



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Karen Hillary Santos Nascimento

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PALMAS-TO

Palmas - TO

2019

Karen Hillary Santos Nascimento

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
PALMAS-TO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a. Especialista Tatiana Peres Santana Porto Wanderley.

Coorientadora: Prof. Especialista Simone Costa Sampaio

Palmas – TO

2019

Karen Hillary Santos Nascimento

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
PALMAS-TO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e
apresentado como requisito parcial para obtenção do
título de Enfermagem pelo Centro Universitário
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^a. Especialista Tatiana Peres Santana
Porto Wanderley.

Co-orientador: Prof^o Especialista Simone Sampaio da
Costa

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Especialista Tatiana Peres Santana Porto Wanderley
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^a. Especialista Simone Sampaio da Costa
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Enf^a. Especialista Noêmia Sampaio de Andrade
Hospital Geral de Palmas

Palmas – TO

2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, aquele o qual me deu o dom da vida e permitiu que minha caminhada chegasse até aqui, que me manteve de pé todas as vezes que eu chorei e pensei em desistir de tudo, quando eu não mais tinha forças para me manter firme nessa longa jornada de 4 anos e meio.

Aos meus pais Hilton e Fátima que sempre acreditaram no meu sonho, que quando lá em 2015 apoiaram minha louca ideia de sair de casa para seguir um rumo o qual era desconhecido, obrigada mãe e pai por fazerem desse sonho realidade, por cada ligação e oração de apoio, obrigada pelos dias trabalhos em prol da minha educação, obrigado por não duvidarem de mim nem por um segundo e principalmente obrigada por serem os meus pais, por terem me escolhido, cuidado e dado tanto amor a mim, essa vitória não é minha é completamente de vocês.

Gostaria agora de agradecer a minha tão especial orientadora, Tatiana, ai prof. só eu lembro das diversas aulas de semiologia que la no 4º período eu já dizia “Tati você vai ser minha orientadora ein!” , ai professora obrigada por ter embarcado nessa jornada comigo, por ter acreditado no meu projeto de pesquisa e principalmente no meu potencial para executá-lo, pelas orientações e direções que sem você esse trabalho não teria tomado, sei que terei para sempre sua amizade, pois a considero mais que professora, uma amiga.

A prof. Simone por também ter embarcado nessa pesquisa, creio que além disso, ter entrado na minha vida como uma grande amiga, você foi de extrema importância na execução deste trabalho mais principalmente na contribuição acadêmica e pessoal que tive nos diversos momentos de aprendizado ao seu lado.

A minha querida e amada amiga Fernanda Leal, obrigada por ser simplesmente minha irmã durante esses anos, por ter aguentado minhas crises de choro, meus momentos de chatice, de sermão e principalmente por ter me incluído na sua família, Deus sabe o quanto eu amo você, e o quanto sou grata por ele ter colocado você na minha vida. Obrigada pela força e incentivo, você é peça fundamental da minha vida.

As minhas amigas Érika que esteve nessa reta final me dando todo o apoio e suporte como real irmã formando o nosso trio (Meu pessoal) junto com a Maria Victoria que me abrigou na casa dela, onde pude ter tios maravilhosos (Luiz e Andreia) que me tiveram como da família, obrigado meninas por serem minha força no momento em que eu mais precisei,

obrigado por serem minha família, por serem as irmãs que eu nunca tive, por serem as melhores amigas que alguém pode ter e por compor um pedaço da minha vida, eu amo vocês.

Gostaria de agradecer a Larissa Rodrigues, Mirelly Alvarenga, Brenda Crystine e Vitória Cardoso por todas as palavras de apoio, colo, motivação que me fizeram não desistir, vocês também são minha família, obrigada por me escutarem, por brigarem comigo e principalmente por me deixar fazer parte da vida de vocês, a vocês todo meu amor.

Gostaria de agradecer também a Executiva nacional dos Estudantes de Enfermagem e a todos os momentos que ela me proporcionou de militância, de me reconhecer enquanto agente transformador do meu meio acadêmico, aos meus amigos de militância Eloiza Domingos, Nathália Cantuária, Hyago Connor, Lucas Araújo, Iago Castro, Ricardo Silva, Eliza Paixão e Hector Lourinho.

*Por isso não tema, pois estou com você;
não tenha medo, pois sou o seu Deus.
Eu o fortalecerei e o ajudarei;
eu o segurarei
com a minha mão direita vitoriosa.
Isaiás 41:10*

RESUMO

NASCIMENTO, K.H.S.; **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem prevalentes na emergência de um hospital de referência em Palmas-TO**. Trabalho de Conclusão de Curso em enfermagem I). Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas - TO. p.39. 2019.

O processo de enfermagem proporciona cuidado individualizado, humano e de qualidade para o cliente. Uma emergência pode ser entendida como a constatação de agravos à saúde, súbitos, imprevisíveis que impliquem em risco iminente de morte e ou sofrimento intenso e que exigem solução imediata, nessa unidade, assim como em todos os ambientes em que a enfermagem atua, deve ser implementado o processo de enfermagem. Nesse contexto foi realizada uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, exploratória, de caráter descritivo simples na unidade do pronto socorro (PS) do Hospital Geral de Palmas (HGP), nas salas vermelha e amarela, com os objetivos de: identificar os sinais e sintomas através da avaliação de enfermagem prevalentes em pacientes institucionalizados, levantar os diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA I, elucidar as prescrições e resultados esperados de acordo com as taxonomias NIC e NOC, Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas, elaborar um plano de cuidados; elucidar as principais patologias atendidas na emergência. A amostra foi composta por 10 pacientes. Os resultados evidenciaram que as patologias prevalentes foram AVCH e HAS. Os títulos diagnósticos mais prevalentes foram: Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Ventilação espontânea prejudicada, Débito cardíaco diminuído e Confusão aguda. Os resultados e intervenções foram elaborados conforme as necessidades humanas básicas afetadas: Eliminação urinária e intestinal; Nutrição; Oxigenação; Hidratação; Regulação vascular; Conforto e Percepção cognitiva. Percebemos que nos prontuários não havia registro dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, o que sugere a não execução do processo de enfermagem e descumprimento da Resolução COFEN 358/2009. O plano de cuidados desenvolvido poderá contribuir na implementação do processo de enfermagem do setor.

Descritores: Emergência. Processo de enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Enfermagem

ABSTRACT

NASCIMENTO, K.H.S.; **Nursing diagnoses, results and interventions prevalent in the emergency in a reference hospital in Palmas-TO.** Course Completion Work (Undergraduate) (TCC) - Nursing Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas TO, 2019

The nursing process is organized in five stages that are: collection of data of nursing, diagnosis, projection, implementation and evaluation. The same thing provides individualized, human care and of quality for the client. An emergence can be understood like the observation of agravos to the health, sudden, unpredictable what tease in imminent death risk and or intense suffering and what demand immediate solution. In the unity of emergence as well as in all the environments in which the nursing acts, the nursing process must be implemented. In this context a field work was carried out with quali-quantitative approach, exploratória, of simple descriptive character in the unity of the emergency hospital (PS) of the General Hospital of Palms (HGP), in the red and yellow rooms, with the objectives of: to identify the signs and symptoms through the evaluation of nursing prebrave in institutionalized patients, to lift the diagnoses of nursing of the taxonomy NANDA I, to elucidate the prescriptions and results waited in accordance with the taxonomies NIC and NOC, to Identify which the most affected basic human necessities, to prepare a cares plan; to elucidate the main pathologies attended in the emergence. The sample was composed by 10 patients. The results showed up that most of the patients were adult with superior age to, 60 years, they were interned during an average of 6 days, The prevalent pathologies were AVCH and HAS. The prevalent diagnostic titles foram:Risco of perfusion tissular cerebral ineffective, damaged spontaneous Ventilation, reduced cardiac Debit and sharp Confusion. The results and interventions were based in and selected according to the affected basic human necessities. We realize that in the HGP the preparation of the diagnoses, results and interventions of nursing were not written or been executed by them by the team of nursing. We end that what there is no fulfillment of the Resolution COFEN 358/2009 for the of nursing staff.

Key words: Emergence. Nursing process. Diagnoses of Nursing. Nursing

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Demonstrativo do sexo predominante dos pacientes atendidos internados no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela , de acordo com a pesquisa realizada.....36

Gráfico 2 – Demonstrativo da faixa etária dos pacientes dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.....37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Demonstrativo das principais patologias encontradas nos prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.....38

Tabela 2 - Demonstrativo dos dias de internação,dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.....40

Tabela 3 - Títulos diagnósticos da taxonomia NANDA I dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.....42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Demonstrativo dos sinais e sintomas mais evidenciados nos pacientes da sala vermelha e amarela do HGP, agrupados por necessidades humanas básicas, à luz da teoria de Wanda Horta, 2019.....41

Quadro 2 –Títulos diagnósticos e resultados esperados de enfermagem da NOC dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.....43

Quadro 3 –Títulos diagnósticos e intervenções de enfermagem da NIC dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas,no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada....45

Quadro 4 -Títulos diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras, de acordo com as taxonomias NANDA I, prevalentes nos pacientes atendidos na sala vermelha e amarela no Hospital Geral de Palmas, de acordo com a pesquisa realizada.....46

Quadro 5 -Títulos diagnósticos,resultados esperados e intervenções de enfermagem, de acordo com as taxonomias NANDA I, NOC, NIC prevalentes nos pacientes atendidos na sala vermelha e amarela no Hospital Geral de Palmas, de acordo com a pesquisa realizada.....50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EPIS	Equipamentos de Proteção Individual
HGP	Hospital Geral de Palmas
PS	Pronto Socorro
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
AVC	Acidente Vascular Cerebral
PIC	Pressão Intracraniana
PE	Processo de enfermagem
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
NANDA I	NANDA Internacional
NIC	North Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
CIPE	Classificação Internacional para prática de Enfermagem

TCUBD	Termo de Compromisso para Utilização de Banco de Dados
DE	Diagnóstico de Enfermagem
RE	Resultados de Enfermagem
PE	Prescrições de Enfermagem
NHB	Necessidades Humanas Básicas
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
TCE	Trauma Crânioencefálico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
1.2 HIPÓTESES.....	14
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 Objetivo Geral.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos.....	15
1.4 JUSTIFICATIVA.....	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	18
2.1.1 Etapas do Processo de Enfermagem.....	18
<i>2.1.1.1 Coleta de Dados de Enfermagem.....</i>	<i>18</i>
<i>2.1.1.2 Diagnóstico de Enfermagem.....</i>	<i>19</i>
<i>2.1.1.3 Planejamento de Enfermagem.....</i>	<i>20</i>
<i>2.1.1.4 Implementação.....</i>	<i>22</i>
<i>2.1.1.5 Avaliação de Enfermagem.....</i>	<i>23</i>
2.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	24
2.3. PRONTO SOCORRO.....	25
2.3.1 Atuação do enfermeiro no pronto socorro.....	26
2.4 PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS NO PRONTO SOCORRO.....	27
2.5. TAXONOMIAS.....	28
2.5.1 NANDA I.....	28
2.5.2 NIC.....	29
2.5.2NOC.....	30
2.6 TEORIAS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	31

3.METODOLOGIA.....	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.3 LOCAL E PERÍODO.....	32
3.4 CRITÉRIOS.....	32
3.5 VARIÁVEIS.....	33
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
3.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
3.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	35
3.9. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS.....	35
3.10 DESFECHO PRIMÁRIO	35
3.11 DESFECHO SECUNDÁRIO.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	62

1 INTRODUÇÃO

É notório que atualmente o cenário brasileiro é marcado por um aumento na quantidade de atendimentos realizados pelo serviço de urgência e emergência, gerados por acidentes de trânsito, violência, doenças de várias etiologias, entre outras que necessitam de um atendimento rápido e especializado (ROCHA, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2017d), essa categoria de serviço é composta por uma rede que visa a integração dos mais diversos equipamentos de saúde que buscam crescer e dar melhor qualidade aos usuários em situação de urgência/emergência. O pronto socorro (PS) é caracterizado por uma área delimitada, sem restrições de leito, com equipe multiprofissional ativa, sendo localizado em hospitais que atendem situações de média e alta complexidade.

Ao longo da história, o papel do enfermeiro nesse ambiente esteve relacionado a um estereótipo de gestão tradicional, coligada a uma infraestrutura rígida com enfoque em práticas rotineiras, porém, atualmente, o enfermeiro tornou-se um formador de opinião, com autonomia na tomada de decisão, avaliação, ordenação e cuidado, proporcionando ao paciente uma assistência integralizada e de qualidade (RIBEIRO *et al.*, 2011).

No pronto atendimento, o serviço tem características diferenciadas de outros setores do hospital pois demanda de conhecimento para situações complexas, as quais gerem ansiedade não somente no doente e familiar mais também na equipe. O enfermeiro desenvolve atividades como acolhimento, exame físico, avaliação e acompanhamento do paciente durante toda a sua estadia na unidade (SILVA; SANTOS, 2014).

Quando falamos de assistência de enfermagem, em qualquer cenário de saúde, é indispensável a utilização de uma teoria, para descrever e classificar a prática profissional, já que as mesmas são meios de relações entre conceitos, através de definições que sejam utilizadas no desenvolvimento significativo entre a descrição e classificação da prática (CHAVES, 2015). No Brasil, a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de autoria de Wanda Horta, destaca-se como a mais aceita e utilizada. A autora baseia-se em fases

inter-relacionadas e estruturadas que auxiliam na listagem de informações, através das quais o enfermeiro consegue traçar e direcionar o seu trabalho. Baseado nesses pressupostos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), reestruturou em 2009, as bases legais que apoiam a execução do Processo de Enfermagem, reafirmando a sua obrigatoriedade. De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, esse processo contempla cinco etapas, sendo: coleta de dados ou histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COREN-SP, 2015).

Esse modelo de cinco etapas foi assimilado entre 1979 e 2010, onde o PE passa de um conteúdo lógico e linear focado apenas em resolução dos problemas, apropriando-se de um processo caracterizado pela multiface, dinâmica, traçado pela linha de raciocínio crítico. Tais mudanças auxiliaram na tomada de decisões e gerenciamento do plano de cuidado de cada indivíduo, acrescentando a esse método os diagnósticos, as intervenções e os resultados esperados. Para ANA (American Nursing Association) taxonomias são classificações segundo suas relações naturais presumidas entre tipos e subtipos, essas taxonomias relacionam-se com os sistemas de classificação, logo também com as etapas do processo de enfermagem, dentre as mais diversas taxonomias, para se obter esses diagnósticos, intervenções e resultados esperados são usados, NANDA I (NANDA Internacional), NIC (Nursing Interventions Classifications), NOC (Nursing Outcomes Classification) e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (ALMEIDA; LUCENA, 2010).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais os diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções de enfermagem das taxonomias NANDA I, NOC, NIC prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO?

1.2 HIPÓTESES

H0: Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO tratam da NHB: Regulação vascular.

H1: Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO não se referem a NHB: Regulação vascular.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral:

- Verificar quais são os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem das taxonomias NANDA I, NOC, NIC prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO, à luz da teoria de Wanda Horta;
- Evidenciar através da avaliação de enfermagem os sinais e sintomas prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO;
- Elaborar um plano de cuidados para os pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência, a partir das taxonomias NANDA I, NOC, NIC;
- Elucidar as principais patologias nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência.

1.4 JUSTIFICATIVA

Atualmente o cenário brasileiro é caracterizado por uma elevada morbimortalidade por causas externas, sendo as mais prevalentes a violência e os acidentes de trânsito, associado a esse fato notamos também um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, advindo do fenômeno de envelhecimento populacional, despertando atenção quanto a necessidade de uma reorganização dos serviços de Urgência e Emergência, para garantir uma assistência segura e de qualidade.

O interesse pelo tema deu-se a partir da preocupação quanto à necessidade de um atendimento planejado e da obrigatoriedade legal de realização do processo de enfermagem nas emergências e pelas dificuldades observadas durante o estágio de graduação para a efetivação dele, devido às especificidades desse tipo de atendimento.

Essa pesquisa beneficiará estudantes e profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de urgência e emergência, pois, poderá auxiliar no desenvolvimento do pensamento crítico, tomada de decisões e subsidiar futuras implantações do processo de enfermagem. Os resultados serão fornecidos à instituição, constituindo indicadores que poderão auxiliar na identificação e resolução de problemas, relacionados ao planejamento da assistência de enfermagem, além disso, o plano de cuidados levantado poderá ser incorporado às estratégias de implementação do processo de enfermagem daquele setor.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

De acordo com resolução COFEN 358/2009 que trata sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, o cuidado profissional de Enfermagem deverá ocorrer, de forma sistematizada e organizada. Sendo estruturado em cinco etapas que são: coleta de dados de Enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COREN-SP, 2015).

A SAE corresponde a identificação do processo saúde/doença juntamente com a avaliação clínica das possíveis respostas do indivíduo, família ou grupo social, aos problemas de saúde identificados, oportunizando ao profissional uma base sólida para a construção dos resultados e intervenções a serem alcançados. Os dados coletados facilitam na organização do plano de cuidado, ações e operacionalização do processo de enfermagem, devido a padronização dos documentos que asseguram legalmente as práticas do enfermeiro, permitindo também a sua autonomia diante da equipe que, também será beneficiada, visto que, haverá uma unificação na linguagem de instrumentos (TAVARES; TAVARES, 2015).

O Processo de Enfermagem consiste em um método dinâmico e flexível, elaborado e planejado com base científica, para direcionar o trabalho do enfermeiro, o qual visa o cuidado individualizado com centralização nas necessidades humanas básicas, propondo intervenções e avaliando os resultados dos cuidados prestados. A implementação e manuseio exige extremo conhecimento do enfermeiro, visto que a ele cabe a liderança na execução e supervisão da equipe, bem como sensibilizar e envolver a instituição num processo de educação permanente com relação a temática (BENEDET *et al.*, 2016).

De acordo com o COFEN a implementação e execução do PE deve ocorrer em todo e qualquer ambiente onde ocorra o cuidado do profissional da equipe de enfermagem, que comumente é composta pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, sendo na atenção primária, secundária ou terciária de saúde, com o intuito de ampliar o atendimento ao indivíduo/família/comunidade, considerando que o instrumento é uma

metodologia para o cuidado prestado documentando a prática. A evidenciação da contribuição do enfermeiro na atenção à saúde da população viabiliza o reconhecimento do profissional no seu local de atuação (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Tratando-se da unidade de urgência, logo, como em todos os outros ambientes, de prática profissional, o enfermeiro, deve realizar e avaliar o PE, na busca dos resultados esperados. O técnico de enfermagem e o auxiliar, em conformidade com o disposto nas Leis nº 7.498/86 que regulamenta o Exercício Profissional, e Decreto 94.406/87, participam da execução do Processo, de acordo com o que lhes couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro (COREN-SP, 2015).

O Processo de Enfermagem é também um método para aquisição de um padrão excelente na qualidade do serviço da enfermagem onde o mesmo direciona o atendimento conduzindo a equipe ao foco certo das necessidades do paciente, não apenas focado nas atividades administrativas necessárias, mas aprimorando o cuidado levando o mesmo a ser individual e humanizado. Ocorre também a valorização do serviço prestado pelo profissional gerando assim facilidade na busca de inovações e caminhos que favoreçam o cuidado, além disso a assistência prestada é documentada e respaldada legalmente (SOUSA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

2.1.1 Etapas do Processo de Enfermagem

2.1.1.1 Coleta de Dados de Enfermagem

Na coleta de dados de enfermagem, consegue-se obter a situação de saúde do cliente, tornando possível a identificação dos problemas. Para Horta (1979, p. 42) “o Histórico de Enfermagem deve ser conciso sem repetições, claro e preciso, tem que ter informações que permitam dar um cuidado imediato, devendo respeitar a individualidade do cliente alcançando tal objetivo e tomar o cuidado para não duplicar as informações”.

A construção do histórico é baseada na investigação e levantamento de dados onde um roteiro sistematizado consegue identificar de imediato os possíveis problemas que estão relacionados as condições clínicas do indivíduo, sendo composto por histórico pessoal,

hospitalar e familiar, assim direcionando para as outras etapas do processo. O registro realizado no documento deve conter todas e quaisquer informações que possibilitem a condução de uma consulta ampliada ao paciente (SILVA, 2011).

Nessa fase envolve a anamnese, sendo uma maneira de aproximar-se do paciente, identificando problemas prévios já vivenciados, seguindo uma sequência de fatos relatados o que poderá ser útil no tratamento, tornando-o individualizado e específico. Logo em seguida ao exame físico, deve-se identificar problemas específicos, aferindo sinais vitais, perímetro, peso, estatura, também os dados coletados por meio da inspeção, ausculta, palpação e percussão, objetivando a identificação de sinais normais e anormais no âmbito biológico do paciente (TANNURE; GONÇALVES, 2010). Sendo ainda uma técnica na qual a metodologia nos aproxima e demonstra problemas do cliente, proporcionando diagnósticos de enfermagem, mais acurados e melhora na qualidade do cuidado (SILVA; TEIXEIRA, 2011).

Vale ressaltar que em algumas instituições é cada vez mais frequente a solicitações de exames complementares, colaborando para o aumento das diversas possibilidades de identificação dos problemas e agravos de saúde orgânicos, entretanto, o exame clínico, que engloba a anamnese e o exame físico ainda se destaca, como ponto principal da identificação das necessidades do indivíduo. O exame clínico permanece como predominante na investigação clínica, o que exige do profissional de enfermagem, habilidades técnicas e científicas e além de tudo humanas (MANGUEIRA et al, 2012).

2.1.1.2 Diagnóstico de Enfermagem

Por meio da coleta de dados e exame físico de enfermagem, pode-se obter uma análise das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

O diagnóstico de enfermagem quando realizado e utilizado corretamente, facilita o norteamento das ações de enfermagem que une o seu objeto de trabalho as atividades

desenvolvidas, baseando-se nos problemas encontrados. A não execução adequada, fragmenta os cuidados e as necessidades do paciente, deixando de lado a visão ampliada fazendo com que se prescreva o que não é necessário, levando então a perda do foco principal. Esta é vista como uma etapa conclusiva, pois, envolve raciocínio e julgamento, sendo imprescindível para a prática clínica (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

Analisando os dados colhidos no histórico, são mensurados os achados de enfermagem, e identificam-se as necessidades básicas afetadas e ainda o grau de dependência do paciente a equipe de enfermagem (HORTA, 1979). Nessa etapa o enfermeiro consegue através da análise de todos os dados coletados e o estado de saúde do paciente, por meio da identificação e avaliação do problema de saúde presente ou iminente, elaborar os diagnósticos de acordo com o protocolo de cada instituição. As taxonomias mais utilizadas são: NANDA I e CIPE (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Esta etapa também pode ser norteadada pela seguinte pergunta: *Quais são as situações de saúde que as ações de enfermagem podem modificar?* assim para responder este questionamento, o diagnóstico deve também ser construído em torno do significado dos dados que foram coletados, fazer análise sobre como a pessoa/família está respondendo a condição de saúde ou a um processo de vida. Os dados clínicos obtidos devem ser julgados a partir da sua validade, relevância ou significado e então só a partir daí concluir o diagnóstico, vale ressaltar que se os dados foram analisados de forma incompleta ou incorreta, o resultado pode conter erros agravando a condição clínica ou ignorando a necessidade principal do paciente (ALVIM, 2013).

2.1.1.3 Planejamento de Enfermagem

Etapa a qual ocorre a deliberação e determinação dos resultados esperados e intervenções que serão realizadas pela enfermagem frente às respostas do paciente, família e coletividade em um determinado estágio do processo saúde doença. Essas ações seguem um roteiro que coordena a equipe para que seja realizado o atendimento das necessidades básicas, assim como as específicas do paciente (COREN-SP, 2015).

O roteiro pode ser constituído pelos seguintes elementos:

1) estabelecimento de prioridades do paciente: gira em torno das necessidades de saúdes prioritárias que podem contribuir para o surgimento de novas necessidades, a qual exigem soluções imediatas ou envolvam situações de descompensação hemodinâmica, respiratória ou neurológica;

2) determinação dos resultados esperados: deve conter as ações, comportamento e/ou condições de saúde que o paciente poderá atingir ou manter, baseadas nas intervenções de enfermagem, assim como da equipe multidisciplinar. A partir dessa determinação espera-se que o paciente alcance os resultados, sendo ali o ponto de partida para seleção e implementação de intervenções convictas e eficientes;

3) determinação das intervenções: que envolvem monitorar o estado de saúde e resposta ao tratamento que está sendo seguido, controlar e reduzir riscos, controle dos problemas já detectados, promoção do bem-estar físico, psíquico e social, e orientações sobre promoção da independência e do autocuidado (ALFARO-LEFREVE, 2014).

Para Carpenito-Moyet (2009) o Planejamento de Enfermagem deve ser escrito no prontuário, de forma simples, clara, objetiva e numerada, pelo enfermeiro, podendo conter ações imediatas, a curto, médio e longo prazo, para que a equipe mantenha a organização e o atendimento seja facilitado. Os resultados esperados devem apresentar meios favoráveis para que sejam atingidos e mantidos através das prescrições de enfermagem. Também devem estar associados a reação humana evidenciado no enunciado do diagnóstico, centralizado no paciente, claros e realistas.

Convém destacar a importância do embasamento científico na hora das prescrições de enfermagem, pois assim contribuem para práticas de enfermagem distintas das práticas intuitivas, não sistêmicas e que dão valor a isoladas experiências clínicas; A prescrição embora seja privativa do enfermeiro, deve sempre que possível ser discutida com a equipe, paciente e/ou familiar e que as mesmas estejam em coerência com as prescrições da equipe multidisciplinar. No momento de decisão de prescrição a um paciente deve-se pensar nos

riscos e benefícios, visto que segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Art. 32, é proibido prescrever quaisquer ações que comprometam a segurança do paciente (COFEN, 2007).

As ações devem ser bem redigidas e que despertem tanto o interesse de ler, quanto o de realizar da equipe a fim de que todas as metas propostas da fase de planejamento sejam atingidas, sempre com qualidade visto que cada cuidado direcionado a um paciente é individual, evitando realizar somente as práticas rotineiras.

2.1.1.4 Implementação

Etapa na qual serão realizadas as intervenções já determinadas na fase de planejamento. A qual os cuidados prescritos pelo enfermeiro podem ter como agente executor: o Enfermeiro, Técnico e Auxiliares de enfermagem. O enfermeiro que desenvolver as prescrições deve ter conhecimento de que as mesmas contribuirão para o cuidado a fim de cessar os problemas detectados na fase de anamnese e exame físico, centrando o cuidado na prescrição. Essas prescrições deverão ser checadas e anotadas ao longo da elaboração da anotação/avaliação de enfermagem do agente executor (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Com o intuito de implementação do plano assistencial, se faz fundamental antes da execução das ações prescritas, a reavaliação do estado de saúde do paciente com o objetivo de observar se houve alterações que exijam mudanças no planejamento que já havia previamente sido realizado. Assim, essa fase de implementação, também exige do profissional habilidades de pensamento e julgamento crítico para tomar decisões sobre qual conduta deve ser tomada sobre o paciente. Outro fator importante das prescrições é que muitas vezes são realizadas por equipes de turnos diferentes, um equipe elabora e a outra é que executa, e o paciente perpassa da mão de um para outro enfermeiro, se fazendo necessário uma completa passagem de plantão, para que seja estabelecida uma estratégia de organização e prioridades, garantindo uma assistência eficaz e continuada (ALFARO-LEFREVE, 2014).

Como já dito anteriormente, o enfermeiro é o responsável técnico não só da equipe, mais também das prescrições, o qual também o faz responsável pela execução das prescrições

mesmo que seja realizada por outro membro da equipe de enfermagem. Para tal, é importante que o enfermeiro capacite a equipe quanto a técnicas, rotinas e protocolos relativos a assistência de cada área de especificidade, assim quanto o maior conhecimento científico, técnico e humano da equipe, menor será a quantidade de riscos o qual o paciente será exposto, visto que a competência técnico-científica associada a competência humana no período de assistência do paciente, contribui para estabelecimento de confiança e melhor vínculo da equipe com o paciente e a família (MALCOM; YISI, 2010).

2.1.1.5 Avaliação de Enfermagem

Processo de ponderação, questionamentos, reflexão e verificação de respostas do indivíduo, família, e coletivo, para a determinação da eficácia das ações de enfermagem, onde o enfermeiro fará a tomada de decisão e emitirá seu julgamento clínico, quanto a modificação ou encerramento do plano traçado, numa investigação que será contínua (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

Sua estrutura pode ser feita em forma de processo ou de resultado, a qual envolve também o parecer da equipe sobre o cuidado realizado, seu registro pode ser descritivo evidenciando a resolução ou não dos diagnósticos. Outra forma de anotação é por meio da taxonomia NOC, demonstrando as alterações dos indicadores dos resultados, de acordo com as escalas mensuradas (COREN-SP, 2015).

Para cada resultado esperado estabelecido, o enfermeiro deve retornar e analisar todas as outras etapas do processo, assim ele poderá julgar se o resultado está sendo alcançado ou não, podendo realizar uma nova investigação a fim de identificar alguma nova mudança no estado de saúde do paciente decorrente das intervenções já implementadas, atualização do julgamento diagnóstico a partir dessas mudanças identificadas e estabelecerá novos resultados provenientes desses novos diagnósticos, realizando outros julgamentos terapêuticos frente a nova necessidade do paciente. A etapa de planejamento é fundamental para orientar a avaliação, tendo em vista que é nessa etapa que se estabeleceu os resultados e prescrições de enfermagem, a partir da análise desses resultados esperados é possível determinar as ações prescritas pelo profissional de enfermagem que foram efetivas e eficazes

no tratamento do paciente, assim o mesmo decidirá se irá mantê-las ou modificá-las (PAUL; REEVES, 2010).

Uma assistência de qualidade a um paciente, vinda da equipe enfermagem, é resultado de um alinhamento das necessidades de saúde com uma boa capacidade de solucionar, minimizar ou controlar de forma eficaz, portanto, indica intervenções seguras que proporcionam ao paciente o melhor resultado e com menos custo. Embora exista uma grande ênfase na avaliação enquanto forma de julgar e avaliar os resultados, ela também viabiliza a análise dos processos de estrutura, contribuindo assim para a qualidade assistencial, pois existem muitos eventos assistenciais que possuem grande potencial de causar danos físicos e emocionais ao paciente e, conseqüentemente ao seus familiares (SASUR; MEDEIROS, 2010)

2.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Urgência e emergência estão relacionadas a atenção e cuidados de uma equipe multidisciplinar que direciona o atendimento aos agravos de saúde, assegurando o bem-estar do paciente. Segundo a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, instituída pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção às Urgências no SUS deve estar articulada e integralizada a todos os níveis de atenção à saúde, objetivando um atendimento qualificado da equipe (BRASIL, 2013c).

Na urgência, o agravo de saúde pode ocorrer de forma imprevista com/sem risco potencial de morte, ocorrência na qual o portador precisa de uma assistência rápida. Quando falamos de emergência, implica em condições e agravos à saúde que provocam risco a vida e/ou intenso sofrimento, necessitando de imediato tratamento, como: hemorragias, parada respiratória e parada cardíaca, diferindo da urgência, que trata de situações como: torções, fraturas, dengue, entre outras (BRASIL, 2013b).

Pode-se observar que atualmente a organização do trabalho em instituições hospitalares geralmente se fundamenta em teorias de administração clássica, científica e burocrática. Esse contexto atual o qual as instituições estão inseridas necessitam de subsídio

para manter-se, sendo essa principal fonte o Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo dependendo do SUS, os grandes hospitais desfrutam de um certo grau de autonomia para organizar seu próprio processo de trabalho e modelo assistencial. Os atendimentos que são realizados nas emergências pode se comprometer por questionamentos institucionais internos e externos que transcendem os atos, atitudes e desejos dos trabalhadores da saúde, o que exige dos mesmos uma contínua renovação, de modo que o processo de aprendizagem contribua para a melhoria do atendimento devido à crescente demanda dessas vítimas de traumas provenientes de acidentes ou violência (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Essas vítimas chegam até o serviço com situações de alta complexidade fazem com que a equipe se envolva em situações de conflitos, dilemas e sofrimentos relacionados a implicação da forma de atendimento prestado a esse público, o modo o qual se organizam as instituições pode comprometer ainda mais a morbimortalidade, por possivelmente não corresponderem às necessidades do indivíduo. Visto que o ambiente de urgência e emergência lida constantemente com situações de alto risco, que exigem da equipe de enfermagem grande habilidade, conhecimento específico e tecnológico, implementar a SAE, torna-se parte essencial na assistência aos pacientes, já que a mesma viabiliza uma organização do serviço, direcionando e garantindo um atendimento voltado para as necessidades afetadas (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

2.3 PRONTO SOCORRO

Compondo o sistema hospitalar, o Pronto Socorro (PS) exerce interação com todas as áreas, porém, com sua autonomia e qualidade nos serviços, instrumentado de um sistema organizacional tais como: regimento interno, organograma, sistema de comunicação, técnicas e as práticas da rotina. A equipe que compõe deve estar capacitada para atender as urgências e emergências para assim ser encaminhado para o devido seguimento (KONDER; O'DWYER, 2015).

O serviço de emergência dispõe de atributos particulares como: acesso restrito, número excessivo de pacientes, uma extensa diversidade de quadros iniciais indo de clientes extremamente críticos que seguem ao lado de pacientes mais estáveis, carência de recursos, sobrecarga da equipe e número de profissionais reduzidos.

O PS realiza o atendimento imediato na busca pela preservação da vida e prevenção de lesões irreparáveis, órgãos, funções e assim juntamente com a equipe multiprofissional, a enfermagem também deve garantir através do seu cuidado a qualidade do serviço e proporcionar a continuidade do tratamento (SOUSA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010.)

2.3.1 Atuação do enfermeiro no pronto socorro

Em uma unidade de pronto-socorro, o enfermeiro presta serviço assistencial como: preparação e administração de medicamentos; viabilização da execução de exames especiais; controle dos sinais vitais; avaliação de paciente e registros em prontuário; verificação do funcionamento de equipamentos (monitores, respiradores, oxímetros, bombas de infusão, desfibriladores, entre outros). Além de realizar a triagem, respaldado pelo COFEN na resolução 423/2012, tendo como princípio o acolhimento inicial do paciente. Nesse momento os clientes são classificados de acordo com o risco, onde os mais graves serão priorizados, porém todos deverão ser atendidos, sem dispensa a nenhum usuário (SILVA; INVENCÃO, 2018).

A tarefa de gerenciamento do serviço de enfermagem também cabe ao enfermeiro, que deverá: realizar levantamento de dados estatísticos dos atendimentos prestados; trabalho de liderança e coordenação da equipe, desde a multiprofissional até a de limpeza; verificar as necessidades de manutenção dos equipamentos do setor, entre outros (SANTOS; LIMA, 2011).

Porém, para Furtado, Araújo e Júnior (2010), embora o monitoramento da qualidade da assistência de um serviço hospitalar de urgência, seja de grande importância, as dificuldades vivenciadas são pouco divulgadas, dentre essas merecem destaque: falta de segurança da equipe; limpeza e conforto inadequados; déficit de profissionais; excesso de pacientes que poderiam ser atendidos na rede de atenção básica, mas procuram o pronto-socorro, devido a facilidade em obter consultas, exames e medicamentos; falta de equipamentos; carência de capacitação, que gera baixo rendimento, insegurança e desmotivação para trabalhar.

Um importante papel da equipe de enfermagem é identificar e relevar a importância de quem necessita de assistência, tanto de cuidados básicos como numa situação de urgência e emergência, para isso se faz necessário discussões acerca da sistematização da assistência onde o profissional adota uma postura crítica frente a equipe, e em conjunto com ela torna a prestação de serviço ao indivíduo muito mais qualificada. Cabe ressaltar que o profissional deve se adequar a sua realidade, pois as situações a que são submetidos são de alta complexidade (BERNARDES et al, 2016).

2.4 PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS NO PRONTO SOCORRO

As principais patologias atendidas no pronto socorro são: trauma; acidente vascular cerebral; doenças respiratórias como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma e pneumonias; problemas cardíacos como o infarto agudo do miocárdio, além de diabetes descompensada e crises hipertensivas. Esses agravos costumam trazer risco iminente de morte.

A lesão traumática vem caracterizada por uma modificação na estrutura ou na fisiologia de alguma parte ou todo do corpo, sendo resultado de uma exposição intensa ou abstinência de uma energia essencial, de fatos e/ou episódios imprevisíveis e não desejáveis, que ocorrem de forma violenta ou não. O trauma pode ser dividido em três partes, sendo elas: Pré-impacto, Impacto e Pós-impacto, nesse tipo de agravo tão importante quanto às condutas é identificá-las corretamente (SESA, 2018).

O acidente vascular cerebral (AVC) se caracteriza pelo aumento súbito do volume de sangue intracraniano com elevação da Pressão Intracraniana (PIC), causando cefaleia intensa, dor na região posterior do pescoço, diplopia, náuseas, vômito e/ou perda de consciência. Este evento em geral é resultado do processo de doença cerebrovascular de longa duração, ocorrendo devido a obstrução ou rompimento dos vasos sanguíneos, fazendo com que haja paralisia da área cerebral onde não ocorreu a adequada circulação. Tem como fatores de risco: hipertensão arterial, doença cardíaca, obesidade, sedentarismo, diabetes e colesterol elevado. Sendo dividido em dois tipos: Isquêmico e Hemorrágico. As possíveis consequências do

AVC incluem: perda da capacidade de comunicação; comprometimento cognitivo; perda motora; hostilidade; distúrbios da percepção e outros efeitos psicológicos (BRASIL, 2013b).

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) compõe a lista de doenças consideradas problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, caracterizando-se como um dos principais fatores desencadeantes no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, neurovasculares, renais, doença renal coronariana, diabetes mellitus e insuficiência renal terminal. As crises hipertensivas são caracterizadas pelo desencadeamento da HAS e pode ser dividida em urgência hipertensiva ou emergência hipertensiva envolvendo todos os estados em que a pressão arterial se eleva de forma rápida e agressiva (QUEIROZ, 2012).

2.5 TAXONOMIAS

A assistência de enfermagem e os cuidados correspondem a uma significativa quantidade de ações de saúde que necessitam integrar as terminologias a serem usadas pelos enfermeiros. Um grande desafio é tornar padrão universal a linguagem a ser utilizada pelos profissionais no cuidado aos pacientes, a fim de contribuir para a visibilidade da atuação da enfermagem. Para padronizar essa linguagem utilizam-se taxonomias ou sistemas de classificação que estruturam conhecimentos, os quais são organizados em grupos ou classes de acordo com suas semelhanças (BAILEY, 2007).

Alguns sistemas de classificação como o NANDA Internacional (NANDA I), North Interventions Classification (NIC), a Nursing Outcomes Classification (NOC), foram desenvolvidas para padronizar a prática e linguagem de enfermagem no mundo, sendo as mesmas instrumentos de essencial valor para o embasamento científico da profissão, além de também garantir uma assistência de enfermagem baseada em evidências (FURUYA, et al, 2011).

2.5.1 NANDA I

O livro Diagnósticos de enfermagem da NANDA I: Definição e classificação, é uma obra com vários recursos que se apresenta na forma de um guia revisado e ampliado para elaboração dos diagnósticos de enfermagem, apresentados com suas definições,

características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco padronizados (AQUINO; ARAGÃO, 2017).

Esta taxonomia atualmente inclui 234 diagnósticos de enfermagem que são agrupados (classificados) em 13 domínios (categorias) da prática de enfermagem: Promoção da Saúde; Nutrição; Eliminação e Troca; Atividade/Repouso; Percepção/Cognição; Autopercepção; Papéis e Relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/Tolerância ao Estresse; Princípios de vida; Segurança/Proteção; Conforto; Crescimento/Desenvolvimento. Sua estrutura multiaxial é composta por 7 eixos que direcionam o processo diagnóstico, a saber: eixo 1 - conceito diagnóstico; eixo 2 - sujeito do diagnóstico; eixo 3 - julgamento; eixo 4 - localização; eixo 5 - idade; eixo 6 - tempo; eixo 7 - situação do diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Os diagnósticos devem ser identificados e listados de acordo com a sua prioridade, baseados no grau de ameaça do nível de bem-estar do paciente, deve possuir cinco componentes estruturais : - Título, o qual estabelece o nome do diagnóstico; - Fatores relacionados, onde mostram algum tipo de vínculo com o título e podem estar descritos como *relacionados a* ou *associadas a*; - Características definidoras, são as sugestões que se agrupam como manifestações de diagnósticos de enfermagem com foco no problema ou de bem-estar sendo assim , sinais e sintomas; - Fatores de risco, que são os que aumentam a vulnerabilidade do paciente a um evento; por fim a Definição, que é o delimita o significado do problema, ajudando a diferenciar de diagnósticos semelhantes (CARVALHO et al, 2015)

2.5.2 NIC

Atualmente a NIC representa uma das mais avançadas propostas em termos de pesquisas sobre intervenções de enfermagem apresentadas em uma estrutura taxonômica validada e codificada para os diagnósticos de enfermagem da NANDA I (COREN-SP, 2015)

A NIC inclui as intervenções a serem realizadas pelo profissional enfermeiro, abrangendo um padrão de ações úteis para documentação clínica, informações sobre a prestação de cuidados durante o tratamento, em diversos níveis de saúde. Essas intervenções

podem ser independentes ou colaborativas, com cuidados diretos ou indiretos, sua classificação completa descreve o domínio do profissional enfermeiro, entretanto algumas dessas intervenções podem ser realizadas por outros cuidadores.

As intervenções são compostas por fisiológicas, psicossociais, tratamento de doenças, prevenção e promoção da saúde, a maioria destas, é para uso individual do paciente porém também encontra-se para uso da família ou até para comunidades inteiras, elas aparecem com um título, uma definição, um conjunto de atividades para realização da intervenção e referências para consulta (VAN DE HEED et al, 2009).

2.5.3 NOC

A NOC compreende os resultados que descrevem o estado, comportamento, reações e sentimentos do paciente, em resposta ao cuidado prestado. Cada resultado possui uma escala Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados, há 14 diferentes itens para avaliar a ampla variedade de resultados que fazem parte da classificação (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2010).

Foi desenvolvida com o intuito de dar conceito, classificar e definir resultados e indicadores dos cuidados prestados pela enfermagem onde os resultados prestados a cada indivíduo, família e comunidade podem ser usados em uma variedade de locais e especialidades. Se preenchido de forma completa, aliado as taxonomias anteriores, possibilitam ao enfermeiro chegar a um eficaz julgamento clínico conduzindo-o a bons diagnósticos, resultados e intervenções, visto que, a contínua retroalimentação desta fase favorece a eficácia do cuidado.

Esse sistema de classificação continua em constante processo de desenvolvimento, devido a novos resultados que surgem e outros que requerem reformulação. Além disso, podem surgir limitações clínicas onde o grau de generalização do sistema não é totalmente conhecido, o que também justifica esse contínuo desenvolvimento (GARBIN et al, 2009).

2.6 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Desenvolvida através da motivação humana, de Maslow, as necessidades básicas humanas (NHB) são essenciais para a sobrevivência e as alterações nas mesmas constituem estado de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais (UBALDO, 2012).

Para Horta (1979, p.29) as necessidades não atendidas ou atendidas indevidamente trazem desconforto, e prolongando-se são causadoras de doença. Na enfermagem é utilizado a denominação de João Mohana com as necessidades de níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo, os dois primeiros, comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, porém, o terceiro nível é uma característica singular do ser humano. As necessidades psicobiológicas incluem: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, locomoção, integridade física, entre outros. As psicossociais englobam: segurança, amor, autoestima, autorrealização, aprendizagem, comunicação e aprovação. As psicoespirituais incluem: religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida (HORTA, 1979).

A teoria sustenta-se e envolve as leis gerais de equilíbrio, adaptação e holismo, seus conceitos gerais identificados são: Enfermagem: ações assistenciais que envolvam as necessidades do processo saúde/doença; Ser humano: entendido a partir das suas necessidades básicas afetadas no processo saúde/doença; Ambiente: contexto em que o ser humano vive sua vida; Saúde/doença: processo entendido como contínuo que podem coexistir; Assistir e cuidar no âmbito da enfermagem: assistir o indivíduo no processo saúde/doença e ajudá-lo a fim de atingir o máximo potencial de saúde. A proposta teórica envolve a subdivisão de grupos de necessidades para ajustar a prática assistencial, necessidades as quais seguem uma hierarquia e escala de valores a serem propostos (MARTINS; FONTES, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo exploratório, de caráter descritivo simples, com abordagem qualitativa e quantitativa e tendo ainda como objetivo informar sobre a distribuição de um evento na população. Para Mazucato, et al (2018), A abordagem qualitativa não emprega instrumentos estatísticos como base para a análise. Ela é utilizada quando se busca descrever a complexidade de determinado problema – não envolvendo manipulação de variáveis ou estudos experimentais. Já abordagem quantitativa atrela-se à formulação de hipóteses, definição de variáveis, quantificação na coleta de dados e de informações e ao uso de tratamentos estatísticos. Sendo assim, este modelo estabelece hipóteses que exigem uma relação entre causa e efeito e que apoia suas conclusões em dados estatísticos, comprovações e testes.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população era composta por 15 pacientes e a amostra composta por 10 pacientes e seus prontuários, em atendimento no Hospital Geral de Palmas (HGP) na Unidade de Pronto Socorro, salas vermelha e amarela, durante o período de coleta. Sendo composta pelo número de prontuários avaliados e pacientes examinados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 5 pacientes se recusaram a participar do estudo por não assinarem TCLE.

3.3. LOCAL E PERÍODO

O estudo se desenvolveu no Hospital Geral de Palmas/TO (HGP), na Unidade de Pronto Socorro, na sala vermelha e amarela, no período de agosto a outubro de 2019.

3.4. CRITÉRIOS

√Critérios de Inclusão:

- Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos;

- Prontuários de pacientes que deram entrada nas salas vermelha e amarela durante o período da coleta;
- Pacientes internados nas salas vermelha e amarela durante as datas da coleta.

√ Critérios de Exclusão:

- Prontuários não disponíveis no horário da coleta (em uso da equipe multiprofissional);
- Paciente e ou familiar (no caso de paciente impossibilitado pelo quadro de saúde) que recusar assinar o TCLE;
- Paciente instável hemodinamicamente em risco iminente de morte no momento da coleta;
- Paciente que esteja fora do setor para realização de exames e ou procedimentos.

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis avaliadas nos prontuários foram: idade, sexo, dias de internação, diagnóstico médico, registros da equipe multiprofissional feitos nas últimas 24h. As variáveis avaliadas nos pacientes pela pesquisadora foram: problemas de enfermagem, agrupamento dos mesmos em NHB e estabelecimento das três prioridades diagnósticas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi cadastrado na plataforma FORM SUS, SESA/DGES e após autorização da instituição, encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) para análise e parecer. A coleta de dados se iniciou após aprovação do CEP. Foi dada garantia de anonimato e sigilo das informações. Ao final do estudo os dados serão apresentados à instituição. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi preenchido em 2 vias e assinado pelo sujeito da pesquisa, conforme preconizado a resolução Conselho Nacional de Saúde nº466/12, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (.BRASIL,

2013a) sendo levados em consideração os riscos e benefícios da pesquisa. Utilizado o TCUBD

3.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um roteiro para verificação da idade, sexo, dias de internação, diagnóstico médico e registros da equipe multiprofissional feitos nas últimas 24h, no prontuário dos pacientes (Apêndice B). Em seguida, a pesquisadora realizou a avaliação de enfermagem do paciente, através de formulário estruturado (Apêndice C) para identificar os problemas, realizar o agrupamento dos mesmos em NHB e estabelecer as três prioridades diagnósticas.

Para elaboração dos DE, RE, PE, de acordo com as taxonomias NANDA I, NIC, NOC, foi utilizado o instrumento (APÊNDICE D).

A coleta foi realizada pela pesquisadora, nos plantões diurno, após autorização do CEP e do NEP do HGP, nos horários das 14 às 16 h. Primeiramente, foi feito contato com o paciente (se consciente e orientado) ou seu familiar para orientação sobre a pesquisa e assinatura do TCLE (Apêndice A), após foi colhida a assinatura do paciente ou responsável, a pesquisadora solicitou ao enfermeiro plantonista, o prontuário do paciente, onde fez a coleta dos dados descritos no apêndice B, os prontuários não disponíveis no momento foram retirados de acordo com critérios de exclusão.

Posteriormente a verificação do prontuário, a pesquisadora, realizou avaliação do paciente (Apêndice C), identificando os problemas de enfermagem, realizando o agrupamento deles em NHB e estabelecendo as três prioridades diagnósticas.

A terceira etapa da pesquisa, realizada pela pesquisadora, fora do ambiente hospitalar, onde com o formulário (Apêndice D), fez a elaboração dos DE da taxonomia NANDA I, resultados (NOC) e intervenções de enfermagem (NIC) para cada paciente. Nesse momento a pesquisadora, contou com o auxílio da orientadora, que possui expertise no assunto, sendo docente da disciplina de processo de enfermagem há 13 anos e com certificação emitida pela NANDA Internacional em curso de atualização em diagnósticos de enfermagem e pela co-orientadora, docente da disciplina de urgência e emergência há ...anos, profissional atuante

no SAMU 15 anos, e com amplo conhecimento da temática urgência e emergência, para que os DE, RE, PE resultantes desse estudo, sejam validados e no intuito de evitar possíveis vies.

Para tabulação e análise dos dados elaboramos três diagnósticos da taxonomia NANDA I, com seu respectivo resultado esperado da taxonomia NOC e duas intervenções de enfermagem da taxonomia NIC, para cada paciente avaliado. Totalizando 30 diagnósticos e resultados esperados e 60 intervenções de enfermagem. Apresentaremos de forma descritiva, tabular e gráfica, os 10 DE, RE, PE que foram prevalentes na pesquisa.

3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram inseridos em banco eletrônico, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel. A análise estatística dos dados provenientes das perguntas fechadas foi feito utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas e os provenientes das perguntas abertas serão analisadas segundo o seu conteúdo e agrupadas em categorias afins.

3.9 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Os dados foram compilados e analisados à luz da literatura pertinentes e apresentados de forma descritiva, tabular e gráficos.

3.10 DESFECHO PRIMÁRIO

A instituição utilizará os DE, RE, PE elaborados de acordo com as taxonomias NANDA I, NOC e NIC, que foram prevalentes no estudo, para estruturação do processo de enfermagem no pronto socorro e implementação de impressos digitais.

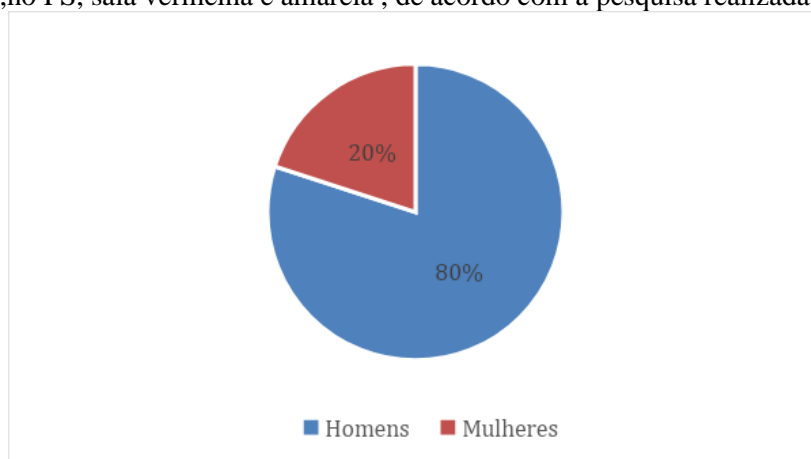
3.11 DESFECHO SECUNDÁRIO

A instituição desenvolverá um planejamento de atividades educativas para os profissionais de enfermagem do pronto socorro, sobre o processo de enfermagem.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para início da análise de dados, categorizamos os resultados conforme as informações obtidas pelos formulários e prontuários com os resultados obtidos na pesquisa.

Gráfico 1– Demonstrativo do sexo predominante dos pacientes atendidos internados no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.

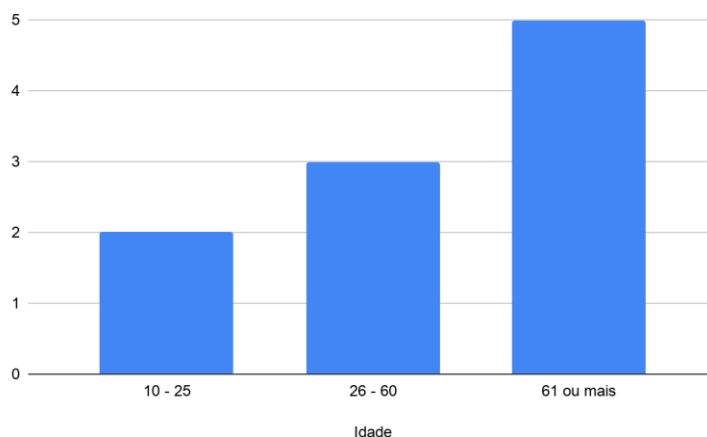


Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

O gráfico 1 demonstra o sexo predominante nos atendimentos das salas vermelha e amarela da unidade de pronto socorro, onde podemos notar que a maior porcentagem foi na variável do sexo masculino, 80% (n=8), seguido de 20% (n=2) do sexo feminino. Os resultados da pesquisa se assemelham aos obtidos por Silva et al (2019) que estudou as características de atendimentos de um pronto socorro público, com sua amostra sendo composta por 52.657 prontuários, onde o sexo prevalente foi o masculino com 54,2% do total da amostra.

A prevalência do sexo masculino se dá pela maior exposição à violência urbana, tipo de trabalho e ao meio de transporte, visto que os mesmos são frequentes condutores de motocicletas e automóveis, possuem ambas as habilitações e aprendem a dirigir precocemente. Indicadores brasileiros também têm mostrado que os homens possuem 12 vezes mais chances de morrer por causas traumáticas que as mulheres (BERTONCELLO; CAVALCANTI; ILHA, 2012).

Gráfico 2 – Demonstrativo da faixa etária dos pacientes dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

O gráfico 2 demonstra a faixa etária dos pacientes atendidos, onde pode-se se notar que a porcentagem maior na variável apresentada foi 61 anos ou mais, compreendendo 50% (n=5), seguido de 26 a 60 anos com 30% (n=3) e por fim a menor variável foi a de 10 a 25 anos com 20% (n=2), tornando os dados similares aos encontrados por Acosta e Lima (2013) que avaliaram as características dos usuários mais frequentes do PS, onde o grupo de idosos com 60 anos ou mais foi prevalente. Tais resultados também foram corroborados por Marques, Lima e Ciconet (2011) que caracterizaram os agravos clínicos atendidos no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) em Porto Alegre-RS onde a faixa etária de atendimento foi prevalente entre usuários de 41 a 60 anos (cerca de 25%), podendo ser comparado com a pesquisa realizada onde a segunda maior faixa etária compreende a mesma idade do estudo citado, trazendo uma reflexão de que a população mais ativa economicamente tem necessidade maior de uso dos serviços de urgência e emergência.

Tabela 1 – Demonstrativo das principais patologias encontradas nos prontuários dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.

Diagnósticos médicos	n	%
AVCH	04	19,1
HAS	04	19,1
PNEUMONIA	02	9,2
SEPSE	02	9,2
TCE	02	9,2
DESBRIDAMENTO DE ESCARA	02	9,2
DOENÇA DE PARKINSON	01	5,0
FIBRILAÇÃO ATRIAL	01	5,0
CRISE CONVULSIVA	01	5,0
DPOC	01	5,0
TRAUMA	01	5,0
Total	21	100,0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

O gráfico 3 mostra as patologias prevalentes nos atendimentos da sala vermelha e amarela, com maior percentual as variáveis de AVCH e HAS ambas com 19,1% (n=4), seguidos por Pneumonia, Sepse, TCE, Desbridamento de Escara com 9,2% (n= 2), por fim com menor prevalência a Doença de Parkinson, Fibrilação atrial, Crise convulsiva, DPOC e trauma com 5,0% (n=1). O AVC é considerado a segunda maior causa de morte no mundo, um número aproximado de 5,7 milhões por ano o que totaliza 10% dos motivos de óbitos mundiais. Ainda que em declínio a taxa de morte por esta causa, o AVC ainda continua sendo a primeira causa de morte do país, o que leva uma maior procura dos usuários ao sistema de urgência e emergência devido aos danos que a demora do seu atendimento pode ocasionar no indivíduo (CABRAL, 2009).

É estimado que exista mundialmente cerca de 1 bilhão de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial (HA) e provavelmente 1% dessa população em algum momento da vida pode apresentar uma súbita elevação da pressão arterial (DA SILVA et al, 2011). A grande maioria dos pacientes que foram atendidos no serviço de urgência por crise hipertensiva já haviam sido diagnosticados em algum momento da vida com HA e recebiam drogas anti-

hipertensivas, porém, em muitos desses pacientes o controle da pressão arterial não havia sido feito de forma adequada (ACELEJADO; CALHOUN, 2010).

As referências citadas vão de encontro aos valores encontrados na pesquisa visto que são as patologias que mais são diagnosticadas pela equipe médica. Seguindo com a ordem de prevalência, Pneumonia que é caracterizada por uma infecção instalada nos pulmões provocados por um agente infeccioso ou irritante, podendo acometer os alvéolos pulmonares onde desembocam as ramificações terminais dos brônquios e, às vezes, os interstícios (BRASIL, 2011e) também aparece com frequência nos serviços de emergência.

A Sepsis segundo o Instituto Latino Americano de Sepsis (2016) é um conjunto de manifestações consideradas graves ocasionadas por uma infecção que pode estar em apenas um local do corpo mas se manifesta de forma geral em todo o organismo, tendo sido encontrada em 9,2% (n=2) dos pacientes pesquisados.

Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) consiste em uma lesão física ao tecido cerebral que pode ser temporária ou permanente, que incapacita o cérebro de realizar suas funções, nas primeiras horas após o trauma é importante que sejam realizados exames de imagem com urgência para confirmar o diagnóstico, em seguida, manter uma perfusão e oxigenação cerebral adequada para evitar complicações (WILLBERGE; MAO, 2017).

A escara é um dano localizado na pele ou em tecidos moles geralmente onde se localizam proeminências ósseas, o desbridamento é um dos diversos componentes do tratamento dessas lesões, com o objetivo de remover o tecido necrótico (TelessaúdeRS-UFRGS, 2017). Chamou a atenção o fato de serem encontrados na sala vermelha e amarela do pronto socorro, pacientes internados para desbridamento de escara, tal fato, provavelmente deve ser consequência de superlotação em outros setores do hospital.

Segundo Werneck (2010), a doença de parkinson é caracterizada pelas perdas das células da parte compacta da substância nigra e o depósito de α -sinucleína que irá se agregar em áreas específicas do tronco cerebral, da medula espinhal e de regiões corticais. Fibrilação atrial é um subtipo das arritmias cardíacas mais comuns, caracterizado por batimentos

cardíacos rápidos e irregulares nos átrios do coração, sendo uma das maiores causas de morte no mundo (SOBRAC, 2019).

Para Macedo (2019) crise convulsiva é uma mudança atípica na atividade elétrica cerebral causada por uma hipersincronização neural podendo ocorrer de forma local ou difusa, 8 a 10 % da população pode apresentar esse evento convulsivo alguma vez durante a vida. De acordo com a World Health Organization (2017) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma redução persistente do fluxo aéreo pulmonar, seus sintomas vão se agravando progressivamente, incluindo falta de ar persistente ao realizar esforço, levando até a dispneia em repouso.

Por fim, porém não menos importante, já que segundo a OPAS Brasil (2019) 1,35 milhões de pessoas morrem devido acidentes automobilísticos, o atendimento ao trauma deve ser rápido e eficaz, bem como, a garantia de acesso ao atendimento pré-hospitalar oportuno e à melhoria da qualidade do atendimento, por meio de programas de treinamento especializados.

Tabela 2 - Demonstrativo dos dias de internação, dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.

Número de dias de internação	n	%
0 - 6	06	60,0
6 - 10	04	40,0
Total	10	100

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

No estudo também foi verificado a quantidade de dias de internação hospitalar na unidade de urgência e emergência, onde obteve-se que 60% (n=6), tinham uma permanência correspondente a 0 a 6 dias, seguido por 40% (n=4) entre 6 a 10 dias. Consideramos um resultado positivo já que a prevalência da amostra possuía entre 0 a 6 dias de internação o que evita exposição do cliente a infecções hospitalares, complicações e risco, visto que o recomendado pelo Ministério da saúde (2013f) a média de permanência de internação é de no máximo 10 dias.

Quadro 1 - Demonstrativo dos sinais e sintomas mais evidenciados nos pacientes da sala vermelha e amarela do HGP, agrupados por necessidades humanas básicas, à luz da teoria de Wanda Horta, 2019

NHB	Sinais e sintomas
Eliminação urinária	Disúria
	Urina Concentrada
Eliminação intestinal	Ausente
Nutrição	Náuseas e vômitos
	Inapetência
	Alimentação ruim
	Afagia
Oxigenação	Uso da musculatura acessória
	Fúrcula esternal
	Roncos e sibilos na base pulmonar
	Tosse Produtiva
	Dispneia
	Frequência respiratória alterada
	Expansibilidade torácica alterada
Hidratação	Desidratado
	Edema
Regulação vascular	Perfusão periférica lenta
	Turgência de veias jugulares
	Hipertensão
	Cianose de extremidades
	Gânglios palpáveis
Conforto	Dor em rebordo costal
	Dor na região torácica
	Dor em palpação profunda
Percepção cognitiva	Confusão mental
	Desorientação em tempo e espaço
	Agitação
	Inquietação
	Pupilas não fotorreativas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Os principais sinais e sintomas evidenciados na tabela acima foram encontrados a partir da execução do exame físico e anamnese, componentes do processo de enfermagem, parte a qual é coleta de dados, onde o profissional enfermeiro tem a oportunidade de realizar

uma análise crítica buscando as anormalidades nos sinais e sintomas que comprometem a saúde do paciente (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Tabela 3 - Títulos diagnósticos da taxonomia NANDA I dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.

Títulos Diagnósticos	n	%
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	04	18,4
Ventilação espontânea prejudicada	03	13,6
Débito cardíaco diminuído	03	13,6
Confusão aguda	03	13,6
Padrão respiratório ineficaz	02	9,1
Dor aguda	02	9,1
Integridade da pele prejudicada	02	9,1
Risco de choque	01	4,5
Risco de infecção	01	4,5
Risco de trauma físico	01	4,5
Total	21	100

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Os diagnósticos de enfermagem são elaborados a partir dos problemas significativos levantados, agrupados por prioridades o que favorece ao enfermeiro no momento do julgamento das necessidades, as quais foram afetadas (DEBONE et al., 2017). No estudo realizado foi permitido selecionar os títulos diagnósticos a partir das manifestações clínicas, NHB e prioridades de cuidados.

Os diagnósticos mais prevalentes foram: Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz com 18,2% (n=4), o mais evidenciado na amostra, seguido por Ventilação espontânea prejudicada, Débito cardíaco diminuído e Confusão aguda com 13,6 % (n=3), Padrão respiratório ineficaz, Dor aguda e Integridade da pele prejudicada foram prevalentes em 9,1% (n=2) e tivemos ainda um percentual de 4,5% (n=1) para Risco de choque, Risco de infecção e Risco de trauma físico.

A Taxonomia NANDA Internacional (NANDA I) define o diagnóstico de enfermagem como sendo um julgamento clínico das respostas do ser humano, os quais proporcionam a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. As definições dos títulos se deu a partir da avaliação

das manifestações clínicas evidenciadas pelos pacientes após a realização da análise dos prontuários e a execução da avaliação de enfermagem onde relacionou-se as manifestações clínicas as definições encontradas no NANDA I.

O título Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz que traz como definição uma sensibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde, onde encontrou-se as seguintes manifestações clínicas: pupilas não reagentes, estado mental e cognitivo diminuído, confusão mental.

Ventilação espontânea prejudicada definida como incapacidade de iniciar ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida, onde encontrou-se as seguintes manifestações clínicas: uso da musculatura acessória, dispnéia, fúrcula esternal frequência respiratória alterada, expansibilidade torácica alterada.

No título Débito cardíaco diminuído temos como definição o volume de sangue bombeado pelo coração inadequado para atender as demandas metabólicas do organismo, onde encontrou-se as seguintes manifestações clínicas: turgência nas veias jugulares, perfusão periférica diminuída, hipertensão e cianose nas extremidades (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Quadro 2 –Títulos diagnósticos e resultados esperados de enfermagem da NOC dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Perfusão tissular adequada
	Estado circulatório adequado
	Troca gasosa eficaz
Ventilação espontânea prejudicada	Troca gasosa eficaz
	Resposta eficaz a ventilação mecânica
Débito cardíaco diminuído	Perfusão tissular cardíaca adequada
Confusão aguda	Orientação cognitiva adequada

Padrão respiratório ineficaz	Estado respiratório : Ventilação eficaz
Dor aguda	Controle eficaz da dor
Integridade da pele prejudicada	Cicatrização de feridas : segunda intenção
Risco de choque	Perfusão tissular eficaz
Risco de infecção	Controle eficaz de infecção
Risco de trauma físico	Manutenção da integridade tissular da pele e mucosas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

As classificações dos resultados esperados são abrangentes e padronizados, sendo utilizadas na avaliação dos resultados das intervenções, como critério de julgamento do sucesso de uma ação de enfermagem. É certo que existem variáveis além das intervenções que influenciam nos resultados do paciente, como o processo adotado na prestação da assistência, incluindo a ação de outros profissionais, variáveis organizacionais e ambientais, características do paciente o que inclui seu estado de saúde físico e mental.

Os resultados da taxonomia NOC podem ser utilizados para monitorar o progresso ou regresso, ao longo de um episódio de atendimento, eles foram desenvolvidos para serem utilizados em todas as unidades hospitalares, de forma ininterrupta ao longo de toda a prestação de assistência (JOHNSON et al, 2012)

Quando o enfermeiro utiliza a NOC, escolhe uma descrição do resultado atual e do desejado (resultado final). Dessa forma o estado atual pode ser comparado ao final após uma intervenção de enfermagem, para determinação da eficácia desta. Ao fazer essa escolha, abre possibilidades de organização das informações, facilitando a avaliação e o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem (MAINENTE, 2009)

Quadro 3 – Títulos diagnósticos e intervenções de enfermagem da NIC dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Palmas, no PS, sala vermelha e amarela, de acordo com a pesquisa realizada.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Realizar monitoração do estado neurológico
Ventilação espontânea prejudicada	Realizar monitoração respiratória
Débito cardíaco diminuído	Monitorar os sinais vitais e a eliminação urinária
	Monitorar parâmetros hemodinâmicos
Confusão aguda	Informar o paciente sobre pessoa lugar e tempo
	Orientar paciente quanto a realidade
Padrão respiratório ineficaz	Instalar oxigenoterapia se saturação de oxigênio menor que 92 %
	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações
Dor aguda	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia
Integridade da pele prejudicada	Controlar infecção
Risco de choque	Monitorar os sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária.
Risco de infecção	Assegurar o emprego da técnica adequada no cuidado de feridas.
Risco de trauma físico	Assistência no autocuidado

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Na realização do processo de enfermagem são elaboradas pelo enfermeiro as intervenções de enfermagem, que trazem os cuidados e ações de enfermagem a serem executadas, norteando a assistência (PIMPÃO et al., 2010). As intervenções de enfermagem são baseadas nos fatores relacionados, fatores de risco e nas características definidoras dos diagnósticos.

Quando a prescrição é bem planejada e executada possivelmente haverá uma melhora no estado de saúde do paciente. Para esse estudo elencamos as intervenções da NIC, que é uma taxonomia onde se encontram as ações a serem executadas pela equipe de enfermagem, que se faz útil no momento da documentação clínica, integração de dados, comunicação e cuidado prestado ao paciente, podendo servir de base para estudos e pesquisas que visam avaliar competência, produtividade, estruturação de currículos, e contribuir em grande parte com a enfermagem, que busca formas para implementar de forma integral a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde (ROCHA; SANTOS; SILVA, 2014).

Para que o paciente tenha uma reabilitação e recuperação adequada é necessário que as intervenções de enfermagem estejam dentro de um processo científico, onde o cuidado será voltado para o indivíduo de forma única, de qualidade e humanizada, e as mesmas devem ser sempre avaliadas e mudadas quando os resultados esperados não estão sendo alcançados, o que fortalece o vínculo entre a equipe multidisciplinar dando continuidade do cuidado prestado (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Cabe ressaltar ainda que ao fazer intervenções, o enfermeiro deve redigir de forma clara e objetiva, utilizando o verbo de ação (no infinitivo) como início, sendo assim uma frase descritiva (que vai conter o que, como, onde, quando, com que frequência, por quanto tempo ou quando), dizer qual profissional da equipe irá realizá-lo e o aprazamento (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Quadro 4 -Títulos diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras, de acordo com as taxonomias NANDA I, prevalentes nos pacientes atendidos na sala vermelha e amarela no Hospital Geral de Palmas, de acordo com a pesquisa realizada.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS OU FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	Fibrilação atrial, Hipertensão, AVC	-

Ventilação espontânea prejudicada	Alteração no metabolismo	Dispneia Diminuição na saturação arterial de oxigênio Uso aumentado da musculatura acessória
Débito cardíaco diminuído	Alteração na frequência cardíaca Alteração no ritmo cardíaco Alteração na contratilidade	Alteração no eletrocardiograma Palpitações cardíacas Distensão de veia jugular Alteração na Pressão arterial (PA) Edema
Confusão aguda	Histórico de acidente vascular encefálico Alteração na função cognitiva Mobilidade prejudicada Dor	Alucinação Inquietação Alteração na função cognitiva Agitação Alteração no nível de consciência Percepções incorreta
Padrão respiratório ineficaz	Dor Prejuízo neurológico	Uso aumentado da musculatura acessória Dispneia Padrão respiratório anormal
Dor aguda	Agente biológico lesivo (CA) Agente físico lesivo	Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor Expressão facial de dor Alteração no apetite

		Alteração em parâmetros fisiológicos Espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada
Integridade da pele prejudicada	Agente lesivo químico Secreções	Alteração na integridade da pele
Risco de choque	Sepse	-
Risco de infecção	Alteração na integridade da pele	-
Risco de trauma físico	Alteração na função cognitiva Alteração na sensibilidade Redução na coordenação muscular	-

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

As características definidoras segundo Bezerra et al. (2012) são evidências que se correlacionam e se agrupam como manifestações, ou seja, sinais e sintomas que o paciente apresenta que evidenciam e validam os diagnósticos. As características encontradas neste presente estudo para cada título diagnóstico são: Ventilação espontânea prejudicada caracterizado por dispnéia, diminuição na saturação arterial de oxigênio e uso aumentado da musculatura acessória, o que nos leva a entender que mesmo com o uso de suporte ventilatório, o paciente ainda apresentava incapacidade de manter uma respiração adequada para sustentação da vida.

Débito cardíaco diminuído foi caracterizado por alteração no eletrocardiograma, palpitações cardíacas, distensão de veia jugular, alteração na pressão arterial e edema, sendo justificados pelo quadro 1 de achados anormais. Padrão respiratório ineficaz esteve caracterizado por uso aumentado da musculatura acessória, dispneia e padrão respiratório anormal que pode estar associado a manifestações clínicas de alterações na oxigenação, por eventos pulmonares, que podem causar um problema real ou potencial à saúde.

O diagnóstico de integridade da pele prejudicada caracterizado por alteração na integridade da pele também é prevalente visto que são pacientes críticos dependentes de uma condição clínica a qual se encontram, dependem da equipe de enfermagem para sua mobilização no leito. A justificativa para os espaços em branco nas características definidoras dos diagnósticos de risco, se dá pela descrição das respostas humanas que podem se desenvolver em um indivíduo, as vulnerabilidades, ou seja, ainda não existe evidências.

Os achados deste presente estudo se assemelham aos resultados em um Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, com pacientes vítimas de trauma, que identificou os seguintes diagnósticos de enfermagem nas subcategorias oxigenação/ respiração, integridade tecidual e integridade física, respectivamente: Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Padrão respiratório ineficaz. (CYRILLO et al, 2009).

Houve resultados também parecidos em um estudo realizado em um hospital terciário de São Paulo, que visava identificar os diagnósticos de enfermagem na ocorrência de óbitos em pacientes atendidos no trauma, onde notou-se problemas de enfermagem relacionados às vias aéreas, ao padrão respiratório, perfusão de órgãos e sistemas, responsáveis por fatores de risco para o óbito dos pacientes. Contudo o mesmo estudo tornou evidente que os diagnósticos: conforto prejudicado, dor aguda e desobstrução ineficaz de vias aéreas foram fatores de proteção para ocorrência de tais óbitos (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012).

De acordo com Muniz et al (2015), os fatores relacionados mostram de alguma forma uma relação causal a etiologia apresentada pelo paciente o que contribui para o desenvolvimento do diagnóstico, sendo também um componente essencial em sua elaboração, conforme apresentado na tabela 5, os fatores relacionados ao título diagnóstico Ventilação espontânea prejudicada foram: alteração no metabolismo devido à má oxigenação do organismo; Débito cardíaco diminuído esteve relacionado a alteração na frequência cardíaca, alteração no ritmo cardíaco e alteração na contratilidade, visto que a maioria dos pacientes sofre de HAS e já sofreram ACVH ou apresentavam fibrilação atrial; Padrão respiratório ineficaz relacionou-se a dor ou a prejuízo neurológico, a dor devido ao paciente ter sido acometido por algum trauma ou estar em situação de confusão mental e agitação.

Podemos acreditar que, os diagnósticos de enfermagem podem auxiliar no

gerenciamento do enfermeiro e na execução e assistência da equipe de enfermagem que deve se programar para priorizar o cuidado considerando as peculiaridades que apresentam os pacientes no Serviço de Emergência e os diagnósticos fornecem critérios para a condução da assistência prestada em um panorama, em que o tempo entre a vida e a morte é sutil (LINS et al, 2013).

Quadro 5 -Títulos diagnósticos,resultados esperados e intervenções de enfermagem, de acordo com as taxonomias NANDA I, NOC, NIC prevalentes nos pacientes atendidos na sala vermelha e amarela no Hospital Geral de Palmas, de acordo com a pesquisa realizada.

NANDA I	NOC	NIC
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz evidenciado por fibrilação atrial, hipertensão, AVC	Estado circulatório adequado	Realizar monitoração do estado neurológico
Ventilação espontânea prejudicada relacionado a alteração no metabolismo evidenciado por dispnéia, diminuição na saturação arterial de oxigênio e uso aumentado da musculatura acessória	Resposta eficaz a ventilação mecânica	Realizar monitoração respiratória
Débito cardíaco diminuído relacionado a alteração na frequência cardíaca, no ritmo cardíaco e na contratilidade evidenciado por alterações no eletrocardiograma, distensão da veia jugular, palpitações cardíacas, alteração na pressão arterial e edema.	Perfusão tissular cardíaca adequada	Monitorar os sinais vitais e a eliminação urinária Monitorar parâmetros hemodinâmicos
Confusão aguda relacionado a histórico de acidente vascular encefálico, alteração na função cognitiva, mobilidade prejudicada e dor evidenciado por alucinação, inquietação, alteração na função cognitiva, agitação, alteração no nível de	Orientação cognitiva adequada	Informar o paciente sobre pessoa lugar e tempo

consciência e percepções incorreta		
Padrão respiratório ineficaz relacionado a dor e prejuízo neurológico evidenciado por uso da musculatura acessória, dispnéia e padrão respiratório anormal	Estado respiratório : Ventilação eficaz	Instalar oxigenoterapia se saturação de oxigênio menor que 92 % Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações
Dor aguda relacionado a agente lesivo biológico e químico evidenciado por autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor, expressão facial de dor, alteração no apetite, alteração em parâmetros fisiológicos e espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada	Controle eficaz da dor	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia
Integridade da pele prejudicada relacionado a agente lesivo químico e secreções evidenciado por alteração na integridade da pele	Cicatrização de feridas : segunda intenção	Controlar infecção
Risco de choque evidenciado por sepse	Perfusão tissular eficaz	Monitorar os sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária
Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele	Controle eficaz de infecção	Assegurar o emprego da técnica adequada no cuidado de feridas
Risco de trauma físico evidenciado por alteração cognitiva, na sensibilidade e redução na coordenação muscular	Manutenção da integridade tissular da pele e mucosas	Assistência no autocuidado

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Existem diversas etapas que são envolvidas no processo de identificação do problema ou necessidade. O PE prevê que a assistência esteja pautada na avaliação do paciente, a qual fornece dados para que os diagnósticos sejam identificados, onde os mesmos direcionam as metas a serem alcançadas. Juntos, os diagnósticos e metas, são as bases para selecionar as intervenções mais apropriadas a cada situação do paciente, onde será desenvolvido um olhar holístico e individualizado, onde o alcance dessas metas serão constantemente avaliados, e se necessário retorna-se as fases iniciais caso não tenham sido alcançadas. Assim portanto a assistência torna-se individualizada, com foco na patologia de cada paciente direcionando o cuidado suprindo suas necessidades (MENEZES; PRIEL; PEREIRA ,2011)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que os atendimentos nas unidades de urgência e emergência, seja ele por traumas, doenças de várias etiologias, entre outras necessitam de uma assistência rápida, eficaz e especializada, o processo de enfermagem se faz necessário neste ambiente, sendo o meio científico que norteia tanto a equipe de enfermagem como a multidisciplinar, facilitando o cuidado, garantindo a qualidade e integralidade da assistência.

O PE é usado com um intuito de reaproximação do enfermeiro, organização de suas atividades e facilitação do planejamento que tem como função avaliar o paciente e identificar suas necessidades humanas básicas afetadas, buscando através disso uma análise crítica sobre as condições de saúde do indivíduo, sendo assim por meio desse processo o profissional enfermeiro percebe os problemas, planeja e implementa as ações e avalia os resultados.

Por meio desta pesquisa podemos identificar que a maioria dos pacientes atendidos eram do sexo masculino, tinham mais de 60 anos e ficavam até 6 dias sob observação na sala vermelha ou amarela. As patologias que foram mais prevalentes são AVCH e HAS, e a maioria dos pacientes apresentavam manifestações clínicas das patologias prevalecendo alterações na pressão arterial, turgência de veias jugulares, cianose nas extremidades, entre outras. Percebeu-se também o não cumprimento da Resolução COFEN 358/2009, o que traz certa preocupação pois, pode acarretar complicações ao paciente e falta de respaldo legal da equipe.

Tais atitudes podem ser justificadas pela falta de tempo, falta de conhecimento sobre legislação, quantidade de tarefas a serem cumpridas, falta de conhecimento dos benefícios a serem obtidos tanto pela equipe de enfermagem quanto a equipe multidisciplinar e ao paciente envolvido, proporcionando uma visão holística e um cuidado individualizado, porém, mediante uma demanda judicial, apenas é levado em consideração como executado o que está registrado em prontuário.

Perante todas as evidências encontradas neste estudo, pode-se observar a grande importância do processo de enfermagem em pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência. Não é somente necessário que o enfermeiro conheça os principais procedimentos ou patologias, como também as necessidades humanas básicas de cada paciente, a fim de desenvolver uma assistência com base científica, qualificada e obter

sucesso do tratamento, gerando um pensamento crítico e passando a executar um processo de enfermagem transformador, mudando o contexto por inteiro.

Recomenda-se para trabalhos futuros uma avaliação do nível de execução e implementação do PE com base em um modelo científico que tenha como objetivo sanar os problemas que foram detectados na sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes da sala vermelha e amarela no presente estudo, garantindo assim uma melhor qualidade de vida desses indivíduos e nas ações de enfermagem, contribuindo para avanços no processo.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.M., LIMA, M.A.D.S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2013 abr/jun;15(2):564-73. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>>. Acesso: 23 Nov 2019
- ACELAJADO, M.C, CALHOUN, D.A. Resistant hypertension, secondary hypertension, and hypertensive crises: diagnostic evaluation and treatment. **Cardiol Clin**. 2010;28(4):639-54.
- ALFARO-LEFREVE, R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. Garcez RM, tradutora. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ALMEIDA, M.A; LUCENA, A.F. **O processo de enfermagem**. 2010. Disponível em <http://srvd.grupoa.com.br/uploads/imagensExtra/legado/A/ALMEIDA_Miriam/Liberado/Amostra.pdf>. Acesso em: 27 Dez 2018.
- ALVIM, André Luis. **O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas**. Graduando em Enfermagem do Centro Universitário. UNA, 2013. Disponível em:<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/531/214>>. Acesso em 28 A
- AQUINO, R.L.; ARAGÃO, A.S. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017**. 2017 ;(Resenha de livro). Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas//article/viewFile/23458/1974>>. Acesso em 19 Dez 2018.
- BAILEY, Kenneth D. **Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques**.2007;
- BENEDET, S.A et al. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **Care Online**. 2016 jul/set; 8(3):4780-4788. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Bernardes A. et al . Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Eletr. Enf.** 2014; 16(3):635-43
- BERTONCELLO, K. C. G.; CAVALCANTI, C. D. K.; ILHA, P. Análise do perfil do paciente como vítima de múltiplos traumas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n. 17, v. 4, p. 717-723, 2012.
- BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão Soc.** 2011; 5; 121-36
- BRASIL. Ministérios da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun.

2013a. Seção 1, p. 59-62. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 Dez 2018.

Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas./Secretaria de Atenção à Saúde, – Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2013b

Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

Ministério da saúde. **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências**. 2017d Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/upa/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias>>. Acesso em: 16 Jan 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pneumonia**. Biblioteca virtual em saúde, 2011e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/233_pneumonia.html>. Acesso em: 20 Nov 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013f. 84 p. : il. ISBN 978-85-334-1997-1**

BEZERRA, M. L. R. et al. Diagnostico de enfermagem conforme a teoria do auto cuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico.**Rev. Ciência**. v.8, n.1, p.60-8, 2012.

CABRAL, N. L. **Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo**.Com Ciência.n.109, Campinas, 2009.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**, 11a ed. Porto Alegre: Artmed, p. 1039, 2009.

CARVALHO, A. C. et al. **Diagnóstico de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem**. SAE sem fronteiras. 2015. Disponível em: <<https://saesemfronteiras.wordpress.com/2015/05/03/diagnostico-de-enfermagem/>>. Acesso em: 25 Nov 2019.

CHAVES, E. **Teorias de Enfermagem**. Disponível em: <https://www.enfconursos.com/uploads/cursos/2015/08/cursos_144018062855d76994b7653.pdf>. Acesso em: 14 Dez OREN-SP, 2015.2018.

COREN-SP.. **Processo de enfermagem: guia para a prática** / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; São Paulo-SP. 2015

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília- DF, 2015.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311 de 12 de maio de 2007**. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de enfermagem [legislação na internet]. Brasília ;2007. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em 25 Ago 2019.

CYRILLO, R.M.Z., et al. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré hospitalar avançado móvel. **Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2009**;11(4) Disponível:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a06.pdf>>. Acesso em: 21 Nov 2019

DA SILVA, D. B. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, v. 24, n. 1, p. 16-23, 2011

DEBONE, M. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 4, p.800-805, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0117>

FURUYA, R.K. et al.Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. Porto Alegre-RS. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.32, n.1, p. ISSN 1983-1447, 2011.

FURTADO, B.M.AI.S.M.; ARAÚJO, JÚNIOR, J.L.C. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta paul. enferm.** v.23, n.2, p.169-174. 2010.

GARBIN; LM, RODRIGUES; CC, ROSSI; LA, CARVALHO; EC. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):508-15.

HERDMAN; TH, KAMITSURU; S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HERDMAN; TH, KAMITSURU; S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

HORTA, W. de, A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EDU, 1979.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. **O que é sepse ?**. 2016. Disponível em: <<https://ilas.org.br/o-que-e-sepse.ph>>. Acesso em: 20 Nov 2019.

- JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. Rio de Janeiro. Elsevier. 3ª ed. 2012.
- KONDER, M.T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Rev. de Saúde coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, 2015.
- LINS, T.H., et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. **Rev. Eletr. Enf.** 2013;15(1):34-43.
- MACEDO, P. H. A. **Manejo da crise convulsiva: será que você está conduzindo corretamente?**. 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/manejo-da-crise-convulsiva-sera-que-voce-esta-conduzindo-corretamente/>>. Acesso em: 21 Nov 2019.
- MAINENTE, C. A. **Utilização das classificações NNN e o processo de enfermagem**. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Claudia_Maineti.pdf>. Acesso em: 25 Nov 2019.
- MALCOM, E; YISI, L. **The nine rights of medication administration: an overview**. Br J Nurs. 2010; 19 (5): 300-05.
- MANGUEIRA, S. O. ET. AL. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enfermagem em Foco**; 3(3): 135-138, 2012.
- MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília-DF, 2012.
- MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do serviço de atendimento móvel de urgência e emergência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 193 p. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
- MARQUES, G.Q. LIMA, M.A.D.S, CICONET, R.M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. **Acta Paul Enferm.** 2011;24(2):185- 95.
- MARTINS F, FONTES, CMB. Anais do CIC de 2014. UNESP. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400004>. Acesso em 18 Set 2019.
- MAZUCATO, T. et al. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. 1º ed. Penápolis: FUNEPE, 2018.

MENEZES, S.R.T., PRIEL, M.R., PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011;45(4):953-8

MUNIZ, Gracielle Cordeiro et al. Diagnóstico de enfermagem em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Pesq. Saúde**, 16(1):34-40. jan/abr. 2015.

OPAS. **Folha informativa - Acidentes de trânsito**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5147:acidentes-de-transito-folha-informativa&Itemid=779>. Acesso em: 21 Nov 2019

PAUL, C; REEVES, JS. **A visão geral do processo de enfermagem**. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos á prática profissional. Thorell AMV, tradutora. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 21-32

PIMPÃO, Fernanda Demutti, et al. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. **Cien. Cuid. Saúde**, 9(3) - 510-517, jul/set. 2010.

QUEIROZ, D. S. S. **Abordagem do paciente com crise hipertensiva**. 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3991.pdf>>. Acesso em: 17 Out 2019

REMIZOSKI, Jucilene; ROCHA, Mayara Moreira; VALL, Janaina. Dificuldades na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE: Uma Revisão Teórica Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 2010.

RIBEIRO, A. et al. Autonomia e empoderamento do Enfermeiro atuante na área hospitalar. **J Nurs Health**, Pelotas-RS p. 249, 2011

ROCHA, M. C. P., SANTOS, A. A., SILVA, E. M. Classificações de enfermagem: análise da produção científica. 2014. **Rev. de Ciências Médicas**, v. 23, n. 3.

ROCHA, E.C.A. **Atuação da enfermagem em urgências e emergências**. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-em-urg%C3%Aancias-e-emerg%C3%Aancias>>. Acesso em: 10 Dez 2018.

SALLUM, A.M.C., SANTOS, J.L.F., LIMA, F.D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [Internet] 2012;20(1). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_02.pdf>. Acesso em: 21 Nov 2019.

SANTOS, L.G. dos.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre- RS, 2011.

SANTOS, N. VEIGA, P. ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para

o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v.64, n.2, p.355-358, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000200021>

SEGANFREDO, D.H.; ALMEIDA, M. **Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692011000100006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21 Nov 2019.

SASUR, JC; MEDEIROS, VA. **A SAE e a obtenção de indicadores de saúde**. In: TANNURE, MC; PINHEIRO, AM. **Sistematização da assistência em enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 245-258.

SESA-ES. **Atendimento de Urgência ao Paciente Vítima de Trauma, Diretrizes Clínicas**. Vitória-ES, 2018. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Atendimento%20de%20Urg%C3%Aancia%20ao%20Paciente%20V%C3%ADtima%20de%20Trauma.pdf>>. Acesso em: 23 Fev 2019.

SILVA, D. R., et al. **Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário**. *Jornal brasileiro de pneumologia*, v. 39, n. 2. 2013.

SILVA, C.M.C.; TEIXEIRA, E.R. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. Rio de Janeiro-RJ. **Rev. Anna Nery**. v.15, n.4, p.1414-8145. 2011

SILVA, C. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Enfermagem*. S/A. julho, 2011. Disponível em <http://www.enfermagemsa.com/sae/sae-sistematizacao-da-assistencia-deenfermagem/>

SILVA, A.M.S.M., INVENÇÃO, A.S. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. **Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 15, n. 39, p. ISSN 2318-2083, 2018.

SILVA, A.D.C., CHIANCA, T.C.M., PÁDUA, R.D., GUIMARÃES, G.L., MANZO, B.F., CORRÊA, A.F. **Characteristics of care of a public emergency room according to the manchester triage system**. *Rev. Mineira de enfermagem*, v. 23, n. 35, p. 52, 2019.

SILVA, J.A.; SANTOS, V.L. **A humanização na assistência de enfermagem a pacientes em unidades de urgência e emergência**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em enfermagem). Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Valparaíso - GO. Goiás, p.25. 2014.

SOBRAC. **Fibrilação atrial causa AVC/Derrame**. 2019. Disponível em: <<http://www.sobrac.org/campanha/fibrilacao-atrinal-causa-avcderrame/>>. Acesso em: 21 Nov 2019

SOUZA, M.F.FIGUEIREDO L.A., PINTO I.C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n.1, 2010.

SOUZA, M.F.G.; SANTOS, A.D.B.; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Brasília – DF. **Rev Bras Enferm.** v.66, n.2, p.167-73. 2013.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TAVARES, F.M.M., TAVARES, W.S. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.** 2015. Acesso em: 18 de agosto de 2019.
DOI:<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2015>

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage].** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf>. Acesso em: 21 Nov 2019.

URALBO, I. **O Diagnóstico de enfermagem da Nanda Internacional na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica hospital universitário.** Universidade Federal de Santa Catarina. Monografia (Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem como requisito para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem). Florianópolis-SC, 2012. 175f.

VAN DEN HEEDE K., et al. **Using nursing interventions classification as a framework to revise the Belgian nursing minimum data set.** *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009;20(3):122-31.

WERNECK, A, L, S,. **DOENÇA DE PARKINSON: ETIOPATOGENIA , CLÍNICA E TERAPÊUTICA.** *Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v.9 , n.1, Distúrbios do movimento, 2010.

WILLBERGE, J.E., MAO, G. **Trauma cranioencefálico.** 2017. Disponível em : <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/les%C3%B5es-intoxica%C3%A7%C3%A3o/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce>>. Acesso em : 21 Nov 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Fact sheet N°315.** 2017.Disponível em:<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>>. Acesso em: 21 Nov 2019.

APÊNDICES


CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TCLE – Nº _____**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa “DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PALMAS-TO”, desenvolvido pela acadêmica Karen Hillary Santos Nascimento, Orientadora, e Pesquisadora Responsável Prof.^a Especialista, Tatiana Peres Santana Porto Wanderley e Co-orientadora Simone Costa Sampaio, sendo devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa, e quanto aos detalhes abaixo relacionados:

1. Este estudo tem como objetivos: Identificar os sinais e sintomas através da avaliação de enfermagem prevalentes em pacientes institucionalizados, levantar os diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA I, elucidar as prescrições e resultados esperados de acordo com as taxonomias NIC e NOC; Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas; Elaborar um plano de cuidados; Elucidar as principais patologias nos pacientes atendidos na emergência. A população será composta pelos prontuários de pacientes e pelos pacientes da sala vermelha e amarela do PS do HGP. A amostra será composta pelo número de prontuários avaliados e pacientes examinados, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.
2. A relevância deste estudo justifica-se devido a importância que tem a execução do Processo de enfermagem e o conhecimento desses principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem no âmbito da assistência ao paciente.

Assinatura do Participante ou responsável

Karen Hillary Santos Nascimento

Acadêmica Pesquisadora

Endereço: 1104 sul, Alameda 02 Lote 3
Residencial Batavia Palmas-TO

Telefone para contato: (63) 999364095

E-mail: karenhillary@gmail.com

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Pesquisadora Responsável

Endereço: 406 Norte Alameda 04 Lote 24 QI
Telefone para contato: (63) 98411-6387

E-mail: tatiporto3@gmail.com

3. Com essa pesquisa espera-se proporcionar o levantamento de dados norteadores quanto aos principais diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrições de enfermagem dos pacientes institucionalizados na unidade de urgência e emergência.
4. Será garantido pela pesquisadora esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia. A participação neste projeto não me causará nenhum prejuízo e tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, estou isento de represálias por parte do serviço, pela garantia do meu anonimato. Como está descrito na Resolução CNS nº 466/12 no IV.3, alínea: b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia.
5. Estou ciente que minha identidade e dados pessoais não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo assegurando-me absoluta privacidade;
6. Esse termo está impresso em duas vias, sendo que estarei recebendo uma cópia do mesmo;
7. Caso eu deseje, posso pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa entrando em contato com a pesquisadora no endereço referido abaixo da assinatura da pesquisadora responsável.
8. Quanto ao risco de quebra do sigilo, falha no armazenamento a pesquisadora se compromete a adotar todas as medidas cabíveis.
9. Para os profissionais existe o risco de represálias por parte da instituição. Será dada garantia quanto a isenção de revide por parte do serviço, através do anonimato, bem como o direito assegurado de recusar se a participar do estudo e ou desistir do mesmo a qualquer tempo, sem que isso lhe acarrete prejuízos. Sendo esses profissionais devidamente indenizados e ressarcidos pelo pesquisador, caso seja comprovado o nexos causal do prejuízo, com relação ao procedimento de pesquisa.

Assinatura do Participante ou responsável

Karen Hillary Santos Nascimento

Acadêmica Pesquisadora

Endereço: 1104 sul, Alameda 02 Lote 3

Residencial Batavia Palmas-TO

Telefone para contato: (63) 999364095

E-mail: karenhillarys@gmail.com

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Pesquisadora Responsável

Endereço: 406 Norte Alameda 04 Lote 24 QI

Telefone para contato: (63) 98411-6387

E-mail: tatiporto3@gmail.com

Declaração do participante ou responsável

Assim, aceito o CONVITE que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ter lido este Termo e ter entendido o que me foi explicado oralmente e devidamente apresentado neste documento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa rubricando todas as folhas deste Termo e assinando a última.

Palmas, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Participante.

Karen Hillary Santos Nascimento

Acadêmica Pesquisadora
Endereço: 1104 sul, Alameda 02 Lote 3
Residencial Batavia Palmas-TO
Telefone para contato: (63) 999364095
E-mail: karenhillarys@gmail.com

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Pesquisadora Responsável
Endereço: 406 Norte Alameda 04 Lote 24 QI
Telefone para contato: (63) 98411-6387
E-mail: tatiporto3@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP

Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900
Telefone: (63) 3219-8076 E-mail: etica@ceulp.edu.br

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA VERIFICAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Iniciais do paciente	Idade	Sexo	Nº de dias de internação	Diagnóstico Médico	Problemas descritos pela equipe multiprofissional no prontuário

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

APÊNDICE C- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM E AGRUPAMENTO POR NHB



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Iniciais do paciente	Problemas identificados pela pesquisadora na avaliação de enfermagem	Agrupamento dos problemas em NHB	Prioridades
		<p>NHB: PSICOBIOLOGIC A:</p> <p>NHB: PSICOSSOCIAL:</p> <p>NHB: PSICOESPIRITU AL:</p>	<p>1-</p> <p>2-</p> <p>3-</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

APÊNDICE D - Instrumento para identificação de DE da taxonomia NANDA I prevalentes, resultados (NOC) e intervenções de enfermagem (NIC)



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

NÍVEIS	PRIORIDADES	DOMÍNIO DA TAXONOMIA NANDA I	TÍTULO DIAGNÓSTICO	FATOR RELACIONADO OU FATOR DE RISCO	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	RESULTADO (NOC)	INTERVENÇÃO (NIC)
	1- 2- 3-						
	1- 2- 3-						
	1- 2- 3-						
	1- 2- 3-						
	1- 2- 3-						
	1- 2-						

3-

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

APÊNDICE E- TERMO DE COMPROMISSO USO DE BANCO DE DADOS

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
 ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE BANCO DE DADOS

Eu, Tatiana Peres Santana Porto Wanderley, do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem prevalentes na emergência de um hospital de referência em Palmas-To”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos prontuários dos pacientes institucionalizados na unidade de Urgência e Emergência (Salas vermelha e amarela), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos, prezando pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP.

Local e data: _____

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Pesquisador Responsável

Endereço: 406 Norte Alameda 04 Lote 24 QI

Telefone para contato: (63) 98411-6387

E-mail: tatiporto3@gmail.com

Declaração Acadêmico/Pesquisador

DECLARO ter elaborado este Termo para obter de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa e COMPROMETO-ME a prezar pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12.

Declaração Orientadora e Pesquisadora/Responsável

DECLARO estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETO-ME a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa.

Karen Hillary Santos Nascimento

Acadêmica Pesquisadora

Endereço: 1104 sul, Alameda 02 Lote 3 Residencial Batavia Palmas-TO

Telefone para contato: (63) 999364095

E-mail: karenhillarys@gmail.com

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Pesquisador Responsável

Endereço: 406 Norte Alameda 04 Lote 24 QI

Telefone para contato: (63) 98411-6387

E-mail: tatiporto3@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas –

CEP/CEULP

Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900

Telefone: (63) 3219-8076

E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

CADASTRO PLATAFORMA FORMSUS

02/07/2019

FormSus

Anote o protocolo

Formulários: Pesquisa científica nas unidades de saúde e setores de gestão da Secretaria de Estado da Saúde

Protocolo: 29356.11sKlJNajK8M

Pesquisa científica nas unidades de saúde e setores de gestão da Secretaria de Estado da Saúde

1) Título do Projeto de Pesquisa:

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PALMAS-TO

2) Pesquisador(a) Responsável:

TATIANA PERES SANTANA PORTO WANDERLEY

3) Cadastro de Pessoas Físicas CPF:

80408974168

4) Profissão:

ENFERMAGEM

5) Endereço eletrônico - Pesquisador(a) Responsável:

tatporto3@gmail.com

6) Telefone:

(63) 9841-16387

7) Link Lattes - Pesquisador(a) Responsável:

<http://lattes.cnpq.br/126238470980475>

8) Instituição Proponente:

Centro Universitário Luterano de Palmas

9) Endereço da instituição:

406 norte alameda 04 lote 24 QI 03

10) Sigla da UF:

TO

11) Município:

Palmas

13) CEP:

77006-474

14) Telefone fixo - Instituição:

(63) 3219-8076

15) E-mail INSTITUCIONAL:

etica@ceulp.edu.br

16) Além do Pesquisador Responsável, existem outras pessoas na condição de membros da equipe de pesquisa?

SIM

17) Número de pesquisadores:

[1] Um

18) Membro da equipe de pesquisa I:

Karen Hillary Santos Nascimento

19) Link Lattes - Membro da equipe de pesquisa I:

<http://lattes.cnpq.br/4095569402441645>

20) Função na equipe de pesquisa - I:

02/07/2019

FormSus

Assistente de pesquisa

21) Endereço eletrônico (E-mail) - Membro da equipe de pesquisa I:

karenhillarys@gmail.com

30) Projeto de pesquisa:[Download](#)**31) Ocorrerá submissão do projeto à avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa?**

SIM

32) Anexar FOLHA DE ROSTO CONEP (ou PARECER CEP):[Download](#)**33) Unidades pesquisadas:**

Unidade de Saúde

35) Unidade que será o campo de Pesquisa:

Hospital Geral de Palmas

36) Sabe exatamente qual é a repartição pública onde irá coletar os dados?

SIM

37) Nome do Setor onde pretende coletar dados:

Pronto Socorro

38) AVALIAÇÃO DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO:

Bom

Criação : 02/07/2019 10:33:48

Atualização : 02/07/2019 10:33:48

powered by
FormSUS



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

PARECER DA PESQUISA APROVADO PELO CEP

Map/NGP 3218-7818 *007/19*

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		ANEXO I PARECER SES
Título do Projeto de Pesquisa: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PALMAS-TO.		
Identificação da Equipe de Pesquisa		
Pesquisador Responsável TATIANA PERES SANTANA PORTO WANDERLEY		
E-mail: tatiporto3@gmail.com		Telefone: (63) 9841-16387
Demais Membros da Equipe de Pesquisa		
Nome	Função na Equipe	Email
Karen Hillary Santos Nascimento	Assistente de pesquisa	karenhillarys@gmail.com
Instituição do Pesquisador Responsável		
Nome: Centro Universitário Luterano de Palmas		
Endereço: 406 norte alameda 04 lote 24 QI 03		
Telefone(s): (63) 3219-8076		Email: etica@ceulp.edu.br
Parecer da Área Técnica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde		
Foram entregues todos os instrumentos de pactuação? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não		
Data: 24/07/2019	Assinatura da equipe técnica:	

Data: 24/07/2019	Assinatura da equipe técnica:
Parecer Técnico sobre a Viabilidade de Execução do Projeto de Pesquisa	
Unidade do SUS/TO aberta como campo de pesquisa: Hospital Geral de Palmas	
Setor da Pesquisa: Pronto Socorro	
PARECER: <input checked="" type="checkbox"/> APROVADO () COM PENDÊNCIAS () NÃO APROVADO	
Avaliação pelo Setor Técnico - Justificativa do Parecer	
Data do Parecer: <i>31/07/19</i>	Assinatura do responsável pelo setor
Data: <i>31/07/19</i>	Assinatura do responsável pelo setor
Michelle Figueira Coord. NEP Mat.: 55555	Valdemar P. da Oliveira Diretor de Interação Multiprofissional Hospitalar Mat.: 132742-1 Diretor(a) da Unidade de Saúde



Continuação do Parecer: 3.591.781

critérios de inclusão e exclusão. O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) para análise e parecer. A coleta de dados somente será iniciada após aprovação do CEP e do HGP. Serão utilizados roteiros estruturados, as informações obtidas serão inseridas em banco eletrônico, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel, sendo a partir de então compiladas e analisadas à luz da literatura pertinente. Os resultados da pesquisa serão apresentados de forma descritiva, tabular e gráfica.

TIPO DE ESTUDO

Será realizado um estudo exploratório, de caráter descritivo simples, com abordagem qualitativa e quantitativa e tendo ainda como objetivo informar sobre a distribuição de um evento na população. Para Mazucato, et al (2018), A abordagem qualitativa não emprega instrumentos estatísticos como base para a análise. Ela é utilizada quando se busca descrever a complexidade de determinado problema – não envolvendo manipulação de variáveis ou estudos experimentais. Já abordagem quantitativa atrela-se à formulação de hipóteses, definição de variáveis, quantificação na coleta de dados e de informações e ao uso de tratamentos estatísticos. Sendo assim, este modelo estabelece hipóteses que exigem uma relação entre causa e efeito e que apoia suas conclusões em dados estatísticos, comprovações e testes.

A população será composta por 25 pacientes e seus prontuários, em atendimento no Hospital Geral de Palmas (HGP) na Unidade de Pronto Socorro, salas vermelha e amarela, durante o período de coleta. O número foi determinado, após informações fornecidas pela instituição, com relação a quantidade, fluxo e rotatividade de pacientes atendidos nas duas salas em um período de 15 dias, tempo pretendido para a coleta.

A amostra será composta pelo número de prontuários avaliados e pacientes examinados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

LOCAL E PERÍODO

O estudo será desenvolvido no Hospital Geral de Palmas/TO (HGP), na Unidade de Pronto Socorro, na sala vermelha e amarela, no período de outubro a novembro de 2019.

Critérios de Inclusão:

Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos;

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-000
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVALENTES NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM

Pesquisador: Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19016719.3.0000.5516

Instituição Proponente: Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

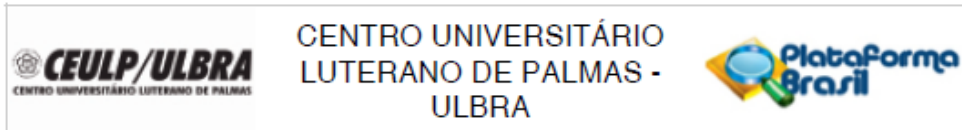
Número do Parecer: 3.591.761

Apresentação do Projeto:

RESUMO

O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas que são: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O mesmo proporciona cuidado individualizado, humano e de qualidade para o cliente. Uma emergência pode ser entendida como a constatação de agravos à saúde, súbitos, imprevisíveis que impliquem em risco iminente de morte e ou sofrimento intenso e que exigem solução imediata. Na unidade de emergência assim como em todos os ambientes em que a enfermagem atua, deve ser implementado o processo de enfermagem. Nesse contexto será realizada uma pesquisa de campo com abordagem quali-quantitativa, exploratória, de caráter descritivo simples na unidade do pronto socorro (PS) do Hospital Geral de Palmas (HGP). Os objetivos deste trabalho serão: Identificar os sinais e sintomas através da avaliação de enfermagem prevalentes em pacientes institucionalizados, levantar os diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA I, elucidar as prescrições e resultados esperados de acordo com as taxonomias NIC e NOC; Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas; Elaborar um plano de cuidados; Elucidar as principais patologias nos pacientes atendidos na emergência. A população será composta pelos prontuários de pacientes e pelos pacientes da sala vermelha e amarela do PS do HGP. A amostra será composta pelo número de prontuários avaliados e pacientes examinados, após aplicação dos

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-000
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.591.761

Prontuários de pacientes que deram entrada nas salas vermelha e amarela durante o período da coleta;
 Pacientes internados nas salas vermelha e amarela durante as datas da coleta.

Critérios de Exclusão:

Prontuários não disponíveis no horário da coleta (em uso da equipe multiprofissional);

Paciente e ou familiar (no caso de paciente impossibilitado pelo quadro de saúde) que recusar assinar o TCLE;

Paciente instável hemodinamicamente em risco iminente de morte no momento da coleta;

Paciente que esteja fora do setor para realização de exames e ou procedimentos.

VARIÁVEIS

As variáveis avaliadas nos prontuários serão: idade, sexo, dias de internação, diagnóstico médico, registros da equipe multiprofissional feitos nas últimas 24h. As variáveis avaliadas nos pacientes pela pesquisadora serão: problemas de enfermagem, agrupamento dos mesmos em NHB e estabelecimento das três prioridades diagnósticas.

ASPECTOS ÉTICOS

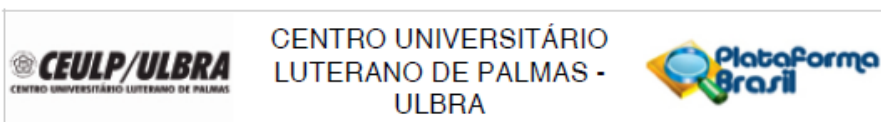
O projeto será cadastrado na plataforma FORM SUS, SESA/DGES e após autorização da instituição, será encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) para análise e parecer. A coleta de dados somente será iniciada após aprovação do CEP. Será dada garantia de anonimato e sigilo das informações. Ao final do estudo os dados não serão apresentados à instituição. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) deverá ser preenchido em 2 vias e assinado pelo sujeito da pesquisa, conforme preconizado a resolução Conselho Nacional de Saúde nº466/12, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013a) serão levados em consideração os riscos e benefícios da pesquisa. Será utilizado o TCUBD.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Será utilizado um roteiro para verificação da idade, sexo, dias de internação, diagnóstico médico e registros da equipe multiprofissional feitos nas últimas 24h, no prontuário dos pacientes (Apêndice B). Em seguida, a pesquisadora realizará a avaliação de enfermagem do paciente, através de formulário estruturado (Apêndice C) para identificar os problemas, realizar o agrupamento dos mesmos em NHB e estabelecer as três prioridades diagnósticas.

Para elaboração dos DE, RE, PE, de acordo com as taxonomias NANDA I, NIC, NOC, será utilizado o

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
 Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-000
 UF: TO Município: PALMAS
 Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.591.761

instrumento (APÊNDICE D).

A coleta será realizada pela pesquisadora, nos plantões diurno, após autorização do CEP e do NEP do HGP, nos horários das 14 às 16 h. Primeiramente, será feito contato com o paciente (se consciente e orientado) ou seu familiar para orientação sobre a pesquisa e assinatura do TCLE (Apêndice A), após colher a assinatura do paciente ou responsável, a pesquisadora solicitará ao enfermeiro plantonista, o prontuário do paciente, onde fará a coleta dos dados descritos no apêndice B, caso o prontuário não esteja disponível no momento, será feito a exclusão do paciente para a referida pesquisa (Critérios de exclusão). Posteriormente a verificação do prontuário, a pesquisadora, fará avaliação do paciente (Apêndice C), identificando os problemas de enfermagem, realizando o agrupamento deles em NHB e estabelecendo as três prioridades diagnósticas.

A terceira etapa da pesquisa, será realizada pela pesquisadora, fora do ambiente hospitalar, onde com o formulário (Apêndice D), fará a elaboração dos DE da taxonomia NANDA I, resultados (NOC) e intervenções de enfermagem (NIC) para cada paciente. Nesse momento a pesquisadora, contará com o auxílio da orientadora, que possui expertise no assunto, sendo docente da disciplina de processo de enfermagem há 13 anos e com certificação emitida pela NANDA Internacional em curso de atualização em diagnósticos de enfermagem e pela co-orientadora, docente da disciplina de urgência e emergência há 13 anos, profissional atuante no SAMU 15 anos, e com amplo conhecimento da temática urgência e emergência, para que os DE, RE, PE resultantes desse estudo, sejam validados e no intuito de evitar possíveis vies.

Para proceder o complemento dos dados, serão elaborados três diagnósticos da taxonomia NANDA I, com seu respectivo resultado esperado da taxonomia NOC e duas intervenções de enfermagem da taxonomia NIC, para cada paciente avaliado. Apresentaremos de forma descritiva, tabular e gráfica, os cinco DE, RE, PE que foram prevalentes na pesquisa.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados serão inseridos em banco eletrônico, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel. A análise estatística dos dados provenientes das perguntas fechadas será feita utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas e os provenientes das perguntas abertas serão analisadas segundo o seu conteúdo e agrupadas em categorias afins.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Os dados serão compilados e analisados à luz da literatura pertinentes e serão apresentados de

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
 Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-000
 UF: TO Município: PALMAS
 Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.591.781

forma descritiva, tabular e gráficos.

DESFECHO PRIMÁRIO

A instituição utilizará os DE, RE, PE elaborados de acordo com as taxonomias NANDA I, NOC e NIC, que foram prevalentes no estudo, para estruturação do processo de enfermagem no pronto socorro e implementação de impressos digitais.

DESFECHO SECUNDÁRIO

A instituição desenvolverá um planejamento de atividades educativas para os profissionais de enfermagem do pronto socorro, sobre o processo de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Verificar quais são os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem das taxonomias NANDA I, NOC, NIC prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar quais as necessidades humanas básicas mais afetadas nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO, à luz da teoria de Wanda Horta;

Evidenciar através da avaliação de enfermagem os sinais e sintomas prevalentes nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO;

Elaborar um plano de cuidados para os pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência, a partir das taxonomias NANDA I, NOC, NIC;

Elucidar as principais patologias nos pacientes atendidos na emergência de um Hospital de Referência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Para os profissionais existe o risco de represálias por parte da instituição, caso seja evidenciado

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
 Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.019-000
 UF: TO Município: PALMAS
 Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@culp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 3.591.761

que os registros feitos nos prontuários, não estejam completos e atendendo a legislação, mas será dado garantia quanto a isenção de revidar por parte do serviço, através do anonimato, bem como o direito assegurado de recusar se a participar do estudo e ou desistir do mesmo a qualquer tempo sem que isso lhe acarrete prejuízos. Sendo esses profissionais devidamente indenizados caso seja comprovado o nexos causal do prejuízo, com relação ao procedimento de pesquisa e ressarcidos pelo pesquisador se houver necessidade. Como está descrito na Resolução CNS nº 466/12 no IV.3, alínea: b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia.

No manuseio dos prontuários existe o risco de vazamento de informações dos pacientes, mas a pesquisadora se compromete a adotar todas as medidas necessárias para evitar exposição de dados, como, utilizar a sala de prescrição médica para a coleta, local privativo à equipe multiprofissional da instituição.

Os acompanhantes poderão ter um interesse despertado sobre a patologia e tratamento instituído para o seu paciente, de qualquer forma, o pesquisador compromete-se a oferecer suporte técnico para esclarecimentos, de forma a minimizar os possíveis riscos, será garantido o direito de não participar da coleta de dados e, se necessário, será oferecido apoio emocional.

Para a pesquisadora existe risco de contaminação por estar em ambiente insalubre, mas, ela se compromete a adotar todas as medidas de Biossegurança necessárias, como o uso de EPIS (Equipamentos de Proteção Individual).

Benefícios

O resultado do presente estudo poderá beneficiar os pacientes e profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas à medida que fornecerá resultados de indicadores que poderão ser trabalhados e melhorados. Em relação aos pacientes poderão receber uma melhor assistência de enfermagem, e os profissionais irão obter mais desenvolvimento crítico, melhor tomada de decisões e autonomia. Realizando o processo os pacientes ficaram encorajados, esperançosos, e satisfeitos com o atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho tem como objetivo verificar quais são os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem das taxonomias NANDA I, NOC, NIC prevalentes nos pacientes

Endereço: Avenida Tectônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
 Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-000
 UF: TO Município: PALMAS
 Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 3.591.761

atendidos na emergência de um Hospital de Referência em Palmas-TO, tornando-se extremamente relevante para uma conclusão de curso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados conforme preconizados pelas normas vigentes

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências elencadas no parecer nº 3.563.361, de 09/09/2019 foram atendidas, estando o projeto aprovado para ser iniciado conforme cronograma proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destaca-se aqui apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Caso houverem modificações metodológicas, nos objetivos, mudança na equipe de pesquisa ou cronograma, estas devem ser informadas ao CEP via Plataforma Brasil através de emendas ou notificações conforme preconizado na Norma Operacional nº 001/2013, alínea H, do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-900
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.591.781

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1378656.pdf	14/09/2019 09:49:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO.docx	14/09/2019 09:49:03	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC1CEPNOVO.docx	14/09/2019 09:46:06	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
Outros	TCUBD.docx	13/08/2019 21:30:13	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC1CEP.docx	13/08/2019 21:29:44	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/08/2019 18:10:58	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstituicao.pdf	12/08/2019 18:07:58	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadorassinada.pdf	12/08/2019 18:06:13	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	12/08/2019 18:05:29	Tatiana Peres Santana Porto Wanderley	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 23 de Setembro de 2019

Assinado por:
Luis Fernando Castagnino Sesti
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.010-900
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (03)3210-8070 Fax: (03)3210-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br