

PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM PARA UNIDADE DE PRONTO  
ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde” e linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

Avaliada em 31 de janeiro de 2022

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane de Fátima Almeida Lima**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cândida Caniçali Primo**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Coorientadora

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karla de Melo Batista**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Titular Interno

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Regina Cubas**  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Membro Titular Externo

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirian Fioresi**  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Suplente Interno

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt**  
Universidade Federal da Fronteira Sul  
Membro Suplente Externo

Dedico este trabalho à minha pequenina Isabella, que desde o ventre, precisou se adaptar aos períodos longos da mamãe frente ao computador para estudar e construir todo este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter direcionado toda a minha trajetória de vida, me ajudando superar as dificuldades e minhas limitações.

A minha amada mãe, que sempre me incentivou a buscar o conhecimento. Auxiliou nos cuidados domésticos enquanto eu me dedicava aos estudos.

Ao meu esposo, Eliseu, por me apoiar, suportar meus stress, ir dormir de madrugada para não atrapalhar meus momentos de concentração que vinham neste horário.

A minha querida sobrinha Carol, que esteve sempre pronta a me ouvir, trocar ideias sobre como esse trabalho poderia impactar a sociedade.

Agradeço de coração à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane de Fátima Almeida Lima, que me guiou nesta trajetória com serenidade, paciência, sempre de forma acolhedora, sábia e ética. Gratidão e admiração por você.

Gratidão a minha coorientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Cândida Caniçali Primo, por ajudar na escolha do tema e nos direcionamentos do trabalho. Obrigado por compartilhar do seu conhecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), pela disponibilidade de estrutura física, recursos humanos e pedagógicos para realização deste trabalho. Aos professores do programa permitir a ampliação de visão de mundo e da ciência da enfermagem através das disciplinas ministradas e dos grupos de estudos.

Aos meus colegas de turma, em especial a Amanda, Maysa e Mirian, que dividiram experiências de vida me mostrando que era possível estudar e manter uma rotina familiar sem pirar.

Agradeço a Professora Dr<sup>a</sup> Júlia Valéria de Oliveira Bittenncourt, que desde a graduação foi incentivadora no assunto pesquisado, e por providência divina, nos reencontramos durante a elaboração deste trabalho, seus conselhos e conhecimento compartilhado foram importantes para a finalização desse material.

Aos membros da Banca examinadora do projeto Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Karla de Melo Batista e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Mirian Fiorese que desde o início deste trabalho contribuíram no desenho da pesquisa bem como participaram na etapa posterior de qualificação. A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>.

Marcia Cubas pelo privilégio de tê-la como avaliadora, mas principalmente por trazer esclarecimentos sobre um tema que estuda há vários anos, imprimindo maior qualidade ao trabalho proposto.

Sou extremamente grata aos gestores da Prefeitura Municipal de Vitória na pessoa da Cátia Lisboa, Regina Diniz, Renata Madureira, Leila e Karina, por terem me liberado para participar das disciplinas e serem minhas motivadoras. Agradeço especialmente a Franciellen Mariano coordenadora de urgência e emergência que me acolheu e foi uma das grandes responsáveis pela escolha do tema estudado e abertura de caminhos na secretaria para prosseguir com o trabalho.

Agradeço a você Adriana Batista, Sheila Cruz e Monalizza por cada palavra amiga, por dividir experiências e materiais que me auxiliaram na construção do trabalho. Sem vocês o meu caminho teria sido mais difícil.

Waleska Freire e Adriana Patuzzo gratidão por terem sido facilitadoras do processo de avaliação, divulgando a pesquisa entre a equipe de enfermeiros.

Aos colegas enfermeiros da Urgência e Emergência do município de Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica obrigado por tornar esse trabalho palpável para prática de enfermagem.

Aos colegas da Gerência de Atenção à Saúde que direta ou indiretamente contribuíram para conclusão deste trabalho, minha eterna gratidão.

À minha querida equipe de trabalho de Cariacica, Ana Beatriz, Vanessa Alvarenga e Claudia Fernanda, obrigada por torcerem sempre por mim, e mesmo com o distanciamento, mantiveram-se na torcida para que eu finalizasse esse ciclo de aprendizado.

Gratidão.

Dilzilene Cunha Sivirino Farias

FARIAS, DCS. **Padrão de Registro de Enfermagem para Unidade de Pronto Atendimento**. 238p.2022. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem) -

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo: Vitória –ES, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** O atendimento de urgência e emergência caracteriza-se por ser realizado de forma rápida, dinâmica, envolto por situações estressantes e conflituosas, sendo necessário adotar protocolos assistenciais que garantem uma assistência adequada e em tempo oportuno para quem dela depende. Neste sentido, considerando as atividades do enfermeiro na sala de classificação de risco, a necessidade de registrar a assistência de enfermagem com uma linguagem padronizada em qualquer contexto de cuidado e a possibilidade de nominar os elementos da prática de enfermagem a partir da Classificação Internacional para prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), alinhado a linha de pesquisa organização e avaliação dos sistemas de cuidados à saúde, este trabalho buscou atender uma demanda do município de Vitória de organização da assistência de enfermagem nos Prontos Atendimentos. **Objetivos:** Identificar os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> aplicados a situações de urgência e emergência; Mapear e associar os diagnósticos CIPE<sup>®</sup> aos fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester<sup>®</sup>; Relacionar os diagnósticos com os resultados e as intervenções; Elaborar e avaliar um padrão de registro de enfermagem para unidade de pronto atendimento fundamentado na CIPE<sup>®</sup>; Descrever os requisitos para inserção dos diagnósticos, resultados e intervenções CIPE<sup>®</sup> no prontuário eletrônico do município. **Método:** Pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico realizada em sete etapas: 1) Revisão de Literatura; 2) Mapeamento cruzado entre termos do Sistema de Triagem de Manchester e os termos da CIPE<sup>®</sup>; 3) Construção dos enunciados diagnósticos/resultados; 4) Avaliação dos enunciados diagnósticos por enfermeiros emergencistas; 5) Elaboração e associação das intervenções aos diagnósticos avaliados; 6) Organização dos diagnósticos/resultados conforme necessidade de saúde de Agnes Heller descritas na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva e 7) Elaboração do mapa conceitual/requisitos para inserção do padrão de registro na rede informatizada. **Resultados:** Por meio da revisão de literatura e do mapeamento cruzado foi possível identificar e elaborar 185 diagnósticos, sendo 124 constantes e 61 não constantes na CIPE<sup>®</sup> 2019. Estes foram submetidos a



avaliação, quanto a relevância para prática, por meio da Técnica de Delphi. O painel contou com 32 enfermeiros especialistas em urgência e emergência, que avaliaram 143 enunciados diagnósticos como relevantes, com IVC>79%. Os diagnósticos/resultados foram associados as intervenções, resultando em 495 intervenções e organizados nas 18 necessidades de saúde de Agnes Heller.

**Produto:** Foi desenvolvido como produto um padrão de registro de enfermagem com a terminologia CIPE<sup>®</sup> composto por 143 diagnósticos, 148 resultados e 495 intervenções de enfermagem.

**Conclusão:** Essa pesquisa tem potencial de gerar impacto e ser aplicada a nível local, regional e nacional, pois descreve de forma sistematizada as etapas para elaboração de um padrão de registro de enfermagem para Unidade de Pronto Atendimento. O padrão é relevante para o desenvolvimento científico e tecnológico, e colabora para uniformização da linguagem profissional e serve de subsídio para o registro de enfermagem, dando visibilidade as atividades da enfermagem na urgência e emergência. O padrão foi encaminhado para o setor de tecnologia da secretaria de saúde de Vitória para ser incorporado ao prontuário eletrônico do município.

**Descritores:** Emergências; Diagnóstico de Enfermagem; Registros Eletrônicos de Saúde; Tecnologia da Informação; Terminologia Padronizada em enfermagem; Tipologia de estudo.

FARIAS, D.C.S. Nursing Record Standard for Emergency Care Unit. 238p.2022. Dissertation (Professional Master in Nursing) - Graduate Nursing Program, Health Sciences Center, Federal University of Espírito Santo: Vitória - ES, 2022.

International Classification for Nursing Practice (ICNP®)

## ABSTRACT

**Introduction:** Urgent and emergency care is characterized by its fast, dynamic, stressful and conflicting situations, being necessary to adopt assistance protocols that guarantee an adequate and timely assistance for those who depend on it. In this sense, considering the activities of nurses in the risk classification room, the need to record nursing care with a standardized language in any context of care and the possibility of naming the elements of nursing practice from the International Classification for Nursing Practice (ICNP®), aligned with the line of research, organization and evaluation of health care systems, this study sought to meet a demand from the city of Vitoria to constitute nursing care in Emergency Departments.

**Objectives:** To identify the main ICNP® diagnoses, nursing outcomes and interventions applied to urgency and emergency situations; to map and associate ICNP® diagnoses with the flowcharts and discriminators of the Manchester Triage System®; to relate diagnoses with outcomes and interventions; to develop and evaluate a nursing record standard for emergency units based on the ICNP®; to describe the requirements for inserting ICNP® diagnoses, outcomes and interventions into the municipality's electronic medical record.

**Method:** Applied technology development research conducted in seven steps: 1) Literature review; 2) Cross-mapping between Manchester Triage System terms and ICNP® terms; 3) Construction of diagnostic/outcome statements; 4) Evaluation of diagnostic statements by emergency nurses; 5) Elaboration and association of interventions to the evaluated diagnoses; 6) Organization of the diagnoses/outcomes according to Agnes Heller's health needs described in the Theory of Practical Intervention in Collective Health Nursing, and 7) Development of the concept map/requirements for insertion of the registration pattern in the computerized network.

**Results:** Through the literature review and cross-mapping, it was possible to identify and prepare 185 diagnoses, 124 of which were constant and 61 not constant in the ICNP® 2019. These were submitted to evaluation, as to relevance to practice, by means of the Delphi Technique. The panel included 32 specialist nurses in urgency and emergency, who evaluated 143 diagnostic statements as relevant, with IVC&gt; 79%. The diagnoses/results were associated with the interventions, resulting in 495 interventions and organized in Agnes Heller 18 health needs.

**Product:** A nursing record pattern was developed with ICNP® terminology composed of 143 diagnoses, 148 outcomes and 495 nursing interventions.

**Conclusion:** This research has the potential to generate impact and to be applied at local, regional and national levels, because it describes in a systematized way the steps for the elaboration of a nursing record standard for Emergency Care Units. The standard is relevant for scientific and technological development, and contributes to the standardization of professional language and serves as a subsidy for the nursing record, giving visibility to the nursing activities in urgency and emergency. The standard was forwarded to the technology sector of the health secretariat of Vitória to be incorporated into the municipality's electronic medical record.

**Descriptors:** Emergencies. Nursing Diagnosis. Electronic Health Records. Information Technology. Standardized Nursing Terminology. Study Typology.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1:Modelo esquemático da organização da TIPESC.....	28
Figura 2:Diagnóstico de Enfermagem - Julgamento sobre o foco.....	41
Figura 3: Modelo base de dados para extração das informações dos artigos. Vitória-ES, 2019.....	41
Figura 4:Diagnóstico de enfermagem formado por: potencialidade que indica um risco (diagnóstico negativo) ou uma chance (diagnóstico positivo).....	42
Figura 5:Intervenção de Enfermagem formada por: ação sobre o alvo.....	42
Figura 6: Intervenção de Enfermagem formada por: Ação sobre o alvo e qualificadores .....	43
Figura 7: Mapeamento eletrônico entre termos do STM e termos do eixo foco da CIPE®2019 .....	66
Figura 8: Figura 8: Layout da Tela Atual do Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	130
Figura 9 :Proposta de Layout para a tela atual do Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	130
Figura 10 : Tela do atual espaço para registro padronizado da enfermagem com acesso somente de enfermeiros da Atenção Básica, do Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	131
Figura 11: Proposta de inserção de dados para coleta do Histórico de Enfermagem padronizado do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	131
Figura 12 :Proposta de inserção de dados de exame físico, regulação neurológica e sensorial, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	132
Figura 13 :Proposta de inserção de dados de exame físico, oxigenação, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	132
Figura 14: Proposta de inserção de dados de exame físico, regulação vascular, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	133
Figura 15: Proposta de inserção de dados de exame físico, alimentação e eliminação, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	133
Figura 16: Proposta de inserção de dados de exame físico, hidratação e eliminação urinária, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	134
Figura 17: Proposta de inserção de dados de exame físico, locomoção e mobilidade, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	134
Figura 18: Proposta de inserção de dados de exame físico, sexualidade, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	135
Figura 19: Proposta de inserção de dados de exame físico, cuidado corporal e integridade física, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	135
Figura 20: Proposta de inserção de dados de exames laboratoriais, no Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	136
Figura 21: 1º Tela atual para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	136
Figura 22: 2º Tela atual para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	137

Figura 23: Proposta de tela 1 para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	137
Figura 24: Proposta de tela 2 para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	138
Figura 25: Proposta de tela para registro de resultado de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	138
Figura 26: Proposta de tela para escolha e registro de intervenção enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	139
Figura 27: Proposta de como os dados devem estar no prontuário do Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	139
Figura 28: Tela 1 e 2, atual, para prescrição médica no Sistema Rede Bem Estar, 2021. ....	140
Figura 29: Tela 3, atual, prescrição médica no Sistema Rede Bem Estar, 2021.....	141
Figura 30: Fluxo de registro da assistência de enfermagem conforme entrada do paciente.....	143

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1:: Eixos da CIE® versão 1 e suas definições.....	40
Quadro 2::Modelo base de dados para extração das informações dos artigos. Vitória - ES, 2019. ....	57
Quadro 3:Lista de diagnósticos de enfermagem identificados na literatura, 2019. (Continua).....	57
Quadro 4:Fluxogramas do STM identificados na classificação de risco de janeiro a junho de 2019 conforme frequência (continua). ....	61
Quadro 5:Lista de discriminadores do STM identificados na classificação de risco no período de janeiro a junho de 2019 conforme frequência (continua). ....	62
Quadro 6:Termos do Sistema de Triagem de Manchester identificados na CIPE® 2019. Vitória-ES, 2020 (Continua).....	67
Quadro 7:Demonstração da elaboração dos diagnósticos a partir do conceito do STM e eixo foco da CIPE®2019.....	73
Quadro 8:Enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades humanas adaptado para classificação de necessidades de Heller .....	85

## LISTA DE TABELA

Tabela 1:Perfil dos juízes avaliadores dos diagnósticos e resultados de enfermagem. .....	75
Tabela 2:Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,80$ . Vitória- ES.,2021. 1ª Etapa .....	76
Tabela 3:Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,80$ . Vitória- ES.,2021. 2ª Etapa .....	78
Tabela 4:Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,80$ . Vitória- ES.,2021 .....	79
Tabela 5:Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo $< 0,80$ . Vitória- ES.,2021 .....	83

## LISTA DE SIGLA E ABREVIÇÃO

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ANA</b>	American Nurses Association
<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>BDENF</b>	Base de dados de enfermagem
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CIE</b>	Conselho Internacional de Enfermagem
<b>CINAHL</b>	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
<b>COMSISTE</b>	Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem
<b>CuidarTech</b>	Laboratório de Tecnologias em Saúde
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da
<b>GT</b>	Grupo de Trabalho
<b>IVC</b>	Índice de Validade de Conteúdo
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online,
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings
<b>NIC</b>	Classificação das Intervenções de Enfermagem
<b>PE</b>	Processo de enfermagem
<b>PEP</b>	Prontuário Eletrônico do Paciente
<b>PNAU</b>	Política Nacional de Atenção às Urgências
<b>RES</b>	Registro Eletrônico de Saúde
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SAMU 192</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SciELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SLP</b>	Sistema de linguagem padronizada
<b>STM</b>	Sistema de Triagem de Manchester
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TE</b>	Teorias de Enfermagem
<b>TICs</b>	Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>TIPESC</b>	Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva
<b>UPA 24 HORAS</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	22
	<b>3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM</b>	<b>23</b>
	<b>3.2 REFERENCIAL FILOSÓFICO E TEÓRICO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM</b>	<b>27</b>
	3.3 ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
	3.4 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)	37
	3.5 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	44
4	METODOLOGIA	46
	4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	46
	4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	47
	4.3 PARTICIPANTES	47
	4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E PRODUÇÃO DE DADOS	48
	4.4.1 Revisão de Literatura	48
	4.4.2 Levantamento dos principais fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester® registrados na Rede Bem Estar	48
	4.4.3 Mapeamento cruzado dos fluxogramas e discriminadores com a CIPE® 2019	49
	4.4.4 Elaboração de lista com diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem	50
	4.5 ASPECTOS ÉTICOS	53
	<b>5.1 PRODUÇÃO TÉCNICA</b>	<b>54</b>
	5.1.1 Revisão de literatura e atualização dos diagnósticos para CIPE® 2019	56
	5.1.2 Levantamento dos principais fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester® registrados na Rede Bem Estar	60
	5.1.3 Mapeamento cruzado entre os fluxogramas e discriminadores e os termos da CIPE® 2019	66
	5.1.4 Elaboração de lista com diagnósticos, resultados de enfermagem	72
	5.1.5 Elaboração das intervenções de enfermagem relacionado aos diagnósticos identificados	73
	5.1.6 Avaliação dos enunciados diagnósticos/resultados por especialistas	74
	5.1.7 Organização dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem conforme a classificação de necessidade de Agnes Heller	84
	6 INSERÇÃO DO PADRÃO DE REGISTRO NO SISTEMA INFORMATIZADO DO MUNICÍPIO	130
	7 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA – ARTIGOS	144



8 CONCLUSÃO	170
REFERÊNCIAS	171
APÊNDICES A	183
CARTA CONVITE AOS COLABORADORES DA PESQUISA	183
APÊNDICE B	184
APÊNDICE C	186
APÊNDICE D	187
APÊNDICE E	205
APÊNDICE F	206
APÊNDICE G	209
APÊNDICE H	216
APÊNDICE I	222
APÊNDICE J-	223
APÊNDICE L	233

## 1 INTRODUÇÃO

### Contextualizando a motivação pela temática

Por meio da vivência na prática da profissão de enfermagem, há 12 anos, no serviço público de saúde – em atividades laborais como enfermeira assistencial e/ou coordenadora de enfermagem em diferentes serviços de urgência e emergência da região metropolitana de Vitória –, foi possível perceber algumas dificuldades. Dentre elas, chamou a atenção a aplicação das etapas do Processo de Enfermagem (PE), bem como o registro dessas etapas no cotidiano da assistência conforme determina a legislação.

No início do ano de 2019, foi-me oportunizado assumir a função de gestora técnica do serviço de urgência e emergência no município de Vitória, que conta em sua Rede de Atenção à Saúde que funcionam como Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), de gestão própria, ainda não estão habilitadas pelo Ministério da Saúde, mas compõe a Rede Estadual de Urgência e Emergência. Nesse sentido, sendo técnica no setor da coordenação da urgência e emergência, agrego como atividade o auxílio no processo de gestão, a emissão de parecer técnico para órgãos de controle internos e externos à Secretaria Municipal de Saúde. Realizo também monitoramento da assistência prestada nesses serviços, com elaboração de relatórios que contribuam para tomada de decisão nos vários níveis de gestão.

Assim sendo, ao buscar, rotineiramente, informações referentes às atividades executadas pelo profissional enfermeiro no sistema informatizado que a prefeitura municipal de Vitória dispõe, encontrei poucos registros de enfermagem que seguem um Sistema de Linguagem Padronizada (SLP). Observei, no sistema <sup>1</sup>Rede Bem Estar, que os principais registros demonstrativos da assistência do enfermeiro referiam-se à avaliação na sala de Classificação de Risco e aos códigos dos

---

<sup>1</sup> É um complexo de processamento de dados e informações produzidos pela rede de serviços de forma integrada destinado à gestão, o planejamento, o controle, a avaliação e a operacionalização das ações e serviços da Secretaria de Saúde.  
<https://leismunicipais.com.br/a/es/v/vitoria/lei-ordinaria/2013/861/8601/lei-organica-vitoria-es>

procedimentos por ele executado, ambos com termos padronizados no sistema informatizado.

Quanto a essa observação, vale destacar que o município de Vitória instituiu, desde 2013, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) na Rede Bem Estar, interligando os serviços de saúde do município e permitindo que os profissionais de saúde acompanhem a trajetória do usuário em todos os pontos de atenção no âmbito municipal. Apesar da disponibilização dessa ferramenta de registros, ainda assim, não se contempla neles apontamentos das etapas do PE. No início da implementação do sistema eletrônico no município, foi incorporada à rede a terminologia da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), embora seja necessário se esclarecer que essa incorporação tenha ocorrido de maneira incompleta.

A CIPE<sup>®</sup> é uma terminologia padronizada, ampla, que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial, permite a composição de enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem passíveis de serem inseridos aos sistemas informatizados (GARCIA; BARTIZ; COENEN 2017; CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017; PAESE; DAL SASSO; COLLA, 2018). Destaca-se que essa ferramenta está disponível apenas no perfil de acesso do enfermeiro da Atenção Básica (AB), necessitando de atualização e implementação nos serviços de urgência e emergência, que ficaram descontinuadas em virtude da troca de gestão na época de sua construção.

Observa-se que a ferramenta não foi incorporada na prática do enfermeiro da AB e dos serviços de urgência e emergência para auxiliar na gestão do cuidado e padronizar os registros da assistência prestada. Tal situação gera prejuízos na elaboração dos registros padronizados de enfermagem, dificulta responder às demandas solicitadas pelos órgãos fiscalizadores de controle interno e externo e reduz a visibilidade das ações prestadas pela enfermagem.

Em virtude disso, há um desejo institucional de trazer soluções para essa questão. Para tanto, formou-se, em 2018, um grupo de trabalho (GT) com enfermeiros dos Prontos Atendimentos para organização dos processos de trabalho da enfermagem, o qual vem discutindo estratégias para implementação do PE nesses serviços. A partir de 2019, ao assumir como referência técnica na coordenação de urgência e emergência, passei a integrar esse GT.

Em meio a esse cenário de atividades profissionais e ingressando no Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo, e também vinculada ao grupo de estudos CuidarTech - Laboratório de Tecnologias em Saúde – no qual se discute sobre diversas tecnologias assistenciais, gerenciais e educacionais, além do PE, entre outras tecnologias de informação e comunicação –, houve maior aproximação com o meio acadêmico. Tal fato permitiu-me aliar o interesse anterior da temática envolvendo o PE e sua operacionalização na prática clínica. Possibilitou-me, ainda, apresentar estratégias, para a sua implementação, à Coordenação de Urgência e Emergência do município, que avaliou como viável o desenvolvimento de uma padronização dos registros de enfermagem informatizado, uma vez que os serviços da prefeitura já utilizam o prontuário eletrônico para registro da assistência na sua rotina, viabilizando assim a execução de uma das etapas do processo PE.

O Processo de Enfermagem é uma ferramenta que o enfermeiro dispõe para planejar e organizar, de forma sistemática e dinâmica, as suas ações. Consiste em cinco etapas inter-relacionadas, a saber: histórico de enfermagem/coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação de enfermagem. Obrigatoriamente, deve ser realizado em todos os locais públicos e privados onde ocorre assistência de enfermagem, assim como esta deve ter todas as suas etapas registradas no prontuário do paciente (COFEN, 2009; 2012).

Apesar de o PE ser uma atividade inerente ao profissional enfermeiro e legalmente instituída, no Brasil sua prática ainda não está consolidada. Estudos têm mostrado fragilidades em sua implantação, desde as relacionadas à formação acadêmica até os entraves institucionais, como: falta de interesse da gestão de enfermagem, recursos humanos insuficientes, sobrecarga de trabalhos, envolvimento do enfermeiro com atividades burocráticas que o distancia do cuidado direto ao paciente (BARRA; DAL SASSO, 2010; SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015).

A incorporação da tecnologia da informação tem sido apontada, por meio do desenvolvimento de *softwares* que permitem a operacionalização do Processo de Enfermagem Informatizado, como uma potente forma de superar esses obstáculos. Ela auxilia no raciocínio diagnóstico para tomada de decisão, otimiza o tempo dos enfermeiros – o que implica maior disponibilidade para prestar uma assistência direta ao paciente com maior segurança e qualidade –, bem como melhora o registro

de enfermagem (RIBEIRO; RUOFF; BAPTISTA, 2014; SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015; TRINDADE et al., 2016; CARLANTONIO et al., 2016).

As pesquisas indicam que o registro eletrônico de enfermagem fornece informações mais precisas e completas, auxiliam na coordenação do cuidado a partir do acesso rápido aos registros, e proporciona maior visibilidade para a profissão (SCHACHNER et al., 2016; PAESE; DAL SASSO; COLLA, 2018).

Nesse sentido, desenvolver um padrão de registro dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenção), pode ser uma estratégia para auxiliar o enfermeiro na organização do cuidado em um serviço de urgência e emergência, como uma Unidade de Pronto Atendimento. Tal estratégia é fundamental, uma vez que o registro padronizado nesses locais é incipiente, principalmente por serem serviços que vem enfrentando múltiplos problemas, como: superlotação das instituições; dimensionamento de pessoal inadequado; rotatividade dos pacientes; processo de trabalho fragmentado; sobrecarga de trabalho; e pouca articulação das redes assistenciais (SOUZA et al., 2013; BRASIL, 2013; SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015; NECO; COSTA; FEIJÃO, 2015; BARRA et al, 2016).

Nesse cenário de tantas adversidades, os profissionais de enfermagem apresentam dificuldade de utilizar uma linguagem padronizada para registrar a assistência de enfermagem, subestimando a sua execução num serviço de urgência e emergência.

Na era da Tecnologia da Informação e Comunicação (TICs), é inevitável que os sistemas computacionais invadam as instituições com a finalidade de melhorar os processos assistenciais. No campo da enfermagem, o desenvolvimento de *software* para informatização dos registros de enfermagem cresceu a partir dos anos 2000, e está fortemente ligado à implantação do processo de enfermagem. Contudo, as pesquisas voltadas ainda são restritas a algumas áreas, e concentram-se na construção de sistemas que se aplicam aos cenários hospitalares, como unidades de internação clínica, cirúrgica e de terapia intensiva (MOREIRA et al., 2016; SOUZA et al., 2017; DOMINGOS et al., 2017).

Quando voltado para área da urgência, os estudos que abordam as etapas do PE, são desenvolvidos, principalmente para os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel ou de urgência hospitalar (CARITÁ, 2010; CORDEIRO et al., 2019; CRUZ et al, 2020). Há poucos estudos que tratam dessa temática em serviços de urgência

pré hospitalar fixa, que, embora admitam pacientes semelhantes à urgência hospitalar, a estrutura e os recursos assistenciais diferem um pouco devido à finalidade do ponto de atenção. Por isso, são necessários estudos que abordem a prática assistencial de enfermagem nesse cenário.

Diante da escassez de estudos, a necessidade de melhorar os registros e a comunicação do cuidado de enfermagem, justifica-se o desenvolvimento deste trabalho, que visa contribuir para a assistência de enfermagem ao paciente crítico, em uma unidade de pronto atendimento, e tem como objeto de estudo o processo de enfermagem.

Assim, a fim de organizar os processos de trabalho, com vistas a melhorar a qualidade da assistência e atender as exigências legais da prática profissional de enfermagem – apoiada nos conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica e atualmente como mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem –, emergiu o seguinte questionamento: “Quais os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem devem compor um padrão de registro dos elementos da prática em uma Unidade de Pronto Atendimento?”.

## **2 OBJETIVOS**

- Identificar os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> aplicados a situações de urgência e emergência;
- Mapear e associar os diagnósticos de enfermagem CIPE<sup>®</sup> aos fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester<sup>®</sup>;
- Relacionar os diagnósticos com os resultados e as intervenções de enfermagem;
- Elaborar e avaliar um padrão de registro de enfermagem para unidade de pronto atendimento fundamentado na CIPE<sup>®</sup>;
- Descrever os requisitos para inserção dos diagnósticos, resultados e intervenções CIPE<sup>®</sup> no sistema informatizado do município.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM**

A prática da enfermagem evolui constantemente – técnica e cientificamente – por meio de evidências da ciência e produção de conhecimento, a partir das experiências do seu cotidiano assistencial. A organização do cuidado de enfermagem é, por intermédio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a forma como o enfermeiro aplica esse conhecimento técnico, científico e humanístico para produção do cuidado (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

O Conselho de Enfermagem define a SAE como uma ferramenta de gerenciamento que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, preconizando sua aplicação em todos os serviços nos quais ocorre assistência de enfermagem, tanto em instituições públicas quanto particulares (COFEN, 2009). Assim, sistematizar a assistência de enfermagem significa adotar normas, rotinas, procedimentos operacionais padrão e sistêmico e dimensionamento de pessoal, a fim de organizar as atividades da enfermagem, representando uma metodologia de trabalho que viabiliza a execução do processo de enfermagem (COFEN, 2009; NICOLAU et al., 2019).

O PE é o instrumento metodológico pelo qual o enfermeiro pensa e executa o cuidado, exigindo habilidades cognitivas, afetivas e operacionais para sua aplicação (GARCIA, 2020). Por meio dessas habilidades, o profissional desenvolve um processo de raciocínio clínico para identificar as necessidades do indivíduo, família ou coletividade, identificar as prioridades assistenciais, promover intervenções e avaliar as respostas dos sujeitos frente às ações implementadas. Dessa forma, sua operacionalização ocorre por meio de cinco etapas dinâmicas e inter-relacionadas – coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem –, sendo que o diagnóstico e a prescrição das ações de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro (COFEN, 2009).

Cabe ressaltar que existe uma diferenciação conceitual entre SAE e PE. A SAE é uma metodologia ampla. Cabe a ela planejar os instrumentos que serão utilizados no trabalho da enfermagem. O PE é um instrumento específico da área, capaz de demonstrar as ações e impactos do cuidado direto da enfermagem e promover a identidade profissional (GUTIÉRREZ, MORAIS, 2017; TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Dessa maneira, o emprego desses termos como sinônimos representa um equívoco de saberes, que pode dificultar a internalização do cuidado como identidade profissional, e colaborar para o enfraquecimento das práticas científicas do cuidar de enfermagem. Tais situações ocorrem porque, para muitos profissionais, o método do processo de enfermagem representa as atividades operacionais e burocráticas da assistência que parece não trazer benefícios ou praticidade, e não um norteador do cuidado (HERDMAN, 2013; GUTIÉRREZ, MORAIS, 2017; OLIVEIRA, 2018).

O modo como o processo de enfermagem é aplicado à prática profissional e o sentido a ele atribuído são dinâmicos, sofrendo influência de acordo com o estágio do conhecimento posto e das forças que lhes são contemporâneas (GARCIA, 2020). Pesut e Herman (1998) caracterizaram a aplicação do Processo de Enfermagem em três gerações distintas:

- **Primeira Geração (1950-1970) - Problemas e Processos:** Nesta fase, o Processo de Enfermagem foi projetado visando organizar o pensamento para resolução de problemas de forma antecipada e rápida. Assim, a enfermagem se apropriou de conhecimentos de outras ciências para identificar e solucionar problemas.
- **(1970-1990 Segunda Geração) - Diagnóstico e Razão:** Apesar de o termo diagnóstico aparecer na literatura desde 1950, foi em 1973 que ele ganhou força na ciência da enfermagem. Esse incitamento ocorreu na primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem e quando a *American Nurses Association* (ANA) adotou e legitimou o conceito, publicando o documento “Padrões da Prática de Enfermagem”, e estabelecendo nele um Processo de Enfermagem com cinco fases: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Assim, a ênfase do Processo de Enfermagem passou de solução de problemas para o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico, do pensamento crítico e de sistemas de classificação dos elementos da enfermagem (PESUT, HERMAN, 1998).
- **Terceira Geração (1990- atualmente) - Especificação de teste e resultado:** O foco da terceira geração do Processo de Enfermagem volta-se agora para especificar e testar, na prática, resultados dos pacientes que sejam sensíveis as ações do profissional. Uma vez realizado o diagnóstico, especifica-se um resultado a ser alcançado. Assim, a prática contemporânea requer um



profissional com habilidades de pensamento crítico e reflexivo, que desenvolva o conhecimento próprio da área e crie teorias relevantes à assistência.

No contexto brasileiro, o PE ganhou força na década de 1970, por meio dos trabalhos de Wanda de Aguiar Horta. O impacto da aplicação de seu método no ensino e na pesquisa pode ser observado até os dias atuais (HORTA, 1979). Em consonância com os trabalhos de HORTA e de outros estudos, entidades da profissão têm empreendido esforços para direcionar a prática de enfermagem segundo o método científico, criando grupos de trabalho e comissões que discutam o ensino do Processo de Enfermagem, sua normatização e implantação nos diversos contextos de assistência (GARCIA, 2016; 2020).

A emissão da Resolução Cofen n.º 358/2009 torna imperativo que o PE esteja ancorado em bases teóricas e seja registrado de modo sistemático, ordenado e compreensível. Ademais, que ele apresente todas as etapas do processo, independente do formato do prontuário – tradicional ou eletrônico –, evidenciando os aspectos intelectuais que envolve. O processo cuidar é resultado desse esforço para consolidação do PE, assim como a criação do Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE ABEn Nacional) pela Associação Brasileira de Enfermagem (COFEN, 2009,2012; GARCIA, 2016).

Apesar de sua normatização e evolução, é possível identificar que tanto a compreensão do PE como sua aplicação prática encontram-se em momentos distintos no país. Em algumas áreas, é similar à fase da primeira geração do PE; em outras, aproxima-se da fase da segunda geração, tentando consolidar práticas de ensino, de pesquisa ou de assistência e, pontualmente, ainda no meio acadêmico, no qual há indícios da utilização de metodologias de ensino para o desenvolvimento do raciocínio clínico, crítico e reflexivo, condizente com a terceira geração do PE (GARCIA,2016).

Alguns estudos apontam que a não aplicabilidade do Processo de Enfermagem está relacionada a vários fatores: formação acadêmica; o não reconhecimento do PE como identidade profissional; sobrecarga de trabalho; falta de habilidade do julgamento clínico (GUTIÉRREZ, MORAIS, 2017; SOUZA JUNIOR et al., 2017).

Enfermeiros apontaram, em pesquisa, que o pouco conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem e raciocínio clínico interfere na determinação de tais diagnósticos e seus registros (BELEM et al., 2019, CORDEIRO et al., 2019).

Portanto, são necessários esforços para superar os desafios da implementação do processo de cuidar em enfermagem e a forma de registrá-la corretamente, de tal maneira que se consiga evidenciar a eficácia e a eficiência das ações de enfermagem nos diversos contextos assistenciais. A ausência do registro sistemático pode resultar na invisibilidade e falta de reconhecimento da profissão, sendo obstáculo para o avanço da ciência da enfermagem (GARCIA, 2016).

Pesquisadores têm demonstrado que a institucionalização de instrumentos com linguagem padronizada melhora os escores de qualidade de registro de enfermagem e traz segurança para o cuidado (LINCH et al, 2017), assim como indicam que sistemas informatizados contribuem para a implementação do processo de enfermagem e melhores registros de suas etapas (FULY et al., 2013; MOREIRA et al., 2016). Não obstante os estudos apontem as potencialidades do uso da linguagem padronizada associada a sistemas de informação, há fragilidades que necessitam ser superadas para melhor aplicabilidade e utilização na prática.

Dentre os desafios, encontra-se o desenvolvimento do raciocínio clínico e o uso da informática. Pesquisa realizada na Suíça mostrou que os registros de enfermagem de forma manual, realizados por um grupo de enfermeiros que participou de um programa de treinamento de raciocínio clínico, foi melhor do que os registros de enfermeiros que utilizaram um sistema eletrônico de documentação. Neste, o Diagnóstico de Enfermagem era sugerido conforme a inserção dos dados, evidenciando que a capacidade de pensar criticamente e refletir sobre a situação clínica do enfermeiro não pode ser substituída por sistemas informatizados (BRUYLANDS,2013).

Dessa forma, é lícito afirmar que a informatização por si só não garante bons registros e, para o enfermeiro incorporar o processo de enfermagem como identidade profissional, o PE precisa fazer sentido na sua prática. Assim sendo, é necessário pensar em práticas organizacionais que envolvam o enfermeiro na elaboração dos instrumentos que irão compor a estruturação do cuidado sistematizado, além de programas de educação permanente que trabalhem o desenvolvimento de competências e habilidade de raciocínio clínico.

Portanto, para que o processo de enfermagem não seja um fim em si mesmo, representando apenas um método de agrupar informações, é necessário fundamentá-lo em Teorias de Enfermagem (TE). Esse suporte teórico deve expressar a visão filosófica do modelo de cuidado de enfermagem que se pretende prestar, a depender do campo de atuação e das concepções de vida e mundo que o grupo de enfermagem possui (TANURE, PEINHEIRO, 2019). Nesse sentido, a seguir será apresentado o referencial filosófico e teórico adotado nesta pesquisa para organização dos enunciados identificados.

### **3.2 REFERENCIAL FILOSÓFICO E TEÓRICO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

A assistência de enfermagem consiste no objeto de trabalho do profissional enfermeiro, que se concebe por meio de ações que abrangem múltiplas dimensões, tais como: gestão, cuidado, educação e pesquisa. A partir dessas premissas que configuram a atuação do enfermeiro junto aos serviços de saúde, requer-se uma estrutura filosófica, teórica e metodológica para nortear essa assistência (MERINO et al., 2018; BITENCOURT et al., 2020).

As bases filosóficas e teóricas que sustentam uma prática refletem os valores sociais e culturais da sociedade, bem como expressam a organização política e econômica. Nesse cenário, as concepções estruturantes do campo da saúde são fruto dessa organização social (EGRY, 2010).

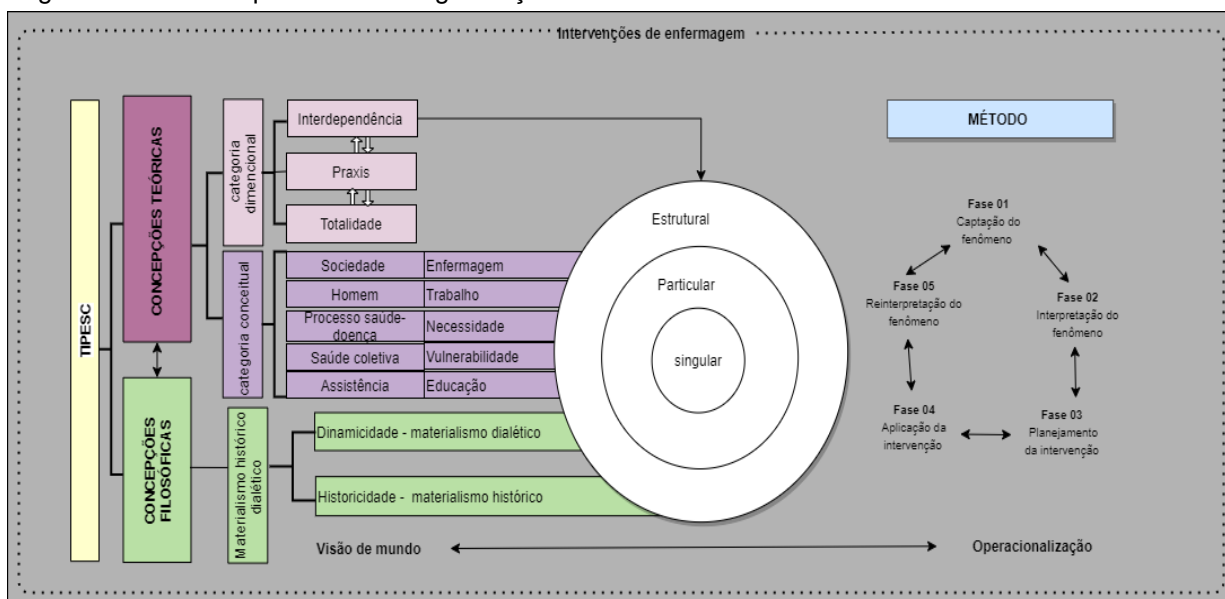
Não obstante, a enfermagem ao longo das últimas décadas, busca adotar referenciais teóricos para direcionar o processo de enfermagem nos diversos serviços de saúde, todos expressando, de alguma forma, o momento histórico da sociedade. Contextualiza-se que o modelo de saúde desenvolvido ao longo dos anos possui sustentação positivista, tecnicista e curativista, imbricado ao modelo biomédico (EGRY; GARCIA, 2010).

Contudo, considerando as transformações históricas e sociais e o modelo de saúde que se busca consolidar no país, adotou-se, neste estudo, o referencial de Emiko Yoshikawa Egrý (1996) como suporte teórico para organização de um padrão de registro de enfermagem no contexto da urgência e emergência. A Teoria de

Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) é oriunda da saúde coletiva, cuja base filosófica é o materialismo histórico e dialético, mesmo referencial filosófico e teórico que rege os princípios e pressupostos do Sistema Único de Saúde, trazendo concepções ampliadas do processo saúde-doença e de necessidades de saúde. É sob essa ótica que se pretende organizar os processos de trabalho da enfermagem no contexto da urgência.

Resumidamente, a TIPESC é assim organizada: base filosófica fundamentada na visão Materialista Histórica e Dialética de mundo, que tem como raízes a Historicidade e Dinamicidade. As bases teóricas, por sua vez, estão divididas em duas categorias: a conceitual e a dimensional. Na categoria conceitual, a teórica apresenta os conceitos ligados ao cuidado de enfermagem: sociedade, homem, processo saúde-doença, assistência, enfermagem, necessidade de saúde, dentre outras. Na categoria dimensional, a autora apresenta o conjunto de elementos que embasam a operacionalização do cuidado de enfermagem: totalidade, a práxis e interdependência do estrutural, do particular e do singular. Mediante esse arcabouço teórico e filosófico, sua aplicabilidade na prática ocorre por meio de cinco fases não estáticas: captação da realidade objetiva, interpretação do fenômeno, planejamento da intervenção, aplicação da intervenção e reinterpretação do fenômeno (EGRY, 2010), caracterizando o método da teoria, que nesta pesquisa não será aplicado. A Figura 1 demonstra esquematicamente a organização da TIPESC.

Figura 1: Modelo esquemático da organização da TIPESC



Fonte: autora própria, 2020.

A visão do materialismo histórico-dialético compreende os fenômenos de saúde como resultado das transformações que ocorrem coletivamente no modo de produção e reprodução social, em um determinado momento histórico, frente às contradições existentes para suprir as necessidades de vida.

Assim, a historicidade, sob a ótica do materialismo histórico, refere-se à mobilidade constante da história, reconhece que as transformações econômicas e o modo de produção condicionam o processo saúde-doença em determinado espaço e tempo. Ou seja, a forma de inserção do ser humano na sociedade em determinado momento histórico explica os fenômenos sociais que ele vive (EGRY, 2008).

O pensar dialético admite as contradições postas na sociedade, as quais se referem à oposição entre dois polos incompatíveis entre si, que negam um ao outro e afirmam, ao mesmo tempo, sobre a mesma coisa. São esses contraditórios que propulsionam as transformações (EGRY, 2010). Assim, o movimento do pensamento – oriundo de uma realidade aparente – passa por abstrações ou reflexões e elabora uma nova realidade, para a concretização do pensamento. Entende-se esse movimento como a dinamicidade do processo.

Sustentada nessas bases filosóficas, a categoria conceitual e dimensional se desenvolve e ganha sentido. Para fins desta pesquisa, serão apresentados na categoria conceitual os conceitos relativos a: sociedade, homem, processo saúde-doença, assistência, enfermagem e necessidade de saúde. Cada uma dessas categorias está em processo de redefinição contínua e histórica, de acordo com a dinâmica das transformações sociais. Os conceitos apresentados por Egrý são os que permeiam o trabalho em saúde, sendo que a concepção profissional sobre estes norteará as intervenções de enfermagem. Assim Egrý (1996) define sociedade:

Complexo integrado por homens diferenciados ocupando determinado espaço geopolítico. Os homens interagem entre si a partir da inserção no trabalho onde eles se relacionam entre si e com a natureza, na produção da vida material. Este trabalho está estruturado pela base econômico social. Toda esta estruturação está assentada no modo de produção, síntese concreta, histórica e dinâmica das relações sociais e das forças produtivas. Tal modo de produção conforma e é conformado pela superestrutura jurídico político ideológica. Esta sociedade encontra-se em permanente transformação, criando-se e recriando-se pela ação humana em um processo de criação onde o Homem é também transformado (EGRY, 1996, p. 52-53).

Na perspectiva da saúde, reconhecer a forma como cada sociedade se organiza para a produção de sua existência e se insere no processo de produção, implicará

em compreender que esses processos resultam em diferentes qualidades de vida e variados perfis de saúde-doença. Tal fato cria diversas potencialidades e vulnerabilidades, que exigem intervenções de enfermagem, as quais vão além do desempenho técnico-científico, envolvendo o compromisso ético e político com realidade em que opera (OLIVEIRA, NOLASCO, 2008; EGRY et al., 2015).

Quanto ao conceito de homem, este é:

Ser biológico e social, com integridade, inserido em uma sociedade historicamente determinada. É um ser de vida social que, ao pertencer a diferentes classes sociais, (detém) condiciona diferentes condições de vida, de saúde e de assistência à saúde. Cada qual tem uma visão de mundo que lhe é própria, conseqüente também à sua forma de inserção social e, de acordo com ela, reage aos acontecimentos da vida social (EGRY, 1996, p. 57).

Dessa forma, na definição de homem a autora destaca as categorias trabalho-classe social; consciência de classe e burguesia (SILVA; ALMEIDA, 2000).

No que tange ao processo saúde-doença, é definido como:

Processo histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência. É a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade da vida social e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar, de responsabilidade humana. O processo saúde-doença aproxima o “polo” doença não apenas dos sofrimentos físicos, mas também dos psíquicos, morais e éticos. [...] Ele não se expressa numa progressão linear, mecânica, que vai de um polo (saúde) a outro (doença), mas sim através de um constante vaivém em espiral o que evidencia o caráter dinâmico de permanente e alteração dos fatos/ fenômenos vinculados à saúde-doença. O processo saúde-doença não é um processo individual (exclusivamente, de origem e fim), tampouco se refere exclusivamente a dimensão biológica do Homem. É um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção [...] (EGRY, 1996, p. 60- 61).

Em síntese, o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado e modulado por condicionantes de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política, o qual está vinculado às formas de inserção dos grupos sociais no mundo do trabalho, que, por conseguinte, vão resultar em necessidades diferenciadas em termos de saúde (NAKAMURA, et al., 2009).

No que se refere à enfermagem, é considerada uma prática social, transformadora, realizada com instrumentos próprios e procedimentos pautados na ciência,

construídos e calcados frente às reproduções sociais. Mediante esse corpo de conhecimento e habilidades, ela intervém no processo saúde-doença, considerando as distintas classes sociais a que pertencem os sujeitos da intervenção, visto que a qualidade de vida é diferente, a depender da classe social em que o usuário está inserido (QUEIROZ, EGRY, 1988, EGRY, 1996, SILVA ALMEIDA, 2000).

Na obra em que Egrý define os conceitos anteriormente apresentados, a teórica não traz uma conceituação explícita de necessidade. No entanto, enquanto apresenta as bases filosóficas, traz explicações sobre necessidade na visão do materialismo histórico e dialético, reportando-se às obras de Heller (1986) sobre as necessidades humanas. Em 2008, Egrý e colaboradores discutiram sobre necessidades em saúde sob diversas óticas, e nessa obra Oliveira e Egrý apresentaram a definição de Heller (1986) sobre necessidade humana, que a conceitua como:

(...) um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (HELLER, 1986).

Para Heller (1986), as necessidades se distinguem em **naturais ou de preservação de vida** e **necessidades propriamente humanas**. As primeiras reportam às necessidades de alimentação, sexual, vestimenta, habitação, de contato social e cooperação, relativas à manutenção da vida humana; porém, por serem produzidas em contextos sociais, não podem ser denominadas “naturais”. As segundas reportam à liberdade, à autonomia, à autorrealização, à atividade moral e à reflexão, dentre outras. A autora apresenta também um grupo de necessidades, originadas no capitalismo, denominando-as de **alienadas**, como dinheiro, poder e posse de objetos (OLIVEIRA; EGRY, 2008, EGRY, 2010).

Dessa forma, observa-se que toda necessidade humana é social e historicamente determinada, manifestam-se no cotidiano individual e coletivo, por isso podem ser analisadas do ponto de vista da necessidade em si e da vida em sociedade (OLIVEIRA; EGRY, 2008).

Como a necessidade humana, as necessidades em saúde não diferem das demais, e se manifestam conforme organização social e o contexto histórico. Elas dizem respeito à conservação da vida, mas também à realização de um projeto de vida que é culturalmente desenvolvido (HELLER, 1986, OLIVEIRA; EGRY, 2008). Portanto,

entender tal conceito é indispensável para identificar as necessidades de saúde da população, e minimamente programar a prestação de serviços para atendê-la (SOUZA, 2008).

Quanto às categorias dimensionais, estas conformam-se na operacionalização da teoria; são elas: a totalidade, a práxis e a interdependência entre o estrutural, o particular e o singular. A totalidade é a parte do objeto de intervenção que se relaciona com outras totalidades imediatamente superiores ou inferiores a ela. Esse processo de totalização ocorre a partir das relações de produção e das suas contradições (EGRY, 1996; 2017).

Quanto à práxis, na visão de Marx, consiste em uma atividade concreta por meio da qual os indivíduos amadurecem no mundo, transformando a realidade objetiva, sendo que, para alterá-la, transformam a si próprios (EGRY, 1996). Nesse sentido, a práxis interventiva pode imprimir ao cuidado de enfermagem a possibilidade de emancipação e autonomia dos sujeitos, uma vez que permite analisar com criticidade a realidade objetiva e, ao mesmo tempo, introduzir ações necessárias à transformação (EGRY et al., 2017).

Por fim, a categoria dimensional da inter-relação entre o estrutural, o particular e o singular (EPS), permitem desvelar, simultaneamente, as distintas partes do fenômeno e exibir a dialética entre as partes e o todo. Em geral, a dimensão singular é o que é mais específico e próximo do fenômeno, enquanto a dimensão estrutural está sempre mais distante; e a dimensão particular, por sua vez, intermedeia essas duas dimensões (EGRY, 2010).

Assim, a **dimensão estrutural** está relacionada às questões macroestruturais, questões político-ideológicas. A **dimensão particular** é formada pelos processos de reprodução social (produção/consumo) expressos nos perfis epidemiológicos, indicativos do processo saúde-doença vivido pelas distintas classes sociais. A **dimensão singular** é formada pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, em sua classe social, e no qual o desgaste físico e psíquico (doenças, agravos, entre outros) ocorre em suas especificidades; contudo, sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção social (EGRY, 2010).

A aplicação desta Teoria no campo da enfermagem tem sido desenvolvida nos âmbitos assistencial, gerencial e educacional. Pesquisadores da USP utilizaram a



TIPESC como sustentação teórica para organizar e validar um Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para o enfrentamento da violência doméstica contra crianças (SAKATA-SO, EGRY, CUBAS, ALBUQUERQUE, 2018). Aplicando as bases metodológicas da teoria, estudos foram desenvolvidos com os seguintes objetivos: organizar instrumento de coleta de dados na saúde da mulher; investigar sobre instrumentos utilizados por agentes comunitários de saúde para reconhecer necessidades de saúde; relatar experiência sobre a organização de práticas desempenhadas pela enfermagem no enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus entre povos indígenas em Manaus (EGRY et al., 2009; GONÇALVES; GOÉS; SOUZA; RESENDE, 2016; ROCHA et al, 2020).

Nesta pesquisa a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC servirá como suporte teórico para organizar os enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades humanas proposta e categorizadas por Agnes Heller apresentadas por Egrý. Acredita-se que esta teoria é propícia para apoiar a prática da enfermagem contemporânea em seus diversos campos de saber. Trata-se de uma teoria que busca promover transformações, superar contradições presentes no cotidiano da assistência à saúde e da enfermagem (EGRY, 1996). Suas características demonstram como as teorias de enfermagem podem contribuir para as boas práticas, preservando a continuidade entre teoria e prática (BRANDÃO et al., 2019).

Assim sendo, a partir da apropriação desse referencial para organizar um padrão de registro do processo de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, vislumbra-se a gênese de uma transformação das práticas existentes, instigando os profissionais a desenvolverem o cuidado de enfermagem de forma reflexiva e crítica, considerando o contexto social, político, cultural, convergente com os princípios e diretrizes do modelo de saúde adotado no país. Esse modelo de saúde está em construção e visa atender as necessidades de saúde da população com um olhar ampliado do processo saúde-doença.

Acredita-se que, no contexto brasileiro, é importante adotar referenciais teóricos coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, a fim de sustentar a prática de enfermagem e colaborar com a sua construção e consolidação, revelando o papel social e político da profissão. Desse modo, compreendendo que os serviços de urgência e emergência fazem parte de uma complexa rede do SUS – o qual vem se

estruturando para dar resposta às necessidades de saúde –, a utilização da TIPESC enquanto modelo teórico favorece a identificação das necessidades de saúde do indivíduo, da família e da coletividade nesse cenário, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

### 3.3 ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída no Brasil em 2003, nasceu da necessidade de estruturar uma rede de serviços que promovesse cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, como resposta à grande insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares ora vigentes. O aumento da morbimortalidade da população por doenças crônico-degenerativas e causas externas, bem como a insuficiente estruturação da rede assistencial, trouxeram para os serviços de urgência e emergência uma sobrecarga, sendo necessário repensar como a assistência às urgências estava organizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002, 2003a, 2011a).

Nesse sentido, gradativamente o Ministério da Saúde foi emitindo Portarias a fim de organizar e integrar os diversos pontos de assistência às urgências. Inicialmente, mediante o fortalecimento do atendimento pré-hospitalar móvel e centrais de regulação; e, posteriormente, pela regulamentação dos demais componentes, culminando com a reformulação da PNAU em 2011, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS (BRASIL, 2002, 2003b, 2004, 2011a).

Esta rede é composta pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).

O foco desta pesquisa trata-se das urgências e emergências atendidas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas), que se constitui o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar, e vem se estabelecendo como importante ponto de acesso da rede, apesar das suas fragilidades. É definida como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Primária de Saúde (APS) e a

Rede Hospitalar. Funciona de modo ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, cujo objetivo é dar suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem sua capacidade de resolução, e reduzir o afluxo de usuários para as portas de entrada hospitalares (BRASIL, 2008; 2009; 2011a) ou seja é um serviço de urgência e emergência que não está vinculado fisicamente a um hospital.

O vínculo entre os serviços ocorre por intermédio da interação e pactuações em redes assistenciais, por meio das quais espera-se aumentar a efetividade e a eficiência, ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; BRASIL, 2011b).

Nesse cenário, para garantir que os diversos pontos de atenção atuem de forma integrada, sinérgica e articulada, fazem parte das diretrizes da política de Urgência e Emergência o acolhimento, com classificação de risco, e o compartilhamento de informação, por meio do processo de referência e contrarreferência (BRASIL, 2013). A ferramenta do acolhimento com classificação de risco prioriza o atendimento e organiza o fluxo de entrada dos usuários no serviço, direcionando o acesso dos usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades e em tempo oportuno (CECÍLIO; COUTINHO; MOTA, 2012; BRASIL, 2013).

É recomendado pelo Ministério da Saúde que todos os serviços adotem um protocolo para classificar o risco dos pacientes, e o enfermeiro tem sido o profissional mais atuante nesses espaços, por conseguir explorar a queixa do paciente, e tomar decisões sem a presunção de fazer diagnóstico médico (GBCR, 2010, 2015; SILVA et al., 2019).

Amparadas legalmente pela Resolução COFEN n.º 423/2012, a gestão da equipe de enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência são privativas do enfermeiro. Esse profissional deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico do procedimento e executá-lo aplicando o processo de enfermagem, em conformidade com o disposto na Resolução COFEN n.º 358/2009 (COFEN, 2012).

Considera-se que, devido à dinâmica de atendimento na sala de classificação de risco ser transitória, rápida – com processos de trabalho fragmentados, e permeados por conflitos de poder, muitos profissionais podem apresentar dificuldade de

conceber a o registro do PE a partir da classificação de risco. Todavia, na prática, as habilidades técnicas, científicas e procedimentais que o enfermeiro adota para desenvolver o raciocínio clínico, e determinar o grau de prioridade de um indivíduo espaço, assemelham-se ao método do processo de enfermagem. Por isso, infere-se que falta ao enfermeiro, nesse contexto, adotar simultaneamente uma linguagem padronizada da enfermagem para facilitar a assistência ao longo do percurso do paciente no serviço, e proporcionar visibilidade das intervenções do enfermeiro nesse espaço.

Percebendo essa similaridade entre esses dois instrumentos, pesquisadores realizaram associação entre a linguagem do Sistema de Triagem de Manchester® e sistemas de linguagem da enfermagem, demonstrando que há similaridade significativa entre os termos dessas linguagens (PAESE; DAL SASSO; COLLA, 2018; FRANCO, 2018). Nesses estudos, encontrou-se combinação tanto da Classificação NANDA® quanto CIPE®, apontando para a possibilidade de padronização do registro de enfermagem, com linguagem própria, desde a chegada do paciente ao serviço, o que otimiza o tempo do profissional e promove a continuidade dos cuidados.

O Sistema de Triagem de Manchester® é um dos protocolos amplamente utilizados no Brasil para classificar o risco nos serviços de urgência e emergência. Trata-se de uma tecnologia de saúde usada em diversos países, trazida para o Brasil por um grupo de Minas Gerais, em 2007, por intermédio de uma parceria com o Grupo Português de Triagem. Em 2017, foi lançada a segunda versão brasileira, que corresponde à terceira versão internacional. O objetivo dessa atualização foi torná-la mais segura e mais sensível a situações clínicas e culturais apontadas pelos países que a utilizam (GBCR, 2017).

O Protocolo consiste em 53 fluxogramas – 51 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas –, que são escolhidos conforme a queixa/sintoma do paciente. Cada fluxograma contém discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica. As prioridades clínicas são divididas em cinco e classificadas por cores: vermelha – atendimento imediato; laranja e amarela – espera de 15 até 60 minutos; verde e azul – poderão esperar de 120 a 240 minutos. Essa ferramenta pretende assegurar que o manejo e o tratamento ocorram de acordo com o tempo- resposta determinado pela

gravidade clínica, sendo um instrumento importante para estabelecer os fluxos de encaminhamento dentro do serviço e para outros pontos de atenção, conforme pactuações realizadas (GBCR, 2017).

Portanto, viabilizar o registro de enfermagem com uma linguagem padronizada, nas unidades de pronto atendimento, torna-se relevante para manter a comunicação entre os diversos serviços e setores. Tal relevância comunicacional ocorre uma vez que, após acolher e intervir na condição clínica, a equipe de saúde deve referenciar para a rede básica de saúde, rede especializada ou internação hospitalar. É fundamental que esse referenciamento ocorra por meio de fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência que garantam a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011a).

Quando o enfermeiro registra o cuidado prestado de forma padronizada, desde a chegada do paciente ao serviço, colabora com o compartilhamento de informações de forma clara entre os diversos componentes da rede, promovendo um cuidado mais seguro, de maior qualidade e centrado no paciente, conforme as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, dentre as terminologias e sistemas de classificação utilizados para padronizar a linguagem da enfermagem, nomeando os elementos que representam a sua prática profissional, a CIPE<sup>®</sup> vem sendo aplicada mundialmente. Essa terminologia é capaz de apoiar a prática de enfermagem em diversos cenários, além de permitir a interoperabilidade entre as diferentes terminologias existentes (ICN, 2018). Dadas essas características, dentre outras, acredita-se que essa é uma linguagem que facilitará o registro de enfermagem informatizado em Unidades de Pronto Atendimento não hospitalar fixa.

### 3.4 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE<sup>®</sup>)

A CIPE<sup>®</sup> é uma terminologia padronizada usada para representar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; contém um elenco de termos e seus relacionamentos, que são utilizados por enfermeiros no âmbito mundial para descrever e documentar sua prática de maneira sistemática. Existem 19 traduções em distintos idiomas e culturalidade, incluindo o português brasileiro, e atende os

padrões internacionais conforme a ISO 18104/2014. Faz parte das cinco classificações aceitas como da família das Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde, e, por isso, vem se consolidando, ao longo dos anos, como uma ferramenta útil para padronização da comunicação e da troca de informações entre os enfermeiros, tornando visível a prática de enfermagem, principalmente nos Sistemas de Informação em Saúde (CUBAS, SILVA, ROSSO, 2010; ICN, 2019).

Essa terminologia está em processo contínuo de desenvolvimento pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) desde a década de 1990, com o intuito de unificar a linguagem da enfermagem, possibilitar maior avanço científico da profissão, bem como permitir que essa linguagem padronizada seja incorporada nos sistemas de informação e comunicação da saúde (ARGENTA et al., 2020).

Sua primeira versão ocorreu em 1996 e, desde então, foram elaboradas 11 versões da CIPE<sup>®</sup>. A penúltima versão foi lançada em junho de 2019, contendo 4.475 termos distribuídos entre 10 conceitos organizadores, 2.035 conceitos pré-coordenados (relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) e 2.430 conceitos primitivos (ICNP, 2019, ICN, 2019). A versão 2021 da CIPE<sup>®</sup> está no modelo da SNOMED, e foi divulgada em outubro de 2021, sem tradução, por isso, neste estudo optou-se por manter a referência de 2019.

A partir do ano de 2009, a cada dois anos uma nova versão da CIPE<sup>®</sup> é lançada e disponibilizada no *site* do CIE – [www.icn.ch](http://www.icn.ch) – em versão *on-line*. Suas traduções também se encontram em arquivo pdf no mesmo *site* (ICN, 2019). Essas atualizações ocorrem por meio da participação de enfermeiros que atuam na assistência, no ensino e na pesquisa, mediante estudos que revisam e validam conceitos, bem como verificam sua utilidade na prática clínica (ARGENTA, 2020). Assim, a cada nova versão, novos termos podem ser inseridos, outros corrigidos ou excluídos, ou ainda migrarem para outra hierarquia classificatória.

Por ser uma terminologia ampla e complexa, a fim de torná-la mais acessível e aplicável à prática clínica, o CIE tem incentivado a construção de subconjunto terminológico ou catálogo CIPE<sup>®</sup>. Esses subconjuntos são declarações, diagnósticos, resultados e intervenções pré-combinados, direcionados a uma ou mais prioridade de saúde ou clientes. São considerados instrumentos tecnológicos

essenciais para prática do enfermeiro em um contexto específico, refletindo o cuidado individualizado, sistematizado e humanizado (CUBAS, NÓBREGA, 2015).

A elaboração de subconjuntos terminológicos da CIPE<sup>®</sup>, bem como sua aplicação na prática clínica, vem se expandindo nacionalmente e internacionalmente, apresentando uma concentração maior para as áreas de cuidado do paciente oncológico, idoso e da criança/adolescente (QUERIDO, et al., 2017). No Brasil, pesquisadores têm desenvolvido trabalhos voltados para a área assistencial nas temáticas relacionadas à saúde do adulto, vinculadas aos programas *stricto sensu*, bem como se apropriado desta terminologia para auxiliar na implantação do processo de enfermagem (FIGUEIRA, 2018; CLARES, 2020).

No cenário da urgência, uma pesquisadora elaborou um instrumento para registro de enfermagem, utilizando a CIPE<sup>®</sup> no contexto do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, e mapeou 58 intervenções de enfermagem conforme versão CIPE<sup>®</sup> 2013 (PIZZOLATO, 2017). Outro estudo, realizado em hospital especializado em emergência e trauma, mapeou 1.431 registros de enfermagem idênticos, similares ou presentes na definição de outro termo da CIPE<sup>®</sup> 2013, e identificou 63 termos novos, dos quais apresentou definição de 15 termos (CUBAS et al., 2017).

Outros estudos realizados no sul do país demonstraram os benefícios do processo de enfermagem informatizado a partir da CIPE<sup>®</sup>, indicando que podem contribuir para a segurança do paciente, tanto em UTI quanto em Serviços de Urgência e Emergência (DAL SASSO et al., 2013; PAESE; DAL SASSO; COLLA, 2018), pois auxiliam o enfermeiro no julgamento clínico e na tomada de decisão.

Essas pesquisas demonstram que a CIPE<sup>®</sup> é uma terminologia em processo de evolução e vem se consolidando na prática da enfermagem. Porém, mais estudos precisam ser desenvolvidos para incorporar sua aplicabilidade no cotidiano da enfermagem, e representar sua prática nos diversos contextos de atuação da profissão.

Uma das ações do CIE que fez a CIPE<sup>®</sup> avançar – e contribuiu para sua padronização – foi acomodar seus termos no Modelo de Sete Eixos, e orientar a construção dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem conforme a padronização da ISO 18104 (ICNP, 2017).

A organização dos termos no Modelo de Sete Eixos ocorreu a partir do ano de 2005, o que simplificou e contribuiu para resolver as redundâncias e ambiguidades de termos, facilitando a composição das afirmativas que representam a prática da enfermagem (CIPE, 2017). Nesse modelo, os termos apresentam as seguintes definições:

Quadro 1:: Eixos da CIE® versão 1 e suas definições

EIXO	DEFINIÇÃO
<b>Foco</b>	Área de atenção que é relevante para a Enfermagem.
<b>Julgamento</b>	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem.
<b>Cliente</b>	Sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção.
<b>Ação</b>	Um processo intencional aplicado a um cliente.
<b>Meios</b>	Uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção de enfermagem.
<b>Localização</b>	Orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções.
<b>Tempo</b>	Momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.

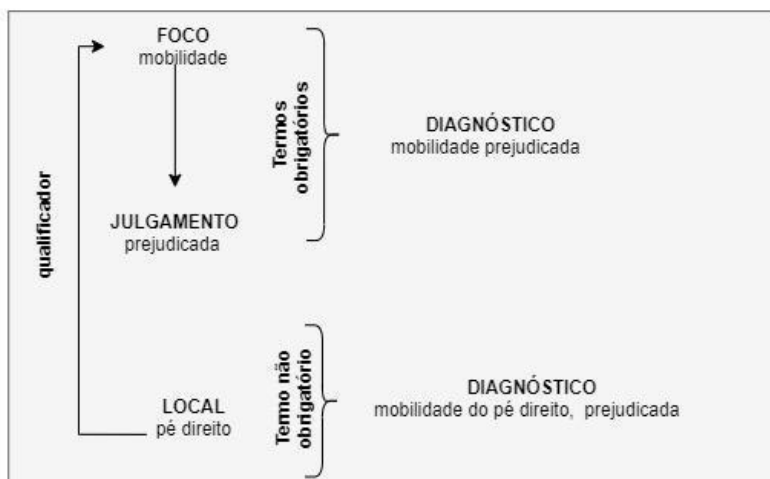
Fonte: GARCIA, NÓBREGA, 2009.

Referente à ISO18104, esta foi emitida em 2003, para estabelecer um modelo de terminologia de referência da enfermagem, com os específicos de terminologia em saúde, de tal forma que fornecesse referencial em saúde mais unificado. Atendendo a recomendação de diversos revisores, foram realizadas algumas mudanças para corrigir erros, esclarecer significados e atualizar definições presentes na norma; assim, em 2014 foi emitida uma versão atualizada da ISO 18104. Essa atualização manteve o objetivo da interoperabilidade e buscou garantir o registro nos sistemas de informação dos diagnósticos e ações de enfermagem, de tal forma, que permitisse análises de dados. Assim, demonstrou a contribuição da enfermagem para o cuidado de saúde, direcionando para melhoria da qualidade, gerenciamento e formulação de políticas (ABNT, 2016).

A norma apresenta definições de diversos termos que são relevantes para a enfermagem, entre eles a ISO 18104/2014 define que: “o diagnóstico de enfermagem é um rótulo dado a um achado de avaliação, evento, situação, ou outra questão de saúde para indicar que se considera relevante por parte do enfermeiro e, se for o caso, do sujeito do cuidado”. A ABNT (2016) define que um enunciado diagnóstico é expresso por um *juízo* sobre o *foco*, sendo possível que o termo do *foco* receba um qualificador do eixo *local*. A Figura 2 exemplifica graficamente essa construção.



Figura 2: Diagnóstico de Enfermagem - Julgamento sobre o foco



Fonte: a autora, 2020.

A afirmativa diagnóstica é também uma expressão simples de um achado clínico representando um estado, processo, estrutura, função ou comportamento alterado, sendo que essa expressão pode ser acrescida dos qualificadores curso clínico, grau e tempo, conforme a Figura 3.

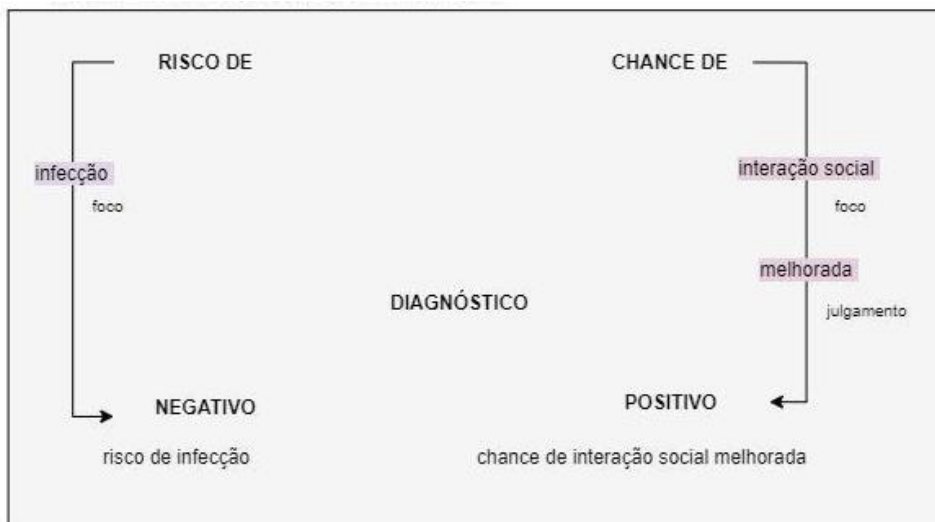
Figura 3: Modelo base de dados para extração das informações dos artigos. Vitória- ES, 2019



Fonte: a autora, 2020.

Outra possibilidade é a afirmativa ser uma potencialidade que indica um risco (diagnóstico negativo) ou uma chance (diagnóstico positivo), como demonstra a figura 4.

Figura 4: Diagnóstico de enfermagem formado por: potencialidade que indica um risco (diagnóstico negativo) ou uma chance (diagnóstico positivo).

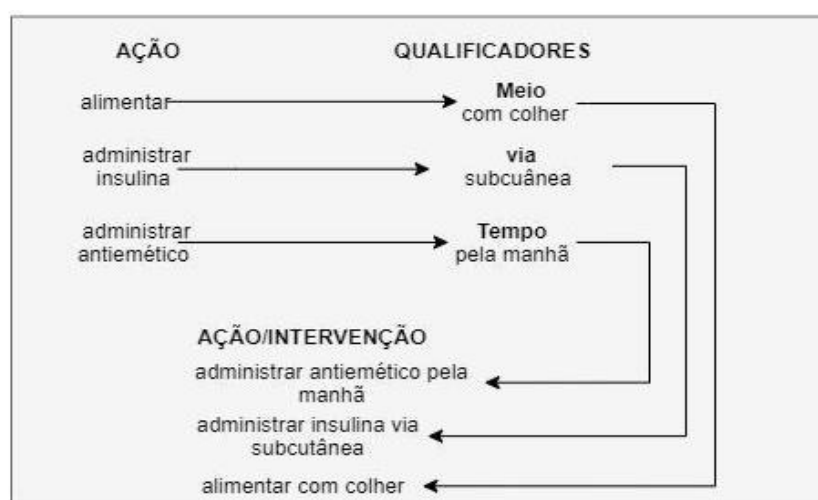


Fonte: a autora, 2020.

As ações/intervenções de enfermagem também foram definidas na obra supracitada, como: “atos intencionais aplicados a um ou mais alvos, realizados por um(a) enfermeiro(a), ou sob sua orientação, com a intenção de direta ou indiretamente, melhorar ou manter a saúde de uma pessoa, grupo ou população”.

Para a elaboração de uma expressão da ação/intervenção de enfermagem, a ISO<sup>2</sup> 18104/2014 orienta que deve haver um descritor para ação e no mínimo um descritor para alvo. Porém, se o alvo for objeto do registro e estiver implícito na expressão, não é necessária sua descrição na afirmativa; além disso, um termo da categoria local poderá ser utilizado para especificar melhor o alvo (Figura 5).

Figura 5: Intervenção de Enfermagem formada por: ação sobre o alvo.

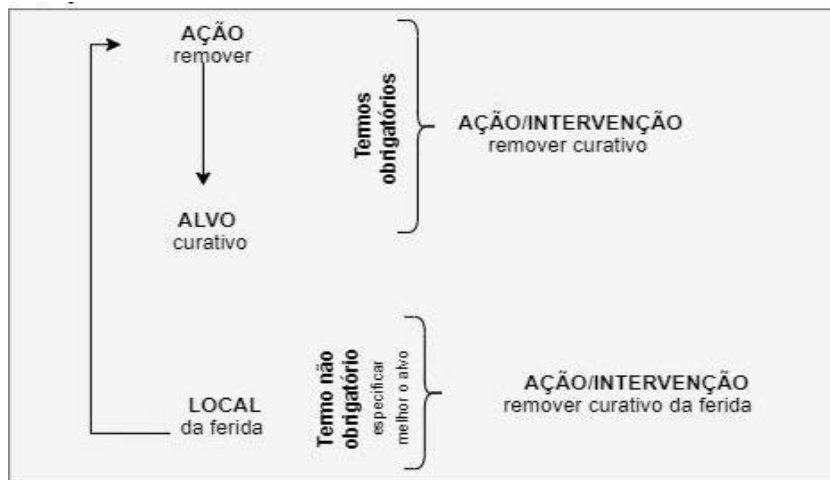


Fonte: A autora, 2020.

<sup>2</sup> Está em fase de atualização.

As afirmativas de ação/intervenção também podem ser qualificadas com os termos das categorias via, meio e tempo (Figura 6).

Figura 6: Intervenção de Enfermagem formada por: Ação sobre o alvo e qualificadores



Fonte: A autora, 2020.

Quanto à elaboração dos resultados de enfermagem, a norma indica que a estrutura categorial que representa os diagnósticos de enfermagem é adequada o suficiente para direcionar as metas e os resultados, não sendo necessária uma estrutura específica para expressar os resultados de enfermagem. Dessa forma, estes são expressos indicando as mudanças que ocorrem nos diagnósticos elaborados após a intervenção de enfermagem, como: **Primeiro diagnóstico** – sono extremamente alterado; **Segundo diagnóstico** – sono moderadamente alterado; **Resultado** – padrão de sono melhorado (GARCIA, 2017).

Observa-se que o desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup> é um processo contínuo e dinâmico, envolveu o esforço e a participação de vários entes para que se transformasse não só numa linguagem padronizada, mas numa tecnologia de informação. É uma ferramenta que facilita a comunicação entre enfermeiros, a equipe multidisciplinar e desenvolvedores de políticas de saúde. Vem sendo utilizada como base para execução do processo de enfermagem informatizado, e sua documentação auxilia o raciocínio clínico e a segurança da assistência de enfermagem.

Portanto, com a era digital e o aumento de dados para apoiar a prática de enfermagem, é urgente que seus profissionais se apropriem do conhecimento dessa

ferramenta e de outras tecnologias da informação e comunicação, para que possam participar das decisões sobre quais tecnologias farão parte de seu cotidiano de trabalho.

### 3.5 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Em tempos de “Saúde Digital”, ter acesso à informação é uma necessidade cada vez maior por parte de todos os que se encontram envolvidos no processo do cuidado. Dessa forma, a utilização da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) nos serviços de saúde tem sido fundamental para apoiar a coleta, análise, gestão e compartilhamento de informações, principalmente por meio dos sistemas computacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Tecnologia de Informação e Comunicação é definida como:

um conjunto de recursos tecnológicos utilizados de forma integrada, objetivando estimular e disseminar conhecimento pelo uso de ferramentas simultâneas de sons, imagens e textos que possibilitam manipulações, criações, avaliações e arquivamentos por meio de recursos como rádio, telefone, televisão, redes de cabos e fibras óticas e, principalmente computadores (MOTA et al., 2018).

A TIC vem sendo aplicada como sistema de apoio organizacional, de comunicação, de cuidado e gestão em enfermagem, emergindo novos modelos para desenvolver o conhecimento e a prática da enfermagem, em consonância com a tendência mundial de incorporação das tecnologias digitais no processo de trabalho dos profissionais da saúde (LANDEIRO et al., 2015).

Na literatura, observam-se vários exemplos de implementação de recursos tecnológicos na área da enfermagem, como no desenvolvimento de *software* para atividades gerenciais, assistenciais ou educacionais. Uma revisão de literatura com recorte temporal de 2013 a 2017, investigando a inserção das Tecnologias da Informação e Comunicações (TICs) na enfermagem, identificou pelos menos 6 estudos com proposta e desenvolvimento de *software*, 13 com informações sobre informatização da enfermagem e 4 abordavam a informatização na educação, sendo que a maioria deles estava associada, de alguma forma, ao tema do processo de enfermagem (COSTA et al, 2019).

A implementação do PE nos serviços de saúde tem ganhado força com a adoção da informatização dos registros assistenciais e, assim como a tecnologia da informação

vem sendo utilizada como um caminho para aperfeiçoar os registros clínicos em saúde, a enfermagem tem-se apoiado nesse recurso para melhorar a gestão do cuidado (DOMINGUES et al., 2017).

A implantação do Registro Eletrônico de Saúde (RES) é uma estratégia do Ministério da Saúde, cujo objetivo é oferecer apoio aos cuidados de saúde, tornando-os eficazes, eficientes, efetivos, seguros e integrados, ao longo de toda a vida do paciente. O RES representa, na Rede de Atenção à Saúde, um sistema logístico importante para garantir a continuidade da assistência, contribuir para a integração dos pontos de atenção à saúde, e a efetivação de um sistema de referência e contrarreferência de pessoas (ISO, 2011; BRASIL, 2011).

Um estudo realizado em 2018, em todo o território nacional – abordando temas relativos à penetração das TIC nos estabelecimentos de saúde e sua apropriação por profissionais de saúde –, indicou que 73% dos estabelecimentos de saúde brasileiros, com acesso à internet, utilizam algum sistema eletrônico para registro das informações dos pacientes. Informações como o histórico ou anotações clínicas estavam presentes em 61% dos sistemas e diagnóstico, problemas ou condições de saúde em 59% (RELATÓRIO DE COLETA DE DADOS TIC SAÚDE, 2019).

Um dado apontado neste estudo demonstrou que os enfermeiros têm utilizado as funcionalidades dos sistemas eletrônicos para atividades administrativas, como gerar pedidos de materiais e suprimentos eletronicamente, e agendar consultas, exames ou cirurgias; porém, há pouco uso para registro da assistência direta ao paciente (RELATÓRIO DE COLETA DE DADOS TIC SAÚDE, 2019).

Esse último achado chama a atenção, uma vez que a enfermagem produz, diariamente, uma série de dados relacionados à sua prática assistencial. Estima-se que esses dados representam mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente (BARRAL et al., 2012); apesar disso, o enfermeiro emprega pouco os sistemas eletrônicos para gerenciar e registrar o cuidado. Assim, percebe-se incremento na produção de conhecimento relacionado ao uso das TIC no campo da enfermagem; no entanto, sua apropriação na prática ainda é incipiente.

Alguns estudos envolvendo enfermeiros em diferentes áreas do cuidado, integrando as TIC e o PE, apontam o baixo envolvimento dos profissionais na concepção dos

sistemas, pouca aproximação desse profissional com referenciais teóricos e metodológicos de desenvolvimento de tecnologias, pouca formação acadêmica para uso da informática, bem como revelam a necessidade de mudar paradigmas organizacionais referentes ao modo de produzir cuidado (PAESE; DAL SASSO; COLLA, 2018; MOREIRA et al., 2016; COSTA, LICHI, 2020). Essas e outras questões justificam, em certa medida, a dificuldade de transposição do conhecimento teórico para prática assistencial.

Mesmo diante desse cenário, é possível perceber que a enfermagem tem um papel importante na produção de conhecimento e aplicação das TIC na saúde, bem como na produção do conhecimento que se converge com os anseios da estratégia e-Saúde e da Política Nacional de Informação e Comunicação. Ou seja, implementar soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho, incluam padrões terminológicos interoperáveis e permitam a gestão da informação integrada, capaz de gerar conhecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Diante do exposto, observa-se que a implementação do Processo de Enfermagem na prática profissional vem ganhando espaço nos diversos cenários, incluindo os serviços de urgência e emergência. Tal avanço tem sido alavancado pela inserção das TIC nos serviços de saúde e, por conseguinte, na assistência do enfermeiro, ainda que incipiente. O Sistema de Linguagem Padronizado é apontado como uma ferramenta importante para o desenvolvimento do PE, e o uso da terminologia da CIPE® tem se mostrado como um caminho viável e seguro para sua consolidação na prática, associado ao uso de teorias da enfermagem. O processo de enfermagem sustentado por uma teoria com visão no materialismo histórico e dialético poderá representar um cuidado crítico, reflexivo e emancipador, convergente com os princípios e diretrizes do SUS.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico. A pesquisa aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Consiste na união do conhecimento entre a pesquisa básica e a tecnologia, para alcançar produtos ou processos frente a uma demanda pré-estabelecida (GIL, 2017).

## 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, envolvendo dados dos Prontos Atendimentos da Praia do Suá e do Pronto Atendimento de São Pedro.

Tais serviços são caracterizados por atender eventos agudos e crônicos agudizados, realizando atendimento de enfermagem, médico, farmacêutico, odontológico, serviço social, exame laboratorial e de imagem, e transporte básico durante 24 horas. A organização do fluxo de atendimento é realizada por meio da classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester (STM), em que o enfermeiro, devidamente treinado e certificado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, faz uma breve consulta de enfermagem e avalia o risco do paciente conforme queixas, sinais e sintomas. Após essa avaliação, seguindo os fluxogramas e discriminadores do protocolo, o enfermeiro atribui uma cor conforme a gravidade e direciona para atendimento médico, de enfermagem, odontológico ou de serviço social. O fluxo desses pacientes segue as diretrizes da RUE, que podem ser encaminhados para a Atenção Básica, exame diagnóstico, avaliação em serviço de referência para elucidação diagnóstica, permanecer em observação por até 24 horas ou para leito de internação hospitalar. É frequente pacientes permanecerem nesses serviços por períodos superiores a 24 horas, demandando cuidados de enfermagem semelhantes ao de um serviço de internação hospitalar. Cada serviço conta em média com 23 enfermeiros e 83 profissionais de enfermagem de nível médio.

## 4.3 PARTICIPANTES

Nesta pesquisa participaram da avaliação de conteúdo enfermeiros com titulação acadêmica mínima de especialista e experiência de pelo menos dois anos na assistência direta ao paciente em unidades de urgência e emergência.

#### 4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E PRODUÇÃO DE DADOS

Este estudo foi realizado em três etapas: elaboração do conteúdo técnico-científico; avaliação do conteúdo teórico; e organização dos dados no sistema informatizado do município.

No período de janeiro de 2019 a março de 2020, foi desenvolvida a etapa 1 da pesquisa, que ocorreu por intermédio das seguintes fases:

##### **4.4.1 Revisão de Literatura**

Esse método de pesquisa é caracterizado por apresentar ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de múltiplos estudos, com diferentes delineamentos para a compreensão completa do fenômeno estudado (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010). O objetivo desta fase foi identificar, na literatura, os principais diagnósticos de enfermagem aplicados à situação de urgência e emergência apresentada, e promover uma aproximação com o tema.

##### **4.4.2 Levantamento dos principais fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester® registrados na Rede Bem Estar**

Foi realizado um levantamento das classificações de riscos registradas pelos enfermeiros dos Prontos Atendimentos da Praia do Suá e São Pedro no sistema de informação Rede Bem-Estar do período de janeiro a junho de 2019. O município adotou, desde 2011, o Protocolo de Manchester® para realizar a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência; em média, os enfermeiros fazem 450 classificações em 24 horas em cada serviço.

O município segue a primeira versão do protocolo que está inserido no sistema informatizado, e gera vários relatórios de gestão. A coleta de dados realizada por meio de um relatório que o sistema emite, com vários dados sobre o processo de classificação, entre eles o fluxograma, o discriminador e a prioridade atribuída ao



paciente pelos enfermeiros foram exportados para uma planilha de Excel<sup>®</sup>, separados conforme prioridade clínica: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Para fins deste estudo, foram considerados apenas os dados das classificações vermelho, laranja, amarelo e verde, por representarem o maior foco do atendimento nesse ponto de atenção.

#### **4.4.3 Mapeamento cruzado dos fluxogramas e discriminadores com a CIPE<sup>®</sup> 2019**

O mapeamento cruzado é uma técnica utilizada para definir uma relação entre conceitos de um sistema de codificação para conceitos em outro sistema de codificação, seguindo uma lógica documentada, com um determinado propósito (ABNT,2016). Na área da enfermagem esse método vem sendo empregado para determinar semelhanças e diferenças entre termos da prática de enfermagem e os sistemas padronizados da linguagem da enfermagem, e como uma das etapas para a construção de subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE<sup>®</sup>. Sendo assim, nesta fase seguiram-se as etapas de mapeamento sugeridas por Nóbrega et al (2015).

Após o levantamento dos fluxogramas e discriminadores, estes foram organizados em planilhas específicas do programa de Excel<sup>®</sup> do Windows, em ordem alfabética, excluindo-se as repetições e sinônimos, e decomposição dos termos quando necessário. Esses termos não foram submetidos à validação por enfermeiros do serviço, pois já representavam termos que já haviam sido identificados nas suas decisões clínicas, ao fazerem a classificação de risco.

Os termos extraídos, considerados termos-fonte conforme ISO 12300/2016, foram submetidos ao mapeamento cruzado eletrônico entre aqueles e o eixo foco da CIPE<sup>®</sup> 2019 termo-alvo, por meio do *software* do Access<sup>®</sup> versão 2016. Nesse processo, identificaram-se os termos constantes e não constantes. Em relação aos não constantes, estes foram analisados pela pesquisadora e uma enfermeira, mestranda especialista em auditoria e contas médicas, de forma independente, quanto ao grau de equivalência entre os conceitos estabelecidos no protocolo de Manchester e os conceitos dos diagnósticos eixos foco da CIPE<sup>®</sup> 2019, seguindo os critérios da ISO 12300/2016.

Esta norma estabelece diretrizes para o mapeamento cruzado, e apresenta uma escala de avaliação do grau de equivalência entre os termos mapeados, conforme apresentado a seguir:

**Avaliação 1** - Equivalência de significado; léxica e também conceitual. Por exemplo, asma e asma; cisto ovariano e cisto do ovário.

**Avaliação 2**- Equivalência de significado, mas com sinonímia. Por exemplo, cálculo ureteral e pedra ureteral; pedras na vesícula e colelitíase.

**Avaliação 3**- O conceito-fonte é mais amplo e tem menos significado específico que o conceito/termo-alvo. Por exemplo, obesidade e obesidade mórbida; diabetes e diabetes mellitus tipo II.

**Avaliação 4** - O conceito-fonte é mais restrito e tem mais significado específico que o conceito/termo-alvo. Por exemplo, sente-se feia e problemas de autoimagem; síndrome de deficiência renal aguda devido à desidratação e síndrome de deficiência renal aguda.

**Avaliação 5** - Nenhum mapeamento é possível. Não foi encontrado no alvo um conceito com algum grau de equivalência (como medido por qualquer das outras quatro avaliações

Após esse processo, resultou em um banco de termos da linguagem de enfermagem identificados no STM a partir do eixo foco, que serviu de base para a construção dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

#### **4.4.4 Elaboração de lista com diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**

Para construção dos diagnósticos, resultados e intervenções, foram observadas as orientações do CIE, as diretrizes da norma ISO 18.104:2014, sobre a obrigatoriedade de uma afirmativa diagnóstica ter um termo do eixo foco e um do julgamento, podendo o foco ter qualificadores adicionais do eixo lugar, e de um diagnóstico de enfermagem ser constituído de um termo único, o achado clínico (ABNT, 2016). Para intervenção, foi utilizado um termo do eixo ação e um termo alvo, considerado qualquer um entre os demais eixos, exceto julgamento (NÓBREGA et al., 2015).

Como fonte empírica, utilizaram-se os diagnósticos identificados na revisão de literatura, que foram atualizados para versão CIPE® 2019, a base de termos identificados no mapeamento cruzado, e os conceitos dos fluxogramas e discriminadores. Ao final, criou-se uma lista com os enunciados diagnósticos/resultados, que serviu de base para construção das intervenções de enfermagem.

A construção das intervenções de enfermagem foi realizada por meio de busca no livro da CIPE® versão 2019, no livro da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), em artigos científicos e na experiência da pesquisadora nos serviços de urgência e emergência.

Após esse processo, um novo mapeamento cruzado foi realizado, resultando em intervenções constantes e não constantes na CIPE®2019, que foram avaliados quanto ao grau de equivalência entre os conceitos dos termos pré-combinados da CIPE® 2019, seguindo os critérios da ISO 12300/2016.

Os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem foram organizados conforme as categorias de necessidades de saúde descritas por Agnes Heller, em consonância com o referencial teórico da TIPESC.

## **Etapa 2: Avaliação do conteúdo**

Esta etapa ocorreu entre os meses de dezembro de 2020 a maio de 2021, em que os diagnósticos, resultados de enfermagem elaborados foram submetidos à avaliação por enfermeiros especialistas que atuam em Unidades de Pronto Atendimento por intermédio da técnica Delphi.

Essa técnica busca o consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo, de forma sistematizada em que estes, também denominados de peritos, *experts* ou juízes, realizam o julgamento de informações apresentado pelo pesquisador (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Na literatura, não há um padrão estabelecido referente aos critérios para a definição de um juiz, especialista ou *expert*, mas aponta-se a importância da seleção de profissionais que possuam experiência clínica e conhecimento teórico no assunto

estudado (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013). Nesta pesquisa, para composição dos especialistas, foi adotado como critério de inclusão: enfermeiros com titulação acadêmica mínima de especialista e experiência de pelo menos dois anos na assistência direta ao paciente em unidades de urgência e emergência.

A seleção e captação dos profissionais para participação ocorreu por meio da rede relacional da pesquisadora com enfermeiros que trabalham em unidades de Pronto Atendimento da região Metropolitana do Espírito Santo, e com as coordenações de enfermagem, que divulgou o link da pesquisa nos grupos de WhatsApp dos enfermeiros destes serviços. Formou-se três grupos distintos de avaliadores: Grupo 01- Enfermeiros Pronto Atendimento de São Pedro; Grupo 02 – Enfermeiros Pronto Atendimento da Praia do Suá e Grupo 03 – Enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de Cariacica, Vila Velha e Serra. Cada grupo avaliou um determinado conjunto de enunciados, que ficou disponível para avaliação num instrumento elaborado no *Google Drive Forms*, por 45 dias.

A pesquisa foi estruturada e dividida em três seções. A primeira seção apresentava ao enfermeiro o estudo e seus objetivos (Apêndice A), e o direcionava para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para aceite ou não da participação. A segunda seção o participante teve acesso ao preenchimento *online*, dos dados referentes à caracterização dos especialistas (Apêndice C) e a terceira seção foram apresentados os diagnósticos/resultados (Apêndice D) para avaliação numa escala do tipo Likert, contendo as seguintes opções: 1 - Totalmente Adequado; 2 - Adequado; 3 - Pouco adequado; 4 - Inadequado.

Os especialistas emitiram a concordância referente a relevância dos enunciados para urgência e emergência clicando na opção que julgou mais adequada. Havia ainda, espaços destinados para comentários e sugestões caso julgasse necessário.

Após a avaliação do instrumento pelos participantes, os dados foram analisados a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a concordância entre os especialistas sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Os comentários e sugestões foram conferidos com a literatura da área.

O cálculo de IVC foi a soma da concordância das respostas marcadas “1” (Totalmente adequado) e “2” (Adequado) dividido pelo número total de respostas dadas pelos especialistas.

Fórmula:  $IVC = \frac{\sum \text{respostas "1" + "2"}}{\sum \text{respostas "1" + "2 + 3" + "4"}}$

O consenso dos itens avaliados foi considerado válido quando IVC superior a 0,79%, as situações nas quais o diagnóstico/resultado apresentou concordância inferior foram reformuladas ou desconsideradas.

### **Etapa 03: Organização dos dados no sistema informatizado do município**

Nesta etapa, foram elaborados os formulários para o histórico de enfermagem, resultados e intervenções de enfermagem, os *layouts* das telas, e o modelo conceitual da interação das telas para inserção na rede informatizada do município (Rede Bem-Estar). Os modelos foram apresentados em reunião e aprovados pelas coordenações de enfermagem de cada pronto atendimento.

Por fim, foi disponibilizada a lista de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem avaliados e as suas associações, para elaboração dos relacionamentos computacionais pela gerencia do sistema informatizado e será futuramente implementado na rede após avaliação e teste pelos enfermeiros dos serviços.

## **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

A presente pesquisa foi submetida à apreciação ética, respeitando as recomendações da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. CAAE: 24852719.9.0000.5060 (Anexo 01).

## 5.0 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados conforme preconiza as Normas de Dissertação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, e organizados em duas partes, a produção técnica e a produção de artigo.

### 5.1 PRODUÇÃO TÉCNICA

**Título:** Padrão de Registro para assistência de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento baseado na CIPE®

**Equipe Técnica:** A equipe técnica foi composta pela enfermeira Dilzilene Cunha Svirino Farias, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob a orientação da Professora Doutora Eliane de Fátima Almeida Lima e Professora Doutora Cândida Caniçali Primo. Adriana Batista Enfermeira Assistencial da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), Adriana Monteiro Patuzzo , Waleska Ribeiro Meireles Freire, Enfermeiras coordenadoras de Enfermagem da PMV e Sheila Cristina de Souza Cruz , enfermeira gestora Saúde Digital da PMV.

**Introdução:** O cuidado de enfermagem de forma sistematizada, pautado nas etapas do processo de enfermagem, é um desafio em todos os ambientes assistenciais, especialmente nos atendimentos de urgência e emergência no qual as demandas ocorrem sem programação prévia e com alta rotatividade dos usuários. Tal situação dificulta ao enfermeiro estabelecer as prioridades assistenciais, sendo necessária a elaboração de instrumentos tecnológicos que facilitem o planejamento do cuidado adequado, utilizando o mínimo de tempo possível, bem como permitam o registro do cuidado com uma terminologia própria da enfermagem, para evitar perdas de informações necessárias para continuidade do cuidado. Assim, a elaboração de um padrão de registro para assistência de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento baseado na CIPE®, tem a finalidade de instrumentalizar o enfermeiro no registro de enfermagem conforme um sistema de linguagem da enfermagem,

colaborando para execução de uma das etapas do Processo de Enfermagem, desde a Classificação de Risco.

A organização dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem ocorreu conforme as necessidades de saúde descritas por Agnes Heller descritas na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. Esta teoria direciona para a intervenção participativa e dinâmica da realidade, com uma abordagem orientada pelo Materialismo histórico e dialético, conduzindo a assistência de enfermagem a partir de concepções mais ampliadas do processo saúde-doença e de necessidades de saúde.

**Descrição do Produto:** Trata-se de um padrão de registro dos elementos da prática de enfermagem voltado para situação de urgência e emergência pré-hospitalar fixa, que se refere ao conjunto de enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem segundo a CIPE<sup>®</sup>, organizados segundo as necessidades humanas de Agnes Heller, adaptado pela pesquisadora, em consonância com o referencial teórico da TIPESC, visando compor um banco de dados para o sistema informatizado do município de Vitória, para aplicação do processo de enfermagem nos Prontos Atendimentos.

O padrão de registro foi elaborado conforme as seguintes fases: a) Revisão de Literatura; b) Levantamento dos principais fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester<sup>®</sup> registrados na Rede Bem Estar; c) Mapeamento cruzado dos fluxogramas e discriminadores com a CIPE 2019; d) Elaboração de lista com diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; e) Avaliação do conteúdo por especialistas.

**Tipo e Natureza da Produção Técnica:** Tecnologia assistencial

**Meio de divulgação:** ( ) impresso ( ) meio magnético ( ) meio digital ( ) filme ( ) hipertexto ( ) outro ( x ) vários

**Finalidade do Produto:** Oferecer subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro por meio do raciocínio clínico e padronizar o registro de enfermagem mediante linguagem padronizada e sistematizada.

**Contribuições e possíveis impactos à prática profissional:** Contribuir para a assistência de enfermagem na urgência e emergência, proporcionando melhoria na

qualidade dos seus registros e gerando informações consistentes para continuidade do cuidado.

**Registro do Produto:** Pretende-se submeter o Padrão de Registro de Enfermagem a Biblioteca da Escola de Saúde do Município, seguindo as normas preconizadas pela Instituição e na aba de manuais do Sistema de Gestão Informatizado do Município de Vitória – Rede Bem Estar.

### **5.1.1 Revisão de literatura e atualização dos diagnósticos para CIPE® 2019**

O objetivo desta fase foi identificar, na literatura, os principais diagnósticos de enfermagem aplicados à situação de urgência e emergência, e promover uma aproximação com o tema. Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: “Quais diagnósticos de enfermagem são identificados na literatura para prestar assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência?”.

A busca dos artigos na literatura foi realizada nas bases de dados científicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Base de dados de enfermagem (BDENF). Os artigos indexados no CINAHL foram acessados por intermédio do portal CAPES, a busca das publicações ocorreu por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), repositório virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed.

Foram selecionados quatro termos para busca, conforme Descritores em Ciências da Saúde DeCS: “diagnósticos de enfermagem”, “enfermagem de emergência”, “terminologia padronizada em enfermagem”, “serviços médicos de emergência”, bem com seus termos correspondentes do MeSH (*Medical Subject Headings*).

A partir desses descritores, realizaram-se seis cruzamentos entre si utilizando o operador booleano "AND". Com esses cruzamentos, dois se mostraram produtivos para a constituição da amostra: “diagnóstico de enfermagem”, “Enfermagem de emergência”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos que apresentassem na investigação/resultados diagnósticos de enfermagem na urgência e emergência; e publicados nos últimos dez anos. Critérios de exclusão: trabalhos apresentados em



congressos; dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão; artigos sem relação com a enfermagem; e artigos sem resumo disponível.

A seleção da amostra ocorreu de junho a agosto de 2019. Seguiu-se um fluxo de organização elaborado pela autora (Apêndice E). Dessa forma, com os cruzamentos realizados, retornaram 3.194 publicações, das quais foram excluídas 3.141 por não atenderem aos critérios de inclusão, selecionados 53 para leitura dos resumos. Após leitura, foram excluídos 19 por estarem duplicados e 13 atendiam aos critérios de exclusão, perfazendo uma amostra de 21 artigos.

Para extração dos dados, utilizou-se uma base de dados em planilha de Excel® versão 2010, elaborada pela pesquisadora, contendo as seguintes informações: base, ano, autor, revista, tipo de serviço, objetivo, metodologia, diagnóstico de enfermagem, terminologia, quadro 2.

Quadro 2::Modelo base de dados para extração das informações dos artigos. Vitória - ES, 2019.

Base	Ano	Autor	Revista	Tipo de serviço	Objetivo	Metodologia	Diagnóstico de enfermagem	Terminologia

Após leitura na íntegra, 01 artigo foi excluído por apresentar metodologia divergente da descrita e 01 artigo foi acrescentado por leitura reversa. Assim, a amostra constituiu-se de 21 artigos (Apêndice F).

Mediante a revisão de literatura, identificaram-se 111 diagnósticos de enfermagem aplicados ao atendimento de urgência, sendo 85 da Classificação NANDA Internacional e 33 da CIPE®. Os diagnósticos de enfermagem dor aguda, mobilidade física Prejudicada, padrão respiratório ineficaz e risco para infecção foram os mais citados na literatura (Quadro 3). Essa lista passou por atualização dos termos conforme CIPE® 2019, para posteriormente ser incorporada aos diagnósticos mapeados e compor o padrão de registro.

Quadro 3:Lista de diagnósticos de enfermagem identificados na literatura, 2019. (Continua)

N.º	DIAGNÓSTICO	N.º DE ARTIGOS QUE CITOU O DIAGNÓSTICO	% DE ARTIGOS QUE CITARAM O DIAGNÓSTICO
1	Dor aguda	9	43%
2	Mobilidade física Prejudicada	9	43%
4	Padrão respiratório ineficaz	9	43%
5	Risco de infecção	8	38%
6	Débito cardíaco diminuído	7	33%

N.º	DIAGNÓSTICO	N.º DE ARTIGOS QUE CITOU O DIAGNÓSTICO	% DE ARTIGOS QUE CITARAM O DIAGNÓSTICO
7	Risco de hipovolemia	7	33%
8	Ventilação espontânea Prejudicada	7	33%
9	Volume de líquidos deficiente	7	33%
10	Ansiedade	6	29%
11	Integridade da pele Prejudicada	6	29%
12	Risco de quedas	6	29%
13	Confusão aguda	5	24%
14	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	5	24%
15	Integridade tissular Prejudicada	5	24%
16	Troca de gases Prejudicada	5	24%
17	Hipertermia	4	19%
18	Medo	4	19%
19	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	4	19%
20	Perfusão tissular periférica ineficaz	4	19%
21	Risco da integridade da pele Prejudicada	4	19%
22	Comunicação verbal Prejudicada	3	14%
23	Déficit no autocuidado para o banho	3	14%
24	Deglutição Prejudicada	3	14%
25	Risco de aspiração	3	14%
26	Risco de desequilíbrio eletrolítico	3	14%
27	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	3	14%
28	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	3	14%
29	Volume de líquidos excessivo	3	14%
30	Capacidade de transferência Prejudicada	2	10%
31	Conforto prejudicado	2	10%
32	Déficit do autocuidado: alimentação	2	10%
33	Dentição Prejudicada	2	10%
34	Dor crônica	2	10%
35	Eliminação urinária Prejudicada	2	10%
36	Exposição à contaminação	2	10%
37	Hipotermia	2	10%
38	Intolerância à atividade	2	10%
39	Memória Prejudicada	2	10%
40	Mobilidade no leito Prejudicada	2	10%
41	Mucosa oral Prejudicada	2	10%
42	Náuseas	2	10%
43	Percepção sensorial perturbada visual	2	10%
44	Risco de choque	2	10%
45	Risco de função neurovascular periférica, Prejudicada	3	14%

N.º	DIAGNÓSTICO	N.º DE ARTIGOS QUE CITOU O DIAGNÓSTICO	% DE ARTIGOS QUE CITARAM O DIAGNÓSTICO
46	Risco de perfusão renal ineficaz	2	10%
47	Risco de sangramento	2	10%
48	Risco de termorregulação, Prejudicada	4	19%
49	Risco de função do sistema respiratório, Prejudicada	2	10%
50	Termorregulação ineficaz	2	10%
51	Abuso de álcool	1	5%
52	Agitação	1	5%
53	Alimentação, por si próprio, Prejudicada	1	5%
54	Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	1	5%
55	Autocontrole ineficaz da saúde	1	5%
56	Baixo autoestima situacional	1	5%
57	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	1	5%
58	Cognição nos limites normais	1	5%
59	Comportamento de saúde propenso a risco e autonegligência	1	5%
60	Comunicação eficaz	1	5%
61	Conforto	1	5%
62	Congestão de sangue em região do olho	1	5%
63	Conhecimento deficiente	1	5%
64	Consciência Prejudicada	1	5%
65	Constipação	1	5%
66	Contusão	1	5%
67	Deambulação Prejudicada	1	5%
68	Déficit no autocuidado para higiene íntima	1	5%
69	Déficit no autocuidado para vestir-se	1	5%
70	Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado	1	5%
71	Eliminação e troca	1	5%
72	Escoriação	1	5%
73	Estilo de vida sedentário	1	5%
74	Fadiga	1	5%
75	Ferida por arma de fogo	1	5%
76	Ferida por queimadura	1	5%
77	Ferida puntiforme	1	5%
78	Ferida traumática	1	5%
79	Fratura	1	5%
80	Frequência de Pulso Radial, nos limites normais	1	5%
81	Função do sistema respiratório, Prejudicada	1	5%
82	Laceração	1	5%

N.º	DIAGNÓSTICO	N.º DE ARTIGOS QUE CITOU O DIAGNÓSTICO	% DE ARTIGOS QUE CITARAM O DIAGNÓSTICO
83	Negligência unilateral	1	5%
84	Paralisia	1	5%
85	Percepção sensorial perturbada cinestésica	1	5%
86	Percepção sensorial perturbada cinestésica, tátil	1	5%
87	Perfusão tissular cardíaca diminuída	1	5%
88	Perfusão tissular eficaz	1	5%
89	Perfusão tissular ineficaz cardiopulmonar	1	5%
90	Perfusão tissular ineficaz: cerebral	1	5%
91	Perfusão tissular ineficaz: gastrointestinal	1	5%
92	Pesar	1	5%
93	Respiração Prejudicada	1	5%
94	Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	1	5%
95	Risco de confusão aguda	1	5%
96	Risco de constipação	1	5%
97	Risco de dítade mãe-feto perturbada	1	5%
98	Risco de diminuição do débito cardíaco	1	5%
99	Risco de glicemia instável	1	5%
100	Risco de intolerância à atividade	1	5%
101	Risco de perfusão tissular gastrintestinal ineficaz	1	5%
102	Risco de suicídio	1	5%
103	Risco de trauma vascular	1	5%
104	Risco para trauma	1	5%
105	Risco para violência direcionado a si mesmo	1	5%
106	Sistema cardiovascular, prejudicado	1	5%
107	Sufrimento moral	1	5%
108	Tentativa de suicídio	1	5%
109	Trauma na cabeça	1	5%
110	Tremor moderado	1	5%
111	Vômito	1	5%
	Total de artigos	21	

### 5.1.2 Levantamento dos principais fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester<sup>®</sup> registrados na Rede Bem Estar

A partir de 160.604 classificações realizadas no período de janeiro a junho de 2019, por enfermeiros dos prontos atendimentos do município de Vitória, geraram-se 274

classificações vermelhas, 10.932 laranja, 23.258 amarelas e 126.140 verdes, nas quais foi possível identificar 49 fluxogramas e 155 discriminadores.

Quadro 4: Fluxogramas do STM identificados na classificação de risco de janeiro a junho de 2019 conforme frequência (continua).

N.º	FLUXOGRAMA	TOTAL	%
01	Cefaleia	25861	0,16
02	Pais preocupados	19440	0,12
03	Diarreia e/ou vômitos	12670	0,08
04	Dor de garganta	9930	0,06
05	Dor Abdominal em adulto	9109	0,06
06	Problemas em extremidades	8913	0,06
07	Problemas dentários	7342	0,05
08	Dor lombar	6515	0,04
09	Dor torácica	5970	0,04
10	Infeções locais e abscessos	5707	0,04
11	Erupção cutânea	5152	0,03
12	Problemas urinários	5001	0,03
13	Dispneia em adulto	4863	0,03
14	Feridas	4848	0,03
15	Mal-estar em adulto	4689	0,03
16	Problemas em ouvidos	4279	0,03
17	Problemas em olhos	3128	0,02
18	Dor abdominal em criança	3118	0,02
19	Asma	2070	0,01
20	Dispneia em criança	1810	0,01
21	Dor cervical	1559	0,01
22	Problemas em face	1374	0,01
23	Alergia	970	0,01
24	Diabetes	895	0,01
25	Palpitações	612	0,00
26	Doença Sexualmente Transmissível	486	0,00
27	Convulsões	424	0,00
28	Desmaio no adulto	363	0,00
29	Sangramento vaginal	352	0,00
30	Mordeduras e picadas	345	0,00
31	Quedas	332	0,00
32	Alteração do comportamento	295	0,00
33	Mal-estar em criança	277	0,00
34	Overdose e envenenamento	260	0,00
35	Trauma cranioencefálico	251	0,00
36	Corpo estranho	219	0,00
37	Dor testicular	192	0,00
38	Queimaduras	191	0,00
39	Embriaguez aparente	181	0,00

N.º	FLUXOGRAMA	TOTAL	%
40	Gravidez	137	0,00
41	Hemorragia digestiva	137	0,00
42	Agressão	112	0,00
43	Doença mental	70	0,00
44	Trauma toracoabdominal	43	0,00
45	Autoagressão	39	0,00
46	Exposição a agente químico	24	0,00
47	Bebê chorando	18	0,00
48	Trauma maior	8	0,00
49	Criança mancando	7	0,00
	Total	160604	1,00

Fonte: Base de dados autora, 2019 – SGI-RBE

Quadro 5: Lista de discriminadores do STM identificados na classificação de risco no período de janeiro a junho de 2019 conforme frequência (continua).

Nº	DISCRIMINADOR	N.º	%
1	Dor leve recente	69412	0,43
2	Evento recente	16949	0,11
3	Dor moderada	11658	0,07
4	Sinais de dor leve recente	9176	0,06
5	Vômitos	7344	0,05
6	Febril	6085	0,04
7	Criança quente	4623	0,03
8	Dor ou coceira leves recentes	4425	0,03
9	Disúria	3544	0,02
10	Pulso anormal	2766	0,02
11	Tosse produtiva	2045	0,01
12	Adulto quente	1881	0,01
13	Edema	1631	0,01
14	Olho vermelho	1611	0,01
15	Inflamação local	1464	0,01
16	Sat O2 baixa	1453	0,01
17	Vômitos persistentes	1382	0,01
18	Dor intensa	1109	0,01
19	Início súbito	917	0,01
20	Sinais de dor moderada	628	0,00
21	Chieira	539	0,00
22	História discordante	534	0,00
23	Dor ou coceira moderadas	456	0,00
24	Hiperglicemia	452	0,00
25	Infecção local	419	0,00
26	Dor precordial ou cardíaca	417	0,00
27	Sem melhora com sua medicação habitual	408	0,00
28	Dor pleurítica	360	0,00
29	Edema facial	360	0,00

<b>Nº</b>	<b>DISCRIMINADOR</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
30	Hemorragia menor incontrolável	343	0,00
31	História de inconsciência	290	0,00
32	Sat O2 muito baixa	277	0,00
33	História de convulsão	273	0,00
34	Alteração súbita da consciência	269	0,00
35	Erupção ou vesículas disseminadas	227	0,00
36	Corrimento	212	0,00
37	Sinais de desidratação	210	0,00
38	Inchaço na face	207	0,00
39	Hematúria Franca	181	0,00
40	Déficit neurológico novo	163	0,00
41	Sensação de corpo estranho	149	0,00
42	Dor abdominal	146	0,00
43	Esforço respiratório aumentado	145	0,00
44	Sensibilidade na face alterada	145	0,00
45	Déficit neurológico agudo	125	0,00
46	Risco moderado de autoagressão – Não	122	0,00
47	Alteração do nível da consciência totalmente atribuível ao álcool	120	0,00
48	Dor epigástrica	117	0,00
49	Retenção urinária	114	0,00
50	Cólicas	106	0,00
51	Perda recente da audição	106	0,00
52	Hipoglicemia	102	0,00
53	Evacuação de sangue vivo ou escurecido	99	0,00
54	Mecanismo de trauma significativo	99	0,00
55	Não se alimenta	97	0,00
56	Palpitação atual	95	0,00
57	História cardíaca importante	93	0,00
58	Convulsionando	81	0,00
59	Gravidez possível	80	0,00
60	Comportamento atípico	70	0,00
61	História respiratória significativa	70	0,00
62	Frases entrecortadas	67	0,00
63	Fezes pretas ou em groselha	66	0,00
64	Prostração, hipotonia	59	0,00
65	Sinais de dor intensa	56	0,00
66	História psiquiátrica importante	55	0,00
67	Hemorragia maior incontrolável	53	0,00
68	Respiração inadequada	51	0,00
69	Distúrbio de coagulação	46	0,00
70	Redução recente da acuidade visual	44	0,00
71	História de trauma cranioencefálico	41	0,00
72	Sat O2 baixa – Não	41	0,00

<b>Nº</b>	<b>DISCRIMINADOR</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
73	Comportamento conturbador – Não	39	0,00
74	Sangramento vaginal intenso	37	0,00
75	Dor ou coceira intensas	34	0,00
76	Vertigem	34	0,00
77	História aguda de vômito de sangue	33	0,00
78	Inchaço	33	0,00
79	Mortalidade alta	33	0,00
80	Vômito de sangue	33	0,00
81	Hiperglicemia com cetose	32	0,00
82	Deformidade	30	0,00
83	Deformidade grosseira	30	0,00
84	Risco especial de infecção	28	0,00
85	Dor ao movimento articular	27	0,00
86	Mortalidade moderada	27	0,00
87	Risco moderado de nova autoagressão	27	0,00
88	Agitação psicomotora	26	0,00
89	Alto risco de autoagressão	26	0,00
90	Choro prolongado ou ininterrupto	25	0,00
91	Idade < 25 anos	24	0,00
92	História de hemoptise	22	0,00
93	Sangramento vaginal, > 20 semanas de gravidez	20	0,00
94	Alto risco de nova autoagressão	18	0,00
95	Risco moderado de autoagressão	17	0,00
96	Criança não reativa	16	0,00
97	Obstrução de vias aéreas	15	0,00
98	História alérgica importante	14	0,00
99	Inconsolável pelos pais	14	0,00
100	Articulação quente	13	0,00
101	Dor irradiada para o dorso	13	0,00
102	Hematoma de couro cabeludo	13	0,00
103	Imunossupressão conhecida	13	0,00
104	Alteração da consciência não totalmente atribuível ao álcool	12	0,00
105	Avulsão dentária aguda	12	0,00
106	Exaustão	12	0,00
107	História de overdose ou envenenamento	12	0,00
108	Alto risco de agredir outros	11	0,00
109	Trauma direto no dorso	11	0,00
110	Couro cabeludo temporal dolorido	10	0,00
111	Início abrupto	10	0,00
112	Comportamento conturbador	9	0,00
113	História de viagem recente	9	0,00
114	Não reage aos pais	9	0,00
115	Dor moderada – Não	8	0,00
116	Risco moderado de agredir outros	8	0,00



<b>Nº</b>	<b>DISCRIMINADOR</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
117	Celulite de escroto	7	0,00
118	Edema de língua	7	0,00
119	Hemoptise	7	0,00
120	Incapaz de andar	7	0,00
121	Comprometimento vascular distal	6	0,00
122	Hemorragia exanguinante	6	0,00
123	Trabalho de parto	6	0,00
124	Trauma direto no pescoço	6	0,00
125	Trauma torácico	6	0,00
126	Hipotermia	5	0,00
127	Trauma de escroto	5	0,00
128	Trauma ocular penetrante	5	0,00
129	Trauma vaginal	5	0,00
130	Adulto muito quente	4	0,00
131	Diplopia	4	0,00
132	Erupção cutânea fixa	4	0,00
133	Hematoma de orelha	4	0,00
134	História de hemorragia digestiva importante	4	0,00
135	Queimadura química	4	0,00
136	Sinais de meningismo	4	0,00
137	Cefaleia	3	0,00
138	Dispneia aguda	3	0,00
139	História inadequada	3	0,00
140	Queimadura elétrica	3	0,00
141	Resposta à voz ou à dor apenas	3	0,00
142	Sangramento vaginal	3	0,00
143	Sem urinar	3	0,00
144	Choque	2	0,00
145	Dor testicular	2	0,00
146	Envenenamento de moderada mortalidade	2	0,00
147	Massa abdominal visível	2	0,00
148	Priapismo	2	0,00
149	Trauma recente	2	0,00
150	Dor irradiada para ombro	1	0,00
151	Fratura exposta	1	0,00
152	História de trauma	1	0,00
153	Lesão ocular química aguda	1	0,00
154	Pele crítica	1	0,00
155	Perda total da visão aguda	1	0,00
	Total	160604	1,00

Fonte: Base de dados autora, 2019 – SGI-RBE

### 5.1. 3 Mapeamento cruzado entre os fluxogramas e discriminadores e os termos da CIPE® 2019

Após o processo de normalização dos termos dos fluxogramas e discriminadores,

Figura 7: Mapeamento eletrônico entre termos do STM e termos do eixo foco da CIPE®2019

Eixo	termo	Discriminador
		Trauma maior
		Trauma no dorso
		Trauma ocular penetrante
		Trauma torácico
		Trauma Toracoabdominal
		Trauma vaginal
		Vertigem
		Vesícula disseminada
		Vômito de sangue
F	Agitação	Agitação
F	Alergia	Alergia
F	Choque	Choque
F	Cólica	Cólica
F	Comportamento	Comportamento
F	Convulsão	Convulsão
F	Desidratação	Desidratação
F	Desmaio	Desmaio
F	Diabetes	Diabetes
F	Diarreia	Diarreia
F	Dispneia	Dispneia
F	Dor	Dor
F	Dor Abdominal	Dor abdominal
F	Edema	Edema
F	Envenenamento	Envenenamento

gerou-se no Excel® uma planilha com 163 termos; destes, no mapeamento eletrônico, 29 termos tinham equivalência léxica e conceitual com o eixo foco da CIPE® 2019.

Fonte: autoria própria, 2020.

Os termos não constantes (134) foram dispostos numa planilha e realizado mapeamento manual com os termos do eixo Foco e análise quanto à equivalência conforme ISO12300 (2016). Destes, 15 foram identificados como Sinônimo, 32 abrangente, 81 restrito e 11 não foi encontrado correspondência, sendo eles: Avulsão dentária, Corpo estranho, Deformidade grosseira, Distúrbio de coagulação, História inadequada, Início abrupto, Início súbito, Olho vermelho, Massa abdominal, Priapismo e Sinais de meningismo.

Em seguida, os termos do STM mapeados e avaliados como restrito, abrangente e igual foram agrupados conforme a cardinalidade de muitos para um e eliminado as

repetições, em alguns casos ocorreu cardinalidade de um para muitos, gerando uma lista com 114 termos, sendo 11 considerados não constante (Termos não mapeados) e 103 constantes (Termos mapeados). (Quadro 06).

Quadro 6: Termos do Sistema de Triagem de Manchester identificados na CIPE® 2019. Vitória-ES, 2020 (Continua)

Termo STM	Código CIPE	Termo Eixo FOCO	Avaliação foco	Mapeamento Final
Abcesso, Celulite de escroto, Infecção	10010104	Infecção	Restrito/Igual	Constante
Adulto quente	10012964	Termorregulação, Prejudicada	Restrito	Constante
Agitação psicomotora	10002035	Agitação	Sinônimo	Constante
Agressão	10020789	Comportamento Agressivo	Sinônimo	Constante
Alergia, História alérgica importante	10041119	Alergia	Igual/Abrangente	Constante
Alteração do Comportamento	10002026	Comportamento	Restrito	Constante
Alteração do nível da consciência, História de inconsciência	10012634	Consciência, Prejudicada	Sinônimo/Abrangente	Constante
Alto risco de autoagressão, Autoagressão, Risco de autoagressão, Risco moderado de autoagressão	10017707	Comportamento Autodestrutivo	Abrangente	Constante
Articulação quente	10012964	Temperatura Corporal	Restrito	Constante
Asma, Chieira, Dispneia	10006461	Dispneia	Restrito/igual	Constante
Avulsão dentária	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Bebê Chorando, Choro prolongado, Inconsolável pais	10005415	Choro	Restrito	Constante
Choque	10018050	Choque	Igual	Constante
Coceira	10010934	Prurido	Sinônimo	Constante
Cólica	10004535	Cólica	Igual	Constante
Comportamento atípico	10006059	Comportamento, Desorganizado	Restrito	Constante
Comprometimento vascular	10042841	Perfusão Tissular, Periférica	Restrito	Constante
Convulsão	10046505	Convulsão	Igual	Constante
Corpo estranho	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Corrimento	10017635	Secreção	Restrito	Constante

Couro cabeludo dolorido,Dor Torácica,Dor Cervical,Dor de Garganta,Dor irradiada para o dorso,Dor leve recente,Dor Lombar,Dor moderada,Dor ombro,Dor testicular,Problemas em Ouvido,Cefaléia	10013950	Dor	Restrito /igual	Constante
Criança Mancando, Incapaz de andar	10000258	Capacidade para Andar (Caminhar)	Restrito	Constante
Criança não reativa	10017091	Responsividade	Restrito	Constante
Déficit neurológico	10012787	Condição Neurológica, Prejudicada	Restrito	Constante
Deformidade grosseira	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Desidratação	10041876	Desidratação	Igual	Constante
Desmaio	10007508	Desmaio	Igual	Constante
Diabetes	10005876	Diabetes	Igual	Constante
Diarréia	10005933	Diarreia	Igual	Constante
Diplopia, Perda total da visão aguda, Problemas em Olho, Redução da acuidade visual	10018124	Visão	Abrangente/Restrito	Constante
Distúrbio de coagulação	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Disúria	10013966	Dor durante a Micção (ou Disúria)	Igual	Constante
Doença Mental		Condição Psicológica	Abrangente	Constante
Doença Mental		Problema de Comportamento	Abrangente	Constante
Doença Sexualmente Transmissível	10014121	Processo Patológico	Abrangente	Constante
Dor abdominal	10043948	Dor Abdominal	Igual	Constante
Dor ao movimento articular	10012337	Dor Musculoesquelética	Restrito	Constante
Dor cardíaca	10010896	Dor Isquêmica	Restrito	Constante
Dor epigástrica,Dor pleurítica	10013950	Dor Visceral	Restrito	Constante
Edema,Edema de língua,Edema facial,Inchaço,Inchaço na face,Problemas Face	10041951	Edema	Igual	Constante

Embriaguez Aparente	10002137	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Sinônimo	Constante
Erupção cutânea, Vesícula disseminada	10016388	Eritema	Restrito	Constante
Esforço respiratório, Frases entrecortadas, Respiração inadequada	10033334	Respiração Ofegante	Sinônimo/Abrangente	Constante
Evacuação de sangue, Fezes preta		Fezes	Restrito	Constante
Evento recente	10034665	Evento ou Episódio, Positivo	Abrangente	Constante
Exaustão	10007327	Exaustão	Igual	Constante
Exposição a Agente Químico	10025324	Exposição a Contaminação	Restrito	Constante
Febre	10007916	Febre	Igual	Constante
Ferida	10021178	Ferida	Igual	Constante
Fratura	10008210	Fratura	Igual	Constante
Gravidez possível	10015421	Gestação (Gravidez)	Sinônimo	Constante
Hematoma de couro cabeludo, Hematoma de orelha, Problemas em Ouvido, Problemas Face	10008931	Hematoma	Restrito/abrangente	Constante
Hematúria	10003303	Processo do Sistema Urinário, Prejudicado	Restrito	Constante
Hemoptise, História de hemoptise	10007362	Expectoração	Restrito	Constante
Hemorragia	10008954	Hemorragia	Igual	Constante
Hemorragia digestiva	10008954	Sangramento	Restrito	Constante
Hiperglicemia	10027521	Hiperglicemia	Igual	Constante
Hipoglicemia	10027513	Hipoglicemia	Igual	Constante
Hipotermia	10009547	Hipotermia	Igual	Constante
Hipotonia, Prostração	10009466	Hipoatividade	Restrito	Constante
História cardíaca importante	10003927	Condição Cardíaca	Restrito	Constante
História de Envenenamento	10014703	Envenenamento	Igual	Constante
História de trauma	10020105	Trauma	Abrangente	Constante
História de viagem recente	10043349	Conhecimento sobre Saúde durante Viagem (ou sobre Saúde do Viajante)	Abrangente	Constante

História discordante	10042168	Vítima	Abrangente	Constante
História inadequada	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
História psiquiátrica	10012545	Conhecimento sobre Processo Patológico	Abrangente	Constante
História respiratória significativa	10012891	Processo do Sistema Respiratório	Abrangente	Constante
Imunossupressão conhecida	10009789	Processo do Sistema Imunológico	Restrito	Constante
Inflamação local	10010127	Inflamação	Restrito	Constante
Início abrupto	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Início súbito	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Lesão ocular, Mordedura, Problema Extremidade	10010284	Lesão	Restrito/Abrangente	Constante
Mal Estar	10023835	Conforto	Abrangente	Constante
Massa abdominal	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Mecanismo de trauma	10020122	Ferida Traumática	Abrangente	Constante
Mortalidade alta, Mortalidade moderada	10018992	Abuso de Substância	Abrangente	Constante
Não reage aos pais	10027196	Ligação Afetiva Pais-Criança	Abrangente	Constante
Não se alimenta	10013403	Ingestão Nutricional	Restrito	Constante
Obstrução de vias aéreas	10013555	Limpeza das Vias Aéreas	Restrito	Constante
Olho vermelho	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Overdose	10013881	Overdose	Igual	Constante
Pais Preocupados	10015466	Preocupação	Restrito	Constante
Palpitação, Palpitação atual	10019368	Ansiedade	Abrangente	Constante
Pele crítica	10018241	Integridade da Pele	Restrito	Constante
Perda recente da audição, Problemas em Ouvido	10023434	Audição	Restrito/Abrangente	Constante
Picada	10018336	Alergia a Picada de Cobra	Abrangente	Constante
Picada	10010307	Alergia a Picada de Cobra	Restrito	Constante
Priaprismo	-	-	Mapeamento não	Não Constante

			possível	
Problema Dentário	10005745	Dentição	Abrangente	Constante
Problema Urinário	10012972	Processo do Sistema Urinário, prejudicado	Sinônimo	Constante
Problemas em Ouvido	10008814	Cerúmen	Abrangente	Constante
	10008814	Trauma	Abrangente	Constante
Pulso anormal		Arritmia	Abrangente	Constante
		Bradicardia	Abrangente	Constante
		Taquicardia	Abrangente	Constante
Queda	10007512	Queda	Igual	Constante
Queimadura	10003763	Queimadura	Igual	Constante
Queimadura elétrica	10006643	Lesão Elétrica	Restrito	Constante
Queimadura química	10004191	Lesão Química	Restrito	Constante
Resposta à dor	10028442	Percepção, Positiva	Restrito	Constante
Resposta à voz	10024042	Percepção Sensorial	Abrangente	Constante
Retenção urinária	10034631	Retenção Urinária	Igual	Constante
Risco de agredir	10002026	Comportamento Agressivo	Abrangente	Constante
Risco de infecção	10019306	Suscetibilidade a Infecção	Sinônimo	Constante
Sangramento vaginal	10043924	Sangramento Vaginal	Igual	Constante
Saturação oxigênio baixa	10030845	Saturação de Oxigênio no Sangue	Restrito	Constante
Sem melhora com sua medicação habitual	10017043	Resposta à Medicação	Restrito	Constante
Sem urinar	10034631	Micção, Prejudicada	Sinônimo	Constante
Sensibilidade na face alterada	10012815	Percepção, Prejudicada	Restrito	Constante
Sinais de meningismo	-	-	Mapeamento não possível	Não Constante
Tosse	10005249	Tosse	Igual	Constante
Trabalho de parto	10011088	Dor de Trabalho de Parto	Abrangente	Constante
Trauma ocular penetrante	10016147	Ferida Puntiforme	Restrito	Constante
Trauma, Trauma cranioencefálico, Trauma de escroto, Trauma maior, Trauma no	10020105	Trauma	Igual/restrito	Constante

dorso,Trauma no pescoço,Trauma torácico,Trauma Toracoabdominal,Trauma vaginal				
Vertigem	10006160	Vertigem Postural (Tontura)	Igual	Constante
Vômito,Vômito de sangue	10020864	Vômito	Igual	Constante

Fonte: Base de dados da autora, 2020

#### 5.1.4 Elaboração de lista com diagnósticos, resultados de enfermagem

Para elaboração dos diagnósticos/resultados de enfermagem a lista com os 114 termos identificados passou por uma nova análise e foram eliminados os termos: Início abrupto, início súbito e evento recente, por serem termos referente a tempo.

Considerando que a maioria dos termos identificados eram constantes no Eixo Foco, foi realizado um mapeamento cruzado eletrônico destes com os enunciados pré-coordenados da CIPE<sup>®</sup>, encontrando 62 termos iguais. Estes foram considerados diagnósticos constantes.

Os termos não constantes foram dispostos numa planilha de Excel identificando o termo-fonte do STM que o gerou. Assim, foi realizado uma comparação entre os termos identificados e os termos do enunciados pré-coordenados analisando os conceitos dos termos do STM e da CIPE<sup>®</sup> considerando os seguintes aspectos:

- a) **Termo presente no eixo foco, sem correspondência nos enunciados pré-coordenados**, porém atendia os critérios da ISO 18104/2016 sobre elaboração de enunciados diagnósticos, o termo foi mantido exatamente igual, considerando-o um diagnóstico novo, exemplo 01 do quadro 7.
- b) **Termo presente no eixo foco, sem correspondência nos enunciados pré-coordenados**, mas sem sentido completo que atendesse aos critérios da ISO sobre elaboração de enunciados diagnósticos, foi analisado o conceito do STM e o conceito da CIPE, acrescentado termos e/ou modificado por termo correspondente seguindo as recomendações da ISO gerando um diagnóstico novo, exemplo 02 quadro 7.
- c) **Termos não mapeados** reportou-se ao conceito do termo-fonte do STM, considerando as recomendações da ISO18.804/2016, elaborou-se um novo enunciado, exemplo 03 quadro 7.



Quadro 7: Demonstração da elaboração dos diagnósticos a partir do conceito do STM e eixo foco da CIPE®2019.

Exemplo	Termo STM	Código CIPE	Termo Eixo FOCO	Código DC	Diagnóstico Elaborado	Conceito STM	Conceito CIPE
01	Pulso anormal	10002536	Arritmia	-	Arritmia		Processo Cardíaco, Prejudicado: Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio
02	Corrimento	10017635	Secreção	-	Corrimento vaginal Corrimento pênis		Substância Corporal
03	Corpo estranho	-	-	-	Corpo estranho		-

Fonte: Autoria própria, 2020.

Este processo resultou em 126 enunciados/resultados, que passou por análise de equivalência com os enunciados pré-coordenados. Sendo assim, após análise identificou-se 64 termos iguais, 16 termos restritos, 8 abrangentes e 38 não mapeados. Destes últimos, 13 enunciados foram mantidos iguais do eixo foco da CIPE 2019. Após eliminação das repetições resultou numa lista com 119 enunciados diagnósticos/resultados, sendo 83 diagnósticos considerados constantes e 36 não constantes (Apêndice G).

A essa lista foi acrescida os enunciados diagnósticos da revisão de literatura, e, eliminado os repetidos, gerou-se uma lista de 192 enunciados diagnósticos e resultados (Apêndice H).

Desse processo, gerou-se um grupo de 185 enunciados diagnósticos e resultados de enfermagem, sendo 124 diagnósticos constantes e 61 não constantes, dos quais 10 foram termos novos que não constavam no eixo foco.

### 5.1.5 Elaboração das intervenções de enfermagem relacionado aos diagnósticos identificados

A partir dos enunciados diagnósticos, relacionou-se as intervenções de enfermagem pré-combinadas contidas na CIPE® 2019 adequadas as situações de urgência e emergência, bem como foram selecionadas as intervenções contidas na NIC e as identificadas na revisão de literatura.

Este processo resultou numa lista com 1.396 intervenções, as repetições foram eliminadas, restando 657 intervenções, as quais foram submetidas a mapeamento

cruzado com Eixo das intervenções combinadas na CIPE® 2019, de forma eletrônica, resultando em 183 intervenções constantes e 474 não constantes (Apêndice I).

As intervenções não constantes foram avaliadas quanto à similaridade e abrangência e, após esse processo, resultou numa lista final com 605 intervenções, sendo 308 constantes e 297 novas intervenções (Apêndice J).

Esclarece-se que para este estudo as intervenções de enfermagem não foram submetidas a nova avaliação de experts, pois, por terem sido extraídas da CIPE® 2019 e da Classificação NIC já foram submetidas a processo de avaliação por comitês de especialistas.

#### **5.1.6 Avaliação dos enunciados diagnósticos/resultados por especialistas**

Após a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem, estes foram submetidos a um processo de avaliação de conteúdo quanto à sua relevância na prática do atendimento na Unidade de Pronto Atendimento. Foi enviado convite para 120 profissionais, obteve-se 32 respostas, todos atenderem os critérios de inclusão.

Assim o grupo de juízes foi composto por 32 enfermeiros divididos em três grupos. Grupo 01 e 03 – composto de 11 profissionais e Grupo 2 – 10 enfermeiros (Tabela 1). A coleta de dados da avaliação dos diagnósticos e resultados de enfermagem aconteceu no mês de Janeiro e Maio de 2021. O prazo previsto para preenchimento do instrumento foi de 30 dias e prorrogado por mais 15 dias.

Dos 32 especialistas, 43,75% tinham entre 35 e 40 anos de idade; 50% entre 41 e 50 anos e 6,25% acima de 50 anos (Tabela 1). A maioria 25 (78,13%) era do sexo feminino e, 21,88% era do sexo masculino. Quanto ao município de atuação, 66% referiram atuar profissionalmente no município de Vitória, 19 % na Serra, 9 % em Cariacica e 3% no município de Vila velha, 1 enfermeiro referiu atuar no município de Vitória e Serra. Referente a função do enfermeiro, 18 (56,25%) eram Enfermeiro Classificador e Assistencial, 9 (28,13%) atuavam apenas como enfermeiro assistencial, 2 (6,25%) como enfermeiro classificador e 3 (9,38%) informaram ser gerente de enfermagem. A média de formação foi de 17 anos, a titulação máxima foi de mestre, tendo 03 respondentes, os demais, 29, eram especialistas. O tempo médio de atuação no serviço de urgência e emergência foi de 11 anos, destes 15

enfermeiros atuavam entre 1 e 05 anos no atual local de trabalho, 12 entre 6 e 10 anos e 5 enfermeiros atuavam há mais de 11 anos no mesmo serviço.

Tabela 1: Perfil dos juízes avaliadores dos diagnósticos e resultados de enfermagem.

<b>Características dos Juízes</b>	<b>Participantes da avaliação de conteúdo</b>	
	<b>n (32)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	78,13%
Masculino	7	21,88%
<b>Município de Atuação</b>		
Município da Serra- ES	6	18,75%
Município de Cariacica –ES	3	9,38%
Município de Vila Velha –ES	1	3,13%
Município de Vitória-ES	21	65,63%
Serra e Vitória	1	3,13%
<b>Função</b>		
Coordenação de enfermagem	3	9,38%
Enfermeiro Assistencial	9	28,13%
Enfermeiro Classificador	2	6,25%
Enfermeiro Classificador e Assistencial	18	56,25%
<b>Titulação</b>		
Especialização	29	90,63%
Mestrado	3	9,38%
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
10-14	13	40,63%
15-19	11	34,38%
20-24	7	21,88%
35-39	1	3,13%
<b>Tempo de atuação Urgência e Emergência (anos)</b>		
3-7	9	28,13%
8-12	12	37,50%
13-17	8	25,00%
18-23	3	9,38%

Fonte: autoria própria, 2020.

Os enunciados diagnósticos/resultados avaliados pelos grupos de juízes foram tabulados e agrupados numa planilha do software Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010 com o objetivo de identificar aqueles com Índice de Concordância  $\geq 0,80$ . Nesta primeira rodada obteve-se consenso de 108 enunciados (Tabela 2). 77 termos obtiveram índice de validade menor que 80, destes 52 apresentaram IVC entre 64 e 73, dos quais 32 termos os juízes consideraram pouco adequado, mas não emitiram

sugestões para adequação, em razão disso, foi agendado uma reunião on-line a fim de discutir sobre os diagnósticos com IVC menor 80. Foi encaminhado convite por e-mail e via WhatsApp para os 32 juízes que participaram da primeira rodada, contudo, obteve-se a presença de apenas 01 enfermeiro na reunião, assim, um novo formulário on-line com os 77 enunciados foi encaminhado para os 32 enfermeiros para uma nova avaliação.

Tabela 2: Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo  $\geq 0,80$ . Vitória- ES., 2021. 1ª Etapa

<b>Diagnóstico</b>	<b>IVC</b>
[Abuso de álcool]	0,91
[Abuso de substância]	0,82
[Agitação]	0,82
[Alergia]	0,91
[Ansiedade]	1
[Atitude em Relação ao Cuidado, Conflituosa]	0,82
[Capacidade para andar Prejudicada]	0,82
[Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada]	0,82
[Capacidade para transferência, Prejudicada]	0,82
[Choque]	0,82
[Choro de bebê prolongado]	0,82
[Cólica]	0,82
[Comportamento agressivo]	1
[Comportamento autodestrutivo]	0,91
[Condição neurológica Prejudicada]	0,82
[Confusão aguda]	0,91
[Constipação]	0,91
[Convulsão]	0,91
[Corpo estranho]	1
[Corrimento pênis]	0,91
[Corrimento vaginal]	0,91
[Débito cardíaco prejudicado]	0,82
[Desconforto]	0,82
[Desidratação]	1
[Desmaio]	1
[Desmame Ventilatório, Prejudicado]	0,82
[Diabetes]	1
[Diarreia]	1
[Dispneia]	1
[Disúria]	0,91
[Dor]	1
[Dor abdominal]	1
[Dor aguda]	0,91

[Dor crônica]	0,91
[Dor de trabalho de parto]	0,82
[Dor Musculoesquelética]	0,82
[Edema]	0,91
[Envenenamento]	1
[Eritema]	0,91
Escoriação	0,91
Exposição à contaminação	0,91
Exposição à contaminação química	0,82
Fadiga	0,82
Febre	0,91
Ferida	0,82
Fratura	1
Frequência de Pulso Radial, nos limites normais	0,82
Hematêmese	1
Hematoma	1
Hematoma couro cabeludo	0,82
Hemorragia	1
Hiperglicemia	1
Hipertermia	0,82
Hipervolemia	0,82
Hipoglicemia	1
Hipotermia	1
Hipovolemia	1
Infecção	0,91
Inflamação	0,91
Lesão	0,82
Lesão ocular	0,91
Massa abdominal	0,82
Medo	0,82
Náusea	0,82
Overdose	0,82
Paralesia	0,82
Percepção alterada	0,82
[Pressão arterial alterada]	0,8
[Priapismo]	1
[Processo de coagulação prejudicado]	0,9
[Prurido]	0,8
[Queda]	1
[Queimadura]	1
[Respiração Prejudicada]	1
[Responsividade ausente]	1
[Retenção Urinária]	1
[Rigidez de nuca]	1

[Risco de aspiração]	0,9
[Risco de choque]	0,8
[Risco comportamento autodestrutivo]	0,8
[Risco de Confusão, Aguda]	0,8
[Risco de desequilíbrio de eletrólitos]	0,8
[Risco de desequilíbrio de líquidos]	0,8
[Risco de envenenamento]	0,9
[Risco de Função Cardíaca, Prejudicada]	0,9
[Risco de Função do Sistema Respiratório, Prejudicada]	0,9
[Risco de Função Neurovascular Periférica,]	0,8
[Risco de hemorragia]	0,9
[Risco de Hipervolemia]	1
[Risco de hipovolemia]	0,9
[Risco de Infecção]	0,8
[Risco de Integridade da Pele, Prejudicada]	0,8
[Risco de Perfusão Tissular, Ineficaz]	0,8
[Risco de queda]	0,8
[Risco de suicídio]	1
[Risco de Termorregulação, Prejudicada]	0,8
[Risco para trauma]	0,8
[Sangramento]	0,9
[Sangramento Vaginal]	0,8
[Saturação de Oxigênio no Sangue baixa]	0,9
[Taquicardia]	1
[Tentativa de suicídio]	0,9
[Termorregulação Prejudicada]	0,9
[Trauma]	0,8
[Troca de Gases, Prejudicada]	0,9
[Ventilação espontânea Prejudicada]	1
[Visão Prejudicada]	0,8
[Vômito]	0,8

Fonte: autoria própria, 2021.

Nessa etapa um link de acesso ao instrumento de avaliação contendo os 77 enunciados diagnósticos/resultados foi encaminhado via e-mail para os 32 enfermeiros que responderam o primeiro instrumento. Desses, 22 responderam o instrumento de avaliação. As respostas foram dispostas numa planilha do software Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010 para análise de concordância. Identificou-se que dos 77 enunciados, 35 obteve-se IVC>80% (Tabela 3)

Tabela 3: Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo  $\geq 0,80$ . Vitória- ES., 2021. 2ª Etapa

Diagnóstico	IVC
-------------	-----

Alimentação, por si próprio, Prejudicada	0,86
Arritmia	0,95
Bradicardia	0,95
Capacidade para Executar a Higiene, Prejudicada	0,91
Capacidade para Vestir-se, Prejudicada	0,82
Condição psicológica, Prejudicada	1
Deformidade grave (especificar local)	0,91
Deglutição, Prejudicada	0,95
Dor isquêmica	0,86
Expectoração de sangue	0,91
Ferida por arma de fogo representa	0,95
Ferida por queimadura	0,95
Ferida puntiforme representa	0,95
Ferida traumática	0,95
Função Cardíaca Prejudicada	0,95
Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	0,95
Função do sistema urinário prejudicado	0,95
Ingestão Nutricional Prejudicada	0,82
Integridade da pele Prejudicada	0,95
Integridade tissular Prejudicada	0,91
Laceração	0,86
Lesão elétrica	0,86
Lesão por animal	1
Lesão química	1
Marcha Prejudicada	0,91
Micção Prejudicada	0,91
Mobilidade, Prejudicada	0,86
Perfusão Tissular Prejudicada	0,86
Preocupação dos pais	0,82
Risco de abuso de substância	0,82
Risco de ser vítima de negligência	0,82
Tosse	0,86
Tremor representa	0,95
Tristeza representa	0,86
Vertigem Postural	0,86

Fonte: autoria própria, 2021.

Assim, somando a primeira e segunda rodadas de avaliações, dos 185 termos avaliados, 143 (77,3%) obteve IVC > 80% (Tabela 4), 42 (22,7%) teve IVC < 80 (Tabela 5).

Tabela 4: Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo  $\geq 0,80$ . Vitória- ES., 2021.

<b>Diagnóstico</b>	<b>IVC</b>
Abuso de álcool	0,91
Abuso de substância	0,82

Agitação	0,82
Alergia	0,91
Alimentação, por si próprio, Prejudicada	0,86
Ansiedade	1
Arritmia	0,95
Atitude em Relação ao Cuidado, Conflituosa	0,82
Bradycardia	0,95
Capacidade para Executar a Higiene, Prejudicada	0,91
Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada	0,82
Capacidade para transferência, Prejudicada	0,82
Capacidade para Vestir-se, Prejudicada	0,82
Choque	0,82
Choro de bebê prolongado	0,82
Cólica	0,82
Comportamento agressivo	1
Comportamento autodestrutivo	0,91
Condição neurológica Prejudicada	0,82
Condição psicológica, Prejudicada	1
Confusão aguda	0,91
Constipação	0,91
Convulsão	0,91
Corpo estranho	1
Corrimento pênis	0,91
Corrimento vaginal	0,91
Débito cardíaco prejudicado	0,82
Deformidade grave (especificar local)	0,91
Deglutição, Prejudicada	0,95
Desconforto	0,82
Desidratação	1
Desmaio	1
Desmame Ventilatório, Prejudicado	0,82
Diabetes	1
Diarreia	1
Dispneia	1
Disúria	0,91
Dor	1
Dor abdominal	1
Dor aguda	0,91
Dor crônica	0,91
Dor de trabalho de parto	0,82
Dor isquêmica	0,86
Dor Musculoesquelética	0,82
Edema	0,91
Envenenamento	1
Eritema	0,91



Escoriação	0,91
Expectoração de sangue	0,91
Exposição à contaminação	0,91
Exposição à contaminação química	0,82
Fadiga	0,82
Febre	0,91
Ferida	0,82
Ferida por arma de fogo	0,95
Ferida por queimadura	0,95
Ferida puntiforme	0,95
Ferida traumática	0,95
Fratura	1
Frequência de Pulso Radial, nos limites normais	0,82
Função Cardíaca Prejudicada	0,95
Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	0,95
Função do sistema urinário prejudicado	0,95
Hematêmese	1
Hematoma	1
Hematoma couro cabeludo	0,82
Hemorragia	1
Hiperglicemia	1
Hipertermia	0,82
Hipervolemia	0,82
Hipoglicemia	1
Hipotermia	1
Hipovolemia	1
Infecção	0,91
Inflamação	0,91
Ingestão Nutricional, Prejudicada	0,82
Integridade da pele, Prejudicada	0,95
Integridade tissular, Prejudicada	0,91
Laceração	0,86
Lesão	0,82
Lesão elétrica	0,86
Lesão ocular	0,91
Lesão por animal	1
Lesão química	1
Marcha, Prejudicada	0,91
Massa abdominal	0,82
Medo	0,82
Micção, Prejudicada	0,91
Mobilidade, Prejudicada	0,86
Náusea	0,82
Overdose	0,82
Paralesia	0,82

Percepção, alterada	0,82
Perfusão Tissular, Prejudicada	0,86
Preocupação dos pais	0,82
Pressão arterial, alterada	0,8
Priapismo	1
Processo de coagulação, prejudicado	0,9
Prurido	0,8
Queda	1
Queimadura	1
Respiração, Prejudicada	1
Responsividade, ausente	1
Retenção Urinária	1
Rigidez de nuca	1
Risco comportamento, autodestrutivo	0,8
Risco de abuso de substância	0,82
Risco de aspiração	0,9
Risco de choque	0,8
Risco de Confusão, Aguda	0,8
Risco de desequilíbrio de eletrólitos	0,8
Risco de desequilíbrio de líquidos	0,8
Risco de envenenamento	0,9
Risco de Função Cardíaca, Prejudicada	0,9
Risco de Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	0,9
Risco de Função Neurovascular Periférica	0,8
Risco de hemorragia	0,9
Risco de Hipervolemia	1
Risco de hipovolemia	0,9
Risco de Infecção	0,8
Risco de Integridade da Pele, Prejudicada	0,8
Risco de Perfusão Tissular, Ineficaz	0,8
Risco de queda	0,8
Risco de ser vítima de negligência	0,82
Risco de suicídio	1
Risco de Termorregulação, Prejudicada	0,8
Risco para trauma	0,8
Sangramento	0,9
Sangramento Vaginal	0,8
Saturação de Oxigênio no Sangue baixa	0,9
Taquicardia	1
Tentativa de suicídio	0,9
Termorregulação, Prejudicada	0,9
Tosse	0,86
Trauma	0,8
Tremor	0,95
Tristeza	0,86

Troca de Gases, Prejudicada	0,9
Ventilação espontânea, Prejudicada	1
Vertigem Postural	0,86
Visão, Prejudicada	0,8
Vômito	0,8

Fonte: autoria própria, 2021.

Tabela 5: Distribuição dos enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem, segundo Índice de Validade de Conteúdo < 0,80. Vitória- ES., 2021.

<b>Diagnóstico</b>	<b>IVC</b>
Angústia Moral	0,55
Audição Prejudicada	0,77
Baixa autoestima	0,68
Cinestesia, Prejudicada	0,77
Cognição nos limites normais	0,64
Comportamento de busca de saúde, prejudicado	0,45
Comportamento de Exercício Físico, Prejudicado	0,41
Comportamento Desorganizado	0,59
Comportamento Infantil Desorganizado	0,32
Comunicação eficaz	0,73
Congestão de sangue em região do olho	0,73
Conhecimento sobre saúde do viajante	0,27
Deficiência imunológica	0,73
Dentição Prejudicada	0,68
Falta de resposta ao tratamento	0,77
Fezes preta	0,77
Hematoma em orelha	0,77
Intolerância à atividade	0,41
Ligação Afetiva Pais-Criança	0,55
Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada	0,68
Membrana Mucosa Oral, Prejudicada	0,68
Memória, Prejudicada	0,77
Mobilidade na Cama, Prejudicada	0,77
Negligência unilateral	0,64
Percepção sensorial, eficaz	0,59
Percepção Tátil, eficaz	0,59
Percepção Tátil, Prejudicada	0,64
Perfusão tissular cardíaca diminuída	0,77
Perfusão tissular eficaz	0,68
Problema de cerúmen	0,5
Problema de comportamento	0,77
Risco de abuso de álcool	0,77
Risco de complicações durante a gestação	0,73
Risco de condição psicossocial Prejudicada	0,55
Risco de Constipação	0,64
Risco de doença sexualmente transmissível	0,59

Risco de Gestação Não Intencional	0,41
Risco de Intolerância à Atividade	0,41
Risco de ser vítima de abuso de idoso	0,59
Risco de ser vítima de abuso infantil	0,73
Risco de ser vítima de violência de parceiro íntimo	0,68
Sensibilidade à luz	0,59

Fonte: autoria própria, 2021.

### **5.1.7 Organização dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem conforme a classificação de necessidade de Agnes Heller**

Após avaliação de conteúdo os diagnósticos, resultados e intervenções foram organizados conforme a divisão de necessidades humanas de Agnes Heller, em consonância com o referencial teórico da TIPESC (Quadro 8). Os diagnósticos com índice de validade menor que 80 foram excluídos e não integrados a lista, 110 intervenções que compunham os diagnósticos não validados também não foram incluídos na lista que compôs o padrão de registro de enfermagem para urgência e emergência.

Considerando que Heller era uma socióloga e por isso não tinha domínio de alguns termos da saúde, para fins deste estudo, associou-se aos termos elencados na categoria de necessidades naturais, ou seja, as relativas à manutenção da vida, outros termos de necessidade que se percebeu haver correspondência com esse grupo, não citados por Heller. Da mesma forma, foram agregados ao grupo das necessidades propriamente humanas termos não apresentados por Heller, mas que tinham correspondência com os exemplos por ela citados.

Assim, as necessidades identificadas na categoria das necessidades naturais foram: alimentação, sexual, atividade física, eliminação, hidratação, integridade física, oxigenação, regulação, percepção e locomoção. Na categoria das necessidades propriamente humanas, identificaram-se: contato social, aprendizagem, autoestima e autorrealização, autonomia, comunicação, cooperação e segurança. Como as necessidades são reproduzidas socialmente – mesmo as naturais –, algumas das necessidades identificadas podem ser apresentadas em conjunto.

Quadro 8: Enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades humanas adaptado para classificação de necessidades de Heller

<b>Necessidades naturais e propriamente humanas</b>	
<b>Alimentação e autonomia</b>	
<b>Diagnóstico/Resultado de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000973) Alimentação, por si próprio, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028253) Capaz de alimentar-se Capacidade de alimentar-se melhorada	Alimentar paciente
	Auxiliar na ingestão de alimentos ou líquidos
	Implementar nutrição enteral
	Monitorar ingestão de alimentos
	Obter dados sobre ingestão de alimentos
	Registrar aceitação da dieta
	Orientar sobre dieta
	Promover ingestão nutricional, positiva
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001033) Deglutição, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028295) Capaz de deglutir Capacidade para deglutir melhorada	Avaliar condição de deglutição
	Monitorar deglutição e nível de consciência
	Monitorar sinais de aspiração
	Orientar a família/cuidador sobre posição do paciente no leito
	Monitorar condições respiratória
	Proporcionar consistência do alimento conforme capacidade de deglutir
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10023009) Ingestão Nutricional, prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10037572) Ingestão Nutricional, nos Limites Normais	Administrar nutrição enteral
	Determinar necessidade de alimentação via tubo enteral
	Implementar Nutrição Enteral
	Monitorar Ingestão de Alimentos
	Monitorar Motilidade Intestinal
	Obter Dados sobre Adesão à Dieta
Obter Dados sobre Ingestão de Alimentos	

	Orientar Família sobre Regime Dietético
	Orientar sobre Dieta
	Promover Ingestão Nutricional, Positiva
<b>Necessidades naturais e propriamente humanas</b>	
<b>Eliminação</b>	
<b>Diagnóstico/Resultado de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000567) Constipação <b>Resultado de Enfermagem</b> Constipação ausente	Avaliar condição gastrointestinal
	Estimular aumento de ingestão de líquido
	Examinar abdome
	Executar enema
	Investigar efeito colateral de medicação
	Monitorar eliminação intestinal
	Monitorar ingestão de alimentos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000630) Diarreia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10040063) Diarreia ausente	Obter dados sobre condição Intestinal
	Administrar terapia com líquidos
	Avaliar condição gastrintestinal
	Monitorar cólica
	Monitorar eliminação intestinal
	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar sangramento nas fezes
	Monitorar sinais de desidratação
	Monitorar sinais vitais
Obter dados sobre diarreia	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Disúria <b>Resultado de Enfermagem</b> Disúria ausente	Promover integridade da pele
	Administrar medicação para dor
	Administrar antibiótico
	Orientar aumentar ingestão de líquidos
	Obter dados sobre micção
	Avaliar resposta à medicação

	Coletar urina para exame
	Monitorar resultado laboratorial
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Auscultar o pulmão
Expectoração de sangue	Encaminhar amostra de escarro ao laboratório
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Gerenciar amostra
Expectoração de sangue ausente	Gerenciar coleta de amostra
	Obter dados sobre expectoração/escarro
	Orientar sobre ingestão de líquidos
	Posicionar paciente em posição de 90º
	Monitorar sinais vitais
	Fazer rastreamento (Screening) de tuberculose
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Aplicar compressa quente em região pubiana
(10001359) Função do sistema urinário prejudicado	Avaliar e monitorar eliminação urinária
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Avaliar retenção urinária
(10028615) Função do sistema urinário eficaz	Instalar cateter urinário
	Monitorar cateter urinário
	Executar balanço hídrico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Monitorar sinais vitais
Hematêmese	Manter acesso intravenoso (ou endovenoso)
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar resultado laboratorial
Hematêmese ausente	Manter papel toalha, recipiente, cuba rim, junto ao paciente
Hematêmese reduzida	Encaminhar para serviço de emergência de referência
	Prevenir choque
	Prevenir aspiração
	Manter paciente sentado e repouso no leito
	Inserir tubo gástrico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Obter dados sobre micção

<p>(10021790) Micção Prejudicada  <b>Resultado de Enfermagem</b>  (10047245 ) Micção eficaz</p>	Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção
	Colocar coletor de urina no pênis
	Manter urinol/comadre próximo do paciente
	Trocar fralda
	Orientar coleta de urina para exame laboratorial
	Orientar sobre ingestão de líquidos
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  (10034654 ) Retenção urinária  <b>Resultado de Enfermagem</b>  Retenção urinária ausente</p>	Obter dados sobre retenção urinária
	Executar balanço hídrico
	Monitorar eliminação urinária
	Monitorar cateter urinário
	Aplicar compressa quente em região pubiana
	Avaliar retenção urinária
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  Corrimento pênis  <b>Resultado de Enfermagem</b>  Secreção pênis normal</p>	Inserir cateter urinário
	Orientar sobre higiene do pênis
	Orientar o uso correto do preservativo
	Obter dados sobre a secreção (aspecto, quantidade e início do corrimento)
	Orientar relação sexual segura
	Rastrear doença sexualmente transmissível
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  Corrimento vaginal  <b>Resultado de Enfermagem</b>  Secreção vaginal normal</p>	Encaminhar para consulta médica
	Orientar sobre higiene vaginal
	Orientar uso de roupas confortáveis e leves
	Orientar o uso correto do preservativo
	Orientar relação sexual segura
	Orientar exame preventivo de câncer de colo uterino
	Orientar banho de assento
	Obter dados sobre o corrimento vaginal (aspecto, quantidade e início do corrimento)
Rastrear doença sexualmente transmissível	



<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10047143 )Tosse <b>Resultado de Enfermagem</b> (10047297 )Tosse, Ausente	Encaminhar para consulta médica
	Encorajar uso de técnica respiratória, ou de tosse
	Obter dados sobre comportamento sobre ingestão de líquidos
	Orientar sobre ingestão de líquidos
	Orientar uso de máscara nos primeiros 15 dias de tratamento
	Auscultar pulmão
	Manter paciente em isolamento respiratório
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10025981 ) Vômito <b>Resultado de Enfermagem</b> (10029181 ) Vômito ausente Vômito diminuído	Gerenciar vômito
	Manter hidratação
	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar sinais de aspiração
	Obter dados sobre cor, consistência, presença de sangue, quantidade, frequência do vômito
	Oferecer conforto (compressa molhado na testa, papel toalha ou roupas limpas e secas) durante o episódio do vômito
	Oferecer ou manter recipiente próximo para conter o vômito
	Prevenir aspiração
<b>Atividade Física</b>	
<b>Diagnóstico/Resultado de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000695) Fadiga <b>Resultado de Enfermagem</b> (10034727) Fadiga ausente Fadiga reduzida	Gerenciar fadiga
	Obter dados sobre fadiga
	Orientar sobre fadiga
	Promover repouso no leito
	Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade
	Promover repouso no leito
	Monitorar sinais vitais
	Evitar intervenções que geram muito gasto de energia
	Estabelecer limite de visita conforme apropriado

	Auxiliar no autocuidado
	Avaliar resposta a medicação
	Investigar condições fisiológicas
	Auxiliar no autocuidado
	Orientar paciente/cuidador identificar sinais e sintomas de intolerância à atividade
	Determinar com o paciente/cuidador causas que levam a intolerância à atividade
<b>Hidratação</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Desidratação	Obter dados sobre condição urinária
<b>Resultado de Enfermagem</b> Desidratação ausente	Monitorar ingestão de líquidos
	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar desidratação
	Monitorar sinais vitais
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Avaliar resposta à terapia com líquidos
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Inserir cateter urinário
<b>Integridade</b>	
<b>Diagnóstico/Resultado de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10047060) Escoriação	Realizar curativo
<b>Resultado de Enfermagem</b> Escoriação Tratada	Obter dados sobre lesão
	Orientar sobre sinais e sintomas de infecção
	Limpar ferida
	Manter higiene
	Remover (Algo) com Jato de Água ou Outro Líquido corpo estranho
	Orientar cuidados com a pele
	Orientar sobre Vacina
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Realizar curativo

<b>Ferida</b> <b>Resultado de Enfermagem</b> Ferida ausente	Obter dados sobre lesão
	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Limpar ferida
	Manter higiene
	Aliviar região corporal sob pressão
	Trocar cobertura de ferida (ou curativo)
	Retirar sutura
	Avaliar cicatrização da ferida
	Encaminhar para acompanhamento Unidade Básica de Saúde
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Ferida por arma de fogo <b>Resultado de Enfermagem</b> Ferida por arma de fogo ausente	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Avaliar presença de corpo estranho
	Realizar curativo compressivo
	Obter dados sobre lesão
	Administrar antibiótico conforme prescrito
	Monitorar sinais e sintomas de choque
	Observar sangramento
	Administrar analgésico conforme prescrito
	Remover roupas, joias, anéis, piercing, próteses
	Prevenir hipotermia
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Inserir cateter urinário
	Notificar violência
Implementar cuidados de conforto	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10029737 ) Ferida por queimadura <b>Resultado de Enfermagem</b>	Administrar analgésico conforme prescrito
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde

Ferida por queimadura Tratada	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Lavar a ferida copiosamente com solução fisiológica ou água corrente em temperatura ambiente
	Limpar ferida
	Obter dados sobre lesão
	Aplicar cobertura de ferida não aderente
	Remover roupas, joias, anéis, piercing, próteses
	Prevenir hipotermia
	Monitorar sinais vitais
	Notificar violência
	Implementar cuidados de conforto
	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>
Ferida puntiforme	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
Ferida puntiforme, Tratada	Avaliar presença de corpo estranho
	Limpar ferida
	Realizar curativo compressivo
	Obter dados sobre lesão
	Monitorar sinais e sintomas de choque
	Observar sangramento
	Administrar analgésico conforme prescrito
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Auxiliar suturar ferida
	Orientar cuidados com a pele
	Orientar sobre vacina
	Notificar violência
	Implementar cuidados de conforto
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
(10030088) Ferida traumática	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função

<b>Resultado de Enfermagem</b> Ferida traumática tratada	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Avaliar presença de corpo estranho
	Limpar ferida
	Realizar curativo compressivo
	Obter dados sobre lesão
	Monitorar sinais e sintomas de choque
	Observar sangramento
	Administrar analgésico conforme prescrito
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Auxiliar suturar ferida
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Fratura <b>Resultado de Enfermagem</b> Fratura	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Executar cuidados com fratura
	Obter dados sobre lesão
	Monitorar sinais e sintomas de choque
	Observar sangramento
	Administrar analgésico conforme prescrito
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Orientar sobre cuidados com fratura
	Remover roupas, joias, anéis, piercing, próteses
	Orientar sobre cuidados com molde (suporte ortopédico ou tala, de gesso, plástico ou fibra de vidro)
	Avaliar pulso do membro afetado
	Avaliar e monitorar perfusão tissular periférica
Implementar cuidados de conforto	
Imobilizar parte do corpo afetada conforme apropriado	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Examinar integridade da pele

(10001290 ) Integridade da pele Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028517) Integridade da pele, melhorada (10028501) Integridade da pele, eficaz	Manter higiene
	Monitorar cicatrização de ferida
	Monitorar condição nutricional
	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Obter dados sobre ferida
	Promover hidratação da pele
	Promover mobilidade física
	Realizar curativo
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001080 ) Integridade tissular Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028555 ) Integridade tissular	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	Instalar oxigenoterapia
	Monitorar a saturação de oxigênio
	Monitorar enchimento capilar
	Obter dados sobre perfusão tissular
	Implementar cuidados de conforto
	Monitorar perfusão tissular
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Lacerção (especificar local) <b>Resultado de Enfermagem</b> Lacerção ausente	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Avaliar presença de corpo estranho
	Limpar ferida
	Realizar curativo
	Obter dados sobre lesão
	Monitorar sinais e sintomas de choque
	Observar sangramento
	Administrar analgésico conforme prescrito
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Auxiliar suturar ferida
	Implementar cuidados de conforto
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Realizar curativo

(10029936) Lesão (especificar local) <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028966 ) Lesão, ausente	Obter dados sobre lesão
	Orientar sobre sinais e sintomas de infecção
	Limpar ferida
	Manter higiene
	Remover (algo) com jato de água ou outro líquido corpo estranho
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Lesão ocular <b>Resultado de Enfermagem</b> Lesão ocular melhorada	Aplicar compressa ocular
	Obter dados sobre lesão
	Avaliar presença de corpo estranho
	Remover (algo) com jato de água ou outro líquido corpo estranho
	Encaminhar serviço auxiliar de saúde
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Lesão por animal  <b>Resultado de Enfermagem</b> Lesão por animal melhorada	Notificar
	Prescrever vacina antirrábica e soro
	Orientar sobre vacina
	Lavar ferida com água e sabão
	Promover cuidados com lesão
	Encaminhar para avaliação médica
	Administrar vacina
Orientar vigilância do animal	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Lesão elétrica <b>Resultado de Enfermagem</b> Lesão elétrica melhorada	Monitorar ritmo cardíaco
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Limpar lesão
	Obter dados sobre lesão
	Realizar curativo
	Executar eletrocardiograma (ECG)
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Lesão química	Lavar a ferida copiosamente com água corrente em temperatura ambiente

<b>Resultado de Enfermagem</b> Lesão química melhorada	Limpar lesão
	Obter dados sobre lesão
	Realizar curativo
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Implementar cuidados de conforto
	Monitorar risco de infecção
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Queimadura <b>Resultado de Enfermagem</b> Queimadura melhorada	Administrar analgésico conforme prescrito
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Lavar a ferida copiosamente com solução fisiológica ou água corrente em temperatura ambiente
	Limpar ferida
	Obter dados sobre lesão
	Aplicar cobertura de ferida não aderente
	Obter dados sobre lesão
	Remover roupas, joias, anéis, piercing, próteses
	Prevenir hipotermia
	Monitorar sinais vitais
	Notificar violência
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015237) Risco de integridade da pele, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028501) Integridade da pele, eficaz	Monitorar a integridade da pele
	Obter dados sobre integridade da pele
	Orientar sobre cuidados com úlcera (lesão) por Pressão
	Promover hidratação da pele
	Examinar integridade da pele
	Monitorar condição nutricional
	Monitorar ingestão de alimentos
	Aliviar região corporal sob pressão
	Alterar posição do paciente no leito



	Proteger pele
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Deformidade grave especificar local	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
<b>Resultado de Enfermagem</b> Deformidade diminuída	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
	Avaliar localização, extensão e a profundidade da lesão
	Obter dados sobre lesão
	Monitorar sinais e sintomas de choque
	Observar sangramento
	Administrar analgésico conforme prescrito
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Avaliar pulso do membro afetado
	Avaliar e monitorar perfusão tissular periférica
	Implementar cuidados de conforto
	Tranquilizar paciente e familiar
	Aplicar cobertura de ferida não aderente
	Prevenir hipotermia
	Proteger partes amputadas
	Remover roupas, joias, anéis, piercing, próteses
	Monitorar condição neurológica
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10029405 ) Queda	Obter dados sobre condição neurológica
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10034704 ) Queda ausente	Obter dados sobre queda
	Observar presença de lesão
	Verificar presença de edema
	Monitorar sinais vitais
	Verificar glicemia capilar
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Trauma	Obter dados sobre condição neurológica
<b>Resultado de Enfermagem</b> Trauma ausente	Obter dados sobre trauma
	Observar presença de lesão
	Verificar presença de edema

	Monitorar sinais vitais
	Notificar violência
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
<b>Locomoção e autonomia</b>	
<b>Diagnóstico/Resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001046 ) Marcha Prejudicada	Auxiliar na caminhada
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028333 ) Capaz de Andar (Caminhar)	Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivo
	Promover marcha (caminhada) com uso de dispositivo
	Monitorar capacidade para mover-se
	Orientar prevenção de queda
	Monitorar condição neurológica
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001219) Mobilidade, Prejudicada	Auxiliar na mobilidade
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028461) Capaz de mobilizar-se	Orientar prevenção de queda
	Promover mobilidade com cadeira de rodas
<b>Oxigenação</b>	
<b>Diagnóstico/Resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001261) Desmame ventilatório, Prejudicado	Posicionar paciente no leito adequadamente
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028141) Desmame ventilatório eficaz	Monitorar resposta ao desmame ventilatório
	Orientar cuidador sobre desmame
	Verificar necessidade de aspiração de vias aéreas
	Controlar pressão do cuff do TOT
	Avaliar dependência psicológica da ventilação
	Monitorar efeito dos medicamentos sedativos
	Interpretar Resultado de Gasometria Arterial
	Monitorar nível de consciência
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10029433) Dispneia	Aspirar vias aéreas
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Elevar tórax
	Manter vias aéreas permeáveis

(10029264) Dispneia ausente	Monitorar condição respiratória
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar saturação de oxigênio
	Monitorar sinais de hipóxia
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Informar médico baixa saturação de oxigênio no sangue
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10023362 ) Função do sistema respiratório, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028160 ) Função do sistema respiratório eficaz	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Elevar tórax
	Monitorar sinais de hipóxia
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar saturação de oxigênio
	Manter vias aéreas permeáveis
	Manter vias aéreas permeáveis
Monitorar perfusão tissular periférica	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001316 ) Respiração Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10041334 ) Respiração eficaz	Aspirar vias aéreas
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Posicionar paciente decúbito elevado
	Elevar tórax
	Monitorar sinais de hipóxia
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar Saturação de Oxigênio Sanguíneo Usando Oxímetro de Pulso
Instalar cateter/máscara de oxigênio conforme apropriado	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10037346 ) Risco de função do sistema respiratório, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b>	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Posicionar paciente decúbito elevado
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar saturação de oxigênio sanguíneo usando oxímetro de

(10028160) Função do sistema respiratório eficaz	pulso
	Encorajar uso de técnica respiratória, ou de tosse
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Saturação de oxigênio no sangue baixa	Monitorar Saturação de Oxigênio Sanguíneo Usando Oxímetro de Pulso
<b>Resultado de Enfermagem</b> Saturação de Oxigênio nos níveis normais	Administrar Medicação, após Interpretação do Resultado de Gasometria Arterial
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar condição respiratória
	Administrar medicação inalatória
	Monitorar resultado laboratorial
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  (10001177) Troca de gases, Prejudicada	Aspirar vias aéreas
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10027993) Troca de gases eficaz	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Posicionar paciente decúbito elevado
	Elevar tórax
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar Saturação de Oxigênio Sanguíneo Usando Oxímetro de Pulso
	Manter Vias Aéreas Permeáveis
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>  Ventilação espontânea Prejudicada	Aspirar vias aéreas
<b>Resultado de Enfermagem</b>  Ventilação espontânea eficaz	Implementar cuidados com ventilador mecânico
	Manter vias aéreas permeáveis
	Monitorar condição respiratória
	Monitorar oxigenioterapia
	Monitorar perfusão tissular periférica
	Monitorar saturação de oxigênio
	Obter dados sobre a pele
	Manter ventilação com ventilador mecânico

	Trocar água do umidificador
<b>Percepção</b>	
<b>Diagnóstico/Resultado de enfermagem</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Audição Prejudicada	Estabelecer comunicação eficaz
	Obter dados sobre audição
	Falar próximo ao lado da audição não Prejudicada
<b>Resultado de Enfermagem</b>  Audição melhorada	Encaminhar para serviço auxiliar
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Choro de bebê prolongado	Orientar os pais/cuidador sobre técnicas para acalmar bebê
	Auxiliar os pais/cuidador a interpretarem o choro do bebê
	Promover ambiente para amamentação
<b>Resultado de Enfermagem</b>  Choro de bebê reduzido ou ausente	Verificar sinais vitais
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Cólica	Avaliar a intensidade, localização da cólica
	Administrar medicação para cólica
	Avaliar resposta ao manejo da cólica
	Orientar família sobre manejo da cólica
	Manter o paciente em ambiente calmo e tranquilo
	Monitorar cólica
	Orientar pais massagear bebê ou lactente
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Corpo estranho (especificar local) <b>Resultado de Enfermagem</b> Corpo estranho ausente	Encaminhar para serviço auxiliar
	Proteger local com gaze embebida em solução fisiológica
	Lavar o olho com água corrente abundante
	Avaliar risco de hemorragia
	Identificar objeto e sua localização visualmente
	Implementar técnica para remover objeto se adequado
	Tranquilizar paciente

	Orientar não inserir instrumentos para retirar objetos de cavidades
	Encaminhar para serviço auxiliar
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10023130) Dor	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10027917) Dor reduzida (10029008) Dor, Ausente	Administrar medicação para dor
	Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
	Monitorar dor
	Orientar família sobre manejo (controle) da dor
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10043953) Dor abdominal	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
<b>Resultado de Enfermagem</b> Dor abdominal reduzida Dor abdominal ausente	Administrar medicação para dor
	Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
	Monitorar dor
	Orientar família sobre manejo (controle) da dor
	Manter o ambiente calmo e tranquilo
	Notificar o médico se as medidas de controle da dor não funcionarem
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura corporal
	Monitorar coloração da pele e esclerótica
	Monitorar ingestão alimentar
	Monitorar exames laboratoriais
	Avaliar sons intestinais
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Orientar paciente/familiar observar fezes com sangue
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000454) Dor aguda	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10027917) Dor reduzida (10029008) Dor, Ausente	Administrar medicação para dor
	Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
	Monitorar dor
	Orientar família sobre manejo (controle) da dor

	Manter o ambiente calmo e tranquilo
	Notificar o médico se as medidas de controle da dor não funcionarem
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000546 )Dor crônica	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
	Administrar medicação para dor
	Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10027917) Dor reduzida Dor controlada	Orientar família sobre manejo (controle) da dor
	Manter o ambiente calmo e tranquilo
	Notificar o médico se as medidas de controle da dor não funcionarem
	Obter dados sobre resposta psicológica à dor
	Informar sobre Serviço de manejo (controle) da dor
	Orientar o uso de técnicas não farmacológicas para controle da dor
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Dor de trabalho de parto	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
<b>Resultado de Enfermagem</b> Controle da dor de trabalho de parto adequado	Observar contrações uterinas
	Manter o ambiente calmo e tranquilo
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Observar e registrar perdas vaginais
	Monitorar sinais vitais
	Tranquilizar paciente/familiar
	Investigar sinais trabalho de parto prematuro
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Dor isquêmica	Executar eletrocardiograma (ECG)
<b>Resultado de Enfermagem</b> Dor reduzida ou ausente	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
	Monitorar sinais vitais
	Promover repouso no leito
	Administrar medicação para dor
	Notificar o médico se as medidas de controle da dor não funcionarem

	Avaliar perfusão tissular periférica
	Monitorar condição cardíaca
	Instalar cateter de oxigênio conforme indicado
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
Dor musculoesquelética	Administrar medicação para dor
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor
	Monitorar dor
Dor musculoesquelética reduzida ou ausente	Orientar família sobre manejo (controle) da dor
	Manter o ambiente calmo e tranquilo
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Avaliar condição neurológica
(10022674) Paralisia	Obter dados sobre o tempo de início da paralisia
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar capacidade para mover-se
Paralisia ausente	Verificar e monitorar sinais vitais
Paralisia melhorada	Tranquilizar família
	Obter Dados sobre Movimento Corporal
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Observar percepção, alterada
	Avaliar condição neurológica
(10001242) Percepção alterada	Obter dados sobre o tempo de início da percepção alterada
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar sinais vitais
(10047437) Percepção melhorada	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Auxiliar na mobilidade física
	Facilitar comunicação com paciente
	Monitorar percepção sensorial
	Monitorar percepção
	Avaliar condição neurológica
	Colocar objetos do lado não afetado
	Estimular paciente exercitar membro não afetado
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Monitorar sinais vitais



	Manter paciente em ambiente calmo e tranquilo
	Avaliar condição neurológica
	Verificar sinais vitais
	Investigar sinais e sintomas de infecção
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10022748) Visão Prejudicada	Obter dados sobre visão
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10047353) Visão melhorada	Proteger olhos com gaze estéril
	Irrigar olhos com solução fisiológica abundantemente
	Orientar o paciente a não tocar nos olhos.
	Monitorar a ocorrência de vermelhidão
	Aplicar compressa fria
	Retirar lentes de contato
<b>Regulação</b>	
<b>Diagnóstico /Resultado de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10029697) Alergia	Prevenir Alergia
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10047492) Alergia ausente Alergia reduzida	Confirmar (ou comprovar) alergia
	Documentar alergias no prontuário
	Monitorar reações alérgicas a novos medicamentos
	Monitorar sinais e sintomas de alergia
	Administrar medicação antialérgica
	Orientar pais/cuidadores evitar exposição a situações de risco
	Orientar prevenção de choque anafilático
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Arritmia	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10029229) Frequência Cardíaca, nos Limites Normais Arritmia melhorada	Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações
	Avaliar o nível de consciência
	Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no dispositivo para monitoração
	Informar médico instabilidade hemodinâmica
	Iniciar ressuscitação cardiopulmonar
	Instalar acesso intravenoso para administrar solução e medicação

	Instalar dispositivo para monitoração cardíaca e pulmonar
	Obter dados sobre histórico de arritmias
	Instalar cateter nasal/máscara de oxigênio
	Transferir paciente para sala de emergência
	Executar eletrocardiograma em 12 derivações
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10027274) Bradicardia	Instalar dispositivo para monitoração cardíaca e pulmonar
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10029229) Frequência Cardíaca, nos Limites Normais	Monitorar sinais vitais
	Administrar medicação
	Controlar infusão de medicação
	Monitorar resposta à medicação
	Avaliar e monitorar condição neurológica
	Executar exame eletrocardiograma em 12 derivações
	Verificar enchimento capilar
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Choque (especificar tipo)	Administrar e controlar infusão de solução e medicação
<b>Resultado de Enfermagem</b> Choque interrompido	Avaliar e monitorar condição neurológica
	Avaliar perfusão tissular periférica
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Instalar cateter urinário
	Instalar dispositivo para monitoração cardíaca e pulmonar
	Instalar oxigenoterapia
	Interpretar e relatar resultado de gasometria arterial
	Monitorar resposta ao tratamento
	Monitorar sinais vitais
	Realizar balanço hídrico
	Verificar enchimento capilar
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Condição neurológica Prejudicada	Monitorar condição neurológica
<b>Resultado de Enfermagem</b> Condição neurológica, eficaz	Promover mobilidade física
	Prevenção de úlcera por pressão
	Monitorar capacidade para mover-se

	Orientar família sobre prevenção de queda
	Prevenir queda
	Aplicar contenção física
	Monitorar sinais vitais
	Auxiliar no autocuidado, conforme necessário
	Obter dados sobre condição neurológica
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10038411) Condição psicológica, prejudicada	Obter dados sobre condição psicológica
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10038430) Condição psicológica, eficaz	Promover condição psicológica, positiva
	Apoiar condição psicológica
	Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional
	Encorajar afirmações positivas
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	Promover apoio familiar ou de pessoa significativa
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000449) Confusão aguda	Apoiar família/cuidador
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028847) Confusão, ausente	Avaliar nível de consciência
	Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
	Manter maca baixa
	Monitorar confusão
	Prevenir queda
	Aplicar contenção física
	Apoiar família/cuidador
	Avaliar nível de consciência
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10045668) Convulsão	Administrar medicação
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10047311) Convulsão ausente	Avaliar resposta à medicação
	Implementar regime de manejo (controle) da convulsão
	Implementar regime de segurança
	Manejar (controlar) crise
	Monitorar abstinência (afastamento ou retirada de algo)
	Identificar sintoma de abstinência (afastamento ou retirada de

	algo)
	Avaliar temperatura corporal
	Avaliar condição neurológica
	Encaminhar serviço auxiliar de saúde
	Monitorar e registrar duração e característica da convulsão
	Administrar medicação
	Avaliar resposta à medicação
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10025557) Débito cardíaco prejudicado	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028689) Débito cardíaco eficaz	Avaliar a pressão arterial, frequência cardíaca, enchimento capilar e a frequência e profundidade das respirações
	Avaliar o nível de consciência
	Investigar a presença de dor torácica
	Executar balanço hídrico
	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	Avaliar a pressão arterial, frequência cardíaca, enchimento capilar e a frequência e profundidade das respirações
	Avaliar o nível de consciência
	Investigar a presença de dor torácica
	Executar balanço hídrico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Desmaio	Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação
<b>Resultado de Enfermagem</b> Desmaio ausente	Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes
	Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial
	Avaliar nível de consciência
	Elevar grade da cama
	Elevar os membros inferiores
	Garantir a permeabilidade das vias aéreas
	Verificar glicose sanguínea

	Verificar sinais vitais
	Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Diabetes	Monitorar nível de glicose no sangue
	Encaminhar para acompanhamento em unidade ambulatorial
	Orientar sobre dieta
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Prover dieta hipoglicídica
Processo do sistema regulatório, Eficaz	Monitorar nível de glicose no sangue
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Edema (especificar localização)	Obter dados sobre edema
	Manter cuidados com a pele
<b>Resultado de Enfermagem</b> Edema ausente	Monitorar equilíbrio de eletrólitos
	Executar balanço hídrico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Eritema	Obter dados sobre eritema
	Orientar sobre reação alérgica
<b>Resultado de Enfermagem</b> Eritema ausente	Tratar reação alérgica
	Implementar regime de cuidados com a pele
	Orientar uso de fralda mais frouxa
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10041539) Febre	Orientar sobre manejo (controle) da febre
	Gerenciar febre
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10027652) Temperatura Corporal, nos Limites Normais	Aplicar compressa fria
	Monitorar hidratação
	Monitorar temperatura corporal
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura ambiente
	Monitorar sinais de desidratação
	Realizar balanço hídrico
	Tirar roupas
	Controlar temperatura
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Monitorar frequência de pulso radial

Frequência de pulso radial, nos limites normais <b>Resultado de Enfermagem</b> Frequência de pulso radial, nos limites normais	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10037305 ) Função cardíaca Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10035077 ) Função cardíaca eficaz	Obter dados sobre condição cardíaca, usando dispositivo de monitoração
	Executar eletrocardiograma (ECG)
	Verificar e monitorar sinais vitais
	Monitorar resultado laboratorial
	Auscultar sons cardíacos
	Monitorar perfusão periférica
	Monitorar eliminação urinária
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Hematoma <b>Resultado de Enfermagem</b> Hematoma ausente	Obter dados sobre hematoma
	Monitorar resultado laboratorial
	Aplicar compressa fria
	Aplicar compressa quente
	Retirar dispositivo de acesso vascular
	Monitorar tamanho hematoma
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Hematoma couro cabeludo <b>Resultado de Enfermagem</b> Hematoma reduzido ou ausente	Obter dados sobre hematoma
	Monitorar resultado laboratorial
	Aplicar compressa fria
	Aplicar compressa quente
	Monitorar tamanho hematoma
	Monitorar condição neurológica
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Hematoma em orelha <b>Resultado de Enfermagem</b> Hematoma ausente	Obter dados sobre hematoma
	Monitorar resultado laboratorial
	Aplicar compressa fria
	Aplicar compressa quente
	Retirar dispositivo de acesso vascular
	Monitorar tamanho hematoma

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Hemorragia <b>Resultado de Enfermagem</b> Hemorragia reduzida (10028806 ) Sangramento ausente	Monitorar condição neurológica
	Obter dados sobre sangramento
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Monitorar resultado laboratorial
	Monitorar sinais vitais
	Aplicar terapia compressiva
	Monitorar sangramento
	Inserir dispositivo de acesso vascular
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10027550 ) Hiperglicemia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10033685 ) Nível de glicose sanguínea, nos limites normais Nível de glicose sanguínea, reduzida	Medir glicose sanguínea
	Monitorar glicose sanguínea
	Gerenciar hiperglicemia
	Monitorar ingestão de alimentos
	Administrar insulina conforme prescrição
	Obter dados sobre hiperglicemia
	Monitorar hidratação venosa e oral
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000757 ) Hipertermia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10027652 ) Temperatura Corporal, nos Limites Normais Temperatura Corporal, diminuída	Aplicar compressa fria
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura ambiente
	Monitorar temperatura corporal
	Tirar roupas
	Administrar medicação conforme prescrição
	Verificar temperatura corporal
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10042012 ) Hipervolemia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10033721 ) Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico), nos Limites Normais	Obter dados sobre condição urinária
	Monitorar ingestão de líquidos
	Monitorar sinais vitais
	Observar edema periférico
	Monitorar infusão intravenosa
	Monitorar condição respiratória
	Administrar diurético conforme prescrição

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10027566 ) Hipoglicemia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10033685 ) Nível de glicose sanguínea, nos limites normais Nível de glicose sanguínea, aumentada	Promover integridade da pele
	Gerenciar hipoglicemia
	Medir glicose sanguínea
	Monitorar glicose sanguínea
	Administrar glicose hipertônica conforme apropriado
	Orientar paciente/família sinais e sintomas de hipoglicemia
	Orientar ingestão de alimentos
	Monitorar consciência
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000761 ) Hipotermia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10027652 ) Temperatura Corporal, nos Limites Normais Temperatura Corporal, aumentada	Controlar temperatura
	Manter temperatura corporal
	Monitorar hidratação
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura ambiente
	Monitorar temperatura corporal
	Monitorar tremor
	Obter dados sobre a pele
	Obter dados sobre risco de hipotermia
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10042020 ) Hipovolemia <b>Resultado de Enfermagem</b> (10033721 ) Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico), nos Limites Normais	Obter dados sobre condição urinária
	Monitorar ingestão de alimentos
	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar desidratação
	Monitorar sinais vitais
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Avaliar resposta à terapia com líquidos
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Inserir cateter urinário
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10023032 ) Infecção <b>Resultado de Enfermagem</b>	Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção
	Orientar família sobre prevenção de infecção Cruzada



(10028945 ) Infecção ausente Infecção reduzida	Orientar sobre Infecção
	Monitorar sinais vitais
	Prevenir infecção cruzada
	Administrar antibiótico
	Retirar dispositivo para acesso vascular
	Higienizar as mãos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10029927 ) Inflamação	Avaliar sinais e sintomas de inflamação
<b>Resultado de Enfermagem</b> Inflamação ausente	Orientar aplicar compressa quente
	Orientar aplicar compressa fria
	Administrar medicação
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000859 ) Náusea	Obter dados sobre náusea
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028984 ) Náusea, ausente	Administrar medicação para náusea
	Avaliar resposta à medicação para controle de náusea
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> ( 10001344 ) Perfusão tissular Prejudicada	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028593 ) Perfusão tissular eficaz	Instalar oxigenoterapia
	Monitorar a saturação de oxigênio
	Monitorar enchimento capilar
	Obter dados sobre perfusão tissular
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Massa abdominal	Auscultar abdômen
<b>Resultado de Enfermagem</b> Massa abdominal reduzida	Examinar o abdômen
Massa abdominal ausente	Manter repouso no leito
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar eliminação intestinal
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Pressão arterial alterada	Monitorar pressão arterial
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10022954 ) Pressão arterial nos limites normais	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Instalar acesso intravenoso
	Executar eletrocardiograma (ECG)

Pressão arterial reduzida	Monitorar sinais vitais
	Administrar medicamento anti-hipertensivo
	Monitorar resposta ao tratamento
	Instalar dispositivo para monitoração cardíaca
	Orientar acompanhamento ambulatorial
	Orientar adesão ao regime terapêutico
	Avaliar adesão ao regime terapêutico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Processo de coagulação prejudicado	Obter dados sobre coagulação
<b>Resultado de Enfermagem</b> Processo de coagulação, eficaz	Monitorar exame laboratorial
	Identificar uso de anticoagulante
	Orientar prevenção de trauma
	Monitorar sinais de sangramento
	Evitar medicação intramuscular
	Inserir dispositivo de acesso vascular menor calibre
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Prurido	Determinar a causa do prurido
<b>Resultado de Enfermagem</b> Prurido reduzido ou ausente	Investigar integridade da pele
	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre condição respiratória
	Orientar evitar uso das unhas ou objetos para coçar a pele
	Orientar aplicar compressa fria
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Responsividade ausente	Verificar presença de pulso
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028346) Alerta (Acordado, Atento, Vigilante)	Verificar vias aéreas permeáveis
	Verificar e monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre consciência com familiar/ acompanhante
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Iniciar ressuscitação cardiopulmonar
	Promover limpeza de vias aéreas
	Obter dados sobre condição cardíaca, usando Dispositivo de monitoração

	Verificar glicose sanguínea
	Relatar condição a membro da família
	Requisitar presença do médico
	Apoiar família
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Rigidez de nuca	Implementar regime de Isolamento respiratório
<b>Resultado de Enfermagem</b> Rigidez de nuca ausente	Monitorar sinais vitais
	Monitorar temperatura corporal
	Implementar regime de manejo (controle) da convulsão
	Orientar família sobre prevenção de infecção cruzada
	Monitorar nível de consciência
	Administrar antibiótico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Risco de choque	Avaliar sinais e sintomas de choque
<b>Resultado de Enfermagem</b> Choque ausente	Avaliar sistema cardiovascular
	Executar balanço hídrico
	Instalar acesso intravenoso
	Monitorar balanço hídrico
	Monitorar saturação de oxigênio
	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre a pele
	Obter dados sobre condição urinária
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10023874 )Risco de confusão, aguda	Monitorar confusão
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028847 ) Confusão, ausente	Monitorar sinais vitais
	Implementar regime de segurança
	Orientar sobre medidas de segurança
	Administrar medicamento

	Oferecer informações sobre cuidados prestados
	Promover ambiente com poucos estímulos
	Identificar pessoa/familiar significativa para acompanhar paciente
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Monitorar resultado laboratorial
Risco de desequilíbrio de eletrólitos	Monitorar sinais vitais
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar condição neurológica
Desequilíbrio de eletrólitos ausente	Monitorar condição cardiológica
	Monitorar condição gastrointestinal
	Instalar bomba de infusão
	Monitorar e controlar infusão de eletrólitos
	Realizar balanço hídrico
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Realizar balanço hídrico
Risco de desequilíbrio de líquidos	Gerenciar terapia com líquidos (ou hidratação)
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Orientar ingestão de líquidos
Desequilíbrio de líquidos ausente	Monitorar ingestão de líquidos
	Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos
	Observar mucosa oral e pele do paciente
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Administrar medicação para dor
(10037314) Risco de função cardíaca, Prejudicada	Monitorar dor torácica
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Obter dados sobre dor torácica
(10035077) Função cardíaca eficaz	Obter dados sobre condição cardíaca, usando Dispositivo de monitoração
	Promover repouso no leito
	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde
	Monitorar pulso
	Executar ECG em 12 derivações
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Obter dados sobre função neurovascular periférica
(10015228) Risco de função neurovascular periférica, Prejudicada	Monitorar sensibilidade periférica
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar perfusão tissular periférica

(10028125 ) Função neurovascular eficaz	Inserir dispositivo de acesso vascular em membro não afetado
	Orientar prevenção de lesão
	Orientar prevenção de infecção
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Monitorar resultado laboratorial
(10017268 ) Risco de hemorragia	Avaliar sinais e sintomas de choque
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Avaliar risco de sangramento.
( 10028806 ) Sangramento, ausente	Monitorar sinais vitais
	Monitorar terapia de infusão intravenosa
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Obter dados sobre condição urinária
(10042031 ) Risco de hipervolemia	Monitorar ingestão de líquidos
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar balanço hídrico
(10033721 ) Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico), nos Limites Normais	Monitorar terapia de infusão intravenosa
	Monitorar sinais vitais
	Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos
	Auscultar o pulmão
	Orientar cuidador sobre terapia com líquidos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Realizar balanço hídrico
(10042049 ) Risco de hipovolemia	Gerenciar terapia com líquidos (ou hidratação)
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Orientar ingestão de líquidos
(10033721 ) Equilíbrio de Líquidos (ou Balanço Hídrico), nos Limites Normais	Monitorar ingestão de líquidos
	Observar mucosa oral e pele do paciente
	Obter dados sobre condição urinária
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Orientar cuidador sobre terapia com líquidos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	Obter dados sobre suscetibilidade a infecção
(10015133 ) Risco de infecção	Diminuir visitas
<b>Resultado de Enfermagem</b>	Monitorar resultado laboratorial
(10028945 ) Infecção ausente	Monitorar sinais vitais
	Monitorar dispositivo invasivo

	Monitorar ferida
	Monitorar lesão
	Monitorar sinais e sintomas de infecção
	Orientar higiene das mãos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10017281) Risco de perfusão tissular, ineficaz	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028593) Perfusão tissular eficaz	Obter dados sobre a pele
	Avaliar cicatrização da ferida
	Avaliar sistema cardiovascular
	Monitorar saturação de oxigênio
	Monitorar sinais vitais
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015244) Risco de termorregulação, Prejudicada	Obter dados sobre a pele
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10033848) Termorregulação, Eficaz	Orientar família sobre termorregulação
	Monitorar temperatura corporal
	Controlar temperatura
	Monitorar temperatura ambiente
	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre risco de hipotermia
	Obter dados sobre risco de hipertermia
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Sangramento	Obter dados sobre sangramento
<b>Resultado de Enfermagem</b> Sangramento reduzido	Monitorar terapia de infusão intravenosa
(10028806) Sangramento ausente	Monitorar resultado laboratorial
	Monitorar sinais vitais
	Aplicar terapia compressiva
	Monitorar sangramento
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10043930) Sangramento vaginal	Obter dados sobre sangramento
<b>Resultado de Enfermagem</b> Sangramento vaginal ausente	Identificar risco de abortamento
	Observar presença de corpo estranho
	Obter dados sobre relação sexual
	Monitorar sinais vitais

	Monitorar sangramento vaginal
	Encaminhar para serviço auxiliar
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10027288) Taquicardia	Monitorar condição cardíaca, usando dispositivo de monitoração
<b>Resultado de Enfermagem</b> Taquicardia diminuída (10029229) Frequência Cardíaca, nos Limites Normais	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre arritmia
	Executar eletrocardiograma (ECG)
	Preparar paciente para desfibrilar
	Inserir dispositivo de acesso vascular
	Monitorar condição hemodinâmica
	Monitorar dor
	Verificar pulso
	Iniciar ressuscitação cardiopulmonar
	Monitorar consciência
	Monitorar resultado laboratorial
	Monitorar resposta ao tratamento
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10033560) Termorregulação Prejudicada	Administrar antipirético
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10033848) Termorregulação eficaz	Avaliar resposta à termorregulação
	Informar ao médico sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia
	Monitorar temperatura
	Orientar família/cuidador informar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia
	Banhar o paciente com água morna
	Ajustar a temperatura do ambiente conforme necessidade do paciente
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10022846) Tremor	Monitorar temperatura corporal
<b>Resultado de Enfermagem</b> Tremor ausente	Controlar temperatura
	Verificar glicose sanguínea
	Obter dados sobre abstinência (afastamento ou retirada de algo)

	Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo)
	Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10045584) Vertigem postural	Obter dados sobre vertigem postural (tontura)
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10045681) Vertigem postural ausente	Verificar glicose sanguínea
	Verificar pressão arterial
	Orientar família sobre prevenção de queda
<b>Sexo, regulação, segurança</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Priapismo	Manter dignidade e privacidade
<b>Resultado de Enfermagem</b> Priapismo ausente	Investigar efeito colateral de medicação, abuso de drogas ou trauma
	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde
	Administrar medicação
	Priorizar terapêutica
	Orientar família e paciente sobre priapismo
	Orientar sobre comportamento sexual
	Obter dados sobre uso de contraceptivo
	Orientar sobre uso de contraceptivo
	Encaminhar para avaliação médica
	Aconselhar acompanhamento em unidade ambulatorial
<b>Necessidades necessárias</b>	
<b>Autoestima e autorrealização</b>	
<b>Diagnóstico/Resultado</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10040662) Tristeza	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
<b>Resultado de Enfermagem</b> Tristeza reduzida	Promover apoio familiar ou de pessoa significativa
	Obter dados sobre tristeza
	Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional
<b>Autonomia</b>	



Diagnóstico/Resultado	Intervenções de Enfermagem
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000987) Capacidade para executar a higiene, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028708) Capaz de executar a higiene	Auxiliar na higiene Auxiliar na utilização do vaso sanitário Auxiliar os cuidados com a higiene oral (ou bucal) Facilitar a higiene, por si próprio Manter cuidados com as unhas, períneo, cabelos, olhos, ouvidos e pés Melhorar a imagem corporal do paciente Monitorar a integridade da pele Obter dados sobre padrão de higiene Prover (proporcionar, fornecer) privacidade
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000956) Capacidade para tomar banho, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028224) Capaz de tomar banho	Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira banho Executar banho no leito Monitorar o banho, por si próprio Promover o banho, por si próprio Prover (proporcionar, fornecer) privacidade Manter dignidade e privacidade Auxiliar a lavar-se Auxiliar banho no chuveiro Banhar o paciente no leito Facilitar a higiene, por si próprio Obter dados sobre padrão de higiene Promover higiene corporal Monitorar a integridade da pele Prover privacidade no banho
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10001005) Capacidade para transferência, Prejudicada <b>Resultado de Enfermagem</b> (10028322) Capaz de transferir-se	Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar) Promover capacidade para transferir-se, por si próprio Transferir paciente Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar)

	Promover capacidade para transferir-se, por si próprio
	Transferir paciente
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10027578) Capacidade para vestir-se, Prejudicada	Auxiliar o paciente a vestir-se/arrumar-se;
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028211) Capaz de vestir-se	Estimular colocação ou retirada de roupas, por si próprio
	Manter a privacidade enquanto o paciente se veste
	Prover (proporcionar, fornecer) privacidade
	Reforçar as tentativas de vestir-se sozinho
	Vestir ou despir o paciente
	Auxiliar o paciente a vestir-se/arrumar-se;
	Estimular colocação ou retirada de roupas, por si próprio
<b>Comunicação</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Comunicação eficaz	Reforçar comunicação
<b>Resultado de Enfermagem</b> Comunicação eficaz	Monitorar comunicação
<b>Cooperação</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10022281) Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	Identificar atitude em relação ao cuidado
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10022275) Atitude em relação ao cuidado positiva	Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde
	Estabelecer comunicação eficaz
	Estabelecer confiança
	Identificar atitude em relação ao cuidado
	Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde
	Orientar sobre cuidados de saúde em unidade ambulatorial
	Encaminhar paciente para acompanhamento em unidade ambulatorial
	Encorajar comportamento de busca de saúde positivo
	Gerenciar resposta ao tratamento, negativa
	Monitorar resposta ao tratamento
	Avaliar resposta psicossocial ao plano de cuidado

	Relatar condição a equipe interprofissional
<b>Autoestima e Segurança</b>	
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10022234) Abuso de álcool	Aconselhar sobre abuso de álcool
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028765) Abuso de álcool ausente	Aplicar contenção física
	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde (especificar)
	Facilitar recuperação de abuso de álcool
	Instalar dispositivo para acesso vascular
	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre abuso de álcool
	Orientar sobre prevenção de queda
	Prevenir aspiração de conteúdo gástrico
	Verificar glicose sanguínea
	Verificar sinais vitais
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10022268) Abuso de substância	Aplicar contenção física
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10029123) Abuso de substância ausente	Avaliar e monitorar condição neurológica e respiratória
	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde (especificar)
	Inserir tubo gástrico de grosso calibre
	Instalar dispositivo para acesso vascular
	Irrigar e drenar substância gástrica
	Notificar
	Obter dados sobre abuso de substância
	Orientar sobre abuso de substância
	Orientar sobre prevenção de queda
	Prevenir aspiração de conteúdo gástrico
	Verificar e monitorar sinais vitais
	Verificar glicose sanguínea
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10025705) Agitação	Administrar medicação para controle da agitação conforme prescrição

<b>Resultado de Enfermagem</b> (10027843) Agitação reduzida	Aplicar contenção física conforme necessário
	Avaliar regime terapêutico
	Evitar contato do paciente com fonte desestabilizadora
	Executar medida de segurança
	Monitorar sinais vitais
	Obter dados sobre comportamento
	Priorizar regime terapêutico
	Verificar glicose sanguínea
	Verificar sinais vitais
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000477) Ansiedade <b>Resultado de Enfermagem</b> (10027858) Ansiedade reduzida	Demonstrar técnica de relaxamento
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	Manter contato visual com o paciente
	Promover apoio familiar ou de pessoa significativa
	Permanecer com o paciente
	Orientar sobre procedimentos
	Estabelecer confiança
	Demonstrar técnica de relaxamento
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10047087) Comportamento agressivo <b>Resultado de Enfermagem</b> (10035645) Comportamento agressivo, ausente	Aplicar contenção física
	Entrar em acordo para comportamento positivo
	Obter dados sobre comportamento agressivo
	Priorizar regime terapêutico
	Remover objetos perigosos do ambiente do paciente.
	Requisitar apoio da segurança
	Administrar medicação
	Aplicar contenção física
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10027424) Comportamento autodestrutivo <b>Resultado de Enfermagem</b> (10029083) Comportamento autodestrutivo, ausente	Aplicar contenção física
	Obter dados sobre comportamento autoagressivo
	Priorizar regime terapêutico
	Remover objetos perigosos do ambiente do paciente

	Notificar
	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	Manter contato visual com o paciente
	Promover apoio familiar ou de pessoa significativa
	Avaliar condição neurológica
	Monitorar sinais vitais
	Prevenir procedimentos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10023066) Desconforto	Instituir regime de cuidados de conforto (paliativos)
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10025574) Confortável	Observar sinal de desconforto
	Obter dados sobre desconforto
	Promover conforto
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Envenenamento	Avaliar e monitorar condição neurológica e respiratória
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10029049) Envenenamento ausente	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde (especificar)
	Inserir tubo gástrico
	Instalar dispositivo para acesso vascular
	Irrigar e drenar substância gástrica
	Notificar
	Prevenir aspiração de conteúdo gástrico
	Elevar membro afetado
	Obter dados sobre o envenenamento
	Verificar e monitorar sinais vitais
	Verificar glicose sanguínea
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10025297) Exposição à contaminação	Realizar testes rápidos de doenças infectocontagiosas
<b>Resultado de Enfermagem</b> Contaminação, reduzida	Obter dados sobre exposição à contaminação
	Limpar área de exposição à contaminação
	Monitorar sinais vitais
	Notificar ao serviço de vigilância
	Encaminhar para acompanhamento no serviço de referencia

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Exposição à contaminação química	Obter dados sobre exposição à contaminação química
	Limpar área de exposição à contaminação
<b>Resultado de Enfermagem</b> Exposição à contaminação química interrompida	Promover conforto
	Monitorar sinais vitais
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10000703 )Medo	Obter dados sobre medo
	Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	Promover uma escuta ativa
	Tranquilizar o paciente
	Tranquilizar e ajudar os pais em seu papel de apoio
	Manter-se perto do paciente
	Explicar sobre procedimentos e intervenções
	Obter dados sobre medo
	Obter dados sobre medo
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Overdose	Aplicar contenção física
	Avaliar e monitorar condição neurológica e respiratória
	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde (especificar)
	Inserir tubo gástrico de grosso calibre
	Instalar dispositivo para acesso vascular
	Irrigar e drenar substância gástrica
	Notificar
	Obter dados sobre abuso de substância
	Orientar sobre abuso de substância
	Orientar sobre prevenção de queda
	Prevenir aspiração de conteúdo gástrico
	Verificar e monitorar sinais vitais
	Verificar glicose sanguínea
	Verificar glicose sanguínea
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Preocupação dos pais	Tranquilizar pais sobre condição da criança
	Orientar pais sobre sinais e sintomas da doença
	Orientar pais sobre procedimento
<b>Resultado de Enfermagem</b>	

Preocupação dos pais nenhuma	Orientar pais sobre dispositivo Orientar pais sobre manejo da dor
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015024) Risco de aspiração	Aspirar vias aéreas
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10028783) Aspiração ausente	Posicionar paciente durante ingestão de alimentos em 90º e após 30 a 45º Monitorar tolerância à dieta Monitorar sinais de aspiração Orientar ingestão de alimentos em pequenas quantidades Verificar posicionamento de tubo gastro/enteral Verificar o resíduo em tubo gastro/enteral antes de administrar dieta Monitorar o nível de consciência
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015122) Risco de queda	Monitorar risco de queda
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10034704) Queda ausente	Obter dados de conhecimento sobre prevenção de queda Obter dados sobre risco de quedas Orientar família sobre prevenção de queda Orientar sobre prevenção de queda Implementar medidas de segurança para queda
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10044452) Risco de ser vítima de negligência	Observar processo familiar
<b>Resultado de Enfermagem</b> Risco de ser vítima de negligência, diminuído	Avaliar padrão de higiene corporal Avaliar sinais e sintomas que justifiquem manifestação clínica Encaminhar para assistente social Executar exame físico Relatar condição a equipe interprofissional Notificar Obter dados sobre risco de violência Relatar condição a equipe interprofissional Executar exame físico Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos

	Prevenção de Violência
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015360) Risco de Trauma	Manter grade da cama elevada
<b>Resultado de Enfermagem</b> Trauma, ausente Risco para trauma diminuído	Orientar família sobre prevenção de trauma
	Executar medidas de segurança durante posicionamento no leito
	Imobilizar membro afetado
	Evitar manipular local com dispositivos
	Orientar sobre cuidados com dispositivos
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Risco de abuso de álcool	Obter dados sobre consumo de álcool
<b>Resultado de Enfermagem</b> Risco de abuso de álcool diminuído ou ausente	Aconselhar paciente sobre risco de abuso de álcool para saúde
	Informar sobre serviços ambulatoriais para acompanhamento
	Encorajar consumo baixo de álcool
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Risco de abuso de substância	Orientar sobre segurança do domicílio
<b>Resultado de Enfermagem</b> Risco de abuso de substância diminuído	Obter dados sobre adesão ao regime medicamentoso
	Identificar condição psicossocial
	Reforçar controle de impulso
	Relatar condição a membro da família
	Encaminhar para acompanhamento serviço ambulatorial
	Orientar sobre polifarmácia
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015302) Risco de comportamento autodestrutivo	Orientar sobre segurança do domicílio
<b>Resultado de Enfermagem</b> (10029083) Comportamento autodestrutivo ausente	Obter dados sobre humor, deprimido
	Obter dados sobre adesão ao regime de segurança
	Identificar percepções alteradas
	Identificar condição psicossocial
	Facilitar capacidade para comunicar sentimentos
	Encaminhar para terapia de grupo de apoio
	Encorajar afirmações positivas
	Trabalhar em rede
	Priorizar regime terapêutico



<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> (10015356) Risco de suicídio <b>Resultado de Enfermagem</b> (10027938) Risco de suicídio diminuído	Orientar sobre segurança do domicílio
	Obter dados sobre humor, deprimido
	Obter dados sobre adesão ao regime de segurança
	Implementar precauções contra suicídio
	Identificar percepções alteradas
	Identificar condição psicossocial
	Facilitar capacidade para comunicar sentimentos
	Encaminhar para terapia de grupo de apoio
	Encorajar afirmações positivas
	Trabalhar em rede
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b> Tentativa de suicídio <b>Resultado de Enfermagem</b> Tentativa de suicídio ausente	Capacidade para comunicar sentimentos
	Identificar percepções alteradas
	Implementar precauções contra suicídio
	Obter dados sobre abuso de substância
	Obter dados sobre adesão ao regime de segurança
	Obter dados sobre humor, deprimido
	Orientar sobre segurança do domicílio
	Promover apoio familiar
Reforçar controle de impulso	

## 6 INSERÇÃO DO PADRÃO DE REGISTRO NO SISTEMA INFORMATIZADO DO MUNICÍPIO

Para inserção do padrão de registro elaborado no sistema informatizado do município foi construído um mapa conceitual demonstrando a interação das telas e os elementos que irão subsidiar os relacionamentos entre o Sistema de Triagem Manchester, o diagnóstico de enfermagem, resultados e intervenções de enfermagem, conforme as figuras, a seguir.

Figura 8: Figura 8: Layout da Tela Atual do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

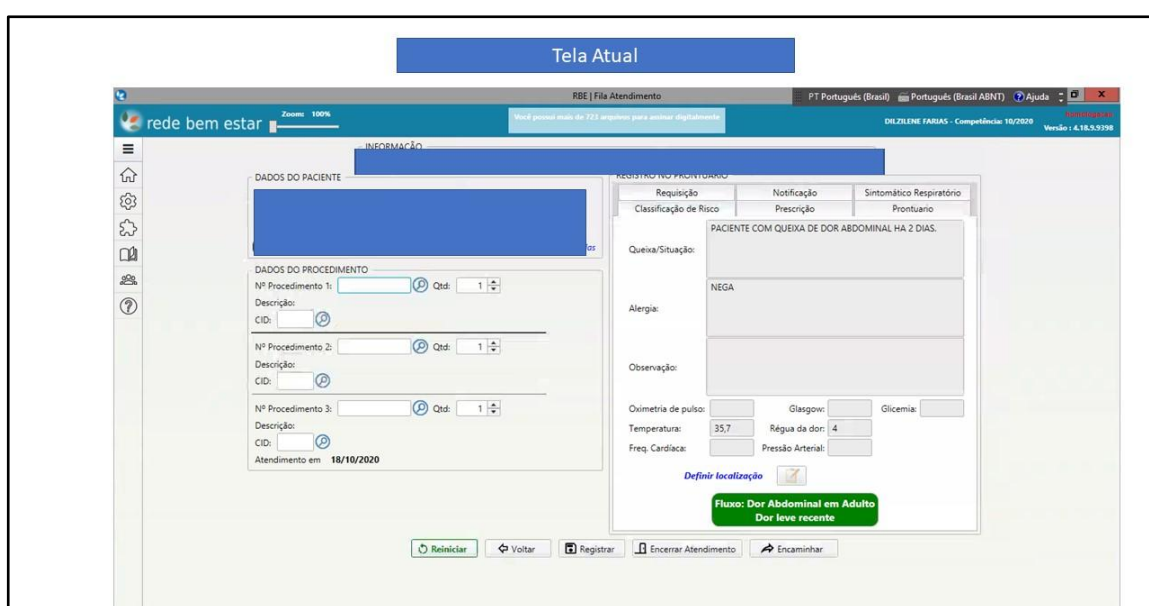


Figura 9 :Proposta de Layout para a tela atual do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

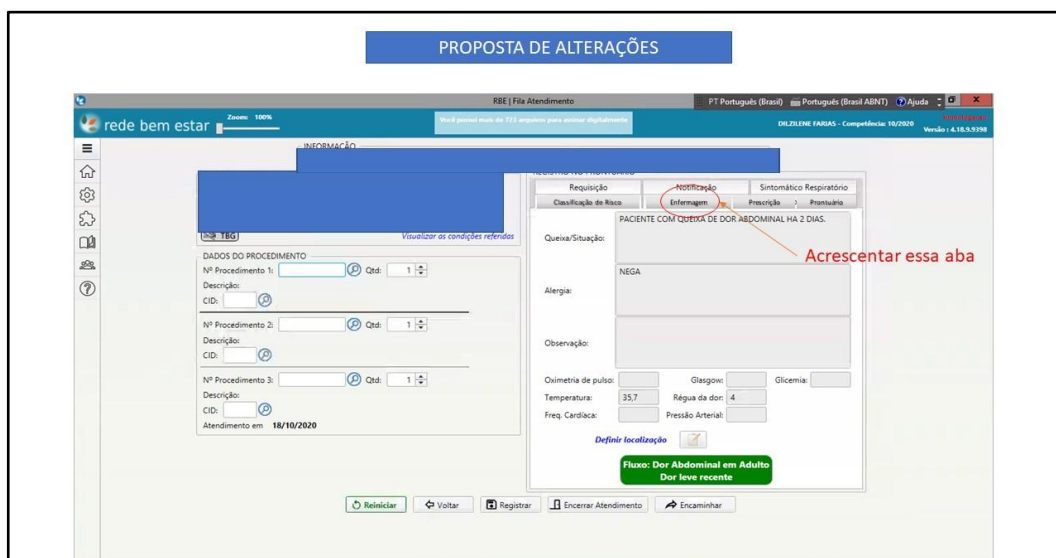


Figura 10 : Tela do atual espaço para registro padronizado da enfermagem com acesso somente de enfermeiros da Atenção Básica, do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

OBS:  
Essa tela aparece na somente para enfermeiros da Atenção Básica

Tela Atual

Prontuário de Enfermagem

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

História Clínica:

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 11: Proposta de inserção de dados para coleta do Histórico de Enfermagem padronizado do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Proposta

Prontuário de Enfermagem

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

História Clínica:

**Motivo de internação atual:** Puxar do registro da queixa classificação de risco ( deixar editável)

**Internação prévia:**  sim  não **Motivo da última Internação:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes pessoais:**  Anemia  Diabetes  Hipertensão Arterial  Tuberculose

Outros: \_\_\_\_\_

Fumo N/dia: \_\_\_\_\_  Álcool Frequência: \_\_\_\_\_  Drogas Ilícitas: \_\_\_\_\_

**Possui Alergia:**  sim  não **Quais:** \_\_\_\_\_ Puxar campo alergia classificação de risco ( deixar editável)

**Faz uso de medicação:**  sim  não **Quais:** \_\_\_\_\_

**Faz uso de algum dispositivo ou prótese dentária:**  sim  não **Quais:** \_\_\_\_\_

**Acompanhante:**  Pai  Mãe  Amigo  Cônjuge  Outros: \_\_\_\_\_

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Essa tela vem pré-preenchida com informações da última classificação de risco ou da última atualização que o enfermeiro fez durante o período de observação/intervenção

Quando clicar em **Novo** os dados pré-preenchidos são apagados

Figura 12 :Proposta de inserção de dados de exame físico, regulação neurológica e sensorial, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

**Prontuário de Enfermagem**

História | **Exame Físico** | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

**Exames Físicos:**

Regulação Neurológica e Sensorial | Oxigenação | Regulação Vascular | Alimentação e Eliminação Intestinal | Hidratação e Eliminação Urinária | Locomoção e Mobilidade | Cuidado Corporal e Integridade Física | Sexualidade

**Nível de consciência:**  Lúcido  Desorientado  Sonolento  Torporoso  Confuso  Sedado  Comatoso  Agitação psicomotora

**Pupilas:**  Isocórica  Anisocórica  Midriática  Miótica  Fotorreagente  Não Fotorreagente

**Neuromotor:**  Hemiplegia  Hipertonía  Hipotonia **Observações:** \_\_\_\_\_

**Parestesia:** \_\_\_\_\_ **GLASCOW:** \_\_\_\_\_ *Puxar campo classificação de risco (deixar editável)*  
(especificar local)

**Temperatura axilar:** \_\_\_\_\_ *Puxar campo classificação de risco (deixar editável)*

**Escala Numérica da dor:** \_\_\_\_\_ *Puxar campo classificação de risco (deixar editável)* **Localização da dor:** \_\_\_\_\_

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 13 :Proposta de inserção de dados de exame físico, oxigenação, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

**Prontuário de Enfermagem**

História | **Exame Físico** | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

**Exames Físicos:**

Regulação Neurológica e Sensorial | **Oxigenação** | Regulação Vascular | Alimentação e Eliminação Intestinal | Hidratação e Eliminação Urinária | Locomoção e Mobilidade | Cuidado Corporal e Integridade Física | Sexualidade

**Respiração**  Espontânea  Cateter  Mecânica  Macronebulização  Capuz de O<sub>2</sub>

**Padrão Respiratório:**  Eupnéico  Bradipnéico  Taquipnéico  Tiragem Intercostal  Batimento de asa de nariz

**Expansão Pulmonar:**  Simétrica  Assimétrica  Superficial  Profunda **Observações:** \_\_\_\_\_

**Tosse:**  Seca  Produtiva/característica: \_\_\_\_\_

**Ausculta:**  MV+  MV Diminuído  Ronco  Sibilos  Crepitações/estertores

**Dispositivos:**  TOT  Traqueostomia  outros: \_\_\_\_\_

**Secreção:**  Espessa  Fluída  Presença sangue **Cianose:**  não  generalizada  extremidades

**FR:** \_\_\_\_\_ *irm Puxar campo classificação de risco (deixar editável)* **Sat O<sub>2</sub>:** \_\_\_\_\_ *Puxar campo classificação de risco (deixar editável)*

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 14: Proposta de inserção de dados de exame físico, regulação vascular, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Prontuário de Enfermagem

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

Exames Físicos:

Regulação Neurológica e Sensorial | Oxigenação | Regulação Vascular | Alimentação e Eliminação Intestinal | Hidratação e Eliminação Urinária | Locomoção e Mobilidade | Cuidado Corporal e Integridade Física | Sexualidade

**Ausculca Cardíaca:**  BNF  Alterada **Característica:** \_\_\_\_\_

**Pulso Periférico:**  Fusiforme  Filiforme  Rítmico  Arritmico **Pulso pedioso:**  Presente  Diminuído em: \_\_\_\_\_

**Temperatura Extremidade:**  Normal  Fria  Quente **PA:** \_\_\_X\_\_\_ mmhg **FC:** \_\_\_ bcm (Puxar campo classificação de risco ( deixar editável))

**Acesso Venoso:**  Sem acesso  Periférico  Profundo Local: \_\_\_\_\_

**HGT:** \_\_\_ mg/dl (Puxar campo classificação de risco ( deixar editável))

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 15: Proposta de inserção de dados de exame físico, alimentação e eliminação, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Prontuário de Enfermagem

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

Exames Físicos:

Regulação Neurológica e Sensorial | Oxigenação | Regulação Vascular | Alimentação e Eliminação Intestinal | Hidratação e Eliminação Urinária | Locomoção e Mobilidade | Cuidado Corporal e Integridade Física | Sexualidade

**Estado Nutricional:**  Nutrido  Desnutrido  Emagrecido **Dieta:**  Livre  Zero

**Via de Alimentação:**  Oral  Gastroenteral Observações: \_\_\_\_\_

**Dependência:**  Independente  Parcialmente dependente  Totalmente dependente

**Alterações alimentares:**  Disfagia  Dispepsia  Náuseas  Vômitos  Hematêmese

**Abdome:**  Flácido  Distendido  Globoso  Rígido  Doloroso **Peristalse:**  Presente  Ausente

**Eliminação Intestinal:**  Presente  Ausente Observações: \_\_\_\_\_

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 16: Proposta de inserção de dados de exame físico, hidratação e eliminação urinária, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Prontuário de Enfermagem

História Exame Físico Exame Laboratorial Diagnóstico Resultado

Exames Físicos:

Regulação Neurológica e Sensorial Oxigenação Regulação Vascular Alimentação e Eliminação Intestinal Hidratação e Eliminação Urinária Locomoção e Mobilidade Cuidado Corporal e Integridade Física Sexualidade

Turgor:  Preservado  Diminuído Edema:  MSD  MID  MIE  Facial  Anasarca

Pele:  Hidratada  Desidratada Característica: \_\_\_\_\_

Eliminação Urinária:  Sim  Não  Espontânea  Sondagem

Característica  Oligúria  Anúria  Incontinência  Poliúria  Polaciúria  Hematúria  Piúria

Dispositivo:  SVD  CISTOSMIA  SVA Observações: \_\_\_\_\_

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 17: Proposta de inserção de dados de exame físico, locomoção e mobilidade, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Prontuário de Enfermagem

História Exame Físico Exame Laboratorial Diagnóstico Resultado

Exames Físicos:

Regulação Neurológica e Sensorial Oxigenação Regulação Vascular Alimentação e Eliminação Intestinal Hidratação e Eliminação Urinária Locomoção e Mobilidade Cuidado Corporal e Integridade Física Sexualidade

Locomoção:  Deambula  Deambula com auxílio Qual: \_\_\_\_\_

Mobilidade:  Hemiplégico \_\_\_\_\_  Paraplégico  Tetraplégico  Acamado

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 19: Proposta de inserção de dados de exame físico, cuidado corporal e integridade física, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

**Prontuário de Enfermagem**

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

**Exames Físicos:**

Regulação Neurológica e Sensorial | Oxigenação | Regulação Vascular | Alimentação e Eliminação Intestinal | Hidratação e Eliminação Urinária | Locomoção e Mobilidade | **Cuidado Corporal e Integridade Física** | Sexualidade

Higiene corporal:  Sim  Não Higiene oral:  Sim  Não Higiene perineal:  Sim  Não

Banho:  Chuveiro  Leito Integridade da Pele:  Inteira  Não Íntegra Descrição da lesão: \_\_\_\_\_

Localização da Lesão:  MSE  MSD  MIE  MID  TX  ABD

Características da pele:  Corada  Hipocorada  Pálida  
 Cianótica  Hidratada  Ictérica  Ressecada  Descamativa  Hiperemia  
 Hematoma  Equimoses  Eritema  Petéquias

Esca de Braden: 14 Pontos – Risco moderado

Esca de Fugullin: Cuidado Intermediário 22

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 18: Proposta de inserção de dados de exame físico, sexualidade, no atual layout do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

**Prontuário de Enfermagem**

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

**Exames Físicos:**

Regulação Neurológica e Sensorial | Oxigenação | Regulação Vascular | Alimentação e Eliminação Intestinal | Hidratação e Eliminação Urinária | Locomoção e Mobilidade | Cuidado Corporal e Integridade Física | **Sexualidade**

Genitália:  masculina  feminina  Edemaciada  secreção Característica \_\_\_\_\_

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Figura 20: Proposta de inserção de dados de exames laboratoriais, no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Prontuário de Enfermagem

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

Exames Laboratoriais:

Glicemia sanguínea:  Gasometria arterial:  Troponina:   
 Creatinina:  Hemoglobina:  CK:   
 Ureia:  Hemácias:  CK-MB:   
 Potássio:  Leucócitos:  TGO:   
 Sódio:  Plaquetas:  TGP:

Exame	12/08/2020 - 17hs	15/08/2021- 18 hs	15/08/21 - 21 horas
Sódio	127	130	132
Potássio	5,0	4,7	4,3
Glicemia sanguínea	200	150	-

Novo OK Cancelar

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Exibir o resultados das 03 últimas anotações conforme DATA e HORÁRIO

Figura 21: 1º Tela atual para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

Prontuário de Enfermagem

História | Exame Físico | Exame Laboratorial | Diagnóstico | Resultado

Eixos Selecionados: + Adicionar...

Diagnóstico:

Cancelar Voltar Avançar Finalizar

Atual



Figura 22: 2º Tela atual para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

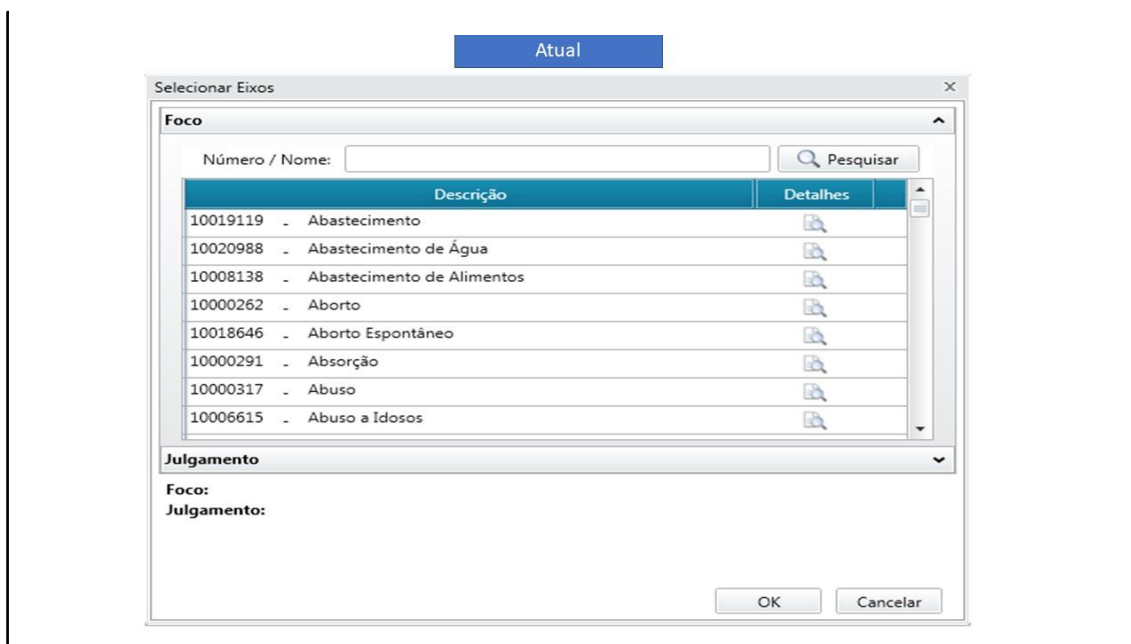


Figura 23: Proposta de tela 1 para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar. 2021.

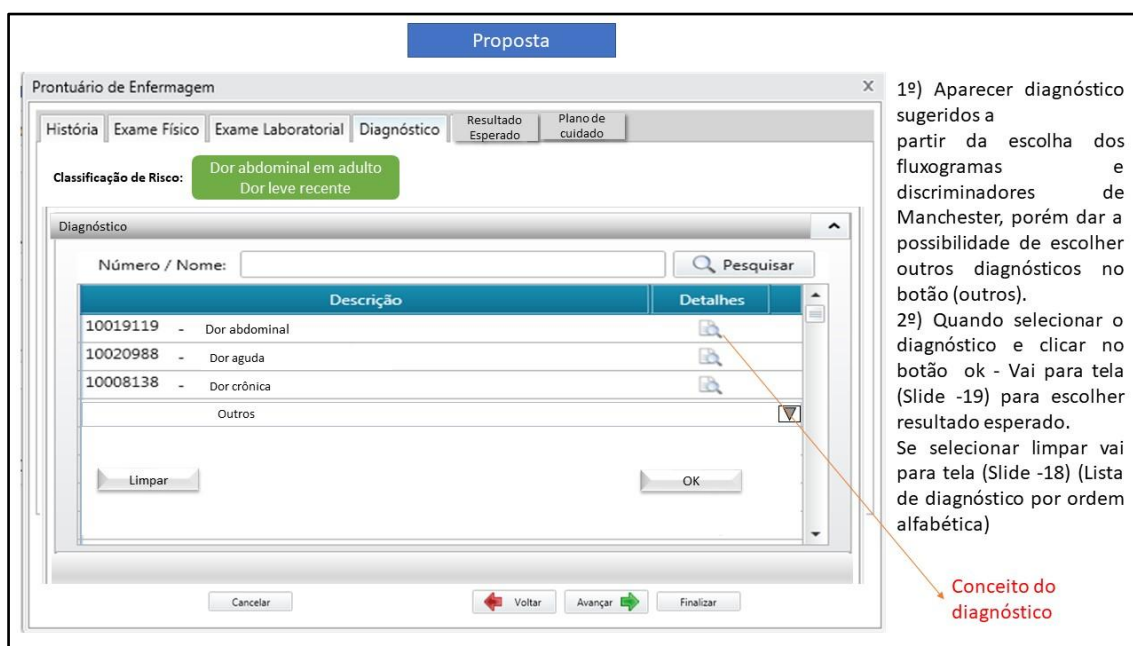


Figura 24: Proposta de tela 2 para registro de diagnóstico de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

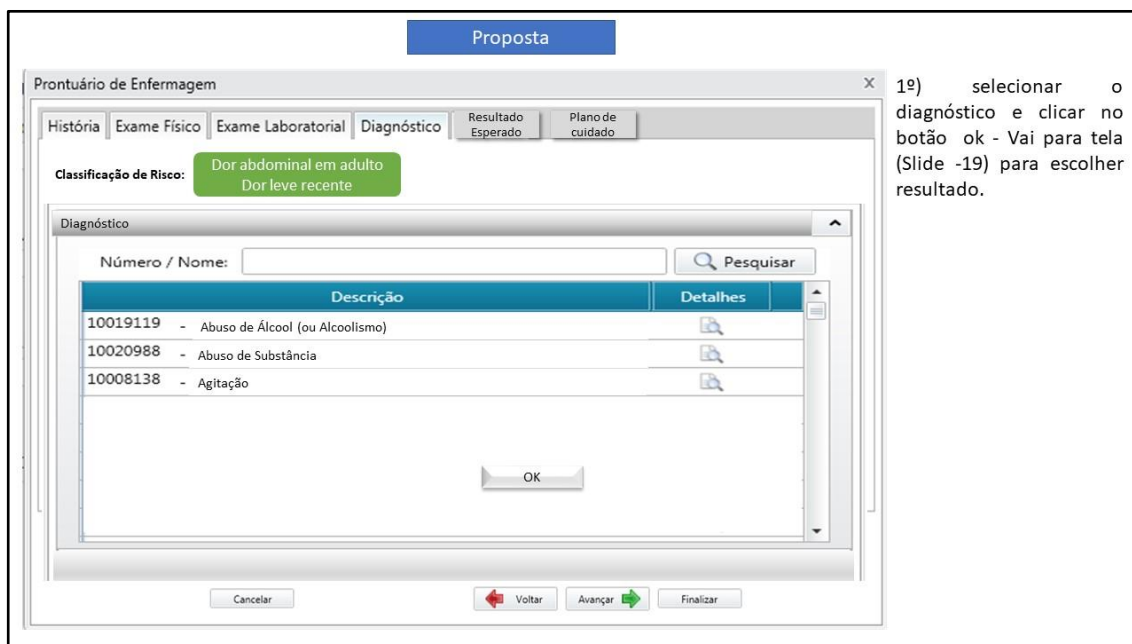


Figura 25: Proposta de tela para registro de resultado de enfermagem no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

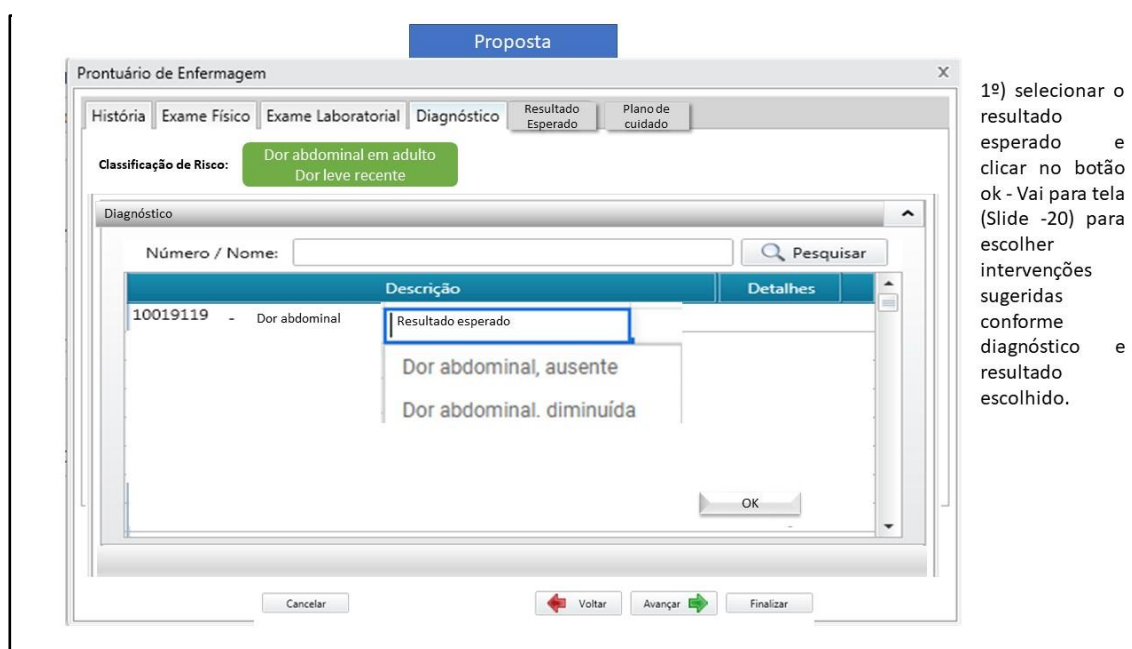


Figura 26: Proposta de tela para escolha e registro de intervenção enfermagem no Sistema Rede Bem Estar. 2021

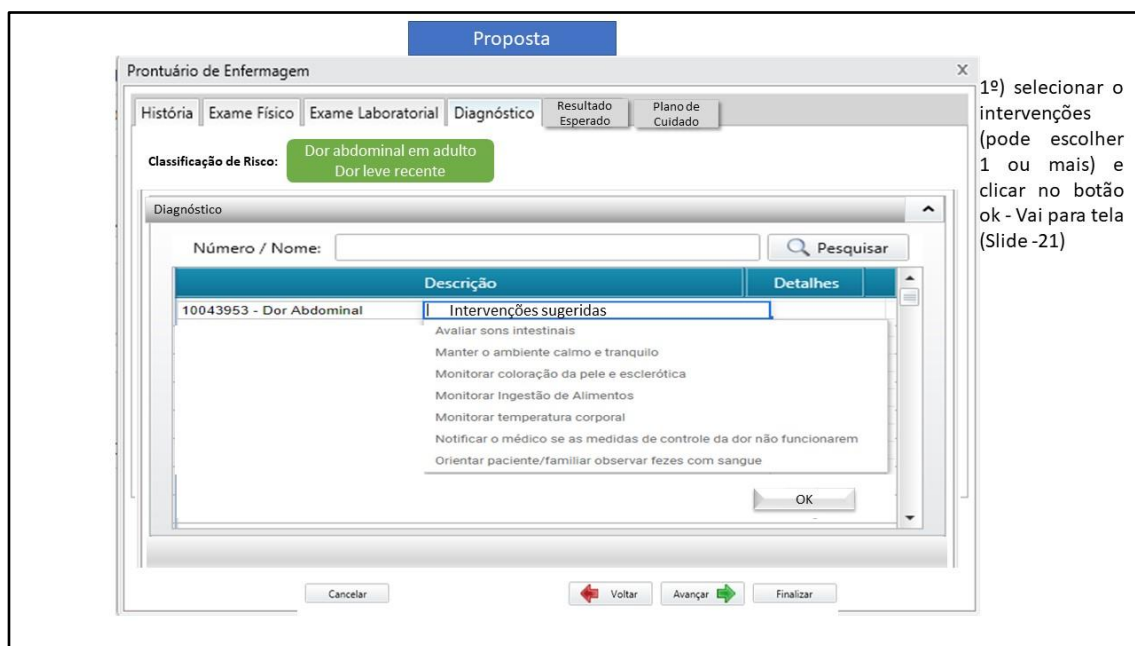


Figura 27: Proposta de como os dados devem estar no prontuário do Sistema Rede Bem Estar, 2021.

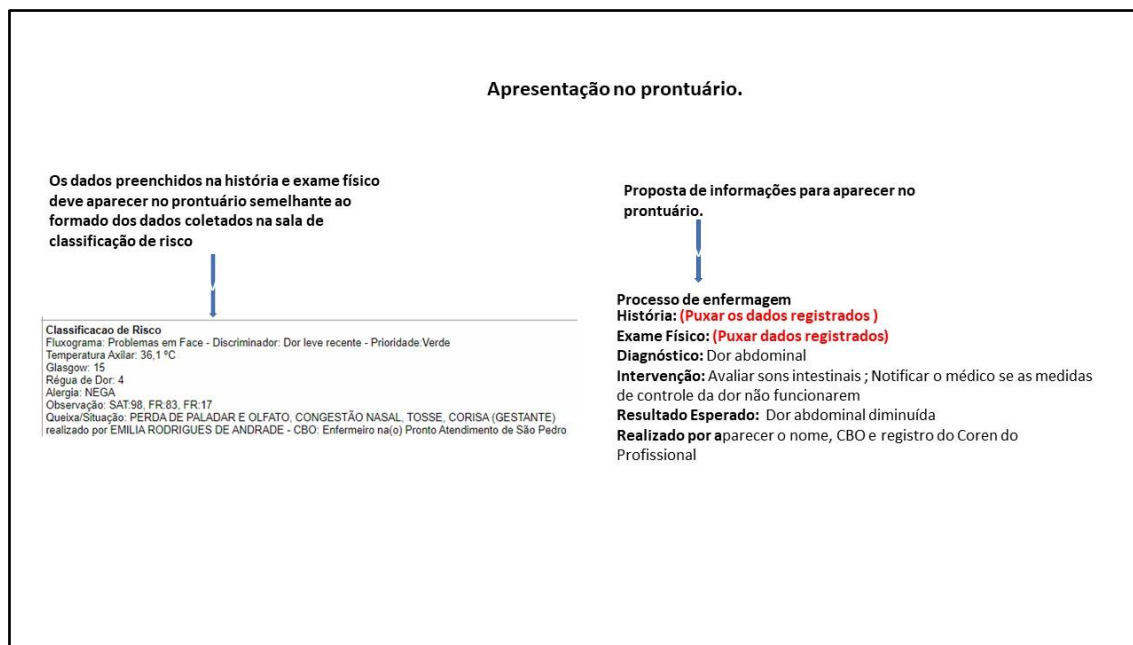


Figura 28: Tela 1 e 2, atual, para prescrição médica no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

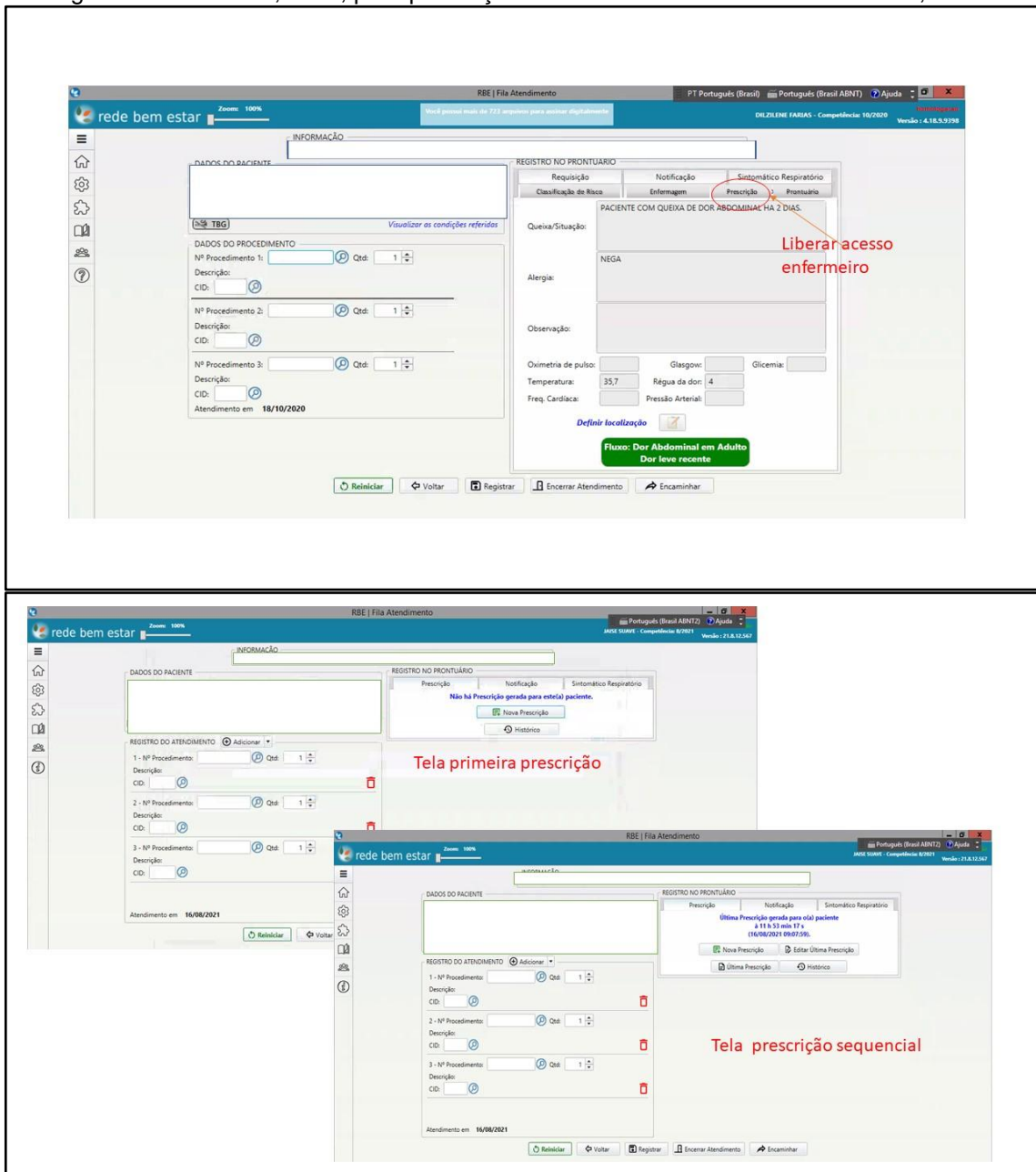


Figura 29: Tela 3, atual, prescrição médica no Sistema Rede Bem Estar, 2021.

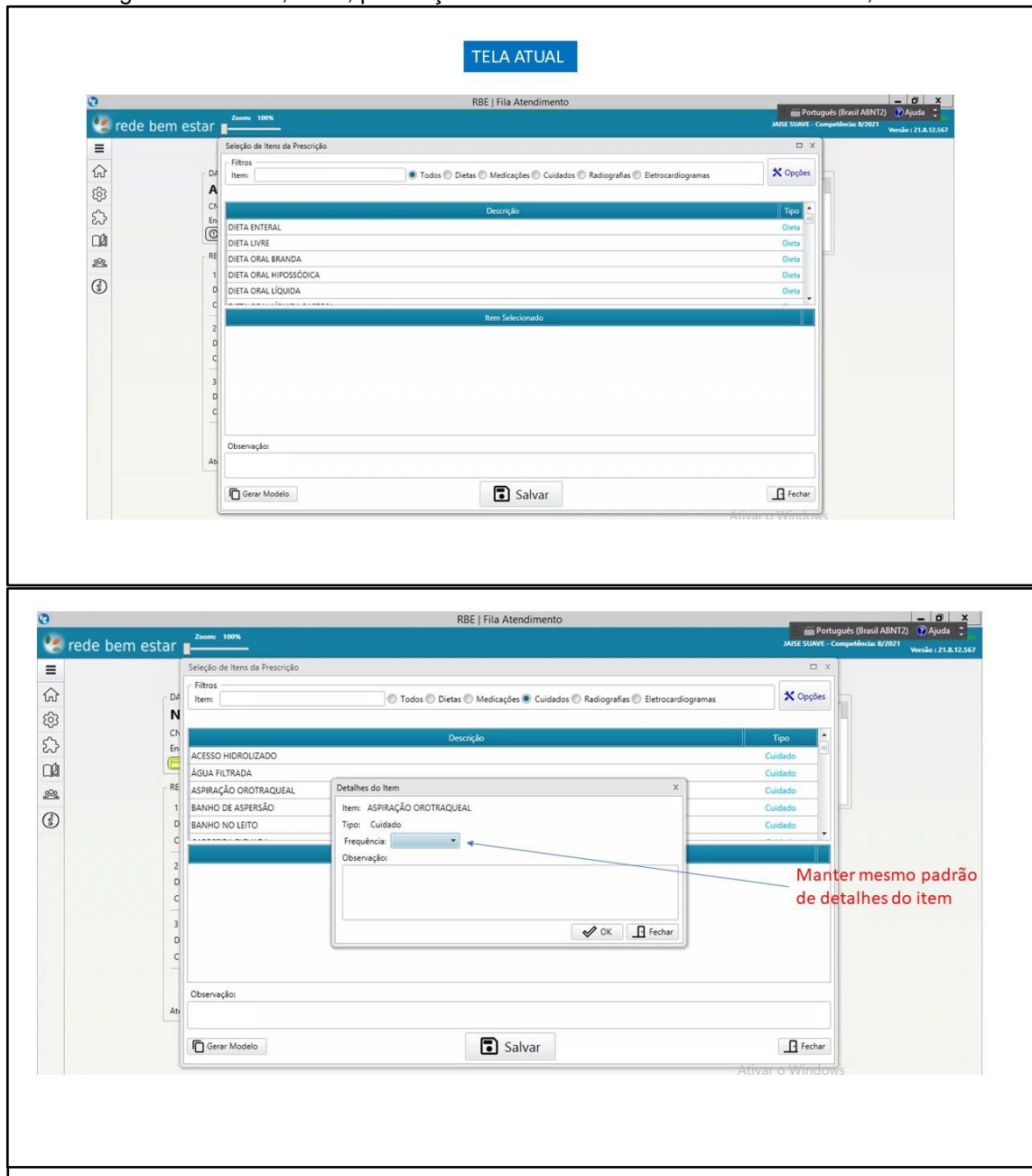
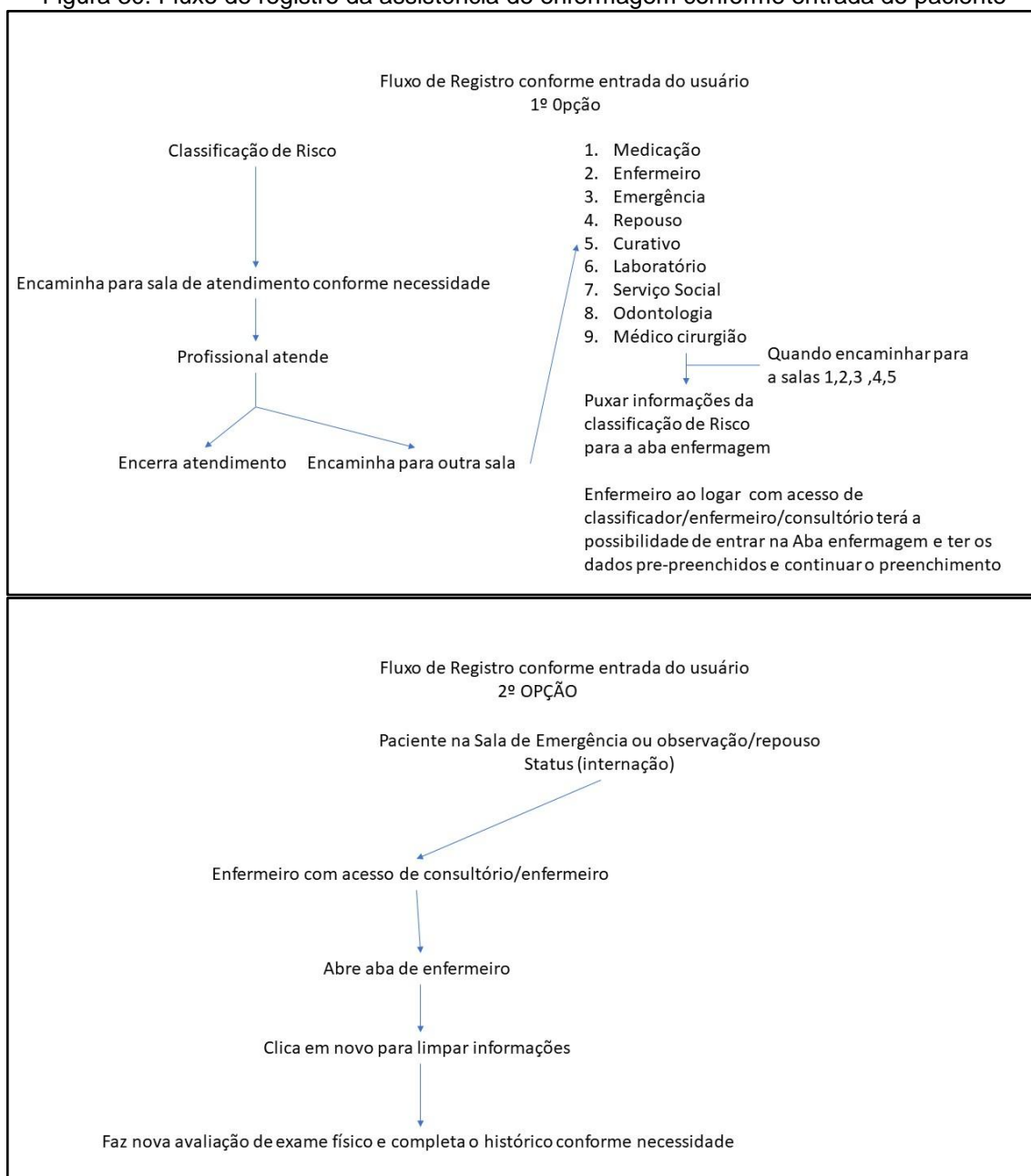




Figura 30: Fluxo de registro da assistência de enfermagem conforme entrada do paciente



## 7 PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA – ARTIGOS

A partir dos resultados da pesquisa elaborou-se dois artigos:

1º Artigo - “**Elaboração de um padrão de registro de enfermagem para unidade de pronto atendimento**”

2º Artigo – “**Mapeamento cruzado entre CIPE® e Sistema Manchester para elaborar diagnósticos de enfermagem para pronto atendimento**”.

### ARTIGO (1)

**Título:** **Elaboração de um padrão de registro de enfermagem para unidade de pronto atendimento**

**Situação:** Submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP (Qualis A3)

**Objetivo:** Elaborar um padrão de registro para unidade de pronto atendimento subsidiado pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem e necessidades de Agnes Heller e avaliar a relevância dos enunciados diagnósticos/resultados para unidade de pronto atendimento. **Método:** Pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico desenvolvido em três etapas: 1) Elaboração dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções; 2) Avaliação da relevância dos diagnósticos/resultados; 3) Organização dos diagnósticos/resultados e intervenções conforme necessidades de Agnes Heller. **Resultados:** Foram elaborados 185 diagnósticos, dos quais 124 (67%) eram constantes na classificação, e 61 não tinham correspondência. Dos 185 diagnósticos, 143 (77%) foram avaliados como relevantes por 32 enfermeiros experientes em urgência e emergência. E 495 intervenções de enfermagem foram correlacionadas aos diagnósticos/resultados. **Conclusão:** Foi possível construir um padrão de registro para unidade de pronto atendimento seguindo terminologia padronizada, contento enunciados diagnósticos/resultados e intervenções relevantes para prática de enfermagem avaliados por enfermeiros com prática em urgência e emergência.

**Descritores:** Emergências; Diagnóstico de Enfermagem; Registros Eletrônicos de Saúde; Terminologia da Prática da Enfermagem; Teoria de Enfermagem.



## Introdução

A utilização de sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem para registro eletrônico de saúde tem sido apontada como importante ferramenta para melhorar a qualidade da documentação da assistência de enfermagem, e gerar informações seguras e confiáveis para continuidade do cuidado <sup>(1-2)</sup>.

Dentre os sistemas de linguagens, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) permite a composição de enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem passíveis de serem inseridos aos sistemas informatizados, colaborando para evidenciar o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial <sup>(2-4)</sup>.

Essa terminologia está em processo contínuo de desenvolvimento pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) desde a década de 1990, com o intuito de unificar a linguagem da enfermagem, possibilitar maior avanço científico da profissão, bem como permitir que essa linguagem padronizada seja incorporada aos sistemas de informação e comunicação de saúde <sup>(5)</sup>.

Assim, para torná-la mais acessível e aplicável à prática clínica, o CIE tem incentivado a construção de subconjunto terminológico ou catálogo CIPE<sup>®</sup>. Estes são considerados instrumentos tecnológicos essenciais para prática do enfermeiro em um contexto específico, refletindo o cuidado individualizado, sistematizado e humanizado <sup>(6)</sup>. No Brasil, pesquisadores têm desenvolvido subconjunto terminológico voltados para a área assistencial relacionadas a diversas temáticas, bem como se apropriado desta terminologia para auxiliar na implantação do processo de enfermagem <sup>(6-8)</sup>.

O processo de enfermagem é o instrumento metodológico pelo qual o enfermeiro pensa e executa o cuidado, exigindo habilidades cognitivas, afetivas e operacionais para sua aplicação <sup>(9)</sup>. O emprego dessa metodologia na prática profissional ocorre por meio de cinco etapas dinâmicas e inter-relacionadas – coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, sendo que o diagnóstico e a prescrição das ações de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro <sup>(10)</sup>. Todas essas etapas devem ser registradas pelo profissional de modo sistemático, ordenado e compreensível independente do formato do prontuário, tradicional ou eletrônico <sup>(11)</sup>.

Se por um lado a falta de registro de forma sistemática e padronizada leva às perdas de informações relevantes do paciente, inviabiliza a continuidade do cuidado e

dificulta a realização de pesquisas para o desenvolvimento da profissão. Por outro lado, a institucionalização de instrumentos com linguagem padronizada pode melhorar os escores de qualidade de registro de enfermagem, trazer segurança para o cuidado, auxiliar em pesquisas que criam modelos preditivos e demonstrar a contribuição da enfermagem para qualidade da assistência à saúde <sup>(12-13)</sup>.

Contudo, apesar do reconhecimento da importância do registro de forma sistematizada e padronizada nos diversos cenários, muitos profissionais e serviços encontram dificuldade de documentar suas ações com uma linguagem própria da enfermagem <sup>(14)</sup>. Nos serviços de urgência e emergência, por tratar-se de uma assistência dinâmica, de resposta rápida, de alta rotatividade de pacientes, e com sobrecarga de atividades administrativas, o enfermeiro tem dificuldade de planejar a assistência seguindo todas as etapas do processo de enfermagem e registrá-las no prontuário do paciente <sup>(2,15)</sup>.

Diante disso, há necessidade de buscar estratégias para superar esses desafios, criando mecanismos para facilitar a aplicação do processo de enfermagem como ferramenta do cuidado, bem como garantir o registro de todas as suas etapas com uma linguagem padronizada <sup>(12-16)</sup>. Contudo, para que o processo de enfermagem não seja um fim em si mesmo, representando apenas um método de agrupar informações, é necessário fundamentá-lo em Teorias de Enfermagem. Esse suporte teórico deve expressar a visão filosófica do modelo de cuidado de enfermagem que se pretende prestar, a depender do campo de atuação e das concepções de vida e mundo que o grupo de enfermagem possui <sup>(17)</sup>.

A Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) oriunda da saúde coletiva, com base filosófica no materialismo histórico e dialético, é um referencial passível de ser empregado para organizar a assistência de enfermagem em diversos cenários, pois traz concepções ampliadas do processo saúde-doença e de necessidades humanas. Apresenta as necessidades que se distinguem em: naturais ou de preservação de vida, necessidades propriamente humanas e necessidades alienada. Suas características instigam os profissionais a desenvolverem o cuidado de enfermagem de forma reflexiva e crítica, considerando o contexto social, político, cultural, convergente com os princípios e diretrizes do modelo de saúde adotado no país <sup>(18,19)</sup>.

Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo elaborar um padrão de registro para unidade de pronto atendimento subsidiado pela CIPE<sup>®</sup> e necessidades de

saúde descritas na TIPESC e avaliar a relevância dos enunciados diagnósticos/resultados para unidade de pronto atendimento.

## **Método**

### **Tipo de Estudo**

Pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico realizada entre janeiro/2019 a maio de 2021, que seguiu três etapas: 1) Elaboração dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções; 2) avaliação da relevância dos enunciados diagnósticos/resultados; 3) Organização dos enunciados diagnóstico/resultado e intervenções conforme necessidades descritas na TIPESC <sup>(19,20)</sup>. Este artigo foi estruturado seguindo os critérios estabelecidos no Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations (SRQR).

### **Local, População e Critérios de seleção**

A pesquisa foi realizada na cidade de Vitória, localizada na região metropolitana do Espírito Santo. Participaram da avaliação de conteúdo, enfermeiros da região metropolitana do Espírito Santo. Para composição dos especialistas, foi adotado como critério de inclusão: enfermeiros com titulação acadêmica mínima de especialista e experiência de, pelo menos, dois anos na assistência direta ao paciente em unidades de urgência e emergência. Critérios de exclusão: profissionais que estivessem afastados, por férias ou licença médica prolongada (mais que 30 dias).

### **Coleta de dados**

Na primeira etapa para elaboração dos enunciados diagnósticos foi realizada revisão de literatura com busca dos artigos nas bases de dados científicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Base de dados de enfermagem (BDENF). Os artigos indexados no CINAHL foram acessados por intermédio do portal CAPES, a busca das publicações ocorreu por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), repositório virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed com os descritores “diagnóstico de enfermagem”, “Enfermagem de emergência”. A seleção dos estudos ocorreu de junho a agosto de 2019 e foi composta por 21 artigos.

Também foi realizado um levantamento de fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester a partir de 160.604 classificações de risco registradas por enfermeiros de duas Unidades de Pronto Atendimento da região metropolitana do Espírito Santo no período de janeiro a junho de 2019. Os termos identificados foram submetidos ao mapeamento cruzado eletrônico com o *software* Access<sup>®</sup> versão 2016; e mapeamento manual com o eixo foco da CIPE<sup>®</sup> 2019 seguindo as etapas descritas na ISO/TR 12300:2016<sup>(21)</sup>.

Para a elaboração dos diagnósticos/resultados utilizou-se os termos resultantes dos mapeamentos, seguiu-se as orientações do CIE e as diretrizes da norma ISO 18.104:2014<sup>(22)</sup>. Além disso, utilizou-se como base empírica os enunciados pré-coordenados da CIPE<sup>®</sup> 2019, os conceitos do Sistema de Classificação de Risco, artigos científicos e literatura cinzenta referentes a situações de urgência emergência.

Aos diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados foram relacionadas as intervenções, considerando, as pré-coordenadas na CIPE<sup>®</sup>, as disponíveis na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e as intervenções identificadas na literatura, as duas últimas situações passaram por processo de adequação de termos com a CIPE<sup>®</sup> 2019, considerando as diretrizes da norma ISO 18.104:2014<sup>(22)</sup>, sobre elaboração de intervenções de enfermagem.

Na segunda etapa, para avaliação dos diagnósticos/resultados foi encaminhado carta convite de participação via grupos de WhatsApp para 120 enfermeiros que trabalham em Unidade de Pronto Atendimento da Região Metropolitana do Espírito Santo. A divulgação nos grupos se deu por meio da rede relacional da pesquisadora e das coordenações de enfermagem dos serviços. Organizou-se três grupos distintos de avaliadores: Grupo 01- Enfermeiros Pronto Atendimento de São Pedro; Grupo 02 – Enfermeiros Pronto Atendimento da Praia do Suá e Grupo 03 – Enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento de Cariacica, Vila Velha e Serra. Cada grupo avaliou um determinado conjunto de enunciados, que ficou disponível para avaliação num instrumento elaborado no *Google Drive Forms*, por 45 dias.

O instrumento para coleta dos dados foi estruturado e dividido em três seções. A primeira seção apresentava ao enfermeiro o estudo, objetivos e o direcionava para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aceite ou não da participação. A segunda seção o respondente teve acesso ao preenchimento *online*, dos dados referentes à caracterização dos especialistas e a terceira seção foram

apresentados os diagnósticos/resultados para avaliação numa escala do tipo *Likert*, contendo as seguintes opções: 1 - Totalmente Adequado; 2 - Adequado; 3 - Pouco adequado; 4 - Inadequado.

Os especialistas emitiram a concordância referente a relevância dos enunciados diagnósticos/resultados para urgência e emergência clicando na opção que julgou mais adequada. Havia ainda, espaços destinados para comentários e sugestões caso julgasse necessário.

Na primeira rodada de avaliação dos 120 especialistas convidados, 32 enfermeiros aceitaram participar e atendiam aos critérios de inclusão. Os enfermeiros foram divididos em três grupos: Grupo 01 e 03 – composto de 11 profissionais e Grupo 2 – 10 enfermeiros. Na segunda rodada os enunciados que não obtiveram consenso foram submetidos a nova avaliação. Foi encaminhado para os 32 respondentes iniciais, por e-mail, link de acesso ao instrumento de avaliação, contendo os enunciados diagnóstico/resultados não validados, 22 enfermeiros, dos 32 convidados responderam o instrumento de avaliação.

### **Análise dos dados**

Após a avaliação do instrumento pelos participantes, os dados foram analisados a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a concordância entre os especialistas sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens <sup>(23)</sup>. Os comentários e sugestões foram conferidos com a literatura da área.

O cálculo de IVC foi a soma da concordância das respostas marcadas “1” (Totalmente adequado) e “2” (Adequado) dividido pelo número total de respostas dadas pelos especialistas.

O consenso dos itens avaliados foi considerado quando IVC superior a 0,79%, os diagnósticos/resultados que apresentaram concordância inferior foram desconsiderados.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o parecer nº: 3.765.064, do ano de 2019. Foram respeitadas todas as exigências éticas e legais que regem as pesquisas com seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com a assinatura do TCLE pelos participantes.

### **Resultados**

Na primeira etapa, a partir da análise dos 21 artigos da revisão de literatura identificou-se 85 diagnósticos da NANDA Internacional e 33 da CIPE<sup>®</sup>. No levantamento de fluxogramas e discriminadores foram identificados e mapeados 114 termos relevantes para prática de enfermagem. A partir dessas bases foi possível elaborar 185 enunciados, dos quais 124 foram constantes, e 61 não foram encontrados correspondência com a CIPE<sup>®</sup> 2019.

Quanto ao perfil de avaliadores, dos 32 especialistas, 50% entre 41 e 50 anos; 43,75% tinham entre 35 e 40 anos de idade; e 6,25% acima de 50 anos. A maioria 25 (78,13%) era do sexo feminino. A média de formação foi de 17 anos, a titulação máxima foi de mestre, com 03 respondentes e 29 eram especialistas. O tempo médio de atuação no serviço de urgência e emergência foi de 11 anos, destes 15 enfermeiros atuavam entre 1 e 05 anos no atual local de trabalho, 12 entre 6 e 10 anos e 5 enfermeiros atuavam há mais de 11 anos no mesmo serviço.

Em relação a avaliação, na primeira rodada 108 diagnósticos obtiveram IVC > 0,79%. Na segunda rodada, dos 77 enunciados avaliados, 35 obteve IVC > 0,79%. Assim, somando a primeira e a segunda rodada, dos 185 diagnósticos/resultados avaliados, 143(77,3%) enunciados obtiveram IVC > 79% e 42 (22,7%) não obtiveram consenso.

**Quadro 1:** Relação de enunciados diagnósticos/resultados com o respectivo código da CIPE<sup>®</sup> distribuídos conforme Índice de Validade de Conteúdo - Vitória -ES- 2021.

Diagnósticos elaborados e validados	IVC
Ventilação espontânea prejudicada - Ansiedade-(10000477) Comportamento, Agressivo (10047087) Condição Psicológica, Prejudicada (10038411) -Corpo Estranho- Desidratação (10041882) -Desmaio- Diabetes- Diarreia (10000630) - Dispneia (10029433) -Dor (10023130) -Dor, Abdominal (10043953) Envenenamento- Fratura- Hematêmese- Hematoma- Hemorragia- Hiperglicemia (10027550) - Hipoglicemia (10027566) – Hipotermia-(10000761) -Hipovolemia (10042020) -Lesão por animal -Lesão Química- Priapismo- Queda (10029405) - Queimadura-Respiração, Prejudicada (10001316) Responsividade ausente- Retenção Urinária (10034654) - Rigidez de nuca -Risco de Hipervolemia (10042031)-Risco de Suicídio (10015356) Taquicardia (10027288)	1,00
Arritmia- -Bradycardia (10027274) -Deglutição, Prejudicada (10001033) -Ferida por arma de fogo- Ferida por Queimadura (10029737) -Ferida puntiforme -Ferida Traumática (10030088) - Função Cardíaca, Prejudicada (10037305) -Função do Sistema Respiratório, Prejudicada (10023362) Função do Sistema Urinário, Prejudicada (10001359) -Integridade da Pele, Prejudicada (10001290) Tremor (10022846)	0,95
Corrimento pênis- Corrimento vaginal - Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	0,91

<p>(1002223) -Alergia 10029697 -Capacidade para Executar a Higiene, Prejudicada (10000987) - Comportamento, Autodestrutivo (10027424) - Confusão, Aguda (10000449) -Constipação (10000567) Convulsão (10045668) -Deformidade grave (especificar local) -Disúria- Dor, Aguda (10000454) - Dor, Crônica (10000546) -Edema- Eritema -Escoriação (10047060) Expectoração de sangue- Exposição a Contaminação (10025297) -Febre (10041539) - Infecção (10023032) -Inflamação (10029927) Integridade Tissular, Prejudicada (10001080) -Lesão ocular- Marcha (Caminhada), Prejudicada (10001046) - Micção, Prejudicada (10021790)</p>	
<p>Processo de coagulação prejudicado -Saturação de Oxigênio no Sangue baixa -Tentativa de suicídio -Risco de Aspiração (10015024) -Risco de Envenenamento (10015271) - Risco de Função Cardíaca, Prejudicada- (10037314) Risco de Função do Sistema Respiratório, Prejudicada (10037346) - Risco de Hemorragia (10017268) Risco de Hipovolemia (10042049) Sangramento -Termorregulação, Prejudicada (10033560) Troca de Gases, Prejudicada (10001177)</p>	0,90
<p>Alimentação, por si próprio, Prejudicada (10000973) -Dor isquêmica - Laceração -Lesão Elétrica- Mobilidade, Prejudicada (10001219) -Perfusão Tissular, Ineficaz (10001344) - Tosse (10047143) Tristeza (10040662) Vertigem Postural (Tontura) (10045584)</p>	0,86
<p>Capacidade para andar prejudicada - Capacidade para transferência, Prejudicada – Dor de trabalho de parto - Dor Musculoesquelética - Abuso de Substância (10022268) Agitação (10025705) - Atitude em Relação ao Cuidado, Conflituosa (10022281) Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada (10000956) - Capacidade para Vestir-se, Prejudicada (10027578) - Choque -Choro de bebê prolongado - Cólica- Condição Neurológica, prejudicada- Débito Cardíaco, Prejudicado (10025557) Desconforto (10023066) Desmame Ventilatório, Prejudicado (10001261) - Exposição à contaminação química- Fadiga (10000695) Ferida- Frequência Cardíaca, nos Limites Normais (10029229) - Hematoma couro cabeludo – Hipertermia (10000757) – Hipervolemia (10042012) Ingestão Nutricional, Prejudicada- Lesão (10029936) Massa abdominal - Medo (10000703) - Náusea (10000859) - Overdose- Paralesia –Percepção, Alterada (10001242) Preocupação dos pais- Risco de abuso de substância Risco de Ser Vítima de Negligência (10044452)</p>	0,82
<p>Risco de desequilíbrio de eletrólitos - Risco de desequilíbrio de líquidos- Pressão Arterial, Alterada (10022954) -Prurido- Risco de choque- Risco de Comportamento, Autodestrutivo (10015302) -Risco de Confusão (10023050) Risco de Função Neurovascular Periférica, Prejudicada (10015228) - Risco de Infecção (10015133) Risco de Integridade da Pele, Prejudicada (10015237) - Risco de Perfusão Tissular, Ineficaz (10017281) Risco de Queda (10015122) - Risco de Termorregulação, Prejudicada (10015244) Risco de Trauma (1001536) - Sangramento Vaginal (10043930) -Trauma – Visão, Prejudicada (10022748) -Vômito (10025981)</p>	0,80

Foi possível correlacionar 495 intervenções de enfermagem aos diagnósticos/resultados. Identificou-se diagnósticos em duas categorias de necessidades: as necessidades naturais e as necessidades propriamente humana, quadro 2. As necessidades naturais obtiveram o maior agrupamento de enunciados, destacando-se: regulação, segurança e integridade com 56, 26 e 24 diagnósticos/resultados elencados, respectivamente.

Foram identificados termos pertencentes a duas categorias simultaneamente, como por exemplo o diagnóstico “Ferida por arma de fogo”, que tem a necessidade de Integridade (necessidade propriamente humana) e segurança (necessidade natural) afetadas, o diagnóstico “Mobilidade, prejudicada” tem a necessidade de locomoção (necessidade natural) e a necessidade autonomia (necessidade propriamente humana) comprometidas.

**Quadro 2:** Distribuição dos diagnósticos/resultados conforme categoria de necessidades.

<b>Categoria de Necessidade</b>	<b>Necessidade afetada</b>	<b>Diagnósticos</b>
<b>Necessidades Naturais</b>	Eliminação	Constipação; Diarreia; Expectoração de sangue; Função do Sistema Urinário, Prejudicada; Hematêmese; Micção, Prejudicada; Retenção Urinária; Tosse; Vômito;
	Hidratação	Desidratação; Hipervolemia; Risco de Hipervolemia; Risco de Hipovolemia;
	Integridade	Corpo Estranho; Deformidade grave (especificar local); Eritema; Escoriação; Exposição à contaminação química; Ferida; Fratura; Integridade da Pele, Prejudicada; Integridade Tissular, Prejudicada; Laceração; Lesão; Lesão Elétrica; Lesão ocular; Lesão por animal; Lesão Química; Prurido; Queimadura; Risco de Integridade da Pele, Prejudicada; Trauma
	Locomoção	Marcha (Caminhar), Prejudicada
	Oxigenação	Saturação de Oxigênio no Sangue baixa; Desmame Ventilatório, Prejudicado; Dispneia; Função do Sistema Respiratório, Prejudicada; Respiração, Prejudicada; Risco de Função do Sistema Respiratório, Prejudicada; Troca de Gases, Prejudicada; Ventilação espontânea, prejudicada
	Percepção	Cólica; Disúria; Dor; Dor isquêmica; Dor, Abdominal; Percepção, Alterada; Responsividade ausente; Risco de Função Neurovascular Periférica, Prejudicada; Visão, Prejudicada; Paralesia; Dor de trabalho de parto; Dor Musculoesquelética; Dor, Aguda; Dor, Crônica



	Regulação	Processo de coagulação prejudicado; Risco de desequilíbrio de eletrólitos; Risco de desequilíbrio de líquidos; Alergia; Arritmia; Bradicardia; Choque; Condição Neurológica, prejudicada; Confusão, Aguda; Convulsão; Débito Cardíaco, Prejudicado; Desmaio; Diabetes; Edema; Fadiga; Febre; Frequência Cardíaca, nos Limites Normais; Função Cardíaca, Prejudicada; Hematoma; Hematoma couro cabeludo; Hemorragia; Hiperglicemia; Hipertermia; Hipoglicemia; Hipotermia; Hipovolemia; Infecção; Inflamação; Massa abdominal; Náusea; Perfusão Tissular, Ineficaz; Pressão Arterial, Alterada; Rigidez de nuca; Risco de choque; Risco de Confusão; Risco de Função Cardíaca, Prejudicada; Risco de Hemorragia; Risco de Perfusão Tissular, Ineficaz; Risco de Termorregulação; Prejudicada; Sangramento; Sangramento Vaginal; Taquicardia; Termorregulação, Prejudicada; Tremor; Vertigem Postural (Tontura);
	Segurança	Tentativa de suicídio; Agitação; Choro de bebê prolongado; Desconforto; Exposição a Contaminação; Queda; Risco de Aspiração; Risco de Envenenamento; Risco de Infecção; Risco de Queda; Risco de Trauma;
	Sexual	Priaprismo, Corrimento pênis; Corrimento vaginal
	Alimentação	Ingestão Nutricional, prejudicada
	Contato social	
	Cooperação	Preocupação dos pais; Atitude em Relação ao Cuidado, conflituosa
<b>Necessidades Naturais e propriamente humanas</b>	Alimentação e Autonomia	Alimentação, por si próprio, Prejudicada; Deglutição, Prejudicada
	Integridade e segurança	Ferida por arma de fogo; ferida por Queimadura; Ferida puntiforme; Ferida Traumática;
	Locomoção e autonomia	Capacidade para andar prejudicada; Mobilidade, prejudicada;
	Segurança e autoestima e contato social	Envenenamento; Overdose; Risco de Suicídio; Comportamento, Autodestrutivo; Abuso de Álcool (ou Alcoolismo); Abuso de Substância; Condição Psicológica, Prejudicada; Comportamento, Agressivo; Medo; Risco de abuso de substância; Risco de Comportamento, Autodestrutivo; Risco de Ser Vítima de Negligência
<b>Necessidades propriamente humana</b>	Autonomia	Capacidade para transferência, Prejudicada; Capacidade para Executar a Higiene, Prejudicada; Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada; Capacidade para Vestir-se, Prejudicada;
	Autorrealização	Ansiedade; Tristeza

Fonte: autora, 2021.

O padrão de registro ficou composto por 143 diagnósticos/resultados de enfermagem e 495 intervenções de enfermagem distribuídos em 16 necessidades dentre duas categorias de necessidades apresentadas na TIPESC <sup>(19)</sup>.

### **Discussão**

A construção de um padrão de registro permite identificar as reais e potenciais necessidades do paciente, colaborando para que o profissional planeje de forma mais eficaz a assistência prestada e elabore um plano de cuidados mais completo. Além disso, a adoção de uma linguagem padronizada e própria da enfermagem para descrever a sua prática clínica, resulta em registros mais claros e objetivos, facilita o processo de comunicação e promove maior visibilidade do seu trabalho <sup>(12-16)</sup>. Assim, a elaboração de um padrão de registro com diagnósticos avaliados por enfermeiros especialistas com experiência assistencial pode demonstrar a relevância desses na prática clínica.

A seleção de especialistas para estudos de validação tem sido apontada com um nó crítico, tanto na definição do perfil, quanto na captação e garantia de participação <sup>(23)</sup>. Estudo identificou que o julgamento de enfermeiros peritos foi influenciado positivamente pelos fatores idade, tempo de atuação como enfermeiro e na área estudada para determinadas características definidoras, enquanto para outras, a realização ou não de pós-graduação sobre processo ou diagnóstico de enfermagem, o uso ou não da taxonomia na prática profissional e a experiência em diagnóstico de enfermagem influenciou no julgamento de outras características definidoras <sup>(24)</sup>.

Tal fato demonstra a necessidade de haver um equilíbrio entre a experiência profissional e a formação acadêmica no momento de selecionar os profissionais que farão parte do painel de avaliadores <sup>(23)</sup>.

No processo de construção dos enunciados/ diagnósticos de enfermagem foi possível identificar um grande número de termos constantes na CIPE® 2019, demonstrando a capacidade que essa terminologia tem de representar a prática profissional em diversos cenários <sup>(6-8)</sup>. Por outro lado, com a avaliação dos profissionais proficientes em urgência e emergência foi possível perceber que alguns termos não constantes nesta versão como: Corpo estranho, Corrimento de pênis, Corrimento vaginal, deformidade grave, priapismo, rigidez de nuca, massa abdominal, foram considerados relevantes para assistência com um alto valor de IVC.

Associado a isso, verificou-se que dos 61 diagnósticos não constantes, 30 enunciados foram avaliados como relevantes para prática. Pesquisa realizada em hospital especializado em emergência e trauma, mapeou 1.431 registros de enfermagem com grau de equivalência com termos da CIPE® 2013, e identificou 63 termos novos, ou seja, não constante <sup>(25)</sup>. Isso aponta que embora a CIPE® seja abrangente, não é suficiente para representar a prática em contextos específicos, sendo necessário o emprego sistemático de estudos nesta área, conforme recomendado pelo ICN <sup>(3,5)</sup>.

Dessa forma, a elaboração deste padrão de registro para unidade de pronto atendimento para incorporação em um sistema informatizado é um instrumento que valoriza e traz visibilidade para a assistência de enfermagem no cenário de urgência e emergência pré-hospitalar fixo.

A aplicação do processo de enfermagem, principalmente com uso da informática, pode auxiliar no raciocínio diagnóstico para tomada de decisão, otimiza o tempo dos enfermeiros, o que implica maior disponibilidade para prestar uma assistência direta ao paciente <sup>(4,12-15)</sup>. Por isso, pesquisas têm sido desenvolvidas com a finalidade de produzir ferramentas que auxiliem o enfermeiro na aplicação do processo de enfermagem na urgência e emergência com uma linguagem padronizada e própria permitindo maior visibilidade das ações de enfermagem num cenário que predomina a assistência centrada no profissional médico <sup>(2)</sup>.

O emprego das categorias das necessidades <sup>(20)</sup> permitiu identificar que a maioria dos enunciados diagnóstico/resultados elaborados e validados encontra-se na categoria das necessidades naturais, ou seja, aquelas relativas a manutenção da vida. Esse achado é totalmente previsível, pois no atendimento às emergências, as intervenções para o restabelecimento das funções vitais do paciente são prioridade. Porém, depois de estabilizadas, mesmo com persistência da gravidade, faz-se necessário o suprimento de outras necessidades do indivíduo <sup>(25-27)</sup>.

Tais achados explicita que a assistência de enfermagem de forma sistematizada, ancorada numa teoria, é indispensável para que as ações sejam organizadas a fim de identificar e tratar cada indivíduo na sua totalidade, direcionando o cuidado para as necessidades singulares que são histórica e socialmente construídas <sup>(18)</sup>. Ainda, a prática orientada pela teoria de enfermagem ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados, pois permite que os enfermeiros articulem o que fazem pelos pacientes e por qual motivo. Portanto, eles devem continuar orientando sua prática por meio das

lentes da teoria de enfermagem, além de avaliar a eficácia dessa prática por ela guiada<sup>(17)</sup>.

Outro aspecto relevante foi o quantitativo considerável de enunciados diagnóstico/resultado de risco 30 (16,2%) dos quais 66% foram validados. Chamou a atenção neste estudo que os diagnósticos “Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil”, “Risco de Ser Vítima de Negligência de Idoso”, “Risco de Ser Vítima de Violência de Parceiro Íntimo” não obtiveram consenso entre os enfermeiros como relevante para assistência de urgência e emergência. Isso pode demonstrar como o cuidado de enfermagem ainda é influenciado pelo modelo biomédico, centrado na doença no qual prevalece uma intervenção isolada, pontual, com objetivo de cura imediata<sup>(26-27)</sup>.

Perceber casos de violência intrafamiliar no contexto da urgência e emergência é complexo, pois envolve diversas barreiras que dificultam o aprofundamento da investigação, entre os quais estão: a ênfase no fluxo, sobrecarga de trabalho dos profissionais; desarticulação com serviços de referência; frustração dos profissionais pela incapacidade de resolver o problema ou ajudar; isolamento das equipes de urgência e emergência e falta de preparo dos profissionais. Porém, muitas vítimas de violência têm o primeiro contato com este serviço, devendo os profissionais estarem atentos aos sinais e sintomas, tais como: fraturas e contusões, lacerações e traumas, palpitações, falta de ar e dor crônica<sup>(27-29)</sup>.

As violências intrafamiliar e comunitária atingem as pessoas de maneira desigual. Crianças, adolescentes, mulheres (de todas as idades) e idosos são os grupos mais afetados pela violência intrafamiliar, estima-se que uma em cada três pacientes mulheres são vítimas de violência pelo parceiro íntimo<sup>(28)</sup>.

Destacou-se também o grande percentual de diagnóstico relacionado a dor. Corroborando com pesquisa realizada em unidade de emergência no Sul do Brasil que identificou a dor como o principal diagnóstico de enfermagem de pacientes classificados pelo protocolo de Manchester<sup>(29)</sup>.

### **Limitações**

Tem-se como limitação a construção dos diagnósticos a partir de uma ferramenta que privilegia os aspectos biológicos, bem como sua validação ocorreu por profissionais com perfil que mantém o foco de sua atenção nas necessidades biológicas.

### **Conclusão**

Este estudo mapeou e associou diagnósticos de enfermagem CIPE® aos fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester®, identificando mais termos constantes (67%) do que não constantes na CIPE® 2019, apontando para abrangência e utilidade dessa terminologia na prática assistencial em urgência e emergência.

O padrão de registro elaborado e validado por 32 enfermeiros especialistas em urgência e emergência contém 143 enunciados diagnósticos/resultados e 495 intervenções de enfermagem, seguindo a terminologia CIPE®.

A organização dos termos conforme as necessidades descritas na TIPESC apontou para prevalência de diagnósticos nas necessidades naturais, ou seja, biológicas. A não validação de diagnósticos relacionados a questões sociais, aponta para necessidade do profissional de ampliar o olhar para questões além das alterações fisiológicas e um romper da visão do modelo centrado no cuidado médico.

Acredita-se que a elaboração de um padrão de registro, com uma terminologia que acomoda bem nos sistemas informatizados, contendo enunciados diagnósticos/resultados avaliados como relevante para urgência e emergência é um instrumento tecnológico útil para organizar a gestão dos cuidados de enfermagem, documentar a assistência e evidenciar as ações desta equipe nesses serviços que por muitas vezes é invisível.

## Referências

1. Machado SKK, Adamy EK, Pertille F, Argenta C, Silva CB da, Vendruscolo C. Applicability of the Nursing Process in hospital care: interface with best practices. Rev. Enferm. UFSM. 2021 Nov 16;12(1):e2. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769264972>.
2. Paese F, Dal Sasso, GTM, Colla, GW. Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1079-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>.
3. Garcia TR, Coenen AM, Bartz CC. CIPE: uma linguagem padronizada para prática profissional. In: Garcia, TR. (Org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2017/Organizadora, Porto Alegre: Artmed, 2018.
4. Araujo JL, Sant'Anna HC, Lima E de FA, Fioresi M, Nascimento L de CN, Primo CC. Mobile app for nursing process in a neonatal intensive care unit. Texto & Contexto - Enfermagem. 2019;(28). e20180210. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0210>.

5. Garcia TR, Nóbrega MML, Cubas MR. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR, (Org.). Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed; 2020, p. 21-34.
6. Querido DL, Christoffel MM, Nóbrega MML da, Almeida VS de, Andrade M, Esteves APVDS. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; (53): e03522. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018030103522>.
7. Clares JWB, Guedes MVC, Freitas M C. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. *Rev. Eletr. Enferm*. 2020; (22):56262; 1-12. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56262>.
8. Passinho RS, Caniçali Primo C, Fioresi M, Nóbrega MML da, Brandão MAG, Romero WG. Elaboration and validation of an ICNP® terminology subset for patients with acute myocardial infarction. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018000603442>.
9. Garcia, T.R. Sistematização da prática e processo de enfermagem: elementos estruturantes do saber e do fazer profissional. In: Bitencurt, J.V. de O.V.; Adamy, E.K.; Argenta, C. (org.) *Processo de enfermagem: história e teoria*. Chapecó: Ed. UFFS, 2020. p 11 – 23.
10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [citado 2019 jan. 20]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)cofen 2009.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília: COFEN; 2021 [citado 2021 out. 21]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021\\_85839.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html).
12. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2017; (26): 3764-3783. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13717>.
13. De Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke AL. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *J Adv Nurs*. 2019; 75(7):1379–93. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13919>.
14. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M, Ebrahimpour Rezaei M, Khalilzad MA. The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. *Nursing Open*. 2020;7(1):42–57. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.410>.

15. Cordeiro TLR, Andrade LAS, Santos S de P, Stralhoti KN de O. Prontuário eletrônico como ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros. *Revista Espaço para a Saúde* . 2019;20(2):30–41. DOI: 10.22421/15177130-2019v20n2p30.
16. Linch GF da C, Lima AAA, Souza EN de, Nauderer TM, Paz AA, da Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;(25); e2938. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>.
17. Brandão MAG, Barros ALBL de, Caniçali Primo C, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing.. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. *Rev Bras Enferm*. 2019.72(2).577-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395> .
18. Cubas M, Egry EY. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(spe):787–92.
19. Egry EY. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.
20. Heller A, Yvars JF. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones Península; 1998.
21. Torres FBG, Gomes DC, Ronnau L, Moro CMC, Cubas MR. ISO/TR 12300:2016 for clinical cross-terminology mapping: contribution to nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e303569. DOI: 10.1590/s1980-220x2018052203569.
22. International Organization for Standardization. ISO 18104:2014: Health informatics - Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Genebra: ISO; 2014. Available from: <https://www.iso.org/standard/59431.html>
23. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(2):430-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>.
24. Gonçalves MC dos S, Brandão MAG, Duran ECM. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):115–24. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600016>
25. Cubas M, Pleis L, Gomes D, Costa E, Peluci A, Shmeil M, et al. Mapping and definition of terms used by nurses in a hospital specialized in emergency and trauma care. *Rev Enferm Referência*. 27 de março de 2017; IV Série (12):35–44. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16067>.

26. Cicolo EA, Peres HHC. Electronic and manual registration of Manchester System: reliability, accuracy, and time evaluation. Rev Lat Am Enferm. dezembro de 2019;27:e3241–e3241. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3170.3241>.

27. Santos IA dos, Aparecido TC. Nursing diagnosis in urgency and emergency. Res., Soc. Dev. 2021; Oct.29. 10(14):e159101421937. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21937>

28. Avanci JQ, Pinto LW, Assis SG de. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. Ciênc Saúde Coletiva. setembro de 2017;22(9):2825–40. DOI: 10.1590/1413-81232017229.13352017

29. Franco B, Busin L, Chianca TCM, Moraes VM, Pires AUB, Lucena A de F. Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. agosto de 2018; (39). DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>.

## ARTIGO 02

### **Mapeamento cruzado entre CIPE® e Sistema Manchester para elaborar diagnósticos de enfermagem para pronto atendimento.**

**Situação:** A ser submetido

#### **Artigo Original**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Elaborar diagnósticos de enfermagem da CIPE® associado aos fluxogramas e discriminadores do Sistema Manchester de Classificação de Risco. **Método:** estudo descritivo, desenvolvido em cinco etapas: 1) Levantamento dos fluxogramas e discriminadores do Sistema Manchester de Classificação de Risco® registrados por enfermeiros em sistema informatizado; 2) Mapeamento cruzado entre os termos identificados do Sistema Manchester e da CIPE®; 3) Análise de equivalência dos termos identificados; 4) Construção dos enunciados de diagnósticos de enfermagem; e 5) Mapeamento cruzado entre os diagnósticos elaborados e os termos pré-combinados da CIPE®. **Resultados:** A partir de 160.604 classificações de risco foi possível extrair 163 termos que subsidiaram a elaboração de 119 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem a partir da CIPE® 2019,



dos quais 86 foram constantes com os seguintes graus de equivalência: 62 afirmativas iguais, 16 restritas e 8 abrangentes. **Conclusão:** O processo de mapeamento cruzado demonstrou que o Sistema Manchester pode oferecer subsídios para nominar os fenômenos de enfermagem com uma linguagem padronizada, permitindo a elaboração de diagnósticos e facilitando o registro do processo de enfermagem.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem Urgência; Terminologia Padronizada em Enfermagem

### **Introdução**

O atendimento de urgência e emergência caracteriza-se por ser realizado de forma rápida, dinâmica, envolto por situações estressantes e conflituosas, sendo necessário adotar protocolos assistenciais que garantam uma assistência adequada e em tempo oportuno. O Ministério da Saúde recomenda que todos os serviços adotem um protocolo para classificar o risco dos pacientes, e o enfermeiro tem sido o profissional mais atuante nesses espaços <sup>(1)</sup>.

A classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência são atividades privativas do enfermeiro. Esse profissional deve ter conhecimentos, competências e habilidades que garantam o rigor técnico-científico do procedimento e executá-lo aplicando o Processo de Enfermagem (PE) <sup>(2)</sup>.

A utilização de uma terminologia padronizada na aplicação do Processo de Enfermagem (PE) proporciona um registro claro da prática, fornece orientação e apoio para o enfermeiro em seu raciocínio clínico e nomeia os fenômenos de interesse da profissão, contribuindo para a construção do conhecimento específico. (GOMES et al., 2019).

Dentre os sistemas de linguagem padronizados, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia que representa os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A CIPE® está, desde a década de 90, em processo contínuo de desenvolvimento pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), com o intuito de unificar a linguagem da enfermagem, possibilitar maior avanço científico da profissão, e permitir que essa linguagem padronizada

seja incorporada aos sistemas de informação e comunicação da saúde (ARGENTA et al., 2020).

A fim de simplificar o uso da CIPE® na prática do enfermeiro, pesquisadores têm se apropriado do método de mapeamento cruzado para identificar termos que são utilizados cotidianamente e que são registrados de forma não uniformizada. (CUBAS et al., 2017). (PIZZOLATO, 2015).

Considerando as atividades do enfermeiro na sala de classificação de risco; a necessidade de registrar a assistência de enfermagem com uma linguagem padronizada e a possibilidade de nominar os elementos da prática de enfermagem a partir da CIPE®, este estudo teve como objetivos: avaliar a correspondência entre os termos dos fluxogramas e discriminadores do Sistema Manchester de Classificação de Risco (STM) e a CIPE® e elaborar enunciados diagnósticos de enfermagem.

### **Método**

Estudo descritivo desenvolvido em cinco etapas: 1) Levantamento dos fluxogramas e discriminadores do Sistema Manchester de Classificação de Risco® registrados por enfermeiros em sistema informatizado; 2) Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®, segundo as diretrizes da ISO 12300/2016; 3) Análise de equivalência dos termos identificados; 4) Construção dos enunciados de diagnósticos de enfermagem; e 5) Mapeamento cruzado dos enunciados construídos com os constantes na CIPE®.

### **Local do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória, no Espírito Santo, envolvendo dados secundários de duas Unidades de Pronto Atendimento, que compõem a Rede de Urgência e Emergência do estado para atendimento adulto e infantil.

### **Desenvolvimento da pesquisa**

Na primeira etapa foi realizado um levantamento das classificações de riscos, registradas eletronicamente por enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento da região metropolitana do Espírito Santo, referentes aos meses de janeiro a junho de 2019. O município adotou, desde 2011, o Protocolo do Sistema de Triagem de Manchester® para realizar a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência; em média, os enfermeiros fazem 450 classificações em 24 horas em cada serviço. O município segue a primeira versão do protocolo que está inserido no sistema informatizado, e gera vários relatórios de gestão.

A coleta de dados foi realizada de julho a agosto de 2019. O relatório contendo informações sobre o processo de classificação, dentre elas o fluxograma, o discriminador e a prioridade atribuída ao paciente pelos enfermeiros, foi exportado para uma planilha de Excel<sup>®</sup>. As informações foram agrupadas conforme prioridade clínica: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e branco. Para fins deste estudo, foram considerados apenas os dados das classificações vermelho, laranja, amarelo e verde, por representarem o maior foco do atendimento nesse contexto de atenção. Estes dados possibilitaram a composição do banco de termos para posterior processo de mapeamento cruzado.

O mapeamento cruzado é uma técnica utilizada para definir uma relação entre conceitos de um sistema de codificação para conceitos em outro sistema de codificação, seguindo uma lógica documentada, com um determinado propósito<sup>(3,4)</sup>. Na área da enfermagem esse método vem sendo empregado para determinar semelhanças e diferenças entre termos da prática de enfermagem e os sistemas padronizados da linguagem da enfermagem, e como uma das etapas para a construção de subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE<sup>®</sup>.

Na segunda etapa, foi realizado mapeamento de acordo com as diretrizes da ISO 12300/2016, que trata do mapeamento entre terminologias clínicas. Os fluxogramas e discriminadores foram organizados em planilhas específicas do programa de Excel do Windows, em ordem alfabética, excluindo-se as repetições e sinônimos, e decompondo-os quando necessário. Esses termos não foram submetidos à validação, uma vez que são advindos das decisões clínicas, ao fazerem a classificação de risco.

Os termos extraídos e normalizados, nominados de termos-fonte, foram submetidos ao mapeamento cruzado eletrônico com o eixo/foco da CIPE<sup>®</sup> 2019, considerado o termo-alvo, por meio do *software* do Access<sup>®</sup> versão 2016. Nesse processo, identificaram-se os termos constantes e não constantes.

Na terceira etapa, os termos não constantes, foram analisados pela pesquisadora e uma enfermeira, especialista em auditoria e contas médicas, de forma independente, quanto ao grau de equivalência entre os conceitos estabelecidos no protocolo de Manchester e os conceitos dos termos dos eixos foco da CIPE<sup>®</sup> 2019, seguindo os critérios de avaliação descritos na norma de mapeamento cruzado. As avaliações divergentes foram discutidas e definidas conforme consenso entre as avaliadoras.

Esse processo resultou numa lista de termos da linguagem de enfermagem identificados no Sistema de Classificação de Manchester (STM) a partir do eixo foco, que serviu de base para a construção dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem.

Na quarta etapa, para construção dos diagnósticos/resultados, foram observadas as orientações do Conselho Internacional de Enfermagem e as diretrizes da norma ISO 18.104:2014 (ABNT, 2016), tendo como base empírica os enunciados pré-coordenados da CIPE<sup>®</sup> 2019, os conceitos do Sistema de Classificação de Risco, artigos científicos, literatura cinzenta referente a situações de urgência e emergência e a experiência dos pesquisadores.

Na quinta etapa, após a construção dos enunciados, foi executada a técnica de mapeamento cruzado eletrônico entre os enunciados de diagnósticos de enfermagem construídos com os conceitos pré-combinados da CIPE<sup>®</sup> 2019, identificando os termos constantes e não constantes. Os termos não constantes foram analisados quanto ao grau de equivalência estabelecidos na norma de mapeamento cruzado.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o CAAE número: 24852719.9.0000.5060.

### **Resultados**

Foram identificadas 160.604 classificações de risco das quais foi possível identificar 49 fluxogramas e 155 discriminadores, ou seja, 204 termos candidatos ao mapeamento. Após exclusão das repetições e processo de normalização e uniformização, consolidou-se um total de 163 termos. O mapeamento cruzado entre os termos do Sistema de Triagem de Manchester e o eixo foco da CIPE<sup>®</sup>2019 resultou em: 29 termos com equivalência léxica e conceitual, 15 foram identificados como sinônimos, 32 abrangentes, 81 restritos e 11 que não apresentaram correspondência, sendo eles: Avulsão dentária, Corpo estranho, Deformidade grosseira, Distúrbio de coagulação, História inadequada, Início abrupto, Início súbito, Olho vermelho, Massa abdominal, Priapismo e Sinais de meningismo. Desta forma, os termos sem correspondência com a CIPE<sup>®</sup>2019 (não constantes) representaram (9,65%) do *corpus* de análise e os termos constantes (90,35%).

Foram construídos 126 diagnósticos, com os seguintes graus de equivalência com os termos pré-coordenados da CIPE<sup>®</sup> 2019: 61(51,26%) termos iguais, 13(10,92%)

termos restritos, 8 (6,72%) abrangentes e 37(31,09%) não mapeados. Destes últimos, embora 13 não tivessem correspondência nos enunciados pré-combinados, constavam no eixo foco da CIPE®2019.

### **Discussão**

O Sistema de Triagem de Manchester® é um dos protocolos amplamente utilizados no Brasil para classificar o risco nos serviços de urgência e emergência. Os fluxogramas e discriminadores deste sistema podem oferecer ao enfermeiro indicadores clínicos para seleção de diagnósticos de enfermagem, pois representam a queixa do paciente pela busca do serviço e os sinais e sintomas por eles apresentados<sup>(7)</sup>. Pesquisadores apontam similaridade significativa entre os termos do sistema de triagem e a linguagem padronizada da enfermagem<sup>(8,9)</sup>.

Corroborando com esses pesquisadores, nesta pesquisa constatou-se expressiva quantidade de termos com grau de equivalência entre os termos do STM e o eixo foco da CIPE® 2019, mais de 90%. Em estudo realizado no sul do país, com o método de mapeamento cruzado entre os discriminadores do STM e a CIPE® versão 2.0, foram elaborados 1118 diagnósticos de enfermagem<sup>(8)</sup>. Outro estudo, ao analisar a associação entre discriminadores dos fluxogramas do STM e os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, evidenciou associação significativa entre sete discriminadores e cinco diagnósticos de enfermagem, que focavam os problemas mais frequentes identificados na urgência e emergência<sup>(9)</sup>.

Estes estudos indicam que os termos do protocolo de Manchester são reconhecidos nas linguagens padronizadas da enfermagem, possibilitando a construção de instrumentos tecnológicos que permitam associar, de forma automatizada, este protocolo com títulos de diagnósticos de enfermagem desde a entrada do paciente nos serviços de urgência e emergência independente do sistema de linguagem padronizado. Ainda, estudos que envolvem a utilização de sistemas de informação para automatização de textos que facilitem a seleção mais acurada de títulos diagnósticos e o seu registro tem sido apontados como uma estratégia para sistematizar a documentação do cuidado de enfermagem e otimizar o tempo do profissional<sup>(8,10,11)</sup>.

No conjunto de termos do eixo foco identificados como constantes, destaca-se o termo “dor”. Este originou o diagnóstico de enfermagem “Dor, Aguda (10000454)”. O diagnóstico de “dor” vem sendo apontado por pesquisadores como um dos principais diagnósticos nos serviços de urgência e emergência. Pesquisadores, ao

analisar 350 Boletins de Atendimento de serviços de urgência <sup>(12)</sup>, identificaram o diagnóstico “dor aguda” em 96,6% deles. Outro estudo apontou esse diagnóstico como o segundo mais prevalente na análise de 219 pacientes <sup>(9)</sup>. Já outros pesquisadores, num estudo com 50 participantes, verificaram que dentre os 13 fluxogramas identificados, o de “dor torácica” foi o mais prevalente <sup>(13)</sup>.

Salienta-se que, dos 52 fluxogramas existentes no STM, o termo “dor” apresenta-se em 07 deles, além do termo “cefaleia” que remete ao termo de forma mais restrita. Somado a isso, vários discriminadores, oriundos destes fluxogramas, classificam a dor como “leve”, “moderada” e “intensa” e usam como forma de priorizar o atendimento. Tal situação pode justificar os achados deste e de outros pesquisadores. Todavia, independente disso, sabe-se que a dor apresenta-se como a principal motivo para buscar a assistência nos serviços de urgência <sup>(14)</sup>, e é considerada o quinto sinal vital, uma vez que pode desencadear alterações psíquicas e fisiológicas, que podem agravar a situação de saúde.

Desta forma, nominar esse termo como um fenômeno da enfermagem, registrando-o com linguagem padronizada, pode trazer subsídios para demonstrar o papel da enfermagem no manejo da dor nos serviços de emergência, de forma autônoma e não só colaborativa, dada a sua complexidade e subjetividade.

Destaca-se que um grande número de termos do Sistema de Triagem de Manchester® foram identificados como “restrito” no grau de equivalência com a CIPE®, apontando que essa classificação contempla termos que incluem o cuidado na urgência e emergência, porém, as especificidades assistenciais deste contexto apresentam fenômenos de interesse para a área de enfermagem que ainda precisam ser nomeados conforme linguagem própria da profissão.

Assim também, os termos do eixo foco e os enunciados diagnósticos/resultados, que não encontraram correspondência na CIPE®, demonstram que esta terminologia está em processo de construção para melhor representar o *corpus* de conhecimento e prática da enfermagem frente a complexidade dos cenários de atuação, a evolução e ampliação dos espaços do exercício profissional e o desenvolvimento de pesquisa na área terminológica <sup>(16,17)</sup>.

A identificação de termos que caracterizam a linguagem própria da enfermagem, vem sendo alvo de diversos estudos e em cenários assistenciais variados <sup>(18-20)</sup>. Tais iniciativas buscam trazer uma uniformização e padronização da linguagem de

enfermagem em contextos assistenciais com nível complexo de atendimento, no entanto, suas características privilegiam o cuidado centrado no modelo biomédico.

### **Limitações do estudo**

A extração de dados advinda de classificações de risco realizadas por enfermeiros de apenas dois prontos atendimentos pode ser um fator limitante do estudo, impedindo generalizações dos termos identificados e diagnósticos elaborados.

### **Contribuições do estudo**

Os resultados dessa pesquisa colaboram para uniformização da linguagem profissional e desenvolvimento da ciência da Enfermagem no âmbito da urgência e emergência. Contribui na implementação do registro do processo de enfermagem com linguagem padronizada, iniciando na sala de classificação de risco, a partir do julgamento clínico que o enfermeiro realiza neste espaço.

### **Conclusão**

Foi possível mapear e identificar termos constantes e não constantes entre os fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triage de Manchester e a CIPE<sup>®</sup> 2019. O processo de mapeamento cruzado demonstrou que o Sistema Manchester pode oferecer subsídios para nominar os fenômenos de enfermagem com uma linguagem padronizada.

A partir dos termos identificados foi possível elaborar 126 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem sendo a maioria constante com os enunciados pré-combinados da CIPE<sup>®</sup> 2019.

A Classificação Internacional para prática de enfermagem apresenta termos que incluem o cuidado na urgência e emergência, no entanto, existem fenômenos de interesse para área de enfermagem neste cenário que ainda precisam ser nomeados conforme linguagem própria da profissão.

### **Referências**

1. Silva ADC, Chianca TCM, Pádua DR, Guimarães G de L, Manzo BF, Correa A dos R. Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o sistema de triagem de manchester. REME Rev Min Enferm. janeiro de 2019;23:e-1178. DOI: 10.5935/1415-2762.20190026
2. Conselho Federal de Enfermagem. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. 423/2012 abr 9, 2012.

3. Nóbrega, M. M. L. *et al.* Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Orgs.). *Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 3-8.
4. Torres FBG, Gomes DC, Ronnau L, Moro CMC, Cubas MR. ISO/TR 12300:2016 for clinical cross-terminology mapping: contribution to nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e303569. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018052203569>
5. ISO A. Health informatics. Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems: [Internet]. BSI British Standards; 2016 [citado 21 de setembro de 2021] p. 33. Disponível em: <https://linkresolver.bsigroup.com/junction/resolve/000000000030244010?restype=standard>
6. Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2019/2020*. Garcia, T.R (Org.); tradução: Garcia, T.R; Nóbrega, M.M.L.; Cubas, M.R. Porto Alegre: Artmed, 2020.
7. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco(GBCR). *Sistema de Triage de Manchester*. 2ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.
8. Paese F; Dal Sasso, G.T.M; Colla, G.W. Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(3):1079-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>.
9. Franco B, Busin L, Chianca TCM, Moraes VM, Pires AUB, Lucena AF. Association between Manchester Triage System discriminators and nursing diagnoses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0131. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>.
10. Linch GFC, Lima AAA, Souza EN, Nauderer TM, Paz AA, Da Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2938.DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.1986.2938>.
11. Moen H, Hakala K, Peltonen L-M, Suhonen H, Ginter F, Salakoski T, et al. Supporting the use of standardized nursing terminologies with automatic subject heading prediction: a comparison of sentence-level text classification methods. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2020. 27(1); 81–88.DOI: 10.1093/jamia/ocz150.



12. Cavalheiro JT, Ferreira GL, De Souza MB, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem para pacientes com dor aguda. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2019. Mar 16;13(3):632. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238069p632-639-2019>
13. Nascimento SS, Jesus CAC de. Diagnósticos de enfermagem em urgência e emergência utilizando sistemas de King: estudo descritivo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022 Feb 21;15(2):e9737. Doi: 10.25248/reas.e9737.2022.
14. Viveiros WL, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Oliveira GN, Batista REA. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3070. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/15>
15. Menezes HF de, Lima FR, Camacho ACLF, Dantas J da C, Ferreira LB, Silva RAR da. Specialized Nursing Terminology For The Clinical Practice Directed At Covid-19. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2020;(29) e20200171. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0171>
16. Argenta, C. *et al*. Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: Bitencourt, J. V. O. V. (org.); Adamy, E.K.; Argenta, C. *Processo de enfermagem: história e teoria*. Chapecó: Ed. UFFS, 2020.
17. Oliveira PB, Cascimiro TR, Andrade CC, Rocha RL. Mapeamento cruzado dos diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva cardiovascular, na perspectiva de Callista Roy. *Enferm Foco*. 2021;12(5):998-1004. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4662>
18. Oliveira FA de, Almeida ARLP de, Gomes APRS, Silva SSA da, Damasceno HROC, Silva RS da. Termos da Linguagem Especializada de Enfermagem para pessoas com doença renal crônica. *Enferm. Foco* 2020;11(5):27. DOI: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3463>
19. Araújo DD de, Nascimento MNR, Mota ÉC, Ribeiro MM, Gonçalves RPF, Gusmao ROM, et al. Specialized nursing terminology for the care of people with COVID-19. *ProQuest [Internet]*. 2021. 1–8. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0741>
20. Lima Ferreira C, Resende Prado P, Cássia Bettencourt AR de, Lima Gurgel Amaral G. Assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: mapeamento dos diagnósticos de enfermagem. *South American Journal of Basic Education, Technical and Technological [Internet]*. 2019. 6(2):396–413.

Disponível

em:

<https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/2940/2064o12>

## 8 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem aplicados às situações de urgência e emergência. Foi possível mapear e associar os diagnósticos de enfermagem CIPE<sup>®</sup> aos fluxogramas e discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester<sup>®</sup>, identificando termos constantes e não constantes.

Através da identificação dos elementos da prática de enfermagem aplicados a urgência e emergência foi possível construir um padrão de registro de enfermagem para unidade de pronto atendimento fundamentado na CIPE<sup>®</sup>.

O padrão de registro contém uma lista de diagnósticos/resultados de enfermagem associados às intervenções de enfermagem, organizados conforme as necessidades de Agnes Heller.

Este padrão de registro é relevante para prática de enfermagem pois permite fazer registros de enfermagem com linguagem padronizada, contendo elementos de enfermagem avaliados por enfermeiros e associados ao sistema de Triagem de Manchester que tem sido amplamente usado nacional e internacionalmente. Tem potencial para contribuir para registros de enfermagem mais qualificados e dar maior visibilidade das atividades da enfermagem na Urgência e Emergência, poderá ser utilizado a nível local, regional e nacional.

O padrão de registro foi encaminhado para inserção na rede informatizada do município de Vitória e está em fase de desenvolvimento. Após a finalização será realizada uma oficina com a participação dos enfermeiros para utilização da tecnologia e adequações necessárias. Este material será cadastrado na Biblioteca municipal da Escola Técnica de Saúde do município de Vitória e poderá ser acessado por pesquisadores que tem interesse na temática. Será disponibilizada uma versão com instrutivo de uso na aba manuais da rede informatizada do município de Vitória.

## REFERÊNCIAS

- ARGENTA, C. *et al.* Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: BITENCOURT, J. V. O. V. (org.); ADAMY, E.K.; ARGENTA, C. Processo de enfermagem: história e teoria. Chapecó: Ed. UFFS, 2020.
- BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE1.0®. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 54–63, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a06.pdf>. Acesso em 25 Fev. 2019.
- BARRA, D.C.C.; ALMEIDA, S.R.W.; SASSO, G.T.M.D.; PAESE, F; RIOS, G.C. Metodologia para modelagem e estruturação do processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva. **Texto contexto -Enferm.** Florianópolis, v. 25, n. 3, e2380015, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000300316&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300316&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 13 de Jul de 2019. Pub. em 03 de outubro de 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002380015> .
- BARRAL, L.N. M. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. **Rev. Min. Enferm.**;16(2): 188-193, abr./jun., 2012.
- BELÉM, A. R. S. C.; FIGUEIREDO, L. S.; PEREIRA, J. M. V.; FLORES, P. V. P.; CAVALCANTI, A. C. D. Efeito de um instrumento padronizado na qualidade de registros de enfermeiros: estudo quase-experimental. **Revi Min enferm**, v. 23. 2019.
- BITENCOURT, J.V.O.V. *et al.* Estruturação de uma proposta para o embasamento teórico metodológico do processo de enfermagem: motivações docentes. **Texto Contexto enferme** [Internet]. 2020, v. 29: e20180205.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439–1454, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>. Acesso em 25 Fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União 2002; 12 nov.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em

municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 out. 2003a. p. 57.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2003b. p. 56.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento -UPA. **Diário Oficial da União**: seção 01, Brasília, DF, ano 2008, nº0, p. 66, 03 dezembro 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015 Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). **Diário Oficial da União**: seção 01, Brasília, DF, ano 2015, nº0, p. 72, 22 de maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília/DF: MS, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano 2012, nº0, p. 87, 22 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. p. 70

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 01, Brasília, DF, ano 2011, nº0, p. 69,08 de julho 2011a.

BRUYLANDS, M. Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation: Effects on the Quality of the Nursing Care Process. **International Journal of Nursing Knowledge**. V.24, No. 3, Oct. 2013.

CARITÁ E.C; NINI, R.A; MELO, A.S. Computer-aided diagnosis system to the nursing diagnosis of trauma victims in mobile pre-hospital care using the NANDA and NIC Taxonomies. **J. Health Inform.** 2010 Out-Dez; 2(4):87-94

CARLANTONIO, L. F. M. *et al.* A produção de software por enfermeiros para utilização na assistência ao paciente. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4121–4130, 2016. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3595/pdf\\_1845](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3595/pdf_1845). Acesso em 25 Fev. 2019.

CARVALHO, C.M.G; CUBAS, M.R; NÓBREGA M.M.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no cuidado às pessoas com estomia de eliminação intestinal. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.** São Paulo, v16, e 2218, 2018. doi: 10.30886/estima.v16.518\_PT.

CARVALHO, E. C. de; MELO, A. de S. O SIGNIFICADO DE PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA QUEM O MINISTRA. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.352-360, 9 dez. 2008. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i3.12966>

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 124–129, 2010.

CIANCIARULLO, T.I.; KOIZUMI, M.S; FERNANDES, R. Á. Q. Prescrição de enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 27, n. 2, p. 144-149, June 1974 .

CLARES, J.W.B, GUEDES, M.V.C, FREITAS, M.C. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2020. V. 22:56262. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56262>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 429/2012. Diário Oficial da União, Brasília: 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília, 9 de abril de 2012

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o

cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 de out. de 2009.

CORDEIRO, T.L.R. *et al.* Prontuário eletrônico como ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros. **Rev Espaço para a Saúde**. 2019 Dez.;20(2):30-41. Doi 10.22421/15177130-2019v20n2p30

COSTA C; LINCH, G.F.C. A implementação dos registros eletrônicos relacionados ao processo de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Fun Care Online**. 2020 jan/dez; 12:12-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6648>

COSTA, M.F. *et al.* As tecnologias de informação e comunicação no âmbito da enfermagem. São Paulo: **Revista Recien**. 2019; 9(27):108-116.

COUTINHO, A; CECILIO, L; MOTA, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, **Revista Medicina**, Minas Gerais, 2012.

CRUZ, A.B. *et al.* Processo de enfermagem em práticas de urgência e emergência: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol.Sup.n.38,2020.

CUBAS, M. R. *et al.* Mapeamento e definição de termos registrados por enfermeiros de um hospital especializado em emergência e trauma. **Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 12 - jan./fev./mar.** 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16067>. Acesso em: 13/10/2019

CUBAS, M. R; DA SILVA, S. H; ROSSO, M. Classificação Internacional Para a Prática De Enfermagem (CIPE®): Uma revisão de Literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Vol. 12, nº 1, abril de 2010.

CUBAS, M.R; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 1º ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2015.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2017**. GARCIA, T. R (Org.); COENEN, A.M.; BARTZ, C. C. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2019/2020**. GARCIA, T.R (Org.); tradução: GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L.; CUBAS, M.R. Porto Alegre: Artmed, 2020.

DAL SASSO, G. T. M . . et al . . Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev.**

**esc. enferm. USP [online].** 2013, vol.47, n.1, pp.242-249. ISSN 0080-6234. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>.

DOMINGOS, C. S. *et al.* A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 16, n. 48, p. 603-652, 2017 . Disponível em <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jul.2019 Epub 01-Out-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.278061>.

EGRY, E.Y. Necessidades em saúde como objeto da TIPESC. In: GARCIA T.R, EGRY, E.Y. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

EGRY, E.Y. *et al.* Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(Supl 1):710-5.

EGRY, E. Y (Org). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone Editora, 2008

EGRY, E. Y. *et al.* Reviewing health needs assessment approaches in the Family Health strategy. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. spe2, p. 1181-1186, Dec. 2009 . <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600006>.

EGRY, E. Y; Oliveira, M. A.C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In. EGRY, E. Y (Org). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone Editora, 2008.

EGRY, Emiko Yoshikawa. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Editora Ícone, 1996; 144 páginas.

FERREIRA, E. B. *et al.* Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 86, 1 abr. 2016.

FIGUEIRA, M.C. S. *et al.* Reflections about the use of cipe in professional practice: integrative review. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. Ago/Set 2018; 7(2):134-154.

FRANCO, B. *et al.* Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 2018;39:e2017-0131. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>.

FULY, P.S.C. *et al.* Interconnections between the systematization of nursing care and software engineering: theory based on data. **Online braz j nurs [Internet]**. Vol. 12 No. 1 (2013). <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134099>

GARCIA, T.R.; COENEN, A. M.; BARTZ, C.C. CIPE: uma linguagem padronizada para prática profissional. In: GARCIA, T.R. (Org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2017/Organizadora, Porto Alegre: Artmed, 2018.

GARCIA, T.R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc. Anna Nery**. 2016;20(1):5-10.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 11, n. 2, p. 233, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>.

GARCIA, T.R. Sistematização da prática e processo de enfermagem: elementos estruturantes do saber e do fazer profissional. In: BITENCOURT, J. V. O. V. (org.); ADAMY, E.K.; ARGENTA, C. Processo de enfermagem: história e teoria. Chapecó: Ed. UFFS, 2020.

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre; Artmed; 2010.

GARCIA, T.R. ICNP®: a standardized terminology to describe professional nursing practice [editorial]. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(3):378-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400001>.

GONÇALVES, L. L. C.; GOES, F. L.; SOUZA, L. R.; RESENDE, L. T. Aplicabilidade da CIPE na atenção de enfermagem em saúde da mulher durante a prática educacional. In: ANDRADE, J.S de; MATTOS, M.C.T de; VIEIRA, M.J. (Org.). Experiências de sistematização da assistência de enfermagem. 1ed.Aracaju: Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe, 2016, v. 1, p. 120-150.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO(GBCR). Sistema de Triagem de Manchester. 2ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

GUTIÉRREZ, M.G.R, MORAIS, S.C.R.V. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017;70(2):436-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>

HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad Saúde Pública**.2004; 20 Suppl 2: S331-6.

HELLER, A. Teoria de las necesidades em Marx. Trad. J. F. Yvars. 2.ed. Barcelona: Ediciones Península, 1986.



HERDMAN, H.T. Processo de enfermagem: um momento para relembrar seu propósito. **Rev Rene** [Internet]. 2013;14(3):458-9.

IBANEZ, N (Coord.). **Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**. Relatório Final. 2014.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO/TR 18308:2014: Health informatics: requirements for an electronic health record architecture. Geneva, 2011.

ISO. International Organization for Standardization. Health informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnosis and nursing actions in terminological systems: ISO 18.104:2014. Geneva (Switzerland), 2014.

LANDEIRO, M.J.L. *et al.* Tecnologia educacional na gestão de cuidados: perfil tecnológico de enfermeiros de hospitais portugueses. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 150-155, dez. 2015

LEAL, M. T. A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades. Loures (PT): Lusociência; 2006.

LINCH, G.F. C. *et al.* An educational intervention impact on the quality of nursing records. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2017; v. 25:e2938. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.1986.2938>.

LOPES, M. V. O; SILVA, V.M; ARAUJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 5, p. 649-655, Oct. 2013.

MACHADO, C.V; SALVADOR, F.G.G; O'Dwyer, G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. **Rev Saúde Pública**, v.45, nº.3. 2011.

MERINO, M. F. G. L. *et al.* Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. **Rev Rene.** 2018;19:e3363. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193363.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia e-saúde para o Brasil**. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. Brasília. 2017.

MOREIRA, A.C.A. *et al.* Software development for nursing care: integrative review. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 10(Supl. 6):4942-50, dez., 2016. Disponível em : <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11276/12917>.

Acesso em: 13 jul.2019. DOI: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201629.

- NAKAMURA, E. *et al.* O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 17, núm. 2, abril, 2009.
- NECO, K.K.S, COSTA R.A, FEIJÃO A.R. Sistematização da assistência de enfermagem em instituições de saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**.v.9,nº.1,p.193-200, Jan., 2015.
- NICOLAU, S. *et al.* Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev Fund Care Online**.2019.11(n. esp):417-424. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.417-424>
- NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Orgs.). Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 3-8.
- O'DWYER G, MATTOS R.A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**,v. 22,nº.1,p. 141-160, 2012.
- OLIVEIRA, M.R; ALMEIDA, P.C; MOREIRA, T.M.M; TORRES, R.A.M. Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(6):1547-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>.
- PAESE F; DAL SASSO, G.T.M; COLLA, G.W. Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71(3):1079-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>.
- PERNA, P. O; CHAVES, M.M.N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção Práxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Trabalho Necessário [Internet]** v. 6, n. 6, 2008
- RELATÓRIO DE COLETA DE DADOS TIC SAÚDE 2018. In. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros [livro eletrônico]: TIC saúde**. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR -- São Paulo : Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019.
- QUEIROZ, V.M; EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem** [s.l.] v. 41 n.1, p. 26-33; jan./mar. 1988.

- Querido D.L. *et al.* Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03522. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>
- RIBEIRO, J. C.; RUOFF, A. B.; BAPTISTA, C.L. B. M. Computerization of Nursing Care System: advances in care management. **J. Health Inform**, v.6,n .3, p. 75-80, 2014.
- ROCHA, E.S.C. *et al.* Saúde indígena em tempo de covid-19: o protagonismo da enfermagem. In. TEODÓSIO, S.S.S; LEANDRO, S.S.(Org).**Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID**. Brasília, DF : ABen/DEAB, 2020. Série enfermagem e pandemias, 3.
- SCHACHNER, M. B. *et al.* Computerization of a Nursing Chart According to the Nursing Process. **Nursing Informatics**. 2016; 133-137.
- SILVA, K. DE L.; ÉVORA, Y. D. M.; CINTRA, C. S. J. Software development to support decision making in the selection of nursing diagnoses and interventions for children and adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 927–935, out. 2015.
- SILVA, M.J; ALMEIDA, M.I. O materialismo Histórico como marco de referência para enfermagem em Saúde Coletiva – Uma análise Crítica. **Rev. Rene**. V.1 n.2.p.49-56, jul/dez.2000.
- SO, K. N. S.*et al.* Subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem – CIPE® – para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança. p. 24, 2018. USP. **Escola de Enfermagem**. São Paulo.
- SOUZA JUNIOR D.I de. *et al.* Impasses, condições e potencialidades à implementação do processo de enfermagem na prática hospitalar brasileira: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(2):656-66, fev., 2017.
- SOUZA RR. Prefácio. In: Egry EY. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone;2008. p.11-2.
- SOUZA, M. F. G de; SANTOS, A. D. B dos; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 167-173, Apr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jul 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>.

SOUZA, M.T. de; SILVA, M. D; CARVALHO, R.de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, Morumbi, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TANNURE MC; LIMA APS, OLIVEIRA CR, LIMA SV, CHIANCA TCM. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. **J. Health Inform.** 2015 Jul-Set; 7(3): 69-74.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO A.M. SAE: SAE - **Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TECHNICAL IMPLEMENTATION GUIDE. International Classification for Nursing Practice (ICNP) Programme. International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland.2018.

TRINDADE, L. R. *et al.* Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 75, 30 jun. 2016.

## ANEXO A

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO SISTEMA DE GESTÃO MUNICIPAL REDE BEM ESTAR DE VITÓRIA-ES

**Pesquisador:** DILZILENE CUNHA SIVIRINO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24852719.9.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde (CCS)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.765.064

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de Mestrado em Enfermagem, de abordagem quanti-qualitativa. Para a elaboração das tecnologias gerenciais será utilizado o método Designer Centrado no Usuário (DCU) – Use Centered Designer (ABNT, 2014) e a avaliação da tecnologia se dará por meio do painel Delphi online e presencial, e serão seguidas 4 etapas: 1) definição dos requisitos e elaboração do mapa conceitual; 2) geração das alternativas de implementação e prototipagem; 3) testes e 4) implementação. A pesquisa será desenvolvida na rede de atenção à saúde no município de Vitória, Espírito Santo, envolvendo os profissionais de saúde da rede que utilizam o Sistema de Gestão Municipal Rede Bem-Estar

**Objetivo da Pesquisa:**

-Implantar tecnologias gerenciais para aperfeiçoamento do Sistema de Gestão Municipal Rede Bem Estar de Vitória.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e Benefícios atendem à Res CNS 466/2012

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Mestrado do CCS - UFES

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos foram apresentados e estão adequados

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**CEP:** 29.040-091

**Telefone:** (27)3335-7211

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 3.765.064

**Recomendações:**

Toda pesquisa deve sempre atender aos princípios da Ética em pesquisa e as Resoluções do CNS

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram resolvidas pelo pesquisador

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1454579.pdf	11/12/2019 18:20:47		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/12/2019 18:20:20	DILZILENE CUNHA SIVIRINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	11/12/2019 18:19:59	DILZILENE CUNHA SIVIRINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/12/2019 15:53:55	DILZILENE CUNHA SIVIRINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091


UF: ES Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211


E-mail: cep.ufes@hotmail.com

## APÊNDICES A

## CARTA CONVITE AOS COLABORADORES DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL



### CARTA CONVITE AOS COLABORADORES DA PESQUISA

Prezado(a), Enfermeiro(a),

Vitória, de 2020.

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa *on-line* intitulada, "Padrão de Registro de Enfermagem informatizado para Unidade de Pronto Atendimento Fundamentada na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem", na qual uma das etapas refere-se à avaliação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® aplicados a situações de urgência e emergência.

Considerando sua especialidade, área de atuação profissional e seus conhecimentos relacionados à temática, gostaria de convidá-lo(a) a responder o questionário disponibilizado no *link* abaixo:

Caso tenha alguma dúvida, por favor, entre em contato com Dilzilene Cunha Sivirino Farias, através do e-mail : lenenfermeira@gmail.com

Desde já agradecemos sua participação,

|

Pesquisadora: Enf.ª Dilzilene Cunha Sivirino Farias

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Eliane de Fátima Almeida Lima

Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Cândia Canicali Primo

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – ESPECIALISTA AVALIAÇÃO CONTEÚDO DA TECNOLOGIA

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Padrão de Registro de Enfermagem para Unidade de Pronto Atendimento Fundamentada na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*”, desenvolvida pela pesquisadora Dilzilene Cunha Sivirino Farias, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane de Fátima Almeida Lima e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cândida Caniçali Primo.

**JUSTIFICATIVA.** O estudo justifica-se pela necessidade melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e os registros de enfermagem com uma linguagem padronizada, atendendo as exigências éticas e legais da prática profissional de enfermagem.

**OBJETIVO(S) DA PESQUISA.** Esta etapa da pesquisa tem por objetivo avaliar Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®), voltado que comporão um Padrão de Registro de Enfermagem para assistência a pessoas em Unidade de Pronto Atendimento.

**PROCEDIMENTOS.** A sua participação ocorrerá pelo aceite, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma on-line, e pelos seguintes procedimentos: mediante avaliação de enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem e intervenções de enfermagem pelo preenchimento de uma escala do tipo Likert, disponibilizado em questionário on-line, contendo quatro opções de resposta entre: "Totalmente Adequado", "Adequado", "Pouco adequado" e "Inadequado", e um espaço aberto ao final de cada questão para comentários e sugestões. Este questionário será disponibilizado on-line, com acesso ao link após seu aceite; você poderá respondê-lo em local e horário conforme sua escolha e conveniência, devendo devolver no prazo máximo de cinco dias após recebimento.

**RISCOS E DESCONFORTOS.** Por se tratar de uma pesquisa na qual as participantes contribuirão com suas experiências e responderão a questionamentos, há risco de algum desconforto. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da aplicação do formulário, além da garantia de privacidade e sigilo das respostas. Não haverá a disponibilização de resultados de forma individual, mas em conjunto, evitando-se a possibilidade de identificação dos participantes.

**BENEFÍCIOS.** O benefício relacionado à sua participação será de forma indireta, ao contribuir no desenvolvimento de novas tecnologias e ampliação do conhecimento científico na área da saúde, acerca das tecnologias assistenciais e gerenciais.

**GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO.** Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem que haja



penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

**GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE.** Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

**GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO.** Considerando que não haverá despesas em sua participação e a pesquisa não ter fins lucrativos, não promoverá compensações financeiras.

**GARANTIA DE INDENIZAÇÃO.** Considerando que esta pesquisa será realizada por meio de preenchimento de formulário via on-line ou em ambiente de trabalho, durante o turno de trabalho, sendo possível seu cancelamento a qualquer tempo. Serão passíveis de reparação, pelo pesquisador, eventuais danos decorrentes da sua participação na pesquisa.

**ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS.** Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, devo contatar a pesquisadora Dilzilene Cunha Svirino Farias (27) 99995-0349 (pesquisadora/aluna do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem - UFES). Caso não consiga contactar as pesquisadoras para relatar algum problema, posso contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou por intermédio do e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio, ou no endereço: Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa, visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais.

Declaro que fui informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, 23/12/2020

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE C****CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

<b>1. Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino
<b>2. Idade:</b> _____ anos
<b>3. Titulação máxima:</b> ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Pós-Doutorado
<b>4. Tempo de graduação (anos completos):</b> _____ anos
<b>5. Profissão/Função exercida:</b> _____
<b>6. Tempo de prática na área:</b> _____

## APÊNDICE D

### INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Leia com atenção os enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem elaborados a partir da revisão de literatura e mapeamento cruzado com os termos do Sistema de Classificação Manchester. Os Diagnósticos/Resultados foram elaborados como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2019.

Marque sua concordância relativa aos enunciados de acordo com seu conhecimento prático e teórico prévio na assistência de enfermagem de urgência e emergência. Assinalar o com um X, na escala abaixo: “Totalmente adequado” “Adequado”, “Pouco adequado” e “Inadequado”. Utilize o espaço aberto ao final de cada questão para comentários e sugestões.

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
1	Abuso de álcool	Abuso de Substância: Uso indevido de álcool (CIPE, 2019)				
2	Abuso de substância	Comportamento, Prejudicado: Uso indevido de substância química ativa para um efeito não terapêutico, que pode ser prejudicial à saúde e causar dependência (CIPE, 2019)				
3	Agitação	Agitação (CIPE, 2019)				
4	Alergia	Alergia (CIPE, 2019)				
5	Alimentação, por si próprio, Prejudicada	Alimentar (CIPE, 2019)				
6	Angústia Moral	Conflito de Decisão (CIPE, 2019)				
7	Ansiedade	Emoção, Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. (CIPE, 2019)				
8	Arritmia	Processo Cardíaco, Prejudicado: Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio. (CIPE, 2019)				
9	Atitude em Relação ao Cuidado,	Atitude: Opinião sobre o tratamento e sobre o prestador (ou provedor) de cuidados de saúde. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
	Conflituosa					
10	Audição Prejudicada	Capacidade para Ouvir (CIPE, 2019)				
11	Baixa autoestima	Autoestima (CIPE, 2019)				
12	Bradycardia	Arritmia: Batimentos cardíacos lentos; frequência de pulso inferior a 60 batimentos por minuto em adultos. (CIPE, 2019)				
13	Capacidade para andar Prejudicada	Capacidade				
14	Capacidade para Executar a Higiene,Prejudicada	Capacidade: Ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arrumado. (CIPE, 2019)				
15	Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada	Capacidade: Lavar o corpo ou partes dele. (CIPE, 2019)				
16	Capacidade para transferência, Prejudicada	Capacidade: Potencialidade para mover-se ou mudar o corpo de um local para outro. (CIPE, 2019)				
17	Capacidade para Vestir se,Prejudicada	Capacidade: Pôr ou tirar roupas apropriadas. (CIPE, 2019)				
18	Choque	Processo do Sistema Circulatório, Prejudicado: Insuficiência circulatória por falha no retorno venoso para o coração, com conseqüente redução do débito cardíaco, inadequado fluxo de sangue, perda do volume circulatório, disfunção celular ameaçadora à vida, associado a ansiedade intensa, fraqueza, sudorese, respiração curta, hipotensão, arritmia, edema da laringe, náusea e diarreia, queda súbita e drástica da pressão arterial, esfriamento da pele, taquicardia e oligúria. (CIPE, 2019)				
19	Choro de bebê prolongado	Criança que tem chorado continuamente por 2 horas ou mais (GBRC,2017)				
20	Cinestesia, Prejudicada	Percepção: Faculdade de perceber e estar consciente da posição e dos movimentos corporais, devido a respostas a estímulos de nervos sensoriais nos músculos e nas articulações. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
21	Cognição nos limites normais	Processo Psicológico: Processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, do pensamento, do raciocínio e da memória. (CIPE, 2019).				
22	Cólica	Dor Visceral: Desconforto, de moderado a severo, originado por espasmos de músculos lisos em órgãos ocos, como o intestino, os ureteres ou os ductos biliares. (CIPE, 2019)				
23	Comportamento agressivo	Comportamento, Prejudicado: Ação ou atitude brutal, arrogante, expressa verbalmente, fisicamente ou simbolicamente. (CIPE, 2019)				
24	Comportamento autodestrutivo	Comportamento, Prejudicado: Execução de atividades, iniciadas pela própria pessoa, com o propósito de ferir-se ou causar dano a si mesmo;				
25	Comportamento de busca de saúde prejudicado	Comportamento: Maneira previsível para identificar, utilizar, gerenciar e assegurar recursos de atenção à saúde; expectativas relacionadas a modos aceitáveis para solicitar e obter assistência dos outros. (CIPE, 2019)				
26	Comportamento de Exercício Físico, Prejudicado	Processo Intencional: Ações. (CIPE, 2019)				
27	Comportamento Desorganizado	Comportamento, Prejudicado: Ações desordenadas e confusas, que não se integram em resposta a sugestões do meio ambiente. (CIPE, 2019)				
28	Comportamento Infantil Desorganizado	Comportamento, Prejudicado: Ações desordenadas e confusas, que não se integram em resposta a sugestões do meio ambiente. (CIPE, 2019)				
29	Comunicação eficaz	Comportamento Interativo: Dar ou trocar informação usando comportamentos verbais e não verbais, face a face, ou usando meios sincrônicos ou assincrônicos apoiados pela tecnologia. (CIPE, 2019)				
30	Condição neurológica Prejudicada	Condição Neurológica. (CIPE, 2019)				
31	Condição psicológica, Prejudicada	Condição psicológica				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
32	Confusão aguda	Pensamento, Distorcido: Memória Prejudicada com desorientação em relação a pessoa, a lugar e a tempo. (CIPE, 2019)				
33	Congestão de sangue em região do olho	Condição, Prejudicada: Acúmulo excessivo de sangue ou outros líquidos em uma determinada parte do corpo. (CIPE, 2019)				
34	Conhecimento sobre saúde do viajante	Conhecimento sobre saúde do viajante nas duas últimas semanas (CIPE, 2019; GBRC,2017)				
35	Constipação	Processo do Sistema Gastrointestinal, Prejudicado: Diminuição na frequência de defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes; passagem de fezes excessivamente secas e endurecidas. (CIPE, 2019)				
36	Convulsão	Processo do Sistema Musculoesquelético, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
37	Corpo estranho	Qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades. (CIPE, 2019)				
38	Corrimento pênis	Qualquer relato de secreção peniana anormal (GBRC,2017)				
39	Corrimento vaginal	Qualquer relato de secreção vaginal anormal (GBRC,2017)				
40	Débito cardíaco prejudicado	Condição Cardíaca: Quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto. (CIPE, 2019)				
41	Deficiência imunológica	Processo Corporal: Complexo bioquímico que protege o corpo contra organismos patogênicos e outros corpos estranhos, criando barreiras locais e inflamação; a resposta imunológica humoral é especialmente eficaz contra invasões bacterianas e virais. (CIPE, 2019)				
42	Deformidade grave (especificar local)	Angulação ou rotação grosseira ou anormal é implícita (GBRC,2017)				
43	Deglutição, Prejudicada	Capacidade para deglutir (CIPE,2019)				
44	Dentição Prejudicada	Processo corporal. (CIPE, 2019)				
45	Desconforto	Desconforto. (CIPE, 2019)				
46	Desidratação	Desequilíbrio de Líquidos: Volume de líquidos diminuído, ou perda de líquidos corporais. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
47	Desmaio	Consciência, Prejudicada: Perda súbita da consciência (ou cognição) mental, com fraqueza física. (CIPE, 2019)				
48	Desmame Ventilatório, Prejudicado	Resposta ao Desmame Ventilatório. (CIPE, 2019)				
49	Diabetes	Processo do Sistema Regulatório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
50	Diarreia	Defecação, Prejudicada: Passagem de fezes soltas, líquidas e não formadas; aumento da frequência de eliminação, acompanhado por aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência de defecação. (CIPE, 2019)				
51	Dispneia	Processo do Sistema Respiratório, Prejudicado: Movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade. (CIPE, 2019)				
52	Disúria	Dor: Dor uretral ou vesical com sensações de queimação, sentidas ao urinar. (CIPE, 2019)				
53	Dor	Percepção, Prejudicada: Aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação e perda do apetite. (CIPE, 2019)				
54	Dor abdominal	Dor sentida no abdome (CIPE,2019)				
55	Dor aguda	Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses (NANDA,2018)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
56	Dor crônica	Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses (NANDA, 2018)				
57	Dor de trabalho de parto	Dor: Sensação de dor de intensidade e frequência progressiva, associada a contrações do útero e dilatação cervical que ocorrem durante o parto.				
58	Dor isquêmica	Dor Vascular: Sensação de dor originada por suprimento reduzido de sangue periférico, associado a doença vascular periférica, diminuição da corrente sanguínea, associada a moldes ortopédicos (suportes ou talas) ou outros objetos apertados, suprimento sanguíneo insuficiente, tal como em doenças arteriais oclusivas e trauma cirúrgico; a dor isquêmica é muitas vezes descrita como intensa e excruciante (CIPE, 2019).				
59	Dor Musculoesquelética	como intensa e excruciante.				
60	Edema	Retenção de Líquidos. (CIPE, 2019)				
61	Envenenamento	Processo Patológico. (CIPE, 2019)				
62	Eritema	Agregação de Entidade, Prejudicada: Erupção eritematosa da pele, de diferentes cores e protuberância, edema local, urticária, vesículas e prurido. (CIPE, 2019)				
63	Escoriação	Ferida Traumática: Abrasão da pele e derme, com dor, sangramento e sensibilidade, até a formação de crosta. (CIPE, 2019)				
64	Expectoração de sangue	Expulsão de muco, escarro ou líquidos da traqueia, brônquios e pulmões, pela tosse ou expectoração com presença de sangue ( GBRC, 2017; CIPE,2019)				



Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
65	Exposição à contaminação	Processo Patológico. (CIPE, 2019)				
66	Exposição à contaminação química	Exposição a contaminação por agente químico (CIPE, 2019)				
67	Fadiga	Emoção, Negativa: Sentimentos de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental. (CIPE, 2019)				
68	Falta de resposta ao tratamento	Resposta ao Tratamento, Negativa (CIPE, 2019)				
69	Febre	Termorregulação, Prejudicada: Elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a crise ou queda da febre é acompanhada de pele ruborizada e quente e sudorese. (CIPE, 2019)				
70	Ferida	Parte da Estrutura Corporal, Prejudicada: Lesão de tecido, normalmente associada a trauma físico ou mecânico; crostas e formação de túneis nos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele macerada e anormal; temperatura da pele elevada; odor de ferida, inflamação e dor. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
71	Ferida por arma de fogo	Ferida Traumática: Ferida causada por arma de fogo e classificada como feridas de entrada, feridas de saída e feridas de trajeto do projétil. As lesões de entrada têm vários efeitos nos tecidos, por exemplo, o impacto da bala sozinha ou queimaduras pela pólvora, de acordo com a distância do disparo da arma. Uma bala pode atravessar o corpo, ficar alojada no corpo, causar lesão na superfície corporal ou arranhar a superfície da pele, dependendo do alcance (ou distância) do tiro e do ângulo da bala e do corpo. (CIPE, 2019)				
72	Ferida por queimadura	Ferida. (CIPE, 2019)				
73	Ferida puntiforme	Ferida Traumática: Ferida que perfura a pele, causada por um objeto pontiagudo e afiado. (CIPE, 2019)				
74	Ferida traumática	Ferida: Ruptura inesperada do tecido da superfície corporal, associada a trauma mecânico devido a lesão ou acidente; dano irregular da pele, membranas mucosas ou tecido; tecido inflamado e doloroso; drenagem e perda de soro e sangue, associados a tecido não limpo, sujo e infectado. (CIPE, 2019)				
75	Fezes preta	Substância Corporal. (CIPE, 2019)				
76	Fratura	Processo do Sistema Musculoesquelético, Prejudicado: Falta de movimento de parte do corpo, associada a lesão traumática de um osso, quebra da continuidade do tecido do osso. A gravidade da fratura é associada à estrutura óssea, parte do osso e natureza da fratura. (CIPE, 2019).				
77	Frequência de Pulso Radial, nos limites normais	Frequência de pulso. (CIPE, 2019)				
78	Função Cardíaca Prejudicada	Processo Cardíaco, Prejudicado (CIPE, 2019)				
79	Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	Processo do Sistema Respiratório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
80	Função do sistema urinário	Processo do Sistema Urinário, Prejudicado. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
	prejudicado					
81	Hematêmese	Vômito acompanhado de sangue (DICIONÁRIO DE SAÚDE, 2005)				
82	Hematoma	Sangramento: Coleção e acúmulo de sangue retido nos tecidos, associados a trauma ou hemostasia incompleta após cirurgia; massa palpável, sensível ao toque; pele dolorida, com aspecto azul-				
83	Hematoma couro cabeludo	Área do couro cabeludo contusa, machucada e elevada (contusão na testa, abaixo da linha do cabelo é dita frontal (GBRC, 2017)				
84	Hematoma em orelha	Coleção e acúmulo de sangue retido no tecido da orelha, associado a trauma (GBRC,2017;CIPE,2019)				
85	Hemorragia	Sangramento: Perda de grande quantidade de sangue, em um curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar. (CIPE, 2019)				
86	Hiperglicemia	Processo de Sistema Regulatório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
87	Hipertermia	Termorregulação, Prejudicada: Diminuição da capacidade de mudar o termostato interno, acompanhada por um aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia, associada a disfunção do sistema nervoso central ou sistema endócrino, colapso por calor, introdução artificial de elevada temperatura corporal por razões terapêuticas. (CIPE, 2019)				
88	Hipervolemia	Volume de Líquidos, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
89	Hipoglicemia	Processo do Sistema Regulatório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
90	Hipotermia	Termorregulação, Prejudicada: Diminuição da capacidade para alterar o termostato interno, redução da temperatura corporal, frio, pele seca e pálida, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leito ungueal cianótico, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino sob condições de frio ou de indução artificial de uma temperatura corporal abaixo do normal por razões terapêuticas. (CIPE, 2019)				
91	Hipovolemia	Volume de Líquidos, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
92	Infecção	Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e se multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo. (CIPE, 2019)				
93	Inflamação	Inflamação (CIPE, 2019)				
94	Ingestão Nutricional Prejudicada	Condição Nutricional: Quantidade e qualidade de				
95	Integridade da pele Prejudicada	Condição: Ser íntegro, inteiro, não diminuído ou intacto. (CIPE, 2019)				
96	Integridade tissular Prejudicada	Condição: Ser íntegro, inteiro, não diminuído ou intacto. (CIPE, 2019)				
97	Intolerância à atividade	Condição, Prejudicada: Falta de capacidade ou energia para resistir ou completar atividades. (CIPE, 2019)				
98	Lacerção	Ferida Traumática: Ferida de bordas irregulares, esfaceladas, associada a lesão tissular intensa que, por vezes, ameaça a vida; e a perda de sangue e soro, acompanhada de risco de choque. (CIPE, 2019)				
99	Lesão	Trauma. (CIPE, 2019)				
100	Lesão elétrica	Lesão. (CIPE, 2019)				
101	Lesão ocular	Trauma. (CIPE, 2019)				
102	Lesão por animal	Lesão causada por picada de inseto e mordeduras de grandes animais (GBCR, 2017;CIPE,2019)				
103	Lesão química	Lesão. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
104	Ligação Afetiva Pais-Criança, Prejudicada	Ligação Afetiva Cuidador-Criança: Estabelecer relacionamento próximo entre os pais e o bebê (ou lactente). (CIPE, 2019)				
105	Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada	Processo do Sistema Respiratório: Manutenção da passagem de ar aberta, da boca para os alvéolos pulmonares, por meio da capacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório. (CIPE, 2019)				
106	Marcha Prejudicada	Capacidade para andar. (CIPE, 2019)				
107	Massa abdominal	Massa visível à observação do abdome ( GBRC, 2017)				
108	Medo	Emoção, Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta				
109	Membrana Mucosa Oral Prejudicada	Integridade Tissular, Prejudicada. (CIPE, 2019)				
110	Memória Prejudicada	Memória, Prejudicada. (CIPE, 2019)				
111	Micção Prejudicada	Micção, Prejudicada. (CIPE, 2019)				
112	Mobilidade na Cama, Prejudicada	Mobilidade na Cama. (CIPE, 2019)				
113	Mobilidade, Prejudicada	Capacidade para Mobilizar-se. (CIPE, 2019)				
114	Náusea	Percepção, Prejudicada: Sensação de enjoo com tendência para vomitar; sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e abdômen, agravada pelo sabor ou pelo cheiro. (CIPE, 2019)				
115	Negligência unilateral	Percepção, Prejudicada: Perda da capacidade para				
116	Overdose	Comportamento Autodestrutivo: Ingestão, por iniciativa própria, de dose letal de uma droga, associada a toxicod dependência, consumo habitual de droga. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
117	Paralesia	Processo do Sistema Musculoesquelético, Prejudicado: Situação anormal caracterizada pela perda de função muscular ou perda de sensação, ou ambas; perda da capacidade para mover o corpo ou partes do corpo, acompanhada por perda do controle do intestino e bexiga, problemas respiratórios associados a contusão, lesão do mecanismo neurológico e muscular, ou por trauma tal como lesão da medula espinal, doença ou envenenamento. (CIPE, 2019)				
118	Percepção alterada	Percepção, Prejudicada. (CIPE, 2019)				
119	Percepção sensorial, eficaz	Processo do Sistema Nervoso: Registro mental consciente de um estímulo sensorial; consciência (ou cognição) de objetos ou outros dados por meio dos sentidos (CIPE, 2019)				
120	Percepção Tátil, eficaz	Capacidade para Sentir. (CIPE, 2019)				
121	Percepção Tátil, Prejudicada	Capacidade para Sentir (CIPE,2019)				
122	Perfusão tissular cardíaca diminuída	Processo Vascular: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, de líquidos e de nutrientes em nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento				
123	Perfusão tissular eficaz	Processo Vascular: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, de líquidos e de nutrientes em nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
124	Perfusão Tissular Prejudicada	Processo Vascular: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, de líquidos e de nutrientes em nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo. (CIPE, 2019)				
125	Preocupação dos pais	Crença, Prejudicada: Dominar ou ocupar a mente, excluindo outros pensamentos, ou sendo/estando mentalmente distraído. (CIPE, 2019)				
126	Pressão arterial alterada	Força da circulação do sangue na parede dos vasos alterada (CIPE, 2019)				
127	Priapismo	Ereção peniana sustentada (GBRC, 2017)				
128	Problema de cerúmen	Cerúmen. (CIPE, 2019)				
129	Problema de comportamento	Problema de Comportamento. (CIPE, 2019)				
130	Processo de coagulação prejudicado	Distúrbio da coagulação congênita ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica (GBRC, 2017)				
131	Prurido	Percepção, Prejudicada: Sensação de formigamento irritante, sensação cutânea seguida de impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo. (CIPE, 2019)				
132	Queda	Executar: Descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
133	Queimadura	Ferida Traumática: Rotura e perda de camadas externas ou mais profundas de tecido da superfície corporal, devido a lesões pelo calor, desde exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; coagulação de proteínas nas células; aumento do metabolismo e quebra das reservas de nutrientes nos músculos e tecido adiposo; perda de proteínas e nitrogênio; dor severa, desconforto e estresse; risco de choque com ameaça da vida; necrose do tecido; infecções da ferida; contraturas; cicatrização hipotrófica com ligeira rigidez da cicatriz e desfiguração profunda; Queimadura de 1º Grau; Queimadura de 2º Grau e Queimadura de 3º Grau. (CIPE, 2019)				
134	Respiração Prejudicada	Ventilação, Espontânea. (CIPE, 2019)				
135	Responsividade ausente	Condição: Reações a estímulos. (CIPE, 2019)				
136	Retenção Urinária	Condição Urinária: Acúmulo involuntário de urina na bexiga; enchimento incompleto da bexiga, associado a perda da função muscular da bexiga, a efeitos colaterais de narcóticos ou a lesão vesical. (CIPE, 2019)				
137	Rigidez de nuca	Pescoço duro, causado pela presença de espamos nos músculos do pescoço, dificultando a flexão da cabeça (BRUNNER e SUDDARTH, 2000)				
138	Risco de abuso de álcool	Risco de uso indevido de álcool (CIPE, 2019)				
139	Risco de abuso de substância	Risco de uso indevido de substância química ativa para um efeito não terapêutico, que pode ser prejudicial à saúde e causar dependência (CIPE, 2019)				
140	Risco de aspiração	Processo do Sistema Respiratório, Prejudicado: Inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou pulmões. (CIPE, 2019)				



Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
141	Risco de choque	Processo do Sistema Circulatório, Prejudicado: Insuficiência circulatória por falha no retorno venoso para o coração, com conseqüente redução do débito cardíaco, inadequado fluxo de sangue, perda do volume circulatório, disfunção celular ameaçadora à vida, associado a ansiedade intensa, fraqueza, sudorese, respiração curta, hipotensão, arritmia, edema da laringe, náusea e diarreia, queda súbita e drástica da pressão arterial, esfriamento da pele, taquicardia e oligúria. (CIPE, 2019)				
142	Risco de complicações durante a gestação	Complicação. (CIPE, 2019)				
143	Risco comportamento autodestrutivo	Comportamento, Autodestrutivo. (CIPE, 2019)				
144	Risco de condição psicossocial Prejudicada	Condição Psicossocial (CIPE, 2019)				
145	Risco de Confusão, Aguda	Pensamento, Distorcido: Memória Prejudicada com desorientação em relação a pessoa, a lugar e a tempo. (CIPE, 2019)				
146	Risco de Constipação	Processo do Sistema Gastrointestinal, Prejudicado: Diminuição na frequência de defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes; passagem de fezes excessivamente secas e endurecidas. (CIPE, 2019)				
147	Risco de desequilíbrio de eletrólitos	Processo do Sistema Regulatório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
148	Risco de desequilíbrio de líquidos	Processo do Sistema Regulatório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
149	Risco de doença sexualmente transmissível	Processo Patológico. (CIPE, 2019)				
150	Risco de envenenamento	Envenenamento. (CIPE, 2019)				
151	Risco de Função Cardíaca, Prejudicada	Processo Cardíaco, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
152	Risco de Função do Sistema	Processo do Sistema Respiratório, Prejudicado. (CIPE, 2019)				

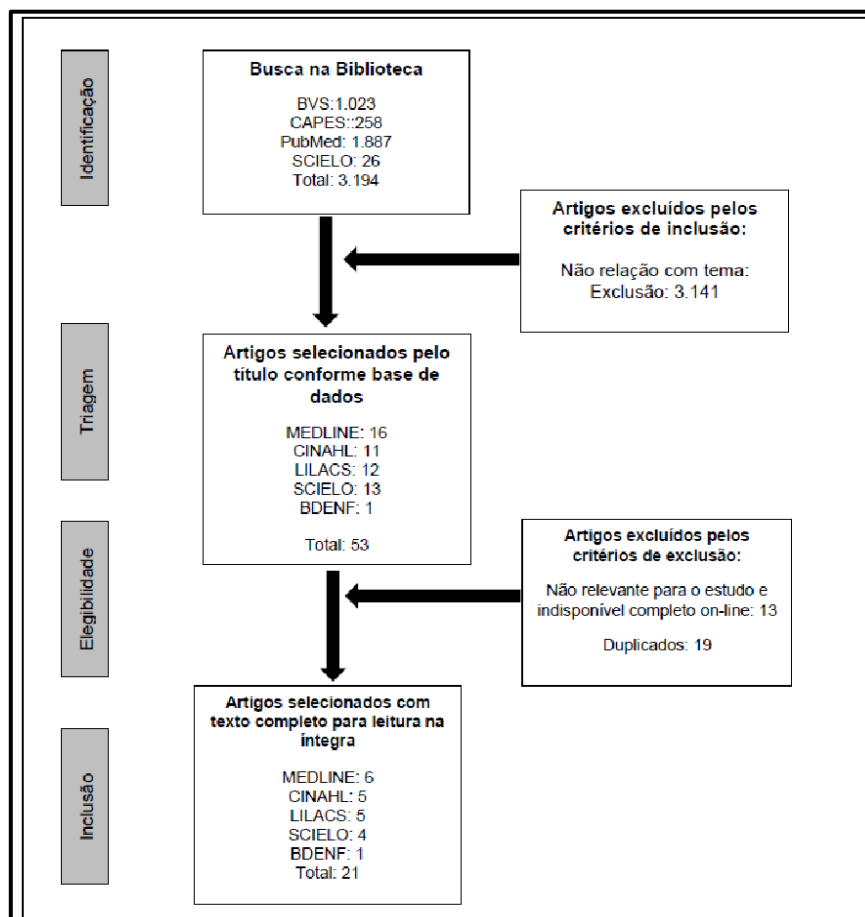
Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
	Respiratório, Prejudicada					
153	Risco de Função Neurovascular Periférica,	Processo Neurovascular, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
154	Risco de Gestação Não Intencional	Gestação (Gravidez), Não Intencional. (CIPE, 2019)				
155	Risco de hemorragia	Hemorragia. (CIPE, 2019)				
156	Risco de Hipervolemia	Volume de Líquidos, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
157	Risco de hipovolemia	Volume de Líquidos, Prejudicado. (CIPE, 2019)				
158	Risco de Infecção	Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e se multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo. (CIPE, 2019).				
159	Risco de Integridade da Pele, Prejudicada	Integridade da Pele. (CIPE, 2019)				
160	Risco de Intolerância à Atividade	Intolerância à Atividade. (CIPE, 2019)				
161	Risco de Perfusão Tissular, Ineficaz	Perfusão Tissular. (CIPE, 2019)				
162	Risco de queda	Queda. (CIPE, 2019)				
163	Risco de ser vítima de abuso de idoso	Vítima de Abuso de Idoso (CIPE, 2019)				
164	Risco de ser vítima de abuso infantil	Vítima de Abuso Infantil (CIPE, 2019)				
165	Risco de ser vítima de negligência	Vítima de Negligência (CIPE, 2019)				
166	Risco de ser vítima de violência de parceiro íntimo	Vítima de Violência de Parceiro Íntimo (CIPE, 2019)				
167	Risco de suicídio	Suicídio. (CIPE, 2019)				
168	Risco de Termorregulação , Prejudicada	Termorregulação, Prejudicada. (CIPE, 2019)				
169	Risco para trauma	Trauma. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
170	Sangramento	Processo Vascular, Prejudicado: Perda sanguínea externa ou internamente, associada a lesão de vasos sanguíneos ou a fatores de coagulação defeituosos. (CIPE, 2019)				
171	Sangramento Vaginal	Sangramento. (CIPE, 2019)				
172	Saturação de Oxigênio no Sangue baixa	Condição. (CIPE, 2019)				
173	Sensibilidade à luz	Intolerância incomum a luz. Ocorre em casos de sarampo, rubéola, meningite e inflamação nos olhos ( DICIONÁRIO ILUSTRADO DE SAÚDE, 2005)				
174	Taquicardia	Arritmia: Batimentos cardíacos rápidos; frequência cardíaca anormal, superior a 100 batimentos por minuto em adultos. (CIPE, 2019)				
175	Tentativa de suicídio	Comportamento Autodestrutivo: Tentativa de matar a si próprio. (CIPE, 2019)				
176	Termorregulação Prejudicada	Processo do Sistema Regulatório: Controle da produção e perda de calor por meio de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal. (CIPE, 2019)				
177	Tosse	Processo do Sistema Respiratório, Prejudicado: Expulsão súbita do ar dos pulmões para as vias aéreas. (CIPE, 2019)				
178	Trauma	Processo Patológico. (CIPE, 2019)				
179	Tremor	Processo do Sistema Musculoesquelético, Prejudicado: Tremulação rítmica não intencional, tremor, alternância involuntária da contração e do relaxamento muscular pela oposição de grupos de músculos esqueléticos, associado a aumento de tremor durante movimentos intencionais, ocorrendo em pessoas idosas, em algumas famílias e associado a predisposição genética e a doenças neurodegenerativas. (CIPE, 2019)				
180	Tristeza	Emoção, Negativa: Sentimentos de pesar, melancolia associada a falta de energia. (CIPE, 2019)				

Nº	Diagnóstico	Definição operacional	Total ment e Adeq uado	Adeq uado	Pouco Adequad o	Inadequ ado
181	Troca de Gases, Prejudicada	Processo do Sistema Respiratório: Troca alveolar de oxigênio e dióxido de carbono; equilíbrio na perfusão ventilatória, associado à eficácia da respiração, coloração da pele e nível de energia. (CIPE, 2019)				
182	Ventilação espontânea Prejudicada	Processo do Sistema Respiratório: Mover o ar para dentro e para fora dos pulmões com certa taxa e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de expiração. (CIPE, 2019)				
183	Vertigem Postural	Percepção, Prejudicada: Sensação de desmaio ou de incapacidade para manter o equilíbrio normal nas posições de pé ou sentada. Associada a confusão, náuseas e fraqueza. (CIPE, 2019)				
184	Visão Prejudicada	Capacidade para Ver. (CIPE, 2019)				
185	Vômito	Processo de Sistema Gastrointestinal, Prejudicado: Expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca. (CIPE, 2019)				

## APÊNDICE E

## FLUXOGRAMA DE ORGANIZAÇÃO REVISÃO LITERATUR



## APÊNDICE F

### DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO DE LITERATURA, ORGANIZADOS CONFORME OBJETIVO DO ESTUDO, AUTOR, REVISTA DE PUBLICAÇÃO, ANO E BASE DE DADOS

Nº	BASE	OBJETIVO	AUTOR	REVISTA	ANO
1	CINAHL	Identificar as intervenções de Enfermagem realizadas para pacientes com dor aguda	Cavalheiro JT, Ferreira GL, Souza MB de et al.	Rev enferm UFPE <i>on-line</i> .	2019
2	SCIELO	Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras 6 horas, após o evento traumático e verificar a relação desses diagnósticos com a mortalidade.	Sallum AMC, Sousa RMC	Aquichan	2018
3	SCIELO	Identificar os diagnósticos de enfermagem em pessoas com infarto do miocárdio em emergência hospitalar, segundo a teoria do autocuidado de Orem	Holanda da Cunha G, Lima AK, Maia AM, Correia MA, Barbosa K, Rodrigues de Oliveira RC	Aquichan	2018
4	CINAHL	Analisar associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e Diagnósticos de Enfermagem em pacientes adultos, classificados com prioridade clínica I (emergência) e II (muito urgente)	Franco et al.	Rev Gaúcha Enferm.	2018
5	CINAHL	Identificar a frequência de diagnósticos de enfermagem e cuidados relacionados à inserção e manutenção de sonda nasointestinal	Anziliero et al.	Cogitare Enferm.	2017
6	LILACS	Identificar os diagnósticos de enfermagem prioritários para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada	Costa et al.	Cogitare Enferm.	2016
7	MEDLINE	Identificar possíveis características definidoras e fatores relacionados para diagnóstico de enfermagem diminuição da perfusão do tecido cardíaco	Santos et al.	International Journal of Nursing Knowledge	2016

Nº	BASE	OBJETIVO	AUTOR	REVISTA	ANO
8	MEDLINE	Investigar a associação dos diagnósticos de enfermagem (DEs) identificados para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) com base em seus perfis hemodinâmicos	L. M. da Silva Alves Souza et al.	International Journal of Nursing Knowledge	2016
9	MEDLINE	Elaborar um plano de cuidados de Enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA Classificação de Resultados de Enfermagem [NOC], Classificação de Intervenção de Enfermagem [NIC]) em pacientes com tromboembolismo	Martínezab, AC- y José Caravacab MR	Enferm Clin.	2016
10	LILACS	Identificar os principais diagnósticos de enfermagem utilizados por <i>experts</i> em área de emergência	Okuno et al.	International Journal of Nursing Terminologies and Classifications	2012
11	CINAHL	Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas	Carvalho et al.	Rev Bras Enferm.	2015
12	LILACS	Identificar os diagnósticos dos pacientes, vítimas de múltiplos traumas, de acordo com a Taxonomia II da NANDA Internacional, e apresentar proposta de intervenções de enfermagem, baseados na <i>Nursing Interventions Classification</i>	Bertoncello KCG, Cavalcanti CDK, Ilha P.	Rev. Eletr. Enf.	2013
13	SCIELO	Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester	Souza et al.	Rev Esc Enferm USP	2013
14	SCIELO	Calcular a ocorrência e documentar as evidências clínicas de trauma vascular em punções periféricas de adultos e idosos em um serviço de urgência e emergência de Minas Gerais, Brasil.	Kremps, P ; Arreguy-Sena C ; Barbosa, A P.S	Esc Anna Nery	2013
15	CINAHL	Identificar o perfil dos diagnósticos de enfermagem elaborados para pacientes atendidos em uma unidade de emergência	Salgado PO, Gonçalves PC, Dantas RB et al.	Rev enferm UFPE on line.	2013

Nº	BASE	OBJETIVO	AUTOR	REVISTA	ANO
16	LILACS	Investigar as características clínicas e identificar os principais diagnósticos de Enfermagem em crianças vítimas de queimadura	Batista et al.	Rev Rene, Fortaleza	2011
17	MEDLINE	Verificar o grau de acurácia dos diagnósticos de enfermagem (DE) prevalece em um serviço de emergência em um hospital brasileiro	Marini, M Chaves EHB	International Journal of Nursing Terminologies and Classifications	2011
18	MEDLINE	Identificar os sinais e sintomas de pacientes admitidos por insuficiência cardíaca (IC) descompensada visando inferir os diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários	Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB,	Rev Gaúcha Enferm.	2011
19	MEDLINE	O objetivo deste artigo é fornecer uma revisão da literatura relacionada ao uso de intervenções de enfermagem psicossociais de enfermeiros de emergência para gerenciar paciente com medo e Ansiedade	Laural K. Wagley, Sarah E. Newton, Rochester	J Emerg Nurs	2010
20	LILACS	Identificar os diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um Serviço Avançado Móvel de Urgência (SAMU) do interior do estado de São Paulo	Cyrillo RMZ et al.	Rev. Eletr. Enf.	2009
21	BDENF (exluído)	Identificar as intervenções de enfermagem da <i>Nursing Intervention Classification</i> para situação real e de risco de Volume de líquidos deficiente, para vítima de trauma, no Atendimento Pré-Hospitalar Avançado Móvel	Cyrillo et al.	Rev Enferm UFPE <i>on-line</i>	2009
22	*	Identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE® versão 2011 em vítimas de trauma atendidas por um serviço de atendimento móvel pré-hospitalar em Maceió-AL durante julho de 2010	Lins et al	Rev. Eletr. Enf	2013

\*Artigo inserido por leitura reversa

Fonte: autora base de dados da revisão, 2019



## APÊNDICE G

### LISTA DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS CONSTANTES E NÃO CONSTANTES ELABORADOS APÓS MAPEAMENTO CRUZADO

	Termo STM	Código CIPE	Termo Eixo FOCO	Código DC	Diagnóstico Elaborado	Termo pré-coordenado	Avaliação DC	Mapeamento Final
1	Embriaguez Aparente	100021 37	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	1002223 4	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo), Ausente	Igual	Constante
2	Mortalidade alta, Mortalidade moderada	100189 92	Abuso de Substância		Abuso de Substância	Abuso de Substância	Igual	Constante
3	Agitação psicomotora	100020 35	Agitação	1002570 5	Agitação	Agitação	Igual	Constante
4	Alergia,História alérgica importante	100411 19	Alergia	1002969 7	Alergia	Alergia	Igual	Constante
5	Picada	100183 36	Alergia a Picada de Cobra		Alergia a Picada de Cobra/ Alergia a Picada de Inseto	Alergia	Restrito	Constante
6	Picada		Alergia a Picada de Inseto		Alergia a Picada de Inseto	Alergia	Restrito	Constante
7	Palpitação, Palpitação atual	100193 68	Ansiedade	1000047 7	Ansiedade	Ansiedade	Igual	Constante
8	Pulso anormal		Arritmia	1002727 4	Arritmia		Mapeamento não possível	Não constante
9	Perda recente da audição, Problemas em Ouvido	100234 34	Audição	1002254 4	Audição, Prejudicada	Audição, Prejudicada	Igual	Constante
10	Pulso anormal		Bradycardia	1002727 4	Bradycardia	Bradycardia	Igual	Constante
11	Incapaz de andar		Capacidade para Andar (Caminhar)		Capacidade para andar Prejudicada		Mapeamento não possível	Não constante
12	Choque	100180 50	Choque		Choque		Mantido igual foco	Não constante
13	Bebê Chorando,Choro prolongado,Inconsolável pais	100054 15	Choro		Choro de bebê anormal		Mapeamento não possível	Não constante
14	Cólica	100045 35	Cólica		Cólica		Mantido igual foco	Não constante
15	Comportamento atípico	100060 59	Comportamento , Desorganizado	1000065 3	Comportamento Infantil, Desorganizado	Comportamento Infantil, Desorganizado	Igual	Constante
16	Autoagressão		Comportamento Autodestrutivo		Comportamento , Autodestrutivo	Comportamento, Autodestrutivo	Igual	Constante
17	Alteração do Comportamento	100020 26	Comportamento , Desorganizado		Comportamento , Desorganizado		Mapeamento não possível	Não constante

18	Agressão	10020789	Comportamento Agressivo	10047087	Comportamento , Agressivo	Comportamento, Agressivo	Igual	Constante
19	Déficit neurológico	10012787	Condição Neurológica, Prejudicada		Condição Neurológica, Prejudicada		Mantido igual foco	Não constante
20	Doença Mental		Condição Psicológica	10038411	Condição Psicológica, Prejudicada	Condição Psicológica, Prejudicada	Igual	Constante
21	História de viagem recente	10043349	Conhecimento sobre Saúde durante Viagem (ou sobre Saúde do Viajante)		Conhecimento sobre Saúde durante Viagem (ou sobre Saúde do Viajante)		Mapeamento não possível	Não constante
22	Alteração do nível da consciência,História de inconsciência	10012634	Consciência, Prejudicada		Consciência Prejudicada		Mantido igual foco	Não constante
23	Convulsão	10046505	Convulsão	10045668	Convulsão	Convulsão	Igual	Constante
24	Corpo estranho	-	-		Corpo estranho		Mapeamento não possível	Não constante
25	Corrimento	10017635	Secreção		Corrimento pênis		Mapeamento não possível	Não constante
26	Corrimento	10017635	Secreção		Corrimento vaginal		Mapeamento não possível	Não constante
27	Imunossupressão conhecida	10009789	Processo do Sistema Imunológico		Deficiência Imunológica	Deficiência Imunológica	Igual	Constante
28	Deformidade grosseira	-	-		Deformidade grave		Mapeamento não possível	Não constante
29	Avulsão dentária	-	-		Dentição, Prejudicada	Dentição, Prejudicada	Igual	Constante
30	Mal Estar	10023835	Conforto	10023066	Desconforto	Desconforto	Igual	Constante
31	Desidratação	10041876	Desidratação	10041882	Desidratação	Desidratação	Igual	Constante
32	Desmaio	10007508	Desmaio	10045584	Desmaio		Mantido igual foco	Não constante
33	Diabetes	10005876	Diabetes		Diabetes		Mantido igual foco	Não constante
34	Diarréia	10005933	Diarreia	10000630	Diarreia	Diarreia	Igual	Constante
35	Asma,Chieira,Dispneia	10006461	Dispneia	10029433	Dispneia	Dispneia	Igual	Constante
36	Disúria	10013966	Dor durante a Micção (ou Disúria)		Disúria	Micção, Prejudicada	Restrito	Constante
37	Couro cabeludo dolorido,Dor Torácica,Dor Cervical,Dor de Garganta,Dor irradiada para o dorso,Dor leve recente,Dor Lombar,Dor moderada,Dor	10013950	Dor	10023130	Dor	Dor	Igual	Constante

	ombro,Dor testicular,Problemas em Ouvido,Cefaléia,Dor epigástrica,Dor pleurítica							
38	Trabalho de parto	10011088	Dor de Trabalho de Parto		Dor de trabalho de parto	Dor	Restrito	Constante
39	Dor cardíaca	10010896	Dor Isquêmica		Dor isquêmica	Dor	Restrito	Constante
40	Dor ao movimento articular	10012337	Dor Musculoesquelética		Dor musculoesquelética		Mantido igual foco	Não constante
41	Dor abdominal	10043948	Dor Abdominal	10043953	Dor, Abdominal	Dor, Abdominal	Igual	Constante
42	Edema,Edema de língua,Edema facial,Inchaço,Inchaço na face,Problemas Face	10041951	Edema	10027482	Edema	Edema Linfático	Abrangente	Constante
43	História de Envenenamento	10014703	Envenenamento		Envenenamento	Risco de Envenenamento	Abrangente	Constante
44	Erupção cutânea,Vesícula disseminada	10016388	Eritema		Eritema		Mapeamento não possível	Não constante
45	Hemoptise,História de hemoptise	10007362	Expectoração		Expectoração com sangue		Mapeamento não possível	Não constante
46	Exposição a Agente Químico	10025324	Exposição a Contaminação	10025297	Exposição a Contaminação química	Exposição a Contaminação	Restrito	Constante
47	Exaustão	10007327	Exaustão	10000695	Fadiga	Fadiga	Igual	Constante
48	Sem melhora com sua medicação habitual	10017043	Resposta à Medicação	10033556	Falta de Resposta ao Tratamento	Falta de Resposta ao Tratamento	Igual	Constante
49	Febre	10007916	Febre	10041539	Febre	Febre	Igual	Constante
50	Ferida	10021178	Ferida		Ferida	Lesão	Abrangente	Constante
51	Trauma ocular penetrante	10016147	Ferida Puntiforme		Ferida puntiforme		Mantido igual foco	Não constante
52	Mecanismo de trauma	10020122	Ferida Traumática	10030088	Ferida Traumática	Ferida Traumática	Igual	Constante
53	Evacuação de sangue, Fezes preta		Fezes		Fezes preta		Mapeamento não possível	Não constante
54	Fratura	10008210	Fratura		Fratura	Dor, por Fratura	Abrangente	Constante
55	História cardíaca importante	10003927	Condição Cardíaca	10037305	Função Cardíaca, Prejudicada	Função Cardíaca, Prejudicada	Igual	Constante
56	História respiratória significativa	10012891	Processo do Sistema Respiratório	10023362	Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	Igual	Constante
57	Problema Urinário	10012972	Processo do Sistema Urinário,		Função do Sistema Urinário,	Função do Sistema Urinário,	Igual	Constante

			Prejudicado		Prejudicada	Prejudicada		
58	Vômito de sangue	10020864	Vômito	10025981	Hematêmese	Vômito	Restrito	Constante
59	Problemas em Ouvido, Problemas Face	10008931	Hematoma		Hematoma		Mantido igual foco	Não constante
60	Hematoma de couro cabeludo		Hematoma		Hematoma em couro cabeludo		Mapeamento não possível	Não constante
61	Hematoma de orelha,		Hematoma		Hematoma em orelha		Mapeamento não possível	Não constante
62	Hematúria	10003303	Processo do Sistema Urinário, Prejudicado		Hematúria	Função do Sistema Urinário, Prejudicada	Restrito	Constante
63	Hemorragia	10008954	Hemorragia		Hemorragia	Risco de Hemorragia	Abrangente	Constante
64	Hiperglicemia	10027521	Hiperglicemia	10027550	Hiperglicemia	Hiperglicemia	Igual	Constante
65	Hipotonia, Prostração	10009466	Hipoatividade		Hipoatividade		Mantido igual foco	Não constante
66	Hipoglicemia	10027513	Hipoglicemia	10027566	Hipoglicemia	Hipoglicemia	Igual	Constante
67	Hipotermia	10009547	Hipotermia	10000761	Hipotermia	Hipotermia	Igual	Constante
68	Abscesso, Celulite de escroto, Infecção	10010104	Infecção	10023032	Infecção	Infecção	Igual	Constante
69	Inflamação local	10010127	Inflamação	10029927	Inflamação	Inflamação	Igual	Constante
70	Não se alimenta	10013403	Ingestão Nutricional	10023009	Ingestão Nutricional, Prejudicada	Ingestão Nutricional, Prejudicada	Igual	Constante
71	Pele crítica	10018241	Integridade da Pele	10001290	Integridade da Pele, Prejudicada	Integridade da Pele, Prejudicada	Igual	Constante
72	Queimadura elétrica	10006643	Lesão Elétrica		Lesão Elétrica	Lesão	Restrito	Constante
73	Lesão ocular, Mordedura, Problema Extremidade	10010284	Lesão	10029936	Lesão ocular	Lesão	Restrito	Constante
74	Lesão ocular, Mordedura, Problema Extremidade	10010284	Lesão		Lesão por animal	Lesão	Restrito	Constante
75	Queimadura química	10004191	Lesão Química		Lesão química	Lesão	Restrito	Constante
76	Não reage aos pais	10027196	Ligação Afetiva Pais-Criança	10027203	Ligação Afetiva Pais-Criança, Prejudicada	Risco de Ligação Afetiva Pais-Criança, Prejudicada	Abrangente	Constante
77	Obstrução de vias aéreas	10013555	Limpeza das Vias Aéreas	10027964	Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada	Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada	Igual	Constante
78	Criança Mancando	10000258	Capacidade para Andar (Caminhar)	10001046	Marcha (Caminhadar), Prejudicada	Marcha (Caminhadar), Prejudicada	Igual	Constante
79	Massa abdominal	-	-		Massa		Mapeamento	Não

					abdominal		nto não possível	constante
80	Sem urinar	10034631	Micção, Prejudicada	10034654	Micção, Prejudicada	Micção, Prejudicada	Igual	Constante
81	Overdose	10013881	Overdose		Overdose		Mantido igual foco	Não constante
82	Resposta à voz	10024042	Percepção Sensorial	10028173	Percepção Sensorial, Eficaz	Percepção Sensorial, Eficaz	Igual	Constante
83	Sensibilidade na face alterada	10012815	Percepção, Prejudicada	Percepção Tátil, Prejudicada	Percepção Tátil, Prejudicada	Percepção Tátil, Prejudicada	Igual	Constante
84	Resposta à dor	10028442	Percepção, Positiva	10028540	Percepção Tátil, Eficaz	Percepção Tátil, Eficaz	Igual	Constante
85	Comprometimento vascular	10042841	Perfusão Tissular, Periférica	10044239	Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada	Perfusão Tissular Periférica, Prejudicada	Igual	Constante
86	Pais Preocupados	10015466	Preocupação		Preocupação de pais		Mapeamento não possível	Não constante
87	Priaprisimo	-	-		Priaprisimo		Mapeamento não possível	Não constante
88	Problemas em Ouvido	10008814	Cerúmen	10022544	Problema de Cerúmen	Problema de Cerúmen	Igual	Constante
89	História psiquiátrica	10012545	Conhecimento sobre Processo Patológico	10038424	Problema de comportamento		Mapeamento não possível	Não constante
90	Distúrbio de coagulação	-	-		Processo de coagulação prejudicado		Mapeamento não possível	Não constante
91	Coceira	10010934	Prurido		Prurido		Mantido igual foco	Não constante
92	Queda	10007512	Queda	10029405	Queda	Queda	Igual	Constante
93	Queimadura	10003763	Queimadura		Queimadura	Ferida por Queimadura	Abrangente	Constante
94	Esforço respiratório, Respiração inadequada	10033334	Respiração Ofegante	10001316	Respiração, Prejudicada	Respiração, Prejudicada	Igual	Constante
95	Criança não reativa	10017091	Responsividade		Responsividade ausente		Mapeamento não possível	Não constante
96	Retenção urinária	10034631	Retenção Urinária	10034654	Retenção Urinária	Retenção Urinária	Igual	Constante
97	Sinais de meningismo	-	-		Rigidez de Nuca		Mapeamento não possível	Não constante
98	História inadequada	-	-		Risco de abuso de álcool	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Restrito	Constante
99	História inadequada	-	-		Risco de abuso de substancia	Abuso de Substância	Restrito	Constante
100	Sangramento vaginal gravidez maior que 20 semanas			10043930	Risco de Complicações durante a	Risco de Complicações durante a	Igual	Constante

					Gestação (Gravidez)	Gestação (Gravidez)		
101	Alto risco de autoagressão, Risco de autoagressão, Risco moderado de autoagressão	10017707	Comportamento Autodestrutivo	10027424	Risco de Comportamento, Autodestrutivo	Risco de Comportamento, Autodestrutivo	Igual	Constante
102	História psiquiátrica	10012545	Conhecimento sobre Processo Patológico	10038424	Risco de Condição Psicossocial, Prejudicada	Risco de Condição Psicossocial, Prejudicada	Igual	Constante
103	Doença Sexualmente Transmissível	10014121	Processo Patológico		Risco de doença sexualmente transmissível	Risco de doença	Restrito	Constante
104	Gravidez possível	10015421	Gestação (Gravidez)	10023182	Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional	Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional	Igual	Constante
105	Risco de infecção	10019306	Suscetibilidade a Infecção	10015133	Risco de Infecção	Risco de Infecção	Igual	Constante
106	História discordante	10042168	Vítima		Risco de Ser Vítima de Abuso de Idoso	Risco de Ser Vítima de Abuso de Idoso	Igual	Constante
107	História discordante	10042168	Vítima		Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil	Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil	Igual	Constante
108	História discordante	10042168	Vítima		Risco de Ser Vítima de Negligência	Risco de Ser Vítima de Negligência	Igual	Constante
109	História discordante	10042168	Vítima		Risco de Ser Vítima de Violência de Parceiro Íntimo	Risco de Ser Vítima de Violência de Parceiro Íntimo	Igual	Constante
110	Hemorragia digestiva	10008954	Sangramento		Sangramento		Mapeamento não possível	Não constante
111	Sangramento vaginal	10043924	Sangramento Vaginal	10043930	Sangramento Vaginal	Sangramento Vaginal	Igual	Constante
112	Saturação oxigênio baixa	10030845	Saturação de Oxigênio no Sangue		Saturação de Oxigênio no sangue baixa		Mantido igual foco	Não constante
113	Sinais de meningismo	-	-		Sensibilidade a Luz		Mapeamento não possível	Não constante
114	Pulso anormal		Taquicardia	10027274	Taquicardia	Taquicardia	Igual	Constante
115	Adulto quente	10012964	Termorregulação, Prejudicada	10033560	Termorregulação, Prejudicada	Termorregulação, Prejudicada	Igual	Constante
116	Tosse	10005249	Tosse	10047143	Tosse	Tosse	Igual	Constante
117	Trauma, Trauma cranioencefálico, Trauma de escroto, Trauma maior, Trauma no dorso, Trauma no pescoço, Trauma torácico, Trauma	10020105	Trauma		Trauma	Risco de Trauma	Abraçante	Constante

	Toracoabdominal, Trauma vaginal, História de trauma							
118	Frases entrecortadas		Ventilação, Espontânea		Ventilação espontanea Prejudicada		Mapeamento não possível	Não constante
119	Vertigem	10006160	Vertigem Postural (Tontura)	10045584	Vertigem Postural (Tontura)	Vertigem Postural (Tontura)	Igual	Constante
120	Diplopia, Perda total da visão aguda, Problemas em Olho, Redução da acuidade visual	10018124	Visão	10022748	Visão, Prejudicada	Visão, Prejudicada	Igual	Constante
121	Vômito	10020864	Vômito	10025981	Vômito	Vômito	Igual	Constante

## APÊNDICE H

Lista de diagnósticos e resultados elaborados após mapeamento cruzado entre STM e Eixo FOCO da CIPE®2019, somado aos diagnósticos atualizados da revisão de literatura

Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
1	Abuso de álcool	Abuso de álcool	Abuso de álcool ausente
2	Abuso de substância	Abuso de substância	Abuso de substância ausente
3	Agitação	Agitação	Agitação reduzida
4	Alergia	Alergia	Alergia ausente
5	Alimentação, por si próprio	Alimentação, por si próprio, Prejudicada	Capaz de alimentar-se
6	Angústia moral	Angústia moral	Angústia moral diminuída
7	Ansiedade	Ansiedade	Ansiedade reduzida ou melhorada
8	Arritmia	Arritmia	Arritmia ausente ou melhorada
9	Aspiração	Aspiração de fumaça	Aspiração de fumaça ausente
10	Atitude em relação ao cuidado	Atitude em relação ao cuidado, conflituosa	Atitude em relação ao cuidado positiva
11	Audição	Audição Prejudicada	Audição melhorada
12	Baixa autoestima	Baixa autoestima	Autoestima positiva
13	Autocontrole	Baixo autocontrole	Autocontrole melhorado ou aumentado
14	Bradycardia	Bradycardia	Bradycardia ausente
15	Capacidade adaptativa intracraniana	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	Capacidade adaptativa Intracraniana, eficaz
16	Deglutição	Deglutição Prejudicada	Capaz de deglutir
17	Capacidade para executar a higiene	Capacidade para executar a higiene, Prejudicada	Capaz de executar a higiene
18	Capacidade para tomar banho	Capacidade para tomar banho, Prejudicada	Capaz de tomar banho
19	Capacidade para transferência	Capacidade para transferência, Prejudicada	Capaz de transferir-se
20	Capacidade para vestir se	Capacidade para vestir se, Prejudicada	Capaz de vestir-se
21	Choque	Choque	Choque interrompido
22	Choro	Choro forte	Choro, reduzido ou ausente
23	Choro	Choro de bebê prolongado	Choro de bebê reduzido ou ausente
24	Cinestesia	Cinestesia, Prejudicada	Cinestesia, eficaz
25	Cognição	Cognição nos limites normais	Manter cognição, nos limites normais
26	Cólica	Cólica	Cólica reduzida ou ausente
27	Complicação	Complicação durante gestação	Complicação durante a gestação (gravidez), ausente
28	Comportamento agressivo	Comportamento agressivo	Comportamento agressivo, ausente
29	Comportamento autodestrutivo	Comportamento autodestrutivo	Comportamento autodestrutivo, ausente



Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
30	Comportamento de busca de saúde	Comportamento de busca de saúde prejudicado	Comportamento de busca de saúde positivo
31	Comportamento de exercício físico	Comportamento de exercício físico, prejudicado	Comportamento de exercício físico positivo
32	Comportamento desorganizado	Comportamento desorganizado	Comportamento, organizado
33	Comportamento desorganizado	Comportamento infantil desorganizado	Comportamento infantil, organizado
34	Comunicação	Comunicação eficaz	Comunicação eficaz
35	Comunicação	Comunicação verbal Prejudicada	Comunicação eficaz
36	Condição fisiológica	Condição fisiológica Prejudicada	Condição fisiológica, eficaz
37	Condição neurológica	Condição neurológica Prejudicada	Condição neurológica, eficaz
38	Confusão	Confusão aguda	Confusão, ausente
39	Congestão	Congestão de sangue em região do olho	Congestão de sangue em região do olho ausente
40	Conhecimento sobre saúde do viajante	Conhecimento sobre saúde do viajante	Conhecimento sobre saúde do viajante
41	Consciência Prejudicada	Consciência Prejudicada	Consciência normal
42	Constipação	Constipação	Constipação ausente
43	Contusão	Contusão	Contusão melhorada
44	Convulsão	Convulsão	Convulsão ausente
45	Não identificado	Corpo estranho	Corpo estranho ausente
46	Débito cardíaco	Débito cardíaco prejudicado	Débito cardíaco eficaz
47	Processo do sistema imunológico, prejudicado	Deficiência imunológica	Processo do sistema imune, eficaz
48	Dentição	Dentição Prejudicada	Dentição melhorado
49	Desconforto	Desconforto	Conforto
50	Desidratação	Desidratação	Desidratação ausente
51	Desmaio	Desmaio	Desmaio ausente
52	Desmame ventilatório	Desmame ventilatório, prejudicado	Desmame ventilatório eficaz
53	Diabetes	Diabetes	Processo do sistema regulatório, eficaz
54	Diarreia	Diarreia	Diarreia ausente
55	Dispneia	Dispneia	Dispneia ausente
56	Disúria	Disúria	Disúria ausente
57	Dor	Dor	Dor reduzida ou ausente
58	Dor abdominal	Dor abdominal	Dor abdominal reduzida ou ausente
59	Dor	Dor aguda	Dor reduzida
60	Dor	Dor crônica	Dor controlada ou reduzida
61	Dor de trabalho de parto	Dor de trabalho de parto	Controle da dor de trabalho de parto adequado
62	Dor musculoesquelética	Dor musculoesquelética	Dor musculoesquelética reduzida ou ausente

Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
63	Edema	Edema periférico	Edema ausente
64	Edema	Edema em face	Edema de face ausente
65	Envenenamento	Envenenamento	Envenenamento ausente
66	Eritema	Eritema	Eritema ausente
67	Escoriação	Escoriação	Escoriação ausente
68	Estresse	Estresse dos pais	Estresse dos pais reduzido
69	Expectoração	Expectoração de Sangue	Expectoração de sangue ausente
70	Exposição à contaminação	Exposição à contaminação	Exposição à contaminação interrompido
71	Exposição à contaminação química	Exposição à contaminação química	Exposição à contaminação química interrompido
72	Fadiga	Fadiga	Fadiga reduzida ou ausente
73	Conhecimento sobre gestação	Falta de conhecimento sobre gestação	Conhecimento sobre gestação adequado
74	Febre	Febre	Febre ausente
75	Ferida	Ferida	Ferida ausente
76	Ferida por arma de fogo	Ferida por arma de fogo	Ferida por arma de fogo ausente
77	Ferida por queimadura	Ferida por queimadura	Ferida queimadura ausente
78	Ferida puntiforme	Ferida puntiforme	Ferida puntiforme, ausente
79	Ferida traumática	Ferida traumática	Ferida traumática ausente
80	Fezes	Fezes preta	Fezes normais
81	Fratura	Fratura	Fratura ausente
82	Frequência de pulso radial	Frequência de pulso radial, nos limites normais	Frequência de pulso radial, nos limites normais
83	Processo do sistema cardíaco prejudicado	Função cardíaca Prejudicada	Função cardíaca eficaz
84	Processo do sistema gastrointestinal prejudicado	Função do sistema gastrointestinal prejudicado	Função do sistema gastrointestinal eficaz
85	Processo do sistema respiratório, Prejudicada	Função do sistema respiratório, Prejudicada	Função do sistema respiratório eficaz
86	Processo do sistema urinário prejudicado	Função do sistema urinário prejudicado	Função do sistema urinário eficaz
87	Gestação não planejada	Gestação Prejudicada	Gestação eficaz
88	Hematoma	Hematoma	Hematoma ausente
89	Hemorragia	Hemorragia	Hemorragia reduzida ou ausente
90	Hiperglicemia	Hiperglicemia	Nível de glicose sanguínea, nos limites normais ou reduzida
91	Hipertermia	Hipertermia	Hipertermia ausente
92	Hipervolemia	Hipervolemia	Hipervolemia ausente
93	Hipoatividade	Hipoatividade	Hipoatividade, melhorado ou ausente
94	Hipoglicemia	Hipoglicemia	Nível de glicose sanguínea, nos limites normais

Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
			ou aumentada
95	Hipotermia	Hipotermia	Hipotermia ausente
96	Hipoventilação	Hipoventilação	Ventilação eficaz
97	Hipovolemia	Hipovolemia	Hipovolemia melhorada ausente
98	Infecção	Infecção	Infecção ausente
99	Inflamação	Inflamação	Inflamação ausente
100	Ingestão nutricional	Ingestão nutricional Prejudicada	Ingestão nutricional adequada
101	Integridade da pele	Integridade da pele Prejudicada	Integridade da pele melhorada ou eficaz
102	Integridade tissular Prejudicada	Integridade tissular Prejudicada	Integridade tissular melhorada ou eficaz
103	Intolerância à atividade	Intolerância à atividade	Tolerância à atividade eficaz
104	Laceração	Laceração	Laceração ausente
105	Lesão	Lesão	Lesão ausente
106	Lesão elétrica	Lesão elétrica	Lesão elétrica ausente
107	Lesão química	Lesão química	Lesão química ausente
108	Ligação afetiva pais-criança, Prejudicada	Ligação afetiva pais-criança, Prejudicada	Ligação afetiva pais-criança eficaz
109	Limpeza das vias aéreas	Limpeza das vias aéreas, Prejudicada	Limpeza das vias aéreas eficaz
110	Marcha	Marcha Prejudicada	Marcha melhorada ou eficaz
111	Medo	Medo	Medo reduzido
112	Membrana mucosa Prejudicada	Membrana mucosa oral Prejudicada	Integridade tissular da membrana mucosa oral
113	Memória Prejudicada	Memória Prejudicada	Memória eficaz
114	Micção Prejudicada	Micção Prejudicada	Micção positiva ou eficaz
115	Mobilidade na cama	Mobilidade na Cama, Prejudicada	Capaz de mobilizar-se na cama
116	Capacidade para mover-se	Mobilidade, Prejudicada	Capaz de mobiliza-se
117	Ferida	Ferida	Ferida por animal doméstico (especificar) ausente
118	Náusea	Náusea	Náusea, ausente
119	Negligência unilateral	Negligência unilateral	Negligência unilateral ausente
120	Overdose	Overdose	Overdose ausente
121	Paralisia	Paralisia	Paralisia ausente ou melhorada
122	Percepção	Percepção alterada	Percepção positiva ou melhorada
123	Percepção sensorial	Percepção sensorial visual, Prejudicada	Percepção sensorial visual positiva ou melhorada
124	Percepção sensorial	Percepção tátil, Prejudicada	Percepção tátil, positiva ou melhorada
125	Perfusão tissular	Perfusão tissular cardíaca diminuída	Perfusão tissular cardíaca eficaz
126	Perfusão tissular	Perfusão tissular eficaz	Perfusão tissular eficaz
127	Perfusão tissular	Perfusão tissular ineficaz: cerebral	Perfusão tissular cerebral eficaz
128	Perfusão tissular	Perfusão tissular	Perfusão tissular gastrointestinal eficaz

Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
		inefcaz: gastrointestinal	
129	Perfusão tissular	Perfusão tissular Prejudicada	Perfusão tissular eficaz
130	Preocupação	Preocupação dos pais	Preocupação dos pais nenhuma
131	Pressão arterial	Pressão arterial elevada	Pressão arterial nos limites normais ou reduzida
132	Cerúmen	Problema de cerúmen	Cerúmen ausente
133	Comportamento	Problema de comportamento	Comportamento eficaz
134	Prurido	Prurido	Prurido reduzido ou ausente
135	Queda	Queda	Queda ausente
136	Queimadura	Queimadura	Queimadura ausente
137	Respiração Prejudicada	Respiração Prejudicada	Respiração eficaz
138	Responsividade	Responsividade ausente	Responsividade
139	Retenção urinária	Retenção urinária	Retenção urinária ausente
140	Comportamento autodestrutivo	Risco comportamento autodestrutivo	Comportamento autodestrutivo ausente
141	Aspiração	Risco de aspiração	Aspiração ausente
142	Choque	Risco de choque	Choque ausente
143	Complicação	Risco de complicações durante a gestação	Complicações durante a gestação ausente
144	Confusão	Risco de confusão, aguda	Confusão, aguda ausente
145	Constipação	Risco de constipação	Constipação ausente
146	Desequilíbrio de eletrólitos	Risco de desequilíbrio de eletrólitos	Desequilíbrio de eletrólitos ausente
147	Desequilíbrio de líquidos	Risco de desequilíbrio de líquidos	Desequilíbrio de líquidos ausente
148	Processo patológico	Risco de doença sexualmente transmissível	Doença sexualmente transmissível ausente
149	Envenenamento	Risco de envenenamento	Envenenamento ausente
150	Processo cardíaco, prejudicado	Risco de função cardíaca, Prejudicada	Função cardíaca eficaz
151	Sistema respiratório	Risco de função do sistema respiratório, Prejudicada	Função do sistema respiratório eficaz
152	Processo neurovascular, prejudicado	Risco de função neurovascular periférica, Prejudicada	Função neurovascular eficaz
153	Processo do sistema reprodutivo, Prejudicado	Risco de função reprodutiva Prejudicada	Função reprodutiva eficaz
154	Gestação não planejada	Risco de gestação não intencional	Gestação planejada
155	Hemorragia	Risco de hemorragia	Hemorragia ausente
156	Hipervolemia	Risco de hipervolemia	Hipervolemia ausente
157	Hipovolemia	Risco de hipovolemia	Hipovolemia ausente
158	Infecção	Risco de infecção	Infecção ausente

Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
159	Integridade da pele	Risco de integridade da pele, Prejudicada	Integridade da pele eficaz
160	Intolerância à atividade	Risco de intolerância à atividade	Tolerância à atividade eficaz
161	Perfusão tissular	Risco de perfusão tissular, ineficaz	Perfusão tissular eficaz
162	Queda	Risco de queda	Queda ausente
163	Vítima de abuso de idoso	Risco de ser vítima de Abuso de idoso	Risco de ser vítima de abuso de idoso, diminuído
164	Vítima de abuso infantil	Risco de ser vítima de abuso infantil	Risco de ser vítima de abuso infantil, diminuído
165	Vítima de negligência	Risco de ser vítima de negligência	Risco de ser vítima de negligência, diminuído
166	Vítima de negligência	Risco de ser vítima de negligência de idoso	Risco de ser vítima de negligência de idoso diminuído
167	Vítima de negligência infantil	Risco de ser vítima de negligência infantil	Risco de ser vítima de negligência infantil diminuído
168	Vítima de violência de parceiro íntimo	Risco de ser vítima de violência de parceiro íntimo	Risco de ser vítima de violência de parceiro íntimo diminuído
169	Suicídio	Risco de suicídio	Risco de suicídio diminuído
170	Termorregulação Prejudicada	Risco de termorregulação, Prejudicada	Termorregulação eficaz
171	Trauma	Risco para trauma	Risco para trauma
172	Sangramento	Sangramento	Sangramento reduzido ou ausente
173	Sangramento	Sangramento esôfago	Sangramento esôfago reduzido ou ausente
174	Sangramento	Sangramento gastrointestinal	Sangramento gastrointestinal reduzido ou ausente
175	Sangramento	Sangramento intestino	Sangramento intestino reduzido ou ausente
176	Sangramento vaginal	Sangramento vaginal	Sangramento vaginal ausente
177	Saturação de oxigênio no sangue	Saturação de oxigênio no sangue baixa	Saturação de oxigênio no sangue
178	Sistema cardiovascular	Sistema cardiovascular, prejudicado	Sistema cardiovascular eficaz
179	Taquicardia	Taquicardia	Taquicardia ausente
180	Tentativa de suicídio	Tentativa de suicídio	Tentativa de suicídio
181	Termorregulação Prejudicada	Termorregulação Prejudicada	Termorregulação eficaz
182	Tosse	Tosse	Tosse ausente
183	Trauma	Trauma	Trauma
184	Trauma	Trauma na cabeça	Trauma
185	Tremor	Tremor	Tremor diminuído ou ausente
186	Tristeza	Tristeza	Tristeza diminuída
187	Troca de gasosa	Troca de gases, Prejudicada	Troca de gases eficaz
188	Ventilação espontânea	Ventilação espontânea Prejudicada	Ventilação espontânea eficaz
189	Vertigem Postural	Vertigem postural	Vertigem postural ausente
190	Visão	Visão Prejudicada	Visão melhorada

Nº	FOCO	DIAGNÓSTICO	RESULTADO
191	Vítima de agressão sexual	Vítima de agressão sexual	Vítima de agressão sexual interrompido
192	Vômito	Vômito	Vômito ausente

## APÊNDICE I

### Mapeamento Eletrônico Intervenções de Enfermagem

Database3: Banco de dados- C:\Users\lenen\OneDrive\Documents\Database3.accdb (Formato de arquivo Access 2007 - 2016) - Access

Dilzilene Cunha Svirino Farias

Arquivo Página Inicial Criar Dados Externos Ferramentas de Banco de Dados Ajuda Diga-me o que você deseja fazer

Modo de Exibição Recortar Copiar Colar Pincel de Formatação Área de Transferência

Modos de Exib... Área de Transferência

Classificar e Filtrar

Registros

Formato de Texto

Todos os Objetos

Mapeamento\_2\_intervenções

Mapeamento\_1\_intervenções

termo Intervenções mapeadas

Administrar Antipirético	Administrar Antipirético
Administrar Medicação	Administrar medicação
Administrar Vacina	Administrar vacina
Alimentar Paciente	Alimentar Paciente
Aplicar Compressa Fria	Aplicar compressa fria
Aplicar Compressa Quente	Aplicar compressa quente
Apoiar Condição Psicológica	Apoiar Condição Psicológica
Auscultar o Pulmão	Auscultar o Pulmão
Auxiliar a Lavar-se	Auxiliar a Lavar-se
Auxiliar na Higiene	Auxiliar na Higiene
Avaliar Regime Terapêutico	Avaliar regime terapêutico
Estabelecer Confiança	Estabelecer confiança
Examinar o Abdômen	Examinar o Abdômen
Executar Enema	Executar Enema
Gerenciar Fadiga	Gerenciar fadiga
Gerenciar Febre	Gerenciar Febre
Gerenciar Hiperglicemia	Gerenciar Hiperglicemia
Gerenciar Hipoglicemia	Gerenciar Hipoglicemia
Gerenciar Nutrição Enteral	Gerenciar Nutrição Enteral
Gerenciar Vômito	Gerenciar Vômito
Manejar (Controlar) Crise	Manejar (controlar) crise
Monitorar Confusão	Monitorar confusão
Monitorar Dor	Monitorar Dor
Monitorar Perfusão Tissular	Monitorar Perfusão Tissular

Registro: 11 de 656 Sem Filtro Pesquisar

Modo folha de dados Caps Lock Num Lock SQL

## APÊNDICE J-

### Lista de Intervenções Constantes e Intervenções Novas

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
Administrar antibiótico	Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação
Administrar antipirético	Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes
Administrar insulina	Administrar diurético conforme prescrição
Administrar medicação	Administrar e controlar infusão de solução e medicação
Administrar medicação inalatória	Administrar glicose hipertônica
Administrar medicação para dor	Administrar medicação para cólica
Administrar medicação, após interpretação do resultado de gasometria arterial	Administrar medicação para controle da agitação conforme prescrição
Administrar vacina	Administrar medicação para náusea
Alimentar paciente	Administrar medicamento anti-hipertensivo
Aplicar bandagem de compressão	Administrar nutrição enteral
Aplicar compressa fria	Ajustar a temperatura do ambiente conforme necessidade do paciente
Aplicar compressa quente	Aliviar região corporal sob pressão
Aplicar contenção física	Alterar posição do paciente no leito
Aplicar contenção física	Aplicar cobertura de ferida não aderente
Apoiar condição psicológica	Aplicar compressa ocular
Apoiar imagem corporal, positiva	Aplicar unguento (pomada) na mucosa oral
Auscultar o abdômen	Apoiar família/cuidador
Auscultar o pulmão	Apoiar ligação afetiva pais-criança
Auxiliar a lavar-se	Articular rede de proteção
Auxiliar a vestir-se	Auscultar sons cardíacos
Auxiliar na higiene	Auxiliar banho no chuveiro
Auxiliar na ingestão de alimentos ou líquidos	Auxiliar os pais/cuidador a interpretarem o choro do bebê
Auxiliar na marcha (caminhada)	Auxiliar suturar ferida
Auxiliar na marcha (caminhada) com uso de dispositivo	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
Auxiliar na mobilidade	Avaliar a intensidade, localização da cólica
Auxiliar na mobilidade na cama	Avaliar a presença de dor, parestesia e perda de função
Auxiliar no autocuidado	Avaliar dependência psicológica da ventilação
Auxiliar no uso do vaso sanitário e na higienização, após evacuar e urinar	Avaliar dor torácica (intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio)
Auxiliar os cuidados com a higiene oral (ou bucal)	Avaliar e monitorar eliminação urinária
Avaliar adesão ao regime terapêutico	Avaliar e monitorar perfusão tissular periférica

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
Avaliar cicatrização da ferida	Avaliar nível de independência do idoso
Avaliar regime terapêutico	Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no dispositivo para monitoração
Avaliar resposta à medicação	Avaliar perfusão tissular periférica
Avaliar resposta à terapia com líquidos (ou hidratação)	Avaliar presença e qualidade dos pulsos
Avaliar resposta à termorregulação	Avaliar pulso do membro afetado
Avaliar resposta ao manejo (controle) da dor	Avaliar reflexo pupilar
Avaliar resposta psicossocial à instrução	Avaliar resposta ao manejo da cólica
Avaliar resposta psicossocial ao plano de cuidado	Avaliar retenção urinária
Avaliar, após queda	Avaliar risco de sangramento
Cateterizar bexiga urinária	Avaliar simetria face
Cuidados com fratura	Avaliar sinais e sintomas de choque
Demonstrar técnica de relaxamento	Avaliar sinais e sintomas de inflamação
Encaminhar para serviço auxiliar de saúde	Avaliar sinais e sintomas que justifiquem manifestação clínica
Encaminhar para terapia de grupo de apoio	Avaliar sistema cardiovascular
Encorajar afirmações positivas	Banhar o paciente com água morna
Encorajar uso de técnica respiratória, ou de tosse	Banhar o paciente no leito
Entrar em acordo para comportamento positivo	Coletar urina para exame
Estabelecer confiança	Colocar coletor de urina no pênis
Exame físico	Colocar objetos do lado não afetado
Examinar o abdômen	Controlar infusão de medicação
Executar amplitude de movimento, passiva	Controlar pressão do cuff do TOT
Executar enema	Despir paciente
Facilitar a higiene, por si próprio	Determinar a causa do prurido
Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado	Diminuir Estimulação da luz com compressa ou gaze
Fazer rastreamento (screening) de abuso de substância	Documentar arritmias cardíacas
Gerenciar atividade do paciente	Elevar grade da cama
Gerenciar comportamento negativo	Elevar membro afetado
Gerenciar conservação de energia	Elevar os membros inferiores
Gerenciar fadiga	Elevar tórax
Gerenciar febre	Encaminhar amostra de escarro ao laboratório
Gerenciar hidratação	Encaminhar para assistente social
Gerenciar hiperglicemia	Encaminhar para acompanhamento em unidade ambulatorial
Gerenciar hipoglicemia	Encaminhar para acompanhamento no serviço de referência
Gerenciar nutrição enteral	Encaminhar para avaliação com dentista
Gerenciar processo de enfrentamento, prejudicado	Encaminhar para avaliação médica



INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
Gerenciar resposta ao tratamento, negativa	Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira banho
Gerenciar sedação	Encaminhar para consulta médica
Gerenciar terapia com líquidos (ou hidratação)	Encorajar comportamento de busca de saúde positivo
Gerenciar vômito	Encorajar comportamento de exercício físico
Identificar atitude em relação ao cuidado	Encorajar consumo baixo de álcool
Identificar condição psicossocial	Encorajar o aumento da ingestão de líquidos
Identificar percepções alteradas	Enrolar recém-nascido/bebê
Identificar risco de hemorragia	Estabelecer comunicação eficaz
Implementar cuidados com ventilador mecânico	Estabelecer limite de visita
Implementar cuidados de conforto	Estimular aumento de ingestão de líquido
Implementar precauções contra suicídio	Estimular colocação ou retirada de roupas, por si próprio
Implementar regime de cuidados com a pele	Estimular confiança dos pais
Implementar regime de imobilização	Estimular memória
Implementar regime de manejo (controle) da convulsão	Estimular mobilidade na cama
Implementar regime de reclusão (ou isolamento)	Estimular os pais nos cuidados com a criança
Implementar regime de segurança	Estimular paciente exercitar membro não afetado
Inserir dispositivo de acesso vascular	Evitar contato do paciente com fonte desestabilizadora
Inserir dispositivo de acesso vascular	Evitar manipular local com dispositivos
Interpretar resultado de gasometria arterial	Evitar medicação intramuscular
Limpar a membrana mucosa oral (ou bucal)	Examinar ouvido
Manejar (controlar) crise	Executar eletrocardiograma em 12 derivações
Manter acesso intravenoso (ou endovenoso)	Executar banho no leito
Manter dignidade e privacidade	Executar eletrocardiograma sequenciais conforme necessidade
Manter ventilação com ventilador mecânico	Executar medida de segurança
Manter vias aéreas permeáveis	Executar medidas de segurança durante posicionamento no leito
Medir (ou verificar) pressão arterial	Executar teste rápido
Medir (ou verificar) temperatura corporal	Facilitar comunicação com paciente
Monitorar a integridade da pele	Facilitar Recuperação de Abuso de Álcool
Monitorar abstinência (afastamento ou retirada de algo)	Falar próximo ao lado da audição não Prejudicada
Monitorar cicatrização de ferida	Fazer rastreamento
Monitorar condição cardíaca	Fazer rastreamento de acidente vascular cerebral
Monitorar condição neurológica	Gerenciar amostra
Monitorar condição respiratória	Gerenciar cateter urinário
Monitorar confusão	Gerenciar Coleta de Amostra
Monitorar descarga (ou fluxo) vaginal	Higienizar as mãos
Monitorar dor	Identificar doença psiquiátrica ou abuso de substância

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
Monitorar glicose sanguínea	Identificar ligação afetiva cuidador-criança
Monitorar ingestão de alimentos	Identificar objeto e sua localização visualmente
Monitorar ingestão de líquidos	Identificar os fatores que podem causar ou contribuir para a constipação
Monitorar motilidade intestinal	Identificar pessoa/familiar significativa para a acompanhar paciente
Monitorar o banho, por si próprio	Identificar presença de sangramento vaginal
Monitorar perfusão tissular	Identificar risco de abortamento
Monitorar pressão arterial	Identificar uso de anticoagulante
Monitorar resposta ao desmame ventilatório	Implementar medidas de Prevenção de Queda
Monitorar resposta ao tratamento	Implementar nutrição enteral
Monitorar resultado laboratorial	Implementar regime de isolamento respiratório
Monitorar risco de queda	Implementar técnica para remover objeto
Monitorar saturação de oxigênio sanguíneo usando oxímetro de pulso	Informar ao médico sinais e sintomas de hipotermia ou hipertermia
Monitorar sinais e sintomas de infecção	Informar médico baixa saturação de oxigênio no sangue
Monitorar sinais vitais	Informar médico instabilidade hemodinâmica
Monitorar temperatura corporal	Informar sobre os recursos comunitários de orientação ao exercício físico
Observar percepção, alterada	Informar sobre serviço de manejo (controle) da dor
Obter dados sobre a pele	Informar sobre serviços ambulatoriais para acompanhamento
Obter dados sobre abstinência (afastamento ou retirada de algo)	Inserir dispositivo de acesso vascular em membro não afetado
Obter dados sobre abuso de álcool	Inserir dispositivo de acesso vascular menor calibre
Obter dados sobre abuso de substância	Inserir tubo gástrico
Obter dados sobre adesão à dieta	Instalar bomba de infusão
Obter dados sobre adesão ao regime de segurança	Instalar dispositivo para monitoração cardíaca
Obter dados sobre atitude em relação à condição de saúde	Instalar dispositivo para monitoração cardíaca e pulmonar
Obter dados sobre audição	Instalar oxigenoterapia
Obter dados sobre autoestima	Instalar óleo mineral no ouvido antes da irrigação
Obter dados sobre capacidade para andar (caminhar)	Investigar a presença de dor torácica
Obter dados sobre comportamento	Investigar condições fisiológicas
Obter dados sobre comportamento agressivo	Investigar efeito colateral de medicação, abuso de drogas ou trauma
Obter dados sobre comportamento de ingestão de alimentos ou líquidos	Investigar sinais trabalho de parto prematuro
Obter dados sobre comportamento sexual	Irrigar e drenar substância gástrica
Obter dados sobre condição cardíaca, usando dispositivo de monitoração	Irrigar olhos com solução fisiológica abundantemente
Obter dados sobre condição Intestinal	Irrigar ouvido

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
Obter dados sobre condição neurológica	Lavar a ferida copiosamente com solução fisiológica ou água corrente em temperatura ambiente
Obter dados sobre condição psicológica	Lavar ferida com água e sabão
Obter dados sobre condição respiratória	Lavar o olho com água corrente abundante
Obter dados sobre condição urinária	Limpar área de exposição à contaminação
Obter dados sobre conflito de decisão	Limpar cavidade oral quando necessário
Obter dados sobre consciência (cognição)	Limpar ferida
Obter dados sobre desconforto	Limpar lesão
Obter dados sobre diarreia	Manter contato visual com o paciente
Obter dados sobre dor	Manter grade da cama elevada
Obter dados sobre edema	Manter higiene
Obter dados sobre efeito colateral da medicação	Manter integridade da pele
Obter dados sobre equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico)	Manter maca baixa
Obter dados sobre expectoração (ou escarro)	Manter o paciente em ambiente calmo e tranquilo
Obter dados sobre fadiga	Manter paciente em isolamento respiratório
Obter dados sobre ferida	Manter paciente sentado em repouso no leito
Obter dados sobre função neurovascular periférica	Manter papel toalha, recipiente ou cuba rim, junto ao paciente
Obter dados sobre humor, deprimido	Manter repouso no leito
Obter dados sobre ingestão de alimentos	Manter temperatura corporal
Obter dados sobre integridade da pele	Manter urinol/comadre próximo do paciente
Obter dados sobre lesão	Manter-se perto do paciente
Obter dados sobre medo	Medir (ou verificar) glicose sanguínea
Obter dados sobre memória	Medir (verificar) e monitorar sinais vitais
Obter dados sobre micção	Medir (verificar) sinais vitais
Obter dados sobre mobilidade	Monitorar a ocorrência de vermelhidão
Obter dados sobre náusea	Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade
Obter dados sobre padrão de higiene	Monitorar capacidade para mover-se
Obter dados sobre perfusão tissular	Monitorar cognição
Obter dados sobre resposta psicológica à dor	Monitorar cólica
Obter dados sobre risco de hipertermia	Monitorar coloração da pele e esclerótica
Obter dados sobre risco de hipotermia	Monitorar comunicação
Obter dados sobre risco de violência	Monitorar condição gastrointestinal
Obter dados sobre sinais e sintomas de infecção	Monitorar condição hemodinâmica
Obter dados sobre suscetibilidade a infecção	Monitorar condição neurológica e respiratória
Obter dados sobre tolerância à atividade	Monitorar condição nutricional
Obter dados sobre tristeza	Monitorar contrações uterinas
Obter dados sobre uso de contraceptivo	Monitorar cor e temperatura da pele
Obter dados sobre vertigem postural (tontura)	Monitorar deglutição e nível de consciência

<b>INTERVENÇÕES CONSTANTES</b>	<b>INTERVENÇÕES NOVAS</b>
Obter dados sobre visão	Monitorar desidratação
Oferecer bebida (ou líquidos)	Monitorar dispositivo invasivo
Orientar cuidador sobre desmame	Monitorar dor torácica
Orientar família sobre equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico)	Monitorar e controlar infusão de eletrólitos
Orientar família sobre prevenção de infecção	Monitorar e registrar duração e característica da convulsão
Orientar família sobre termorregulação	Monitorar eliminação intestinal
Orientar sobre abuso de álcool	Monitorar eliminação urinária
Orientar sobre autocuidado com a pele	Monitorar enchimento capilar
Orientar sobre comportamento sexual	Monitorar equilíbrio de eletrólitos
Orientar sobre cuidado com os olhos	Monitorar equilíbrio de líquidos (ou balanço hídrico)
Orientar sobre cuidados com fratura	Monitorar ferida
Orientar sobre cuidados com molde (suporte ortopédico ou tala, de gesso, plástico ou fibra de vidro)	Monitorar frequência de pulso radial
Orientar sobre cuidados com úlcera (lesão) por pressão	Monitorar hidratação
Orientar sobre dieta	Monitorar hidratação venosa e oral
Orientar sobre fadiga	Monitorar infusão intravenosa
Orientar sobre higiene vaginal	Monitorar lesão
Orientar sobre infecção	Monitorar oxigenioterapia
Orientar sobre ingestão de líquidos	Monitorar percepção
Orientar sobre manejo (controle) da febre	Monitorar percepção sensorial
Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência (de afastamento ou de algo)	Monitorar perfusão periférica
Orientar sobre medidas de segurança	Monitorar pulso
Orientar sobre prevenção de queda	Monitorar resposta à medicação
Orientar sobre prevenção de úlcera (lesão) por pressão	Monitorar risco de infecção
Orientar sobre procedimento	Monitorar ritmo cardíaco
Orientar sobre reação alérgica	Monitorar sangramento
Orientar sobre saúde durante viagem (ou sobre saúde do viajante)	Monitorar sangramento nas fezes
Orientar sobre segurança do domicílio	Monitorar sangramento vaginal
Orientar sobre serviço de saúde	Monitorar sensibilidade periférica
Orientar sobre uso de contraceptivo	Monitorar sinais de aspiração
Orientar sobre vacina	Monitorar sinais de desidratação
Prevenção de queda	Monitorar sinais de hipóxia
Prevenção de violência	Monitorar sinais e sintomas de constipação
Prevenir aspiração	Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos
Prevenir choque	Monitorar tamanho hematoma
Prevenir constipação	Monitorar temperatura ambiente
Prevenir infecção cruzada	Monitorar tremor
Priorizar regime terapêutico	Notificar ao serviço de vigilância
Promover apoio familiar	Notificar sobre saúde do viajante

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
Promover autoestima	Notificar violência
Promover capacidade para transferir-se, por si próprio	Observar edema periférico
Promover condição psicológica, positiva	Observar mucosa oral e pele do paciente
Promover estabelecimento de limites	Observar presença de lesão
Promover marcha (caminhada) com uso de dispositivo	Observar presença de sangramento
Promover mobilidade física	Observar processo familiar
Promover o banho, por si próprio	Observar sinal de desconforto
Promover termorregulação, positiva	Obter dados sobre a secreção (aspecto, quantidade e início do corrimento)
Proteger pele	Obter dados sobre arritmia
Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional	Obter dados sobre coagulação
Prover (proporcionar, fornecer) privacidade	Obter dados sobre comportamento autoagressivo
reforçar comunicação	Obter dados sobre consciência alterada com familiar/acompanhante
Reforçar controle de impulso	Obter dados sobre consumo de álcool
Relatar condição a equipe interprofissional	Obter dados sobre cor, consistência, presença de sangue, quantidade, frequência do vômito
Relatar condição a membro da família	Obter Dados sobre Deglutição
Relatar resultado de teste	Obter Dados sobre Dor torácica
Remover sutura	Obter dados sobre envenenamento
Ressuscitação cardiopulmonar	Obter dados sobre eritema
sugar (ou aspirar) vias aéreas	Obter dados sobre exposição à contaminação
Transferir paciente	Obter dados sobre exposição à contaminação química
Tratar lesão	Obter dados sobre gestação
Tratar reação alérgica	Obter dados sobre hematoma
Trocar cobertura de ferida (ou curativo)	Obter dados sobre hiperglicemia
Trocar fralda	Obter dados sobre histórico de arritmias
	Obter dados sobre o corrimento vaginal (aspecto, quantidade e início do corrimento)
	Obter dados sobre o envenenamento
	Obter dados sobre o tempo de início da paralisia
	Obter dados sobre o tempo de início da percepção alterada
	Obter dados sobre perfusão tissular periférica
	Obter Dados sobre relação Sexual
	Obter dados sobre sangramento
	Obter dados sobre trauma
	Oferecer conforto durante o episódio do vômito
	Oferecer informações sobre cuidados prestados
	Oferecer ou manter recipiente próximo para conter o vômito

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
	Orientar a família/cuidador sobre posição do paciente no leito
	Orientar acompanhamento ambulatorial
	Orientar acompanhamento serviço referência do idoso
	Orientar aplicar compressa fria
	Orientar aplicar compressa quente
	Orientar banho de assento
	Orientar coleta de urina para exame laboratorial
	Orientar evitar uso das unhas ou objetos para coçar a pele
	Orientar exame preventivo de câncer de colo uterino
	Orientar família e paciente sobre priapismo
	Orientar família sobre manejo (controle) da dor
	Orientar família sobre manejo da cólica
	Orientar família sobre memória Prejudicada
	Orientar família sobre prevenção de queda
	Orientar família sobre prevenção de trauma
	Orientar família/cuidado informar sinais e sintomas de hipotermia ou hipertermia
	Orientar higiene das mãos
	Orientar higiene oral diária
	Orientar ingestão de alimentos
	Orientar ingestão de alimentos em pequenas quantidades
	Orientar ingestão de alimentos macios, cremosos com pouca acidez
	Orientar não inserir instrumentos para retirar objetos de cavidades
	Orientar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial
	Orientar o paciente a relatar imediatamente desconforto no peito
	Orientar o paciente/família observar cor, volume, frequência e consistência das fezes
	Orientar o paciente/família sobre ingestão de alimentos ricos em fibra
	Orientar o paciente/família sobre o uso adequado de laxantes
	Orientar o uso correto do preservativo
	Orientar o uso de técnicas não farmacológicas para controle da dor
	Orientar os pais sobre condição de saúde da criança
	Orientar os pais/cuidador sobre técnicas para acalmar bebê

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
	Orientar paciente/cuidador identificar sinais e sintomas de intolerância à atividade
	Orientar paciente/família sinais e sintomas de hipoglicemia
	Orientar paciente/familiar observar fezes com sangue
	Orientar pais massagear bebê ou lactente
	Orientar pais sobre dispositivo
	Orientar pais sobre manejo da dor
	Orientar pais sobre procedimento
	Orientar pais sobre sinais e sintomas da doença
	Orientar prevenção de infecção
	Orientar prevenção de lesão
	Orientar prevenção de queda
	Orientar prevenção de trauma
	Orientar relação sexual segura
	Orientar sinais e sintomas de complicações da gravidez
	Orientar sobre abuso de substância
	Orientar sobre cuidados com dispositivos
	Orientar sobre higiene do pênis
	Orientar sobre os benefícios de um regime de atividade física rotineira
	Orientar sobre polifarmácia
	Orientar sobre prevenção de suicídio
	Orientar sobre sinais e sintomas de infecção
	Orientar uso de fralda mais frouxa
	Orientar uso de máscara nos primeiros 15 dias de tratamento
	Orientar uso de roupas confortáveis e leves
	Orientar vigilância do animal
	Posicionar paciente em posição de 90°
	Posicionar paciente durante ingestão de alimentos em 90° e após 30 a 45°
	Posicionar paciente no leito
	Posicionar recém-nascido/bebê
	Preparar paciente para desfibrilar
	Prescrever vacina antirrábica e soro
	Prevenir hipotermia
	Prevenir lesão lado afetado
	Prevenir lesão por pressão
	Prevenir procedimentos
	Prevenir risco de contaminação
	Promover ambiente com poucos estímulos
	Promover ambiente para amamentação

INTERVENÇÕES CONSTANTES	INTERVENÇÕES NOVAS
	Promover apoio familiar ou de pessoa significativa
	Promover conforto
	Promover hidratação da mucosa oral
	Promover hidratação da pele
	Promover higiene corporal
	Promover ingestão nutricional, positiva
	Promover limpeza de vias aéreas
	Promover mobilidade com cadeira de rodas
	Promover repouso no leito
	Promover uma escuta ativa
	Proporcionar consistência do alimento conforme capacidade de deglutir
	Proteger local com gaze embebida em solução fisiológica
	Proteger olhos com gaze estéril
	Proteger partes amputadas
	Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional ao familiar
	Prover dieta hipoglicídica
	Prover dispositivo de segurança
	Prover privacidade no banho
	Rastrear doença sexualmente transmissível
	Realizar curativo
	Realizar curativo compressivo
	Realizar testes rápidos de doenças infectocontagiosas
	Reforçar adesão ao regime terapêutico
	Reforçar as tentativas de vestir-se sozinho
	Registrar aceitação da dieta
	Relatar ao médico resposta ao manejo (controle) da dor
	Remover (algo) com jato de água ou outro líquido corpo estranho
	Remover objetos perigosos do ambiente do paciente
	Remover roupas, joias, anéis, piercing, próteses
	Requisitar apoio da segurança
	Requisitar presença do médico
	Retirar lentes de contato
	Retirar dispositivo de acesso vascular
	Trabalhar em rede
	Tranquilizar e ajudar os pais em seu papel de apoio
	Tranquilizar paciente
	Tranquilizar paciente e familiar
	Tranquilizar pais sobre condição da criança
	Transferir paciente para sala de emergência



<b>INTERVENÇÕES CONSTANTES</b>	<b>INTERVENÇÕES NOVAS</b>
	Trocar água do umidificador
	Verificar enchimento capilar
	Verificar necessidade de aspiração de vias aéreas
	Verificar o resíduo em tubo gastro/enteral antes de administrar dieta
	Verificar posicionamento de tubo gastro/enteral
	Verificar vias aéreas permeáveis
	Vestir Paciente

## APÊNDICE L

### CRONOGRAMA

<b>ETAPAS</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>Revisão Bibliográfica</b>	Agosto/2018 a Março/2021
<b>Apresentação do Projeto de Pesquisa</b>	Abril/2019
<b>Anuência ao Comitê de Ética</b>	Dezembro/2019
<b>Exame geral de qualificação</b>	Dezembro//2020
<b>Coleta de Dados</b>	Agosto/2019 a fevereiro/2021
<b>Discussão e avaliação dos dados</b>	Fevereiro/21 a Out /2021
<b>Redação do trabalho final</b>	Dez/2021
<b>Exame final</b>	Jan//2022
<b>Entrega da dissertação</b>	Jul/2022