

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONE SOUZA NASCIMENTO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO: UTILIZANDO OS SISTEMAS DE KING**

BRASÍLIA – DF

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMONE SOUZA NASCIMENTO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO: UTILIZANDO OS SISTEMAS DE KING**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cristine Alves Costa de Jesus

BRASÍLIA – DF

2017

NN244d Nascimento, Simone Souza
Diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pronto
atendimento: utilizando os sistemas de King / Simone Souza
Nascimento; orientador Cristine Alves Costa de Jesus. --
Brasília, 2017.
163 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2017.

1. Emergência. 2. Teoria de Enfermagem. 3. Diagnóstico de
Enfermagem. 4. Classificação de Risco. 5. Triagem. I.
Jesus, Cristine Alves Costa de, orient. II. Título.

SIMONE SOUZA NASCIMENTO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO: UTILIZANDO OS SISTEMAS DE KING**

Aprovado em 16 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Cristine Alves de Jesus – Presidente da Banca

Departamento de Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Professor Doutor Rinaldo de Souza Neves – Membro Efetivo, externo ao Programa
Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da
Saúde

Professora Doutora Ivone Kamada – Membro efetivo

Departamento de Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Professor Doutor Pedro Sadi Monteiro – Membro Suplente

Departamento de Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Ao meu esposo, Marcelo Moura, por seu amor, apoio e sustentação em todos os momentos da nossa vida, que me fez acreditar na vitória mesmo quando os obstáculos me fizeram desanimar.

A meus amados pais, Arzilene e Marcelino, que sempre acreditaram em mim como pessoa e profissional, e participaram de cada conquista.

A minha irmã Cristina, que com sua limitação e inocência me apoiou e repetiu diversas vezes “Tá difícil? Você vai conseguir irmã”.

A Deus, pois Ele, Senhor supremo de minha vida nunca me abandonou e sempre me compreendeu durante minha formação.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, o maior responsável por esta conquista.

Ao Marcelo, meu esposo, parceiro, amigo, pelo apoio e paciência, principalmente nos meus momentos de ausência.

À minha família, em especial à Arzilene e Marcelino, meus pais, pelo apoio que dispensaram a mim durante esta trajetória.

À Cristina, minha querida irmã.

À minha orientadora, Dra. Cristine Alves Costa de Jesus, pelo zelo e responsabilidade a mim dedicados nesta jornada, por contribuir com meu processo de formação, por acreditar em mim e me mostrar o caminho para alcançar o conhecimento.

À minha família, que me apoiou e incentivou, sem questionar meus momentos de ausência.

Aos meus amigos e colegas de trabalho: Camila Lucas, Francilisi Brito, Dinamar Ribeiro, Ericka Redondo e Maurício, pelo apoio à continuidade da pesquisa, mesmo em meio às dificuldades nas tarefas diárias.

À minha supervisora e colega de trabalho, Vanderléia Lauro.

Aos pacientes que colaboraram com meu crescimento sendo sujeitos de pesquisa.

É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem; que não conhecem a dor da derrota, mas não têm a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito ao final da jornada na Terra não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se ante Ele por terem simplesmente passado pela vida.

(Robert Nesta Marley)

NASCIMENTO, S.S. **Diagnósticos de Enfermagem em uma Unidade de Pronto Atendimento: utilizando os sistemas de King**. 2017. 163 páginas. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

RESUMO

Introdução: Os serviços de emergência tem funcionado como porta de entrada para o sistema de saúde, mesmo em casos sem gravidade, o que causa filas de espera, superlotação, demora para atendimento, insatisfação do usuário e sobrecarga de serviço aos profissionais. É neste contexto que a qualidade da assistência e a implantação do processo de enfermagem como ferramenta de trabalho, apesar de importante, tem sido deixado em segundo plano. O objetivo deste estudo foi avaliar os diagnósticos de enfermagem dos clientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento, admitidos nas Salas Amarela e Vermelha, fundamentado no referencial teórico de Imogene King e na Taxonomia da NANDA-I. **Método:** Tratou-se de pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal. Foi realizado em Unidade de Pronto Atendimento do Distrito Federal, com os pacientes classificados como laranja e/ou vermelho admitidos nas Salas Amarela e Vermelha. Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, a partir da aplicação do Processo de Enfermagem e estruturados no modelo de Imogene King. A coleta foi realizada pela própria autora, com 50 clientes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Quanto ao perfil observou-se discreta predominância de indivíduos do sexo feminino (54%). A idade dos clientes entrevistados variou entre 18 e 91 anos, com média de 50,48 anos. Em relação à escolaridade, a amostra caracterizou-se com baixa escolaridade. Quanto a raça/cor houve predominância de indivíduos que se autodeclararam pardos (44%). Em relação ao estado conjugal, 60% eram casados. Sobre os dados referentes à moradia, 76% estavam na zona urbana e 62% moravam em imóvel próprio. Saneamento básico completo foi identificado em 64% da amostra. Sobre a fonte de renda, 44% exerciam alguma atividade laboral e 36% estavam desempregados. Sobre as condições patológicas pré-existentes as mais prevalentes foram a hipertensão arterial (40,0%) e o diabetes melito (30,0%). A amostra também caracterizou-se pela polimedicação. Dos indivíduos 20% eram tabagistas, 22,0% eram etilistas e apenas 18,0% praticavam algum exercício físico regularmente. Apenas 34,0% dos clientes já haviam passado por pelo menos um atendimento, em outro momento, na unidade de estudo. Sobre a classificação de risco, 94,0% foram classificados como Laranja e 68% foram entrevistados na Sala Amarela. As queixas

predominantes foram dor no peito e falta de ar com 28,0% cada. Foram identificados 13 fluxogramas diferentes nos clientes pertencentes ao estudo, e os de maior prevalência foram Dor torácica (18,0%), Mal-estar em adulto (14,0%), Dispneia em adulto e Dor abdominal em adulto (12,0% cada). Utilizando a taxonomia da NANDA-I foram arrolados ao todo 722 diagnósticos de enfermagem com média de 14,44 diagnósticos por cliente. Foram identificados 94 diagnósticos, sendo 54 diagnósticos com foco no problema (reais), dois diagnósticos de promoção da saúde e 38 de risco (ou vulnerabilidade). Analisando sob a perspectiva dos três sistemas mencionados por King observou-se que os diagnósticos encontrados contemplaram todos os sistemas propostos, e estão divididos de forma percentual em sistema pessoal com 88,3%, sistema interpessoal com 9,6% e sistema social com 2,1%. Apenas nove diagnósticos apresentaram frequências superiores a 40%, sendo eles: risco de infecção (90,0%), conhecimento deficiente (80,0%), risco de quedas (64,0%), estilo de vida sedentário (62,0%), dentição prejudicada (60,0%), risco de perfusão renal ineficaz (48,0%), risco de sangramento (46,0%), fadiga (46,0%) e dor aguda (42,0%). Entre alguns fatores causais presentes nos diagnósticos prioritários destacaram-se: conhecimento deficiente por insuficiência de informações sobre o tratamento ou o problema de saúde; sedentarismo por interesse insuficientes pela atividade física; dentição prejudicada por dificuldades de acesso a cuidados dentários profissionais; fadiga decorrente de condições fisiológicas limitantes; e dor devido a agente lesivo biológico. **Conclusão:** Os resultados obtidos neste estudo, servirão de apoio aos profissionais atuantes em unidades de pronto atendimento, tanto no que se refere a realização de uma classificação de risco detalhada e na aplicação do processo de enfermagem. O estudo permitiu elaborar reflexões sobre a importância de se conhecer o perfil da população que procura o serviço, bem como conhecer a essência do raciocínio clínico e as diferentes habilidades, que envolvem a aplicação do processo de enfermagem.

Descritores: Emergência; Teoria de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Classificação de Risco; Triagem.

NASCIMENTO, S.S. **Nursing diagnosis in an Unit of Ready Attendance: using the systems of King**. 2017. 163 pages. Dissertation (Master's degree) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2017.

ABSTRACT

Introduction: The emergency services have been working as entrance door for the system of health, even in cases without gravity, what causes wait lines, over crowded, is long for attendance, the user's dissatisfaction and service overload to the professionals. It is in this context that the quality of the attendance and the implantation of the nursing process as work tool, in spite of important, it has been left in second plan. The objective of this study was to evaluate the nursing diagnosis of the clients assisted in an Unit of Ready Attendance, admitted in the Yellow and Red Rooms, based in Imogene King theory and in Taxonomy of the NANDA-I. **Method:** It was treated of research of quantitative approach of the descriptive type, with traverse design. It was accomplished in Unit of Ready Attendance of Distrito Federal, with the patients classified as orange red and/or admitted in the Yellow and Red Rooms. The data were collected in the period of November from 2016 to February of 2017, starting from the application of the Nursing Process and structured in Imogene King model. The collection was accomplished by the own author, with 50 clients, that signed the Term of Consent Free and Explained. **Results:** With relationship to the profile individuals' of the feminine sex discreet predominance was observed (54%). the interviewed customers' age varied between 18 and 91 years, with 50,48 year-old average. In relation to the education, the sample was characterized with low education. As the breed/color had individuals self-declared predominance that brown (44%). In relation to the matrimonial state, 60% were married. On the referring data to the home, 76% were in the urban zone and 62% lived in immobile own. Complete basic sanitation was identified in 64% of the sample. On the source of income, 44% worked and 36% were unemployed. About the pré-existent pathological conditions the more prevalents were the hypertension (40,0%) and the diabetes (30,0%). The sample was also characterized by the polypharmacy. Of the individuals 20% were smoker, 22,0% were drinker and 18,0% only practiced regularly some physical exercise. Only 34,0% of the customers had already passed for at least an attendance, in another moment, in the unit of study. About the risk classification, 94,0% were classified as Orange and 68% were interviewed in the Yellow Room. The predominant complaints were pain in the chest and lack

of air with 28,0% each. It were identified 13 different flow chart in the customers belonging to the study, and the one of larger prevalence were Thoracic pain (18,0%), Indisposition in adult (14,0%), Dyspnea in adult and Abdominal pain in adult (12,0% each). Using the Taxonomy of the NANDA-I was inventoried to the whole 722 nursing diagnosis with average of 14,44 diagnosis for client. It were identified 94 diagnosis, being 54 diagnosis with focus in the problem (real), two diagnosis of promotion of the health and 38 of risk (or vulnerability). Analyzing under the perspective of the three systems mentioned by King it was observed that the found diagnosis contemplated all the proposed systems, and it are divided in a percentile way in personal system with 88,3%, interpersonal system with 9,6% and social system with 2,1%. only nine diagnosis presented superior frequencies to 40%, being them: infection risk (90,0%), deficient knowledge (80,0%), risk of falls (64,0%), sedentary lifestyle (62,0%), prejudiced teething (60,0%), risk of ineffective renal perfusion (48,0%), bleeding risk (46,0%), it fatigues (46,0%) and acute pain (42,0%). Among some factors causal presents in the priority diagnosis stood out: deficient knowledge for inadequacy of information on the treatment or the problem of health; sedentarism for insufficient interest for the physical activity; prejudiced teething for access difficulties the professional dental cares; fatigues due to physiologic limiting conditions; and pain due to biological harmful agent. **Conclusion:** The results obtained in this study, it will serve as support to the active professionals in units of ready attendance, so much in what it refers the accomplishment of a risk classification detailed and in the application of the nursing process. The study allowed to elaborate reflections on the importance of knowing the profile of the population that seeks the service, as well as to know the essence of the clinical reasoning and the different abilities, that involve the application of the nursing process.

Descriptors: Emergency; Nursing Theory; Nursing Diagnosis; Classification of Risk; Triage.

NASCIMENTO, S.S. **Diagnósticos de enfermería en una Unidad de Cuidados de Emergencia: utilización de los sistemas de King.** 2017. 163 páginas Dissertación (Maestría) del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2017.

RESÚMEN

Introducción: Los servicios de la emergencia han estado trabajando como la puerta de la entrada para el sistema de salud, incluso en los casos sin la gravedad, que qué causas esperan las líneas, encima de braveado, es largo para la asistencia, el descontento del usuario y carga excesiva de servicio a los profesionales. Está en este contexto que la calidad de la asistencia y la implantación del proceso de enfermería como la herramienta de trabajo, a pesar de importante, se ha salido en segundo plan. El objetivo de este estudio era evaluar los diagnósticos de enfermería de los clientes ayudados en una Unidad de Asistencia Lista, admitida en los Cuartos Amarillo y Rojo, basado en la de teoría Imogene King y en Taxonomía del NANDA-I. El método: Se trató de investigación de acercamiento cuantitativo del tipo descriptivo, con el plan atravesado. Era cumplido en la Unidad de Asistencia Lista de Distrito Federal, con los pacientes clasificados como la naranja rojo y/o admitió en los Cuartos Amarillo y Rojo. Los datos eran reunido en el periodo de noviembre de 2016 a febrero de 2017, empezando de la aplicación del Proceso de Enfermería y estructuró en modelo de Imogene King. La colección era cumplida por el propio autor, con 50 clientes que firmaron el Término de Consentimiento Libre y Explicó. Los resultados: Con la relación a los individuos del perfil del sexo femenino el predominio discreto se observó (54%). la edad de los clientes entrevistados varió entre 18 y 91 años, con 50,48 promedio año-viejo. Respecto a la educación, la muestra se caracterizó con la educación baja. Cuando los raza/color tenían el ego de los individuos declarar el predominio que el atezado (44%). Respecto al estado matrimonial, 60% estaban casados. En los datos refiriéndose a la casa, 76% estaban en la zona urbana y 62% vivieron en inmóvil propio. Se identificó la higienización básica completa en 64% de la muestra. En la fuente de ingreso, 44% trabajaron y 36% eran desempleado. Sobre las condiciones patológicas pré-existentes el más los prevalentes eran la hipertensión (40,0%) y la diabetes (30,0%). La muestra también se caracterizó por el polifarmacia. De los individuos 20% eran fumadores, 22,0% eran bebedores y sólo 18,0% practicaron algún ejercicio físico regularmente. Sólo 34,0% de los clientes ya habían pasado para por lo menos una asistencia, en otro momento, en la unidad de estudio. Sobre la clasificación de riesgo,

94,0% eran clasificados como la Naranja y 68% se entrevistó en el Cuarto Amarillo. Las quejas predominantes eran el dolor en el pecho y falta de aire con 28,0% cada uno. Se identificaron 13 mapa de flujo diferente en los clientes que pertenecen al estudio, y el uno de predominio más grande era el Dolor torácico (18,0%), Indisposición en el adulto (14,0%), Disnea en el adulto y el Dolor abdominal en el adulto (12,0% cada uno). Usando el Taxonomy del NANDA-I me inventarié a los 722 diagnósticos de la lactancia enteros con el promedio de 14,44 diagnósticos para cliente. Se identificaron 94 diagnósticos, mientras siendo 54 diagnósticos con el enfoque en el problema (real), dos diagnósticos de promoción de la salud y 38 de riesgo (o vulnerabilidad). Analizando bajo la perspectiva de los tres sistemas mencionaron por King que fue observado que los diagnósticos encontrados contemplaron todos los sistemas propuestos, y son dividido de una manera del percentil en el sistema personal con 88,3%, sistema interpersonal con 9,6% y el sistema social con 2,1%. sólo nueve diagnósticos presentaron las frecuencias superiores a 40%, mientras siendo: el riesgo de infección (90,0%), el conocimiento deficiente (80,0%), riesgo de caídas (64,0%), el estilo de vida sedentario (62,0%), el echando los dientes perjudicado (60,0%), riesgo de perfusión renal ineficaz (48,0%), el riesgo sangrante (46,0%), fatiga (46,0%) y el dolor agudo (42,0%). Entre algunos factores los regalos causales en los diagnósticos de prioridad destacados: el conocimiento deficiente para la insuficiencia de información en el tratamiento o el problema de salud; el sedentarios para el interés insuficiente para la actividad física; perjudicado echando los dientes para las dificultades de acceso los cuidados dentales profesionales; las fatigas debido a condiciones fisiologicas que las limita; y dolor debido al agente dañoso biológico. **Conclusión:** Los resultados obtuvieron en este estudio, servirán como el apoyo a los profesionales activos en las unidades de asistencia lista, tanto en lo que se refiere al logro de una clasificación de riesgo detallado y en la aplicación del proceso de enfermería. El estudio permitió elaborar las reflexiones en la importancia de saber el perfil de la población que busca el servicio, así como para saber el ser del razonamiento clínico y las habilidades diferentes que involucran la aplicación del proceso de enfermería.

Descriptores: Emergencia; Teoría de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Clasificación de Riesgo; Triage.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEPFEPECS/SES/DF: Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

CEPFS/UnB: Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CODEPLAN: Companhia de Planejamento do Distrito Federal

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

DF: Distrito Federal

GAE: Guia de Atendimento Emergencial

GDF: Governo do Distrito Federal

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corporal

MEEM: Mini Exame do Estado Mental

MS: Ministério da Saúde

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association – International

NIC: Nursing Interventions Classification

OMS: Organização Mundial de Saúde

PDAD/DF: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal

PE: Processo de Enfermagem

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO: World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Fluxogramas do Protocolo Manchester de Classificação de Risco.....	27
Quadro 2. Critérios determinantes de limites internos e externos da Teoria de King.	40
Quadro 3. Proposições da Teoria de Alcance de Metas de Imogene King.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de Enfermagem.	30
Figura 2. Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.	32
Figura 3. Estrutura dos sistemas de Imogene King.	36
Figura 4. O processo de interação humana.	40
Figura 5. Diagrama esquemático da Teoria do alcance de Metas.	42
Figura 6. Escala de Braden.....	53
Figura 7. Escala de Morse.....	54
Figura 8. Índice de Katz.....	54
Figura 9. Régua de dor.....	55
Figura 10. Escala de Coma de Glasgow.....	56
Figura 11. Mini Exame do Estado Mental de Folstein.	57
Figura 12. Distribuição dos clientes dos indivíduos com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação, conforme classificação do Índice de Massa Corporal, na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	67
Figura 13. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os Sistemas Pessoal, Interpessoal e Social de Imogene King nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação (n=94) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.....	83
Figura 14. Distribuição do total de diagnósticos de enfermagem segundo os Sistemas Pessoal, Interpessoal e Social de Imogene King nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação (n=722) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico da amostra de clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	61
Tabela 2. Distribuição das condições patológicas pré-existentes da amostra de clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	64
Tabela 3. Condições patológicas pré-existentes dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	64
Tabela 4. Distribuição dos grupos de medicamentos de uso contínuo nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	65
Tabela 5. Medicações de uso contínuo, organizadas em grupo, dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	66
Tabela 6. Hábitos de vida, atividade e repouso dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	67
Tabela 7. Distribuição dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada, conforme procedência, passagem prévia pela unidade, classificação de risco, sala de observação e quantidade de atendimentos até alocação na sala de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	68
Tabela 8. Distribuição das queixas, sinais e sintomas relatados ou percebidos nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada, durante a Classificação de Risco (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	70
Tabela 9. Fluxogramas do Protocolo Manchester de Classificação de Risco registrados nos prontuários dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação, na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.....	71
Tabela 10. Discriminadores do Protocolo Manchester de Classificação de Risco registrados nos prontuários dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	72
Tabela 11. Escalas de avaliação aplicadas aos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação, na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.....	74
Tabela 12. Diagnósticos de enfermagem com foco no problema e de promoção da saúde nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	76
Tabela 13. Diagnósticos de enfermagem de risco nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) –	

Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	77
Tabela 14. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema da NANDA-I, conforme os sistemas de King, na amostra estudada (n=50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	80
Tabela 15. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada conforme domínios da NANDA-I (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.....	84
Tabela 16. Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	90
Tabela 17. Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	92
Tabela 18. Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.	94

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 Justificativa e Problematização	22
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1 O Cuidado na Urgência e Emergência	24
2.2 Sistema Manchester de Classificação de Risco	25
2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem	29
2.4 Enfermagem e a Teoria de King	33
2.4.1 Imogene King	33
2.4.2 Modelo Conceitual de King e a Teoria de Alcance de Metas	35
2.4.2.1 Modelo conceitual de King	35
2.4.2.2 Teoria do Alcance de Metas	38
2.4.3 A Teoria de King e sua Aplicabilidade no Processo de Enfermagem	43
3. OBJETIVOS DA PESQUISA	45
3.1 Objetivo Geral	45
3.2 Objetivos Específicos	45
4. METODOLOGIA DA PESQUISA	46
4.1 Tipo de Estudo	46
4.2 Formulação do Problema de Pesquisa	46
4.3 Fundamentação Teórica da Pesquisa	46
4.4 Local do Estudo	47
4.5 População e Amostra	48
4.6 Coleta de Dados	49
4.6.1 Instrumento de Coleta de Dados	49
4.6.2 Procedimentos de Coleta de Dados	58
4.7 Análise dos Dados	59
4.8 Aspectos Éticos	60
5. RESULTADOS	61
5.1 Caracterização dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação quanto ao perfil socioeconômico-demográfico	61
5.2 Caracterização clínico-epidemiológica dos clientes que receberam as	

classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação	63
5.2.1 <i>Características clínico-epidemiológicas pré-existentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo</i>	63
5.2.2 <i>Características referentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo</i>	68
5.3 Identificação dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação	75
5.3.1 <i>Diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação</i> ..	75
5.3.2 <i>Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação</i>	89
5.3.3 <i>Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação</i>	91
5.3.4 <i>Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação</i>	94
6. DISCUSSÃO	97
6.1 Caracterização dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação quanto ao perfil socioeconômico-demográfico	98
6.2 Caracterização clínico-epidemiológica dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação	102
6.2.1 <i>Características clínico-epidemiológicas pré-existentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo</i>	102
6.2.2 <i>Características referentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo</i>	104
6.3 Diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação	107
6.3.1 <i>Conhecimento deficiente</i>	108
6.3.2 <i>Estilo de vida sedentário</i>	110
6.3.3 <i>Dentição prejudicada</i>	111

6.3.4 <i>Fadiga</i>	113
6.3.5 <i>Dor aguda</i>	114
6.3.6 <i>Dor crônica</i>	115
6.3.7 <i>Obesidade e Sobrepeso</i>	116
6.3.8 <i>Padrão de sono prejudicado e Insônia</i>	117
6.3.9 <i>Risco de infecção</i>	118
6.3.10 <i>Risco de quedas</i>	119
6.3.11 <i>Risco de perfusão renal ineficaz</i>	121
6.3.12 <i>Risco de sangramento</i>	122
7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
8. REFERÊNCIAS	126
9. APÊNDICES	140
9.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	140
9.2 Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados	142
10. ANEXOS	151
10.1 Anexo 1 – Termo de Anuência da Instituição Coparticipante	151
10.2 Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do CEP 1.760.638	152
10.3 Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do CEP 1.861.232	159
10.4 Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do CEP 1.910.156	162

1. INTRODUÇÃO

A urgência e a emergência são definidas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo *continuum*, cujas extremidades opostas são, de um lado, a total ausência de risco de vida (de rotina) e, do outro, a existência de um risco de vida máximo (emergência). Entre os dois, em um lugar indefinido, intermediário, situa-se a urgência. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), emergência é a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo tratamento médico imediato, enquanto a urgência é uma ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (BRASIL, 2014).

Diante do rol de especialidades existentes, a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Existe uma crescente demanda por serviços nesta área, devido ao aumento de casos de eventos relacionados aos acidentes, à violência urbana e também às complicações agudas e crônicas das doenças crônicas não transmissíveis, não corretamente abordadas na atenção primária à saúde (BRASIL, 2006).

Em vistas destes problemas, em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências, edição ampliada da primeira versão de 2003 formada por sete portarias: Portaria GM nº 1.828 de 2 de setembro de 2004; Portaria GM nº 2.420 de 9 de novembro de 2004; Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003; Portaria GM nº 1.864 de 29 de setembro de 2003; Portaria GM nº 2.072 de 30 de outubro de 2003; Portaria GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002; e Portaria GM nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004, tendo como marco inicial a Portaria GM nº 2048 de 2002 (BRASIL, 2006).

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é uma das exigências para a implantação desta política e refere-se à

assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e

terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2006).

Desta forma, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram planejadas, construídas e implementadas para suprir as necessidades de atendimento emergenciais ao indivíduo e coletividade em todo o Brasil, oferecendo atendimento não hospitalar às urgências e emergências, definida pela Portaria supracitada.

No Distrito Federal (DF), não ocorreu de forma diferente. Seis UPAs foram inauguradas de 2011 a 2014, sendo elas: Samambaia (fevereiro de 2011), Recanto das Emas (julho de 2012), São Sebastião (agosto de 2012), Núcleo Bandeirante (setembro de 2012), Ceilândia (abril de 2014) e Sobradinho (setembro de 2014), dando cobertura ao atendimento das urgências e emergências nas diferentes regiões do DF.

A prioridade de atendimento nas UPAs do DF é verificada por meio do Sistema Manchester de Classificação de Risco, elaborado pelo *Manchester Triage Group* e traduzido no Brasil por Cordeiro Júnior e Mafra (2010).

A dinâmica de serviço de uma UPA caracteriza-se por grande rotatividade de usuários, com variados graus de gravidade. Como o protocolo estabelece conhecer a queixa principal e realizar a classificação de risco no menor tempo possível, pode-se supor que o atendimento holístico e individualizado ao cliente nessas unidades venha a ficar prejudicado, o que pode gerar algumas das dificuldades para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou do Processo de Enfermagem (PE) nestes serviços.

Vários fatores podem trazer dificuldades no processo de trabalho nessas unidades, ou mesmo na aplicação do processo de enfermagem, especialmente em decorrência das características do ambiente e da clientela atendida (BARBOSA et al., 2009; MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012; VERSA et al 2014; BELLUCI JUNIOR et al 2015; VERAS et al., 2015).

Sabe-se que o PE fortalece a autonomia da enfermagem, e permite ao enfermeiro desenvolver e organizar o trabalho da equipe de enfermagem, priorizando a necessidade de cada indivíduo cuidado (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

O PE está dividido em cinco etapas interrelacionadas e interdependentes: coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). No que se refere à segunda etapa do PE, o processo de se estabelecer diagnósticos exige raciocínio clínico e conhecimento da taxonomia, uma vez que esta definição deve se aplicar à realidade observada. Ainda coexiste

a problemática de que estudos acerca dos diagnósticos de enfermagem na área de urgência e emergência ainda serem incipientes (FRANCO, 2015).

O PE deve estar fundamentado em referenciais teóricos de enfermagem e um dos marcos do surgimento do PE é o ensino dessa atividade como alternativa de aplicação de um método baseado em teorias de enfermagem buscando a cientificidade, a autonomia e o reconhecimento social do enfermeiro (CORBISHLEY; SILVA, 1999). Uma boa atuação prática pressupõe teorias efetivas, articuladas com a realidade das práticas e do sistema de saúde (SANTOS et al., 2008).

A partir da experiência profissional tanto na docência quanto na assistência de enfermagem, observa-se que alguns profissionais de enfermagem, no desempenho de suas atividades em unidade de emergência, denotam a preocupação, como foco principal, nos aspectos biológicos do ser humano, sem considerar os demais aspectos do ser, na maioria das vezes. Dessa forma, fragmentam o cuidado, pois não consideram o ser humano em sua totalidade e complexidade. No cuidado que foca apenas órgãos, patologias, sinais e sintomas clínicos, a relação e interação entre os seres fica prejudicada. Considera-se que o cuidado deve ir além da visão biológica e biomédica, de modo a integrar as diversas unidades e multiplicidades dos seres. As ações do profissional de enfermagem em uma unidade de emergência precisam ser eficientes e eficazes, contudo, precisam valorizar também a subjetividade do ser humano (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Considerando a complexidade do atendimento da clientela em uma UPA, a necessidade de um atendimento individualizado e sistematizado, fundamentado em uma teoria de enfermagem e a importância de se conhecer os principais diagnósticos de enfermagem desse grupo de clientes, tornou-se importante a realização do presente estudo.

1.1 Justificativa e Problematização

Trabalhando alguns anos em unidades de pronto atendimento, foi possível notar que a maioria da equipe de enfermagem encontra-se pouco preparada para o atendimento qualificado ao cliente, seja por pouca experiência profissional ou por inexperiência nesta especialidade. As dificuldades em aplicar a SAE, mais precisamente, o PE em muitas unidades, pode ser um dos motivos de prejuízo à assistência holística ao cliente, uma vez que a maior parte do cuidado prestado está pautado na realização de procedimentos prescritos pelos médicos, muitas vezes como rotina. Considerando a demanda das UPAs é possível perceber que os indivíduos com maior prioridade ou gravidade, frequentemente são

encaminhados para atendimento ou acompanhamento da evolução em salas, nominadas Salas Amarela e Vermelha, dependências comuns nessas unidades.

A motivação para realizar este estudo, deu-se pela observação da necessidade crescente de implantação da SAE, com vistas a estabelecer planos de cuidados integrais e individualizados aos clientes atendidos e/ou admitidos nas Salas Amarela e Vermelha, classificados como “Muito Urgente” (Laranja) e “Emergente” (Vermelho), conforme o Sistema Manchester de Classificação de Risco.

Após a delimitação do problema foi realizada a formulação do problema utilizando como premissas a precisão e a clareza. Esta formulação ressalta as relações entre os fenômenos. Assim, a questão fundamental foi: Quais os diagnósticos de enfermagem, seus fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras são mais prevalentes em indivíduos de alta prioridade atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento considerando seu perfil socioeconômico-demográfico e clínico-epidemiológico bem como aspectos relativos ao atendimento na unidade?

Espera-se, através do presente estudo, contribuir para o cuidado de enfermagem aos indivíduos que procuram o serviço de pronto atendimento, por meio da identificação de problemas e potencialidades mais comuns, que possam direcionar os profissionais de enfermagem a uma melhor prática clínica e seu aperfeiçoamento no cuidado diário a esses clientes.

Assim, a fim de esclarecer os pontos a serem levantados para desenvolvimento desta pesquisa, foram abordadas, nesta dissertação, em forma de seções, os seguintes itens: Contextualização da temática (onde foram abordados os temas relativos ao Sistema de Classificação de Risco e a Sistematização da Assistência de Enfermagem) e Referencial teórico (adotou-se a Teoria de Imogene King); Objetivos; Método (caminho metodológico para a realização do estudo); Resultados; Discussão e Conclusão.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Cuidado na Urgência e Emergência

A área de urgência e emergência constitui-se é um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos contribuíram para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população, o que a tem transformado numa das mais problemáticas áreas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades de atenção primária até as terciárias, estendendo os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006).

Uma unidade de emergência é permeada de condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que vivenciam as também complexas relações humanas no processo de cuidar (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009; TOMÁS; GIMENA, 2010).

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nas unidades destinadas exclusivamente para este fim. Abertos 24 horas do dia, estes serviços funcionam como porta-de-entrada do sistema de saúde, acolhendo clientes de urgência propriamente dita, clientes que não conseguiram atendimento na atenção primária e especializada, além das urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população, gerando descontentamento da mesma (GATTI; LEÃO, 2004; MARQUES; LIMA, 2007; GARLET et al., 2009; ZANELATTO; DAL PAI, 2010; TOMÁS; GIMENA, 2010; SANTOS; FUREGATO, 2013; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; LIMA NETO et al., 2013).

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem funcionar nas 24 horas do dia, e estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade. Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica (BRASIL, 2006).

Independente do estado de saúde do cliente ser crítico ou não, as ações e relações de cuidado na unidade de emergência ocorrem naturalmente, num processo de mútua troca entre o profissional de enfermagem e o cliente, considerando-se as singularidades e também

pluralidade dos seres, as experiências vividas e adquiridas, isolada ou coletivamente (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Não bastasse a exacerbação da demanda, os serviços ainda se vem cercados por problemas estruturais e organizacionais, como por exemplo escassez de recursos humanos e materiais e ausência ou ineficiência de serviço de classificação de risco. Sem triagem, o atendimento fica determinado pela ordem de chegada, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2006; TOMÁS; GIMENA, 2010).

Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco é uma proposta do Ministério da Saúde mediante a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), na qual a equipe enfermagem tem um papel relevante (BRASIL, 2004; ULBRICH et al., 2010).

A classificação de risco, pode subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, no acolhimento emergencial às vítimas, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e a integralidade do atendimento (ULBRICH et al., 2010).

Internacionalmente têm sido utilizados diversos protocolos para classificação de risco que vêm sendo testados e atualizados desde sua elaboração, sendo os mais conhecidos o Australasian Triage Scale (ATS) (Austrália), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) (Canadá), Emergency Severity Index (ESI) (Estados Unidos) e Manchester Triage System (MTS) (Inglaterra) (CARVALHO, 2015), sendo este último o mais utilizado no Brasil, mesmo que não adaptado ao contexto da saúde e da população do país.

Ainda no Brasil, muitas unidades hospitalares decidiram por elaborar seus próprios protocolos de classificação de risco (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012a; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b; PÉREZ JÚNIOR et al., 2012; GOULART et al., 2013, OLIVEIRA et al., 2013; FEIJÓ et al., 2015, BELLUCCI JÚNIOR et al., 2015; COSTA et al., 2015; GODOI et al., 2016).

2.2 Sistema Manchester de Classificação de Risco

Baseado na política de humanização do atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2004 a classificação de risco foi adotada pelo Ministério da Saúde como estratégia que visa a priorização dos atendimentos de acordo com o potencial de risco e agravos à saúde, com a finalidade de organizar a porta de entrada dos serviços de emergência (SOUZA et al., 2013).

A classificação de risco, nomenclatura utilizada no Brasil, tenta fornecer ao profissional um diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade clínica. É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada do indivíduo, para uma correta tomada de decisão. Dessa forma, a prática clínica se desenvolverá a partir da principal queixa, sinal ou sintoma apresentados pelo paciente na procura do serviço. A partir desta, pode-se determinar o discriminador e a prioridade clínica conforme o fluxograma estabelecido (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010).

Os protocolos de classificação de risco são instrumentos que sistematizam a avaliação realizada pelo profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em atendimentos de urgência e emergência, após capacitação específica para desenvolver esta atividade, o qual se baseia em consensos estabelecidos para avaliar a gravidade ou potencial gravidade dos casos, assim como o grau de sofrimento dos pacientes (BRASIL, 2006).

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal (COREN-DF), o enfermeiro tem amparo legal privativo para realizar a consulta de enfermagem e, após a triagem realizada por este profissional, deverá sempre existir a disponibilidade de atendimento multidisciplinar imediato ou mediato. Os outros profissionais da equipe de enfermagem atuam de acordo com protocolos, rotinas e normas da Instituição, supervisionados pelo enfermeiro responsável pela classificação de risco (COREN-DF, 2010).

Os sistemas de triagem foram recomendados no Brasil em 2002, pela Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde. Entretanto, o primeiro curso sobre o Sistema Manchester de Classificação de Risco no Brasil foi realizado em 2007, em Belo Horizonte, pelo Grupo Português de Triagem (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010).

Apesar do número de pesquisas que tratam da validação dos sistemas de triagem ter aumentado ao longo dos anos, ainda não se estabeleceu um padrão ouro e, deste modo, para validar estes sistemas deve-se considerar os recursos utilizados no episódio de urgência, a admissão hospitalar (enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva, etc.) e os índices de mortalidade. Além da validação, a confiança e reprodutibilidade também são fatores importantes para a reprodução de dados fidedignos (GRAFF et al, 2014).

O sistema Manchester de Classificação de Risco foi criado entre 1994 e 1995, a partir dos estudos do *Manchester Triage Group*, baseado na necessidade de enfermeiros e médicos de se obter um consenso para priorizar o atendimento aos pacientes que fosse fundamentado em evidências científicas. Foi utilizado pela primeira vez em 1997 na Inglaterra e, posteriormente, implementado em outros países (GRAFF et al, 2014; ANZILIERO, 2011).

No DF, o referido sistema foi instituído em 2013, quando enfermeiros, médicos e gestores que atuam em urgência e emergência na Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) foram capacitados pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco para aplicação do protocolo de triagem.

O Protocolo de Manchester conta com 50 fluxogramas, conforme ilustrado no Quadro 1. Cada um destes fluxogramas é composto por uma série de discriminadores distribuídos considerando sintomas de maior a nenhuma gravidade. A escolha do fluxograma é determinada pela queixa principal do cliente e sua prioridade, conforme localização do primeiro discriminador apresentado.

Quadro 1. Fluxogramas do Protocolo Manchester de Classificação de Risco.

Número	Sinal/sintoma de apresentação	Número	Sinal/sintoma de apresentação
1	Agressão	26	Embriaguez aparente
2	Alergia	27	Erupção cutânea
3	Alteração do comportamento	28	Exposição a agentes químicos
4	Asma, história de	29	Feridas
5	Autoagressão	30	Gravidez
6	Bebê chorando	31	Hemorragia digestiva
7	Cefaleia	32	Infecções locais e abscessos
8	Convulsões	33	Mal estar em adulto
9	Corpo estranho	34	Mal estar em criança
10	Criança irritadiça	35	Mordeduras e picadas
11	Criança mancando	36	Overdose e envenenamento
12	Desmaio no adulto	37	Pais preocupados
13	Diabetes, história de	38	Palpitações
14	Diarreia e/ou vômitos	39	Problemas dentários
15	Dispneia em adulto	40	Problemas em extremidades
16	Dispneia em criança	41	Problemas em face
17	Doença mental	42	Problemas em olhos
18	Doença sexualmente transmissível	43	Problemas em ouvidos
19	Dor abdominal em adulto	44	Problemas urinários
20	Dor abdominal em criança	45	Quedas
21	Dor cervical	46	Queimaduras
22	Dor de garganta	47	Sangramento vaginal
23	Dor lombar	48	Trauma cranioencefálico
24	Dor testicular	49	Trauma maior
25	Dor torácica	50	Trauma toracoabdominal
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária			
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária			

Fonte: Cordeiro Júnior; Mafra (2010).

O procedimento de triagem, atendendo o que já está estabelecido na Política Nacional

de Humanização, envolve a priorização do atendimento não relacionada a diagnóstico. Desta forma, visa priorizar os doentes conforme a gravidade com que se apresentam ao serviço de urgência. Assim sendo, os indivíduos são classificados, e priorizados decrescentemente, da seguinte forma: Vermelho - Emergência; Laranja - Muito Urgente; Amarelo - Urgente; Verde - Pouco Urgente; Azul - Não Urgente (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010).

Contudo, cabe destacar que a Classificação de Risco, mesmo se tratando de uma estratégia inovadora, por si só não garante a melhoria da qualidade da assistência em urgência e emergência, não resolve a superlotação dos hospitais, tampouco o problema de excesso de demanda não emergencial, sendo necessária a realização de pactuações internas e externas para viabilizar este processo, construindo-se fluxos nas redes de atenção à saúde e repactuando o processo de trabalho (DAL PAI; LAUTERT, 2011; SOUZA; ANDRADE, 2014).

A implantação dos serviços de classificação de risco no Brasil tem sido associada à organização do tempo de espera dos pacientes, encaminhamento para a especialidade correta, melhora do prognóstico, bem como aumento do nível de satisfação do usuário (SILVA et al., 2016).

Os profissionais de saúde entendem a classificação de risco como uma forma para alcançar a integralidade da assistência, pois há mudanças na organização do processo de trabalho, na postura diferenciada do profissional frente ao usuário, na redução de filas de espera, na melhora no atendimento e satisfação do usuário e na priorização dos casos mais graves (PÉREZ JÚNIOR et al., 2012; SILVA; MATSUDA, 2012; GOULART et al., 2013; FEIJÓ et al., 2015; INOUE et al., 2015a; INOUE et al., 2015b).

A participação do enfermeiro no processo de implantação do acolhimento com classificação de risco deve envolvê-lo em todas as etapas, inclusive no planejamento de construção de sala para consulta de enfermagem, na adequação da escala de trabalhadores às necessidades do novo serviço, na criação de manuais e protocolos e nas oficinas para treinamento da equipe, bem como é importante desenvolver ferramentas para avaliar a acurácia dos profissionais envolvidos no processo, garantindo assim assistência segura e de qualidade ao paciente (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012b; OLIVEIRA et al., 2013).

De forma geral, os profissionais de saúde entendem que o acolhimento com classificação de risco deve favorecer um atendimento sistematizado, seguro e justo, uma vez que a priorização pelos métodos pré-definidos corrobora no sentido de evitar agravamentos e óbitos na espera do atendimento médico, produzindo assim mais resultados satisfatórios (PÉREZ JÚNIOR et al., 2012; SILVA; MATSUDA, 2012).

Não há quem seja mais ou menos importante no processo de atendimento ao cliente. É necessário que haja interdisciplinaridade e atendimento em equipe, visto que o indivíduo doente traz consigo uma gama problemas reais e potenciais que devem ser discutidos e resolvidos em conjunto, a fim de prestar uma assistência holística, humanizada e respeitando o princípio da integralidade proposto no SUS.

2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atribuição obrigatória instituída pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) desde outubro de 2009, em todas as unidades de atendimento de saúde que fornecem assistência de enfermagem (COFEN, 2009).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro em que se faz necessária a utilização de um método sistematizado e apoio, tanto gerencial quanto da equipe de enfermagem, para a sua implementação. É importante que a equipe de enfermagem seja constantemente treinada e aprimore seus conhecimentos sobre fisiologia, patologia, semiologia, teorias de enfermagem e o processo de enfermagem, entre outros, pois tais saberes darão suporte técnico-científico ao enfermeiro (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Trata-se então do instrumento do Processo de Enfermagem, que fortalece a autonomia da enfermagem, que permite ao enfermeiro desenvolver e organizar o trabalho da equipe de enfermagem, priorizando a necessidade de cada indivíduo cuidado. Além disso, a SAE proporciona conhecimento específico e reflexão crítica sobre o processo de trabalho, gerenciamento e otimização da assistência em enfermagem (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

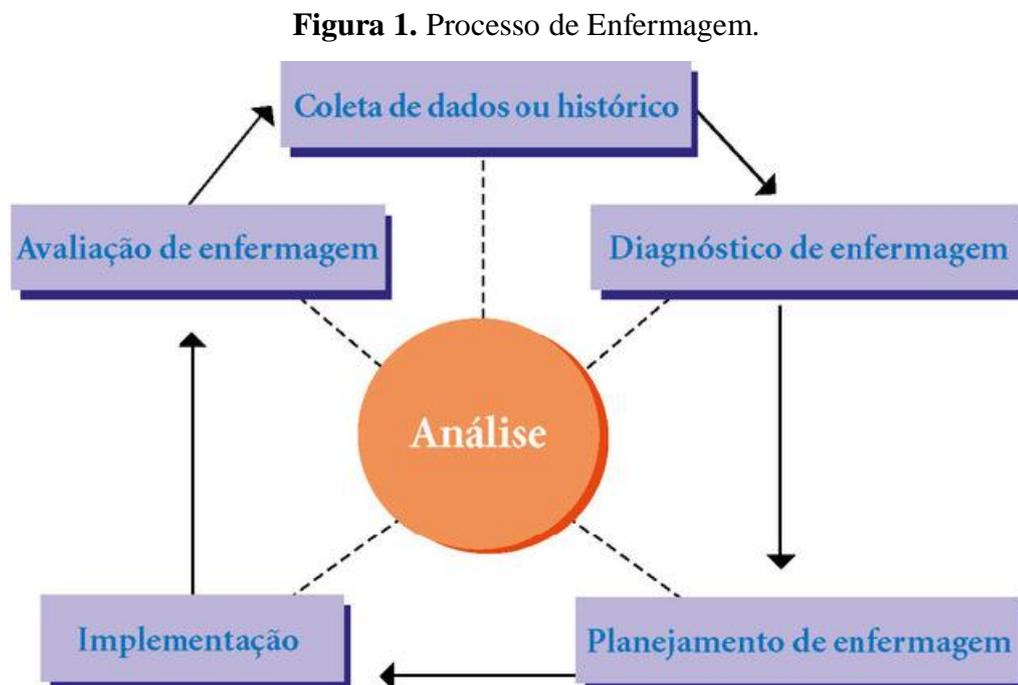
Ida Jean Orlando utilizou pela primeira vez a expressão “processo de enfermagem”, em 1961, para explicar o cuidado de enfermagem. Wanda de Aguiar Horta introduziu o Processo de Enfermagem no Brasil, na década de 70, definindo-o como dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano, caracterizada pelo inter-relacionamento e dinâmica de suas fases (HORTA, 1979).

Atualmente, o Processo de Enfermagem é dividido em cinco etapas, interrelacionadas e interdependentes, descritas a seguir (COFEN, 2009):

- **Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com a finalidade de se obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade e sobre suas respostas em certo momento do processo saúde-doença;

- **Diagnóstico de Enfermagem:** interpretação e agrupamento dos dados obtidos na primeira etapa, culminando na tomada de decisão sobre os conceitos que representam as respostas da pessoa, família ou coletividade em certo momento do processo saúde-doença, constituindo a base para a seleção de ações ou intervenções objetivando o alcance de resultados esperados.
- **Planejamento de Enfermagem:** determinação de ações ou intervenções que serão realizadas frente às respostas da pessoa, família ou coletividade em certo momento do processo saúde-doença a fim de alcançar um resultado já estabelecido;
- **Implementação:** realização de ações ou intervenções determinadas na terceira etapa do Processo de Enfermagem;
- **Avaliação de Enfermagem:** processo contínuo, deliberado e sistemático para verificar mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade em certo momento do processo saúde-doença, determinando se as ações ou intervenções alcançaram o resultado esperado, verificando também a necessidade de mudanças ou adaptações no Processo de Enfermagem.

O processo de enfermagem e a interrelação de suas fases estão ilustrados na Figura 1.



Fonte: Potter; Perry (2013).

Na década de 60, o termo “diagnóstico de enfermagem” foi utilizado pela primeira vez e a enfermeira Imogene King teve grande importância neste período, ao afirmar que diagnosticar não era mais atividade específica da área médica, mas de todos os profissionais antes de determinar suas ações (NEGREIROS et al., 2009).

Em 1973 foi criado o Grupo de Classificação Norte-Americano de Diagnóstico de Enfermagem, que posteriormente recebeu a denominação de *North American Nursing Diagnosis Association*, baseando-se, no início, em diagnósticos listados em ordem alfabética criados a partir das discussões sobre a experiência prática de enfermeiros. Mais tarde, a partir de estudos realizados ao longo dos anos e aprofundamento na temática, os diagnósticos foram organizados na taxonomia, sendo esta utilizada em diversos países (NEGREIROS et al., 2009).

Em 1987 a NANDA publicou a taxonomia I, estruturada de maneira que refletisse os modelos teóricos de enfermagem norte-americanos, contendo nove categorias baseadas no modelo dos Padrões de Respostas Humanas (NANDA-I, 2015; BARROS, 2009). A taxonomia II foi adotada em 2002, adaptada a partir da estrutura de coleta de dados dos Padrões Funcionais de Saúde de Marjorie Gordon, possuindo uma linguagem reconhecida e que atende aos critérios estabelecidos pelo *Committee for Nursing Practice Information Infrastructure* da *American Nurses Association* (NANDA-I, 2015).

A taxonomia, na área da saúde, tem diversas funções, como organizar os fenômenos, refletindo as mudanças na saúde, processos e mecanismos de interesse profissional, proporcionar uma visão das áreas de atuação e do conhecimento de determinada profissão, entre outras (NANDA-I, 2015).

Atualmente, a taxonomia II da NANDA-I possui 239 diagnósticos de enfermagem padronizados e agrupados em 13 domínios e 47 classes. Os domínios da taxonomia II são: Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação e troca, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Auto percepção, Papéis e relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Princípios da vida, Segurança/proteção, Conforto, e por fim Crescimento/desenvolvimento (NANDA-I, 2015).

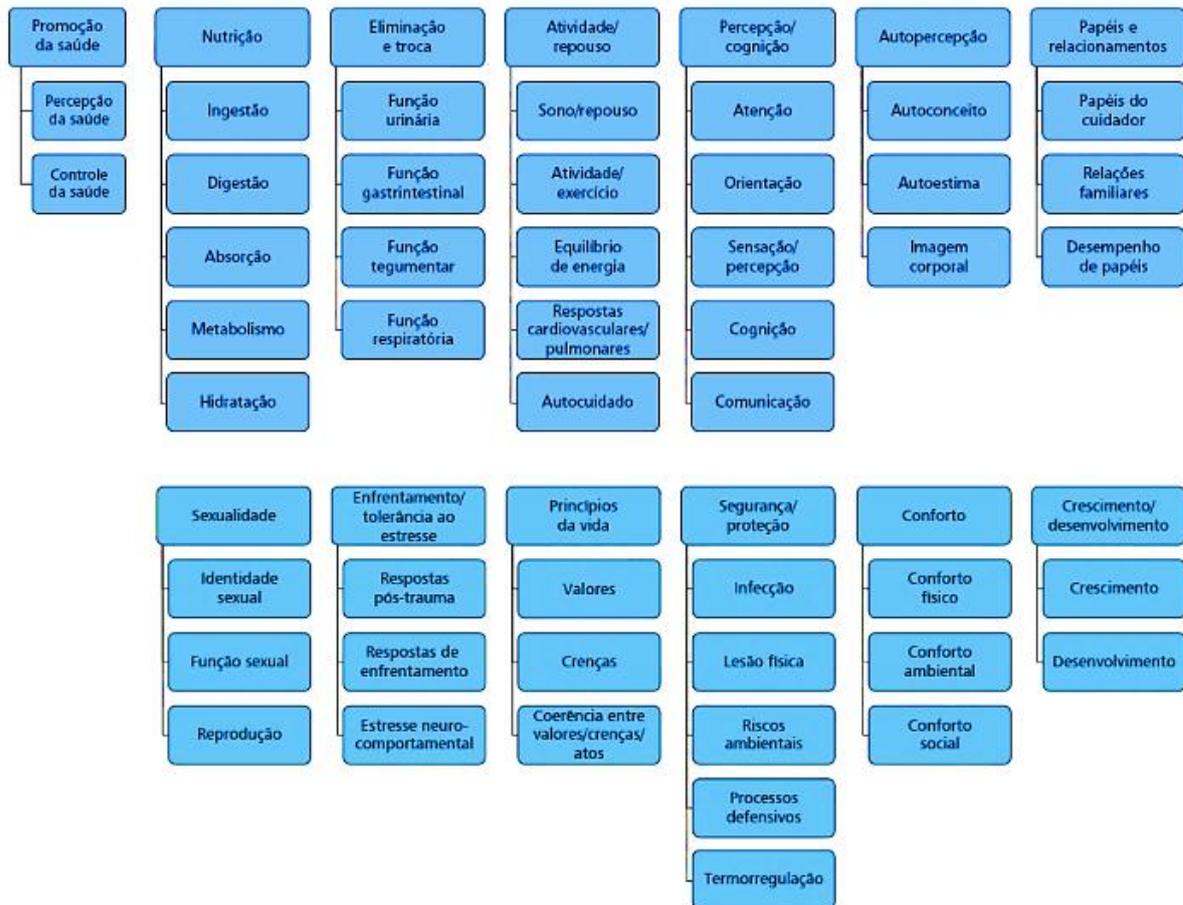
A NANDA-I define diagnóstico de enfermagem como um “julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (NANDA-I, 2015).

Os diagnósticos de enfermagem têm título e definição claros, além de outras informações como: características definidoras, que são pistas e/ou inferências que se agrupam como manifestações de um diagnóstico (ex.: sinais e sintomas); fatores relacionados, que são os componentes que integram todos os diagnósticos de enfermagem cujo foco está no problema (ex.: etiologias, circunstâncias, causa ou fator contribuinte, entre outros); e os fatores de risco, que são influências que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou

coletividade a um evento (ex.: influência ambiental, psicológica, genética, etc.) (NANDA-I, 2015).

Os domínios e suas classes estão representados na Figura 2.

Figura 2. Domínios e classes da Taxonomia II da NANDA-I.



Fonte: NANDA-I (2015).

A etapa de coleta de dados é um processo deliberado e sistemático em que se reúne informações objetivas e subjetivas sobre uma pessoa, família ou comunidade, organiza-se os dados coletados e realiza-se uma documentação metódica das informações. As decisões tomadas quanto aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem como a avaliação dos resultados obtidos baseiam-se nos dados obtidos nesta etapa, sendo esta fundamental para o desenvolvimento das outras etapas do processo de enfermagem (BARROS, 2016).

Para elaboração de diagnóstico de enfermagem é necessário realizar uma análise e interpretação criteriosa dos dados coletados, a fim de realizar o julgamento clínico. A qualidade e validação do cuidado e das etapas consecutivas do processo de Enfermagem estão

diretamente relacionadas ao diagnóstico de enfermagem firmados na segunda etapa (GORDON, 1987).

2.4 Enfermagem e a Teoria de King

A evolução da enfermagem como profissão exigiu, entre outras coisas, seu aperfeiçoamento enquanto ciência e disciplina. Foi necessário desenvolver um raciocínio crítico para abster-se do título de profissão subserviente e evoluir como uma área produtora de conhecimento. Além disso, necessitou-se estruturar como profissão para o desenvolvimento, ainda que não finalizado, mas sempre em construção da sua essência, o cuidado.

Para tal, enfermeiras, consideradas revolucionárias para suas épocas, desenvolveram uma forma diferente de se pensar e atuar em enfermagem através das teorias. Baseadas em um método indutivo, dedutivo ou abduutivo, inúmeras teorias foram desenvolvidas e aplicadas no contexto da enfermagem, sendo algumas mais específicas que outras. A construção da teoria envolve a descoberta e a criatividade, e serve para construir conhecimento científico para enfermagem (BISHOP, 2002). Portanto, as teorias podem ser classificadas como grandes teorias, teorias de médio alcance ou teorias práticas, dependendo do seu nível de abstração ou de seu âmbito (TOMEY, ALLIGOOD, 2002).

As grandes teorias de enfermagem são quase tão abrangentes quanto os modelos dos quais derivam e propõem algo verdadeiro ou que pode ser testado, sendo compostas de conceitos considerados relativamente abstratos e com uma perspectiva ampla para a prática e fenômenos de enfermagem. As teorias de médio alcance têm um nível menos abstrato de conhecimento teórico, incluindo detalhes característicos da prática de enfermagem, tendo o foco mais limitado e preciso, determinando fatores como o estado de saúde, a faixa etária do público-alvo, atuação do enfermeiro, entre outros (MCEWEN; WILLS, 2009; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

2.4.1 Imogene King

Imogene King se tornou enfermeira em 1945, obteve o título de mestre em 1957 e de doutora em ensino em 1961. Lecionou em algumas universidades dos Estados Unidos da América, teve cargos em diversas organizações e foi membro ativo da *American Nurses Association*, bem como da *Florida Nurses Association* e da *Sigma Theta Tau International*. Publicou em 1971 seu livro intitulado *Toward a Theory for Nursing*, concluindo com este

trabalho que uma representação sistemática da enfermagem era necessária para “desenvolver uma ciência que acompanhe um século ou mais da arte no mundo da enfermagem”. O segundo livro, *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*, foi publicado em 1981 e o terceiro, *Curriculum and Instruction in Nursing*, publicado em 1986. Além dos livros, King foi autora de vários capítulos de livros e artigos científicos na área de enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Faleceu em 24 de dezembro de 2007, dois dias após sofrer um acidente vascular encefálico (GEORGE, 2000; SIELOFF, 2002).

Entre as inúmeras teorias de enfermagem existentes, a teoria de Imogene King é de grande importância. King desenvolveu sua teoria com base em conceitos a partir do foco central que é o alcance dos objetivos de saúde para o cliente. Para King, a saúde é o estado dinâmico do ciclo da vida e a doença é uma interferência nesse ciclo, além de ser um ajustamento constante aos estressores no ambiente (KING, 1981; GEORGE, 2000; SIELOFF, 2002).

Para Imogene King, a teoria serve para construir um conhecimento científico para a enfermagem, definindo o conceito de teoria como um “conjunto de conceitos que, quando definidos, estão inter-relacionados e são observáveis no mundo da prática de enfermagem” (KING, 1981; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

2.4.2 Modelo Conceitual de King e a Teoria de Alcance de Metas

King desenvolveu sua teoria com base em conceitos a partir do foco central que é o alcance dos objetivos de saúde para o cliente, com a interação e transação entre enfermeiro e cliente, em uma organização formada por sistemas pessoais, interpessoais e sistemas sociais (KING, 1981).

King, ao explorar a literatura sobre a análise de sistemas e a teoria geral de sistemas, em 1971, fez diversos questionamentos acerca de seus pensamentos sobre a grande quantidade de conhecimentos disponíveis para as enfermeiras e a dificuldade que isto representa para cada enfermeira escolher fatos e conceitos relevantes para uma determinada situação (GEORGE, 2000; SIELOFF, 2002).

King inicialmente propôs, em 1971 em seu primeiro prefácio, *A Theory For Nursing: General Concepts of Human Behavior*, uma estrutura conceitual para a enfermagem e não uma teoria para a enfermagem. Já em sua segunda publicação, em 1981, King indica expansão e evolução a partir de sua estrutura conceitual, com demonstração de uma estratégia para a

construção de teoria pela apresentação de uma teoria de obtenção de metas derivada dessa (KING, 1981).

Em sua primeira obra, a finalidade da estrutura conceitual dos sistemas abertos de King foram organizar conceitos que representassem o conhecimento essencial que pode ser usado em muitas disciplinas para construir teorias a partir da estrutura, testando-as da perspectiva da enfermagem como disciplina (KING, 1981).

Na estrutura conceitual de King, a saúde é meta da enfermagem e é representada pelos três sistemas abertos: A função é demonstrada pela reciprocidade das relações individuais, os recursos incluem os pessoais, financeiros e materiais e a tomada de decisões são as escolhas feitas nas alocações de recursos para obtenção de metas do sistema (KING, 1981).

2.4.2.1 Modelo conceitual de King

“No modelo conceitual de sistemas abertos, a saúde é definida como ajuste contínuo a estressores no ambiente interno e externo de acordo com a disponibilidade e otimização de recursos para alcançar um potencial máximo para viver” (MOREIRA; ARAÚJO, 2002; KING, 1981).

A estrutura conceitual de King é composta por três sistemas em interação (KING, 1981):

- **Sistema pessoal:** Sistema compreendido entre um indivíduo em um ambiente. Engloba os conceitos: percepção, o ser, o crescimento, o desenvolvimento, a imagem corporal, o espaço, o aprendizado e o tempo.
- **Sistema interpessoal:** é formado pelo agrupamento de indivíduos em díades, tríades e pequenos e grandes grupos. Nesse sistema são englobados os seguintes conceitos: papel, interação, comunicação e estresse.
- **Sistema social:** dá-se pela reunião de grupos com interesses e necessidades especiais, formando organizações e compondo sociedades. Os conceitos relacionados nesse sistema são: organização, autoridade, poder, status, tomada de decisão e papel.

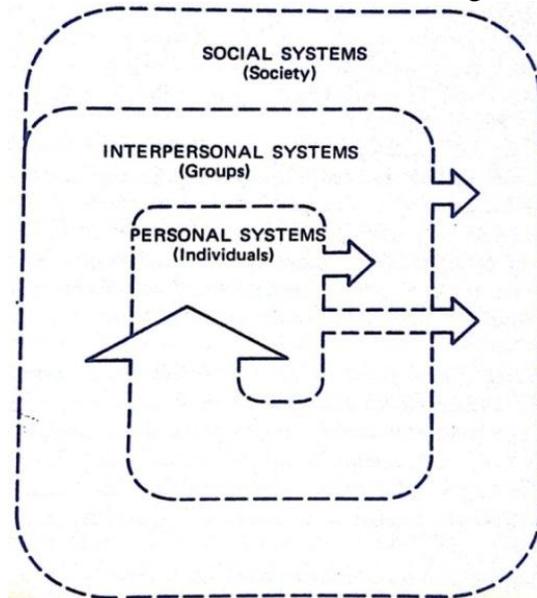
Este modelo conceitual parte da suposição de que a meta da enfermagem é a ajuda ao indivíduo a manter sua saúde para que dessa maneira ele possa desempenhar bem seus papéis (KING, 1981).

Ao considerar que as enfermeiras têm como função ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-lhes a manter a saúde, a estrutura da enfermagem e o foco é o cuidado de seres humanos. E estes, permanecem em contínua interação com o ambiente e com

as pessoas que os cercam. Cada sistema se encontra em interação com os demais, garantindo o equilíbrio individual e grupal. Alteração em um desses sistemas pode repercutir nos demais (KING, 1981).

A estrutura conceitual é identificada como sistemas abertos, intercomunicantes de acordo com a Figura 3.

Figura 3. Estrutura dos sistemas de Imogene King.



Fonte: King (1971 apud KING, 1981).

Os conceitos de cada sistema traçam um emaranhado teórico que delimita cada sistema. O sistema pessoal tem os seguintes conceitos (KING, 1981):

- **Percepção:** representação do real de cada ser humano. Embora seja subjetiva, pessoal e seletiva, é universal, visto que todas as pessoas têm. Ação voltada para o presente. King discute a percepção como um processo no qual os dados obtidos através de sentidos e da memória são organizados, interpretados e transformados. Este processo de interação humana com o ambiente influencia o comportamento, proporciona significado à experiência e representa a imagem da realidade do indivíduo.
- **Características do ser (*self*):** é um sistema aberto voltado para uma meta. É a concepção do indivíduo de quem e do que ele é. Sofre influências do passado e especula o futuro. É uma unificação que o self percebe, pensa, deseja, imagina, decide, identifica metas e seleciona as que pretende alcançar.
- **Crescimento e desenvolvimento:** inclui modificações celulares, moleculares e comportamentais nos seres humanos. São os próprios processos da vida, nos quais as pessoas

vão de um potencial, para a conquista do seu *self*.

- **Imagem corporal:** componente integrante do crescimento e desenvolvimento. É a maneira de como as pessoas percebem, não só seu corpo, mas também as reações dos outros com à sua aparência. Pessoal e objetivo.
- **Espaço:** é caracterizado como universal, é componente essencial da teoria de King. Definido pela sua área física e pelos comportamentos dos que o ocupam. Todas as pessoas têm um conceito de espaço, mas é situacional e pessoal, na medida que é percebido pelas diferentes pessoas e de uma situação a outra.
- **Tempo:** é a duração de um acontecimento a outro. É individual, subjetivo e baseado na singularidade de cada pessoa.

O enfoque da enfermagem no sistema pessoal é a pessoa e quando os sistemas pessoais entram em contato uns com os outros, formam os sistemas interpessoais. Os seguintes conceitos de King (1981) para tal sistema são:

- **Interação:** componentes observados em díades ou tríades, com seres humanos interagindo, onde identificam metas e meios para alcançar mutuamente. Uma pessoa age em frente a outra, que tem uma reação na presença da outra. É influenciado pelas percepções e reciprocidade. Contém comunicação verbal e não verbal.
- **Transações:** são comportamentos humanos dirigidos a metas. Acontecem em situações nos quais os seres humanos participam ativamente em eventos e esta participação ativa nos movimentos e ações para alcançar uma meta provoca mudança nos indivíduos.
- **Papéis:** os papéis são recíprocos, o que faz que a pessoa seja um doador em determinado momento e um receptor em outro, com um relacionamento entre um ou mais indivíduos que estão funcionando. Há três elementos principais no papel. O primeiro é que consiste em um conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam uma posição no sistema social. O segundo é um conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e os direitos associados à posição na organização. O terceiro é um relacionamento de duas ou mais pessoas que estão interagindo com uma finalidade em uma determinada situação.
- **Estresse:** é dinâmico e resultado de sistemas abertos estarem em constante intercâmbio com o ambiente. É influenciada pelas experiências passadas e é individual, pessoal e subjetiva – uma resposta da vida que é exclusivamente pessoal.

Por fim, porém não menos importantes encontram-se os sistemas sociais, no qual o enfoque da enfermagem é sobre a saúde e conforme King (1981) traz os seguintes conceitos:

- **Organização:** é caracterizada pela estrutura que ordena as posições e as atividades e

relaciona acertos formais e informais de indivíduos e grupos para atingir metas pessoais e organizacionais. King descreve a organização por sendo formada por seres humanos que têm papéis e posições prescritas e que fazem uso dos recursos para preencher metas pessoais e organizacionais.

- **Autoridade:** é observável através de provisões de ordem, orientação, responsabilidade pelas ações; é universal; essencial em organizações formais; é recíproca porque exige cooperação; é essencial para aquisição de metas e é associada ao poder.
- **Poder:** é caracterizado como universal, situacional, essencial na organização, limitado pelos recursos em uma situação, dinâmico e orientado por metas. As premissas sobre o poder são de que é energia potencial, essencial para a ordem na sociedade, favorece a coesão do grupo, relação de interação humana e tomada de decisão.
- **Status:** É situacional, dependente da posição e reversível. King define status como a “posição de um indivíduo em um grupo ou de um grupo em relação a outros grupos da organização” e identifica que o “status” é acompanhado de privilégios.
- **Tomada de Decisões:** é caracterizada como necessária para regular a vida e o trabalho de cada pessoa, universal, individual, pessoal, subjetivo e situacional, um processo contínuo e orientado para metas.

As principais teses da estrutura conceitual de King (1981) são que cada ser humano perceba o mundo como uma pessoa total ao fazer transações com os indivíduos e as coisas no ambiente e; que as transações representam uma situação de vida na qual aquele que percebe e o que é percebido encontram-se na qual cada pessoa seja participante ativo e modificado no processo de experiências.

Portanto, as teorias podem ser derivadas de estruturas conceituais. E King produziu a teoria da obtenção de metas ou consecução de objetivos a partir da sua estrutura conceitual de sistemas.

2.4.2.2 Teoria do Alcance de Metas

Conforme já abordado, a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King foi concebida a partir da sua estrutura de sistemas de interação. A questão motivadora da teórica foi: “qual a natureza da enfermagem?”, para a qual a resposta foi: “a forma como as enfermeiras, na sua função, atuam e cuidam dos indivíduos, é o que diferencia a enfermagem de outras profissões de saúde” (SIELOFF, 2002).

A teoria gera perguntas para serem respondidas ou hipóteses para serem testadas na investigação para produzir conhecimento e confirmar a teoria.

Dessa forma, King considerava que a interação com os clientes interfere positivamente no conhecimento teórico aplicado com a finalidade de ajudar o cliente a atingir os objetivos ou metas do cuidado. Nesta perspectiva, King testou sua teoria, através do método de observação não-participante, na qual analisou interações múltiplas e registrou comportamentos verbais e não-verbais como dados, elaborando por fim, um sistema de classificação que os profissionais de enfermagem podem usar para determinar a efetivação das transações que conduzem ao alcance das metas (KING, 1981).

Segundo Sieloff (2002), os conceitos conferem significado às percepções dos nossos sentidos e permitem generalizações sobre pessoas, objetos e coisas.

Para sua teoria, King (1981) considerou os seguintes conceitos:

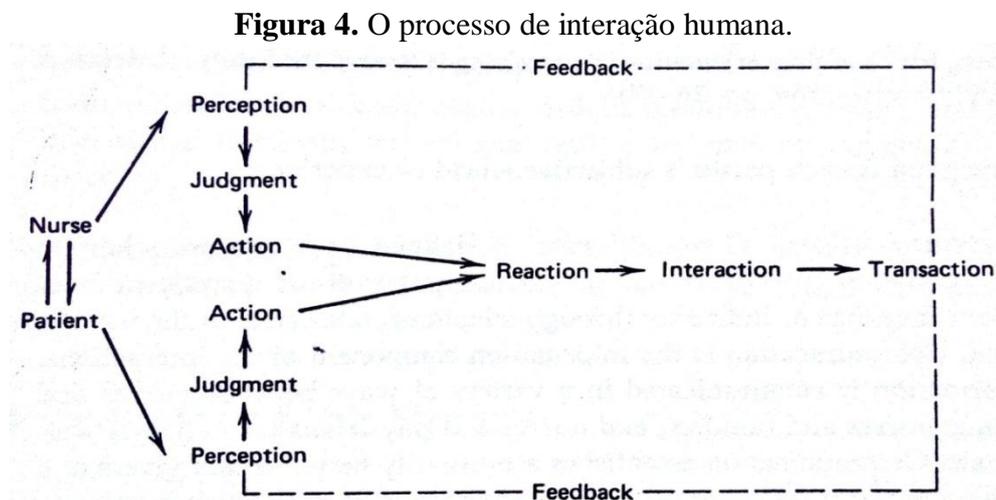
- **Saúde:** experiências dinâmicas da vida do ser humano, o que implica o ajustamento a estressores no ambiente interno e externo através do uso otimizado dos recursos de uma pessoa para atingir a potência máxima para vida diária;
- **Enfermagem:** processo de ação, reação e interação, através do qual a enfermeira e cliente partilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem;
- **Self:** composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência de uma pessoa acerca da sua existência individual, a sua concepção de quem ou do que é, e inclui um sistema de ideias, posturas, valores e compromissos. É o indivíduo como conhecido pelo indivíduo.

Os conceitos dos sistemas interpessoais são parte dos conceitos da Teoria do Alcance de Metas, sendo eles: a interação, a percepção, a comunicação, a transação, o papel, o estresse, o crescimento e o desenvolvimento, o tempo e o espaço pessoal. Como estes já foram abordados anteriormente, apenas seus pontos principais serão ressaltados (KING, 1981):

- **Interação:** percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente e entre a pessoa e outra pessoa, por meio de comportamentos verbais e não-verbais.
- **Percepção:** representação da realidade de cada pessoa.
- **Comunicação:** processo de dar a informação a outra pessoa.
- **Transação:** são comportamentos observáveis dos seres humanos interagindo com seu ambiente.
- **Papel:** comportamento esperado da pessoa no sistema social.

- **Estresse:** estado de interação com o ambiente para manter o equilíbrio, assim como uma resposta energética de um indivíduo a algo estressor.
- **Crescimento e desenvolvimento:** as modificações contínuas que ocorrem na vida dos indivíduos.
- **Tempo:** fluxo contínuo de eventos em ordem sucessiva.
- **Espaço:** inclui a área física e é definido pelos comportamentos dos indivíduos.

O diagrama de interação de King mostra como cada indivíduo envolvido traz ideias, atitudes e percepções a serem trocadas, de forma a reagir aos outros ou a situação, conforme mostra a Figura 4.



Fonte: King (1971 apud KING, 1981).

Além disso, King especifica critérios determinantes de limites internos e externos (KING, 1981). Estes estão ilustrados no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios determinantes de limites internos e externos da Teoria de King.

Limites internos	Limites externos
A enfermeira e o cliente não se conhecem.	Interações em grupos de duas pessoas.
A enfermeira está habilitada para exercer a enfermagem.	Interações limitadas à enfermeira habilitada e ao cliente necessitando de atendimento de enfermagem
O cliente tem a necessidade dos serviços proporcionados pela enfermeira.	
A enfermeira e o cliente têm um relacionamento recíproco.	Interações ocorrem em ambientes naturais.
A enfermeira e o cliente interagem intencionalmente para atingir metas	

Fonte: George (2000).

A estrutura dos sistemas de interação e a Teoria de Alcance de Metas baseiam-se num pressuposto global de que o ponto central da enfermagem é a interação dos seres humanos com o seu ambiente que conduz a um estado de saúde, que é a capacidade para funcionar em papéis sociais, estabelecendo assim seus metaparadigmas (KING, 1981):

- **Enfermagem:** comportamento observável encontrado nos sistemas de cuidados de saúde da sociedade. A enfermagem é um processo interpessoal de ação, reação, interação e transação e seu objetivo refere-se a ajudar os indivíduos a preservar a sua saúde, de modo que possam desempenhar suas funções;
- **Pessoa:** os indivíduos são seres espirituais, sistemas abertos em transação com o ambiente, únicos e holísticos, que possuem capacidade para pensar, conhecer, fazer escolhas, tomar decisões, registrar sua história, preservar sua cultura e que diferem nas suas necessidades, desejos e objetivos;
- **Saúde:** é um estado dinâmico do ciclo de vida, que implica o ajustamento a estressores no ambiente interno e externo através do uso otimizado dos recursos de uma pessoa para atingir a potência máxima para vida diária;
- **Ambiente e sociedade:** não explicitamente definidos, mas referem-se aos ambiente interno e externo, que está em constante mudança. As interações do indivíduo com o ambiente influencia o ajuste à saúde e à vida.

Além da definição de enfermagem, King discute a meta, o âmbito e a função da enfermeira. Assim sendo, “a meta da enfermeira é ajudar os indivíduos a manterem sua saúde de forma que possam funcionar em seus papéis; o âmbito inclui a promoção, manutenção, restauração da saúde; e a função é interpretar a informação naquilo que é conhecido como processo de enfermagem, visando planejar, implementar e avaliar o atendimento de enfermagem” (GEORGE, 2000).

Neste sentido os principais pressupostos de King, inferem que: as percepções do cliente e da enfermeira influenciam a interação; as metas, necessidades e valores de ambos influenciam o processo de interação; os indivíduos tem direito ao conhecimento sobre si, de participar das decisões sobre sua vida, saúde e comunidade, além do direito de opção; o enfermeiro tem de compartilhar a informação, orientando-o nas decisões (KING, 1981).

A Teoria de Alcance de Metas centra-se no sistema interpessoal e nas interações que tem lugar entre indivíduos, principalmente na relação enfermeiro-cliente. King desenvolveu oito proposições para esta teoria e descrevem as relações entre conceitos, que estão expostas no Quadro 3.

Quadro 3. Proposições da Teoria de Alcance de Metas de Imogene King.

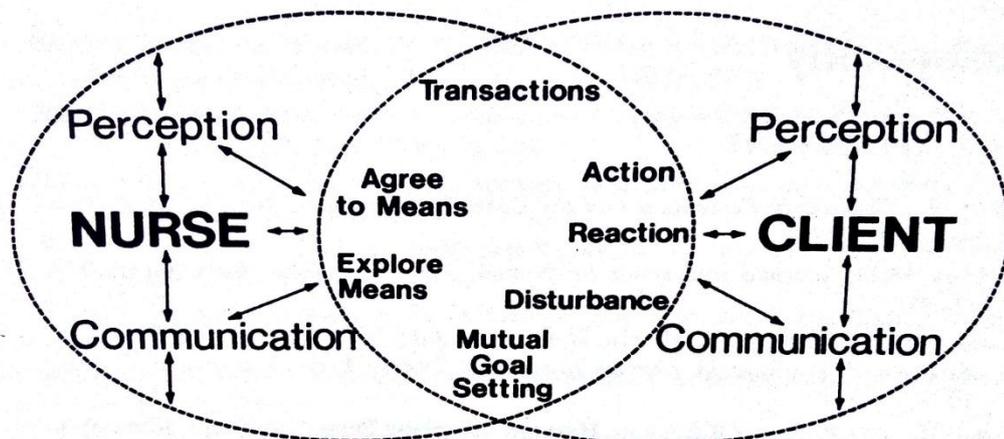
1.	Se o rigor de percepção estiver presente nas interações enfermeiro cliente, ocorrem as transações.
2.	Se a enfermeira e o cliente efetuarem transações, os objetivos serão atingidos.
3.	Se os objetivos forem atingidos, haverá satisfação.
4.	Se os objetivos forem atingidos, ocorrem cuidados de enfermagem eficazes.
5.	Se as transações forem feitas nas interações enfermeiro-cliente, crescimento e desenvolvimento serão melhorados.
6.	Se as expectativas e o desempenho de papel, conforme entendidas por enfermeiro e cliente forem coerentes, ocorrerão transações.
7.	Se houver conflito de papel no enfermeiro ou no cliente ou em ambos, ocorrerá estresse nas interações enfermeiro-cliente.
8.	Se com conhecimentos e competências especiais comunicarem informação adequada aos clientes, ocorrerá o estabelecimento de objetivos mútuos e o alcance de metas.

Fonte: Sieloff (2002); Adaptado King (1981).

Dessa forma, King propõe sua teoria para descrever a natureza das interações enfermeira-cliente que conduzem à concretização dos objetivos.

Para King (1981) “As enfermeiras interagem intencionalmente com os clientes para estabelecer mutuamente objetivos e para explorar e acordar formas de alcançá-los. O estabelecimento mútuo de objetivos baseia-se na apreciação que as enfermeiras fazem das preocupações, problemas e perturbações da saúde dos clientes, nas suas percepções dos problemas e na sua partilha de informações para avançar no sentido da consecução do objetivo”.

Dessa forma a Figura 5, demonstra a relação entre os conceitos e como se desenvolve a Teoria de Alcance de Metas.

Figura 5. Diagrama esquemático da Teoria do alcance de Metas.

Fonte: King (1981).

2.4.3 A Teoria de King e sua Aplicabilidade no Processo de Enfermagem

De acordo com King (1981), a investigação (Coleta de dados) ocorre durante a interação da enfermeira com o cliente. Nesta fase, todos os conceitos da teoria são aplicados, sendo a percepção a base para a investigação, enquanto a comunicação é necessária para verificar a exatidão da percepção.

Como continuidade do processo, a informação compartilhada na investigação é utilizada para desenvolver o diagnóstico de enfermagem. Nesta fase o estresse é particularmente importante, visto que pode estar conectado com o distúrbio, o problema ou a preocupação (KING, 1981).

Após a elaboração do diagnóstico ocorre o planejamento, definido por King como sendo o estabelecimento de metas e a tomada de decisões para atingir estas metas (KING, 1981). Isto é parte da transação e o cliente deve ser participante ativo nesta fase.

A implementação é a atividade que vai direcionar o alcance das metas. É a continuação da transação. E, por fim, a avaliação descreve como foram atingidos os resultados. No entanto, não apenas refere-se apenas à obtenção de metas do cliente, mas também a eficácia da assistência de enfermagem (KING, 1981).

O profissional de enfermagem ao atuar em unidade crítica de saúde deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade, bem como, capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano, sem esquecer que, mesmo na condição de emergência o cuidado é o elo de interação/integração/relação entre profissional e cliente (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Ao acreditar que as enfermeiras devam estabelecer objetivos mútuos e avaliação contínua dos objetivos para averiguar se estes foram atingidos, King revela-se impulsionadora de novos ideais e comportamentos do corpo de enfermagem e a aceitação e utilização desta teoria pela comunidade de enfermagem revelam benefício na prática profissional, no ensino e incentiva à investigação.

A teoria de Imogene King é considerada uma grande teoria da enfermagem devido sua complexidade, abstração e abrangência, e baseia-se no processo de interação entre o enfermeiro e o cliente. O objetivo primordial da teoria é delinear o ponto fundamental da enfermagem por meio do relacionamento terapêutico para o alcance de metas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida na interação enfermeiro-paciente em seu processo saúde-doença (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

Na prática, os profissionais adquirem a habilidade de perceber o doente e seus

familiares, tornando-se aptos a sugerir abordagens para lidar com situações. Em relação à investigação, pesquisadores têm-se apropriado da teoria de King como bases teóricas e para desenvolver teorias de médio alcance, tendo King sugerido à comunidade científica a possibilidade de confirmação ou refutação de sua Teoria, incentivando à investigação contínua por parte dos pesquisadores, sugerindo abrir novos conhecimentos a fim de melhores práticas (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

No Brasil, a busca na literatura revelou estudos envolvendo processo de enfermagem e a Teoria de King com clientes hematológicos (JESUS, 1992), hemodialíticos (SOUZA; MARTINO; LOPES, 2007) e oncológicos em cuidados paliativos (MIRANDA, 2015). Além destes, outros estudos utilizando a teoria de King foram encontrados em diferentes clientelaes como a mulher portadora de câncer de mama (FUNGHETTO; TERRA; WOLFF, 2003), o politraumatizado (MONTEZELI et al., 2009), os portadores de hipertensão arterial (FALCÃO; GUEDES; SILVA, 2006; BEZERRA et al., 2010; SILVA et al., 2013a), os idosos (DINIZ et al., 2013; VIEIRA et al., 2013), na Estratégia Saúde da Família (SOUSA et al., 2014) e em portadores de úlcera venosa (TEIXEIRA; SILVA, 2015).

Esta teoria pode ser utilizada em diversos contextos, e se faz útil para a implementação do processo de enfermagem, fornecendo alternativas e propostas de cuidados mediante a participação de todos os envolvidos: cliente, família, cuidador e enfermeiro, na tomada de decisão. Desta maneira, a Teoria de King constitui importante instrumento para reorganizar o processo de trabalho e viabilizar a SAE (MONTEZELLI et al., 2009).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os diagnósticos de enfermagem dos clientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento, admitidos nas Salas Amarela e Vermelha, fundamentado no referencial teórico de Imogene King e na Taxonomia da NANDA-I.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico da amostra selecionada para o estudo.
- Levantar características clínicas e epidemiológicas da amostra selecionada para o estudo.
- Descrever os fluxogramas de Classificação de Risco mais frequentes.
- Determinar os Diagnósticos de Enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA-I, na clientela estudada.
- Listar e descrever as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes.
- Discutir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra estudada.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal.

A pesquisa quantitativa-descritiva é definida como a investigação de pesquisa empírica cuja finalidade é delinear ou interpretar características de fatos ou fenômenos, avaliar programas ou isolar variáveis principais ou chaves utilizando métodos formais semelhantes aos projetos experimentais qualificado pela exatidão e controle estatístico para fornecer dados para a verificação de hipóteses, empregando técnicas como entrevistas, questionários, formulários e procedimentos de amostragem (SILVA; MENEZES, 2001; HADDAD, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na modalidade transversal, a causa e o efeito são detectados simultaneamente, permitindo, na análise, identificar os grupos de interesse e investigando assim, a associação entre exposição e doença (HADDAD, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os estudos transversais ou seccionais fazem uma caracterização pela observação direta dos indivíduos em uma determinada oportunidade. São bastante utilizados para verificar os problemas de saúde pública e sua aplicabilidade está ligada à necessidade de que as características individuais e/ou coletivas estejam distribuídas em uma determinada população (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Formulação do Problema de Pesquisa

Quais os diagnósticos de enfermagem, seus fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras são mais prevalentes em indivíduos de alta prioridade atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento?

4.3 Fundamentação Teórica da Pesquisa

A fim de reforçar a cientificidade de enfermagem surgiu o interesse em estudar a temática proposta à luz da Teoria de Imogene King. A escolha da teoria se fez necessária, considerando que o cliente é um sistema individual, em interação com outros indivíduos e com o ambiente, e que estas interações podem interferir, tanto positiva quanto negativamente,

no processo de recuperação. Além disso, a teoria enfatiza a necessidade de investigar e motivar a potencialidade do cliente para agir como protagonista em seu tratamento e a participação do mesmo no processo estabelecimento e alcance de metas, com vistas ao cuidado holístico e humanizado ao mesmo.

4.4 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada nas Salas Amarela e Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no Distrito Federal, vinculada à Superintendência de Saúde Leste do DF.

O Governo do Distrito Federal (GDF) publicou em 15 de janeiro de 2016 o decreto Nº 37.057, que reformula a Atenção à Saúde e cria sete superintendências, que substituíram as 15 regionais de saúde, existentes até então. Cada superintendência é responsável por acompanhar os trabalhos e cobrar resultados em uma determinada área do DF, sendo a avaliado a cada quatro meses (BRASÍLIA, 2016).

A UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, e com estas compõem uma rede organizada de atenção às urgências, na prestação de atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, bem como prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou traumática, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2006).

Na UPA do estudo, além das dependências administrativas, a unidade conta com duas salas de classificação de risco, cinco consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório de serviço social, uma sala de vacinas, uma sala de procedimentos, uma sala de medicação, uma sala de coleta de material biológico, serviço de radiologia e duas salas de observação. A Sala de Amarela dispõe de dez leitos e dois banheiros e é a unidade onde pacientes com menor gravidade do quadro permanecem em observação até transferência ou alta. A Sala vermelha dispõe de quatro leitos e é destinada a receber pacientes de maior gravidade clínica, instabilidade hemodinâmica ou que necessitem de cuidados de enfermagem semelhantes aos dos pacientes semi-críticos ou críticos. Da mesma forma que a Sala Amarela, seus leitos são rotativos, até transferência ou alta do cliente.

4.5 População e Amostra

Conforme os objetivos estabelecidos, a população foi composta por indivíduos que buscaram um serviço de pronto atendimento, classificados com prioridade vermelha ou laranja e admitidos nas salas respectivas, de acordo com o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Dessa forma, foi selecionada como população do estudo, os indivíduos com prioridade muito urgente ou emergentes admitidos nas salas de observação, que estivessem em condições clínicas para serem submetidos à entrevista e que estivessem na UPA por um período igual ou superior a três horas. Este tempo foi estabelecido, levando-se em consideração o tempo preconizado para atendimento médico de pacientes laranjas (10 minutos) e vermelho (imediato), associado ao tempo para realização da terapêutica medicamentosa (30 minutos) e realização de exames (2 horas e 30 minutos).

Admitiu-se como critérios de inclusão: indivíduos com idade de 18 anos ou mais, em plenas condições mentais, portanto conscientes e orientados, admitidos na UPA pela clínica médica com classificação de risco laranja ou vermelha, encaminhados para atendimento nas Salas Amarela e Vermelha, com tempo de permanência mínima na UPA de três horas, a contar da abertura da Guia de Atendimento Emergencial (GAE). Aqueles que preenchiam esses critérios iniciais deveriam também expressar o aceite de participação como sujeito da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, por assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

Foram considerados critérios de exclusão: ser portador de quadro demencial, ou qualquer outra incapacidade que pudesse influenciar em sua capacidade de tomada de decisão; estar admitido na UPA para cuidados paliativos; e pacientes com perfil de inclusão que necessitassem ser removidos para unidade hospitalar com urgência, o que impossibilitaria ser avaliado.

Previamente foi realizado um estudo de fluxo a partir de um levantamento da média de atendimentos laranjas e vermelhos encaminhados e ou realizados nas salas Amarela e Vermelha, no mesmo período do ano anterior, a fim de direcionar a definição de amostra estatisticamente viável para realização do estudo. Tal levantamento foi embasado nos dados do prontuário eletrônico e nos livros de registros das respectivas salas.

Conforme os registros da unidade, a média de atendimento no período entre novembro de 2015 a fevereiro de 2016 foi de 125 pacientes com tais classificações de risco. No entanto, através do estudo destes prontuários, apenas 45 indivíduos pertenciam às classificações emergentes e muito urgentes. Sendo assim, considerou-se, nesse estudo, a população

correspondente a 45 indivíduos.

A seleção deu-se por amostragem probabilística, mensurada através do cálculo descrito por Barbetta (2007), onde foram utilizadas as seguintes fórmulas:

$$a) n^{\circ} = \frac{1}{E^2}; n^{\circ} = \frac{1}{0,05^2}; n^{\circ} = 400$$

Legenda: *E* corresponde ao erro, cujo valor é 0,05 ou 0,01 para pesquisa em saúde; *N* corresponde à população.

$$b) n = \frac{N \times n^{\circ}}{N + n^{\circ}} \quad n = \frac{45 \times 400}{45 + 400} \quad n = \frac{18000}{445} \quad n = 40,5$$

Assim, inicialmente foi estimada uma amostra mínima de 40 participantes.

Durante o período da coleta de dados, que se deu de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, foram admitidos no local da pesquisa 137 clientes com prioridade muito urgente ou emergente, dos quais, 52 atenderam a todos os critérios de inclusão. Destes 52 clientes elegíveis, dois deles não puderam ser acompanhados pela pesquisadora por incompatibilidade de escala.

Ao final, o estudo contou com uma amostra de 50 clientes atendidos nas salas vermelha e amarela da referida UPA. A amostra avaliada possui margem de confiança de 95% e margem de erro de 5% (e). Os dados estatísticos apresentados validam a amostra selecionada para a presente pesquisa, onde a análise de 40 indivíduos já poderia conferir à pesquisa amostra estatisticamente válida.

4.6 Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu, após o atendimento inicial do indivíduo na unidade de saúde, respeitando o mínimo de três horas de admissão e após esclarecimento da pesquisa e consentimento com assinatura do TCLE (Apêndice A).

4.6.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi construído considerando a caracterização sociodemográfica, de atendimento e clínica do cliente, sendo composto por perguntas abertas e fechadas (Apêndice B). Foi utilizado um instrumento como base o Sistema Conceitual por King com fundamentação nos três sistemas que são a base de modelo: sistema pessoal,

interpessoal e social. Isso permitiu uma abordagem do paciente pautada em visão holística e na classificação da Taxonomia II da NANDA-I. No instrumento foram agrupados dados para cada um dos sistemas descritos e identificados os elementos que pudessem caracterizar os diagnósticos de enfermagem (evidências clínicas, fatores relacionados e fatores de risco).

O instrumento de coleta (Apêndice B) foi elaborado após revisão bibliográfica sobre o cuidado, o processo de enfermagem e suas etapas, bem como sobre a aplicabilidade do Modelo Conceitual e da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. Após esta revisão, o instrumento construído para coleta esteve direcionado ao cliente urgente e emergente com anamnese e exame físico, divididos dentro dos três sistemas interatuantes. O instrumento contou também com uma parte para identificação dos diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras.

Assim, a organização dos registros no instrumento de coleta de dados foi estruturada com espaços em branco para possíveis complementações de informações relevantes. O instrumento foi composto por três partes:

- **Questões relacionadas ao sistema pessoal:** identificação (incluindo idade, sexo, ocupação/profissão, naturalidade, raça/cor, escolaridade, renda familiar, data da admissão, procedência, motivo da busca do serviço, comorbidades e uso de medicação, dados do Sistema Manchester de classificação de risco); hábitos de vida considerando o critério segurança (tabagismo, etilismo, alergias medicamentosas, uso de próteses, acessos venosos, risco de quedas, risco para úlceras por pressão, risco de sangramento, avaliação dos sistemas sensoriais - auditivo, visual, olfativo, paladar e tato -, uso de drogas lícitas ou ilícitas); hábitos de vida considerando o critério atividade e repouso (nível de dependência para alimentação, higiene, deambulação e mobilidade, prática de atividade física, padrão de sono); hábitos de vida considerando o critério alimentação e hidratação (via e aceitação da alimentação, padrão de ingestão hídrica, dificuldade em mastigar ou deglutir, uso de sondas, peso atual, estatura e avaliação física do abdômen); hábitos de vida considerando o critério eliminação (padrão de eliminações intestinais e vesicais), hábitos de vida considerando o critério sexualidade, higiene, e avaliação do padrão respiratório, cardiovascular, neurológico e de memória, e por fim avaliação de dor. Incluiu ainda avaliação sobre a percepção (sobre a doença e tratamento), self e imagem corporal, espaço e tempo.
- **Questões relacionadas ao sistema interpessoal:** questões que abordam a presença de acompanhante/cuidador, relacionamento com equipe de saúde e família, papel no núcleo familiar, comunicação e preocupações relacionadas à hospitalização e a percepção do cliente sobre as suas expectativas.

- **Questões relacionadas ao sistema social:** questões relativas à habitação, saneamento básico, acesso a serviço de saúde, estado civil, religiosidade e participação de grupos na comunidade.

A definição das variáveis deu-se da seguinte forma:

Quanto ao gênero: sexo masculino ou feminino.

Quanto à cor ou raça: característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena, conforme determinado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2013).

Quanto ao estado civil: estabelecido de acordo com o estado ou não de casado do indivíduo, e sofre alterações conforme o vínculo conjugal termina ou dissolve-se. Diante da legislação civil brasileira existem cinco tipos de estado civil: solteiro: a pessoa que nunca contraiu núpcias, ou que, tendo contraído, teve seu casamento anulado; casado: a pessoa que contraiu matrimônio perante a lei civil; separado judicialmente: a pessoa que formalizou a separação de fato perante a justiça, mas que ainda não se divorciou; divorciado: a pessoa que formalizou a separação de fato perante a justiça ou por escritura pública de divórcio; viúvo: a pessoa que teve o cônjuge falecido (DIAS, 2016).

Quanto à escolaridade (em anos de estudo): classificação estabelecida em função da série e do nível ou grau mais elevado alcançado pela pessoa, considerando a última série concluída com aprovação. Cada série concluída com aprovação corresponde a um ano de estudo. A contagem dos anos de estudo tem início em: um ano, a partir da primeira série concluída com aprovação de curso de ensino fundamental (com duração de oito anos), de primeiro grau ou elementar; em cinco anos de estudo, a partir da primeira série concluída com aprovação de curso de médio primeiro ciclo; em nove anos de estudo, a partir da primeira série concluída com aprovação de curso de ensino médio, de segundo grau ou de médio segundo ciclo; em 12 anos de estudo, a partir da primeira série concluída com aprovação de curso superior de graduação. As pessoas que não declaram a série e o nível ou grau, ou com informações incompletas ou que não permitem a sua classificação, são reunidas no grupo de anos de estudo não determinados ou sem declaração. No período de transição da mudança da duração do ensino fundamental de oito para nove anos, a classificação segundo os anos de estudo foi construída de forma a harmonizar a duração do ensino fundamental de nove anos para 8 anos, o que possibilita a comparação dos resultados com os das pesquisas anteriores. Na contagem dos anos de estudo para o ensino fundamental com duração de nove anos, a primeira série concluída com aprovação foi enquadrada em menos de um ano de estudo, a

segunda série, em um ano de estudo, e assim sucessivamente, até a nona série, classificada em 8 anos de estudo (IBGE, 2013).

Quanto à ocupação: atividade ou ramo de negócio da organização, empresa ou entidade para a qual a pessoa trabalha. Para os trabalhadores por conta própria, a classificação é feita de acordo com a ocupação exercida (IBGE, 2013).

As doenças prévias e uso contínuo de medicação foram registrados conforme relatos do paciente, bem como as informações sobre hábitos de vida: tabagismo, etilismo, prática de exercícios físicos, quantidade de refeições por dia; ingestão hídrica diária; eliminação intestinal e urinária; ciclo menstrual; padrão de sono; higiene; alergias; automedicação; uso de drogas ilícitas, são variáveis a serem relatadas pelo paciente ou acompanhante, após o questionamento do entrevistador.

Para os sinais e sintomas da admissão foram coletados os dados descritos pelo Enfermeiro Classificador no prontuário do paciente. O Fluxograma da Classificação de Risco e o Discriminador da Classificação de Risco foram coletados também no prontuário do cliente, como registro realizado pelo Enfermeiro Classificador no prontuário do mesmo.

A Classificação de Risco, no local do estudo, foi realizada em conformidade com o Protocolo Manchester de Classificação de Risco, que utiliza um fluxograma e um discriminador para tal, com base nas queixas relatadas e sintomatologia apresentadas pelo cliente. Dessa forma, prioriza-se a mais grave queixa ou sintoma do paciente para definir o fluxograma. Em sequência são observados os dados avaliados pelo enfermeiro e classificados, bem como os referidos pelo cliente para definir qual característica tem um discriminador compatível, identificando-se assim a prioridade e a cor da Classificação de Risco.

A entrevista obedeceu ao roteiro do instrumento de coleta de dados elaborado.

O exame físico foi realizado conforme descrição de Jackson e Jackson (2007). Dessa forma foi realizada a avaliação cefalo-podal, com avaliação neurológica simples (estado de consciência e avaliação pupilar); de características da pele (turgor, umidade, hidratação, prega cutânea, alterações próprias ou não do indivíduo); do estado da mucosa e higiene oral, nasal, otológica e da região genital e perineo, sendo estas últimas apenas se autorizadas pelo paciente); avaliação de sistema cardiovascular e respiratório por meio de inspeção, ausculta, percussão e palpação, além da avaliação de presença de edema ou outros sinais de congestão).

Foram utilizadas seis escalas de avaliação. Para avaliação do risco de lesão por pressão foi utilizada a Escala de Braden (BRADEN; BERGSTROM, 1987) e para risco de queda a Escala de Morse (MORSE et al., 1989). A avaliação de dependência nas atividades de vida diária foi mediada pelo Índice de Katz (KATZ et al., 1963). A dor foi avaliada através da

Régua de dor (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010). Para avaliação do nível de consciência foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow (TEASDALE; JENNET, 1974) e para avaliação cognitiva foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Também foi utilizada fórmula para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

A Escala de Braden foi utilizada para avaliar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. São avaliados seis itens: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento, conforme ilustrado na Figura 6. Os escores variam de 6 a 23 pontos, e quanto menor maior o risco (BRADEN; BERGSTROM, 1987). Para categorização neste estudo, foi utilizada a classificação proposta pela NANDA-I, que define como risco escore <18 para adultos (NANDA-I, 2015).

Figura 6. Escala de Braden.

Escala de Braden				
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitada	Muito limitada	Levemente limitada	Sem limitação
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Sem limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	

Fonte: Braden; Bergstrom (1987).

A Escala do Risco de quedas de Morse foi utilizada para avaliar o risco de quedas, realizando a avaliação de seis itens, conforme ilustrado na Figura 7. A soma das pontuações obtidas em cada um deles determinará o risco de queda (alto ou baixo). A pontuação varia de 0 a 125 pontos (MORSE et al., 1989). Estudos recentes tem utilizado a classificação de <25 risco baixo, 25 a 44 pontos risco moderado e ≥ 45 alto risco (URBANETTO, 2013).

O Índice de Katz para Avaliação de Atividades de Vida Diária: utilizada para determinar dependência ou não para as atividades de banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e conseguir alimentar-se, conforme necessidade ou não de auxílio, supervisão e orientação durante as mesmas (KATZ et al., 1963), conforme ilustrado na Figura 8. Em consonância com a modificação do The Hartford Institute for Geriatric Nursing (SHELKEY; WALLACE, 2012), seu escore total varia de 0 a 6, na qual quanto menor o escore, maior a dependência. Dessa forma, é considerado independentes indivíduos com escore 6, com moderada dependência aqueles com escore 3 a 5 e muito dependentes os

com escore menor que 2. Um indivíduo com pontuação zero foi classificado como muito dependente, mesmo sendo totalmente dependente.

Figura 7. Escala de Morse.

Escala do Risco de Quedas de Morse		Pontos
1. Histórico de Quedas		
Não		0
Sim		25
2. Diagnóstico Secundário		
Não		0
Sim		15
3. Auxílio na Deambulação		
Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde		0
Muletas/Bengala/Andador		15
Mobiliário/Parede		30
4. Terapia Endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou salinizado		
Não		0
Sim		20
5. Marcha		
Normal/Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas		0
Fraca		10
Comprometida/Cambaleante		20
6. Estado Mental		
Orientado/capaz quanto sua capacidade/limitação		0
Superestima capacidade/esquece limitação		15

Fonte: Morse et al. (1989).

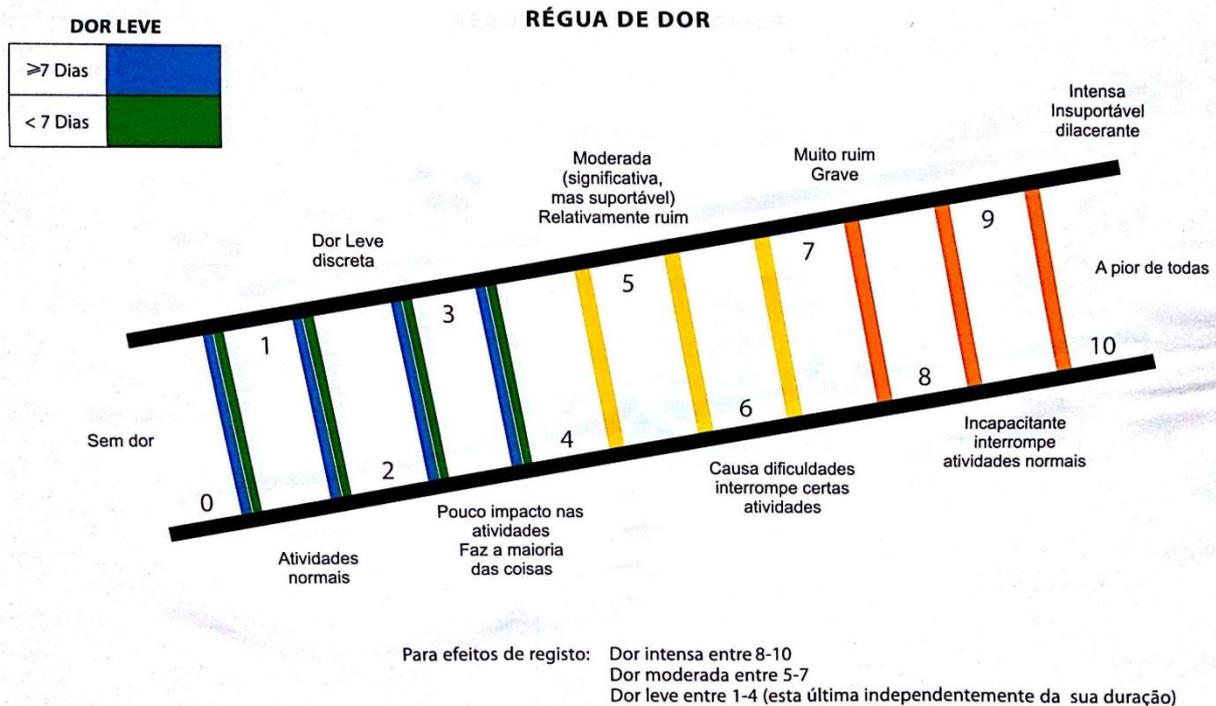
Figura 8. Índice de Katz.

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho	
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre	
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga	
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	
Total de Pontos = _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente

Fonte: Katz et al. (1963).

A avaliação da quantificação da dor foi realizada por meio da Régua de dor: relatada pelo cliente, conforme Figura 9 (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010). Se presente, também foi avaliada o tempo de dor e categorizada em aguda (tempo menor ou igual a três meses) ou crônica (tempo maior que três meses), conforme NANDA-I (NANDA-I, 2015).

Figura 9. Régua de dor.



Fonte: Cordeiro Júnior; Mafra (2010).

O índice de massa corporal foi calculado pela fórmula $IMC = \frac{peso(Kg)}{altura^2(m)}$, e categorizado conforme os escores da NANDA-I: risco de sobrepeso para valores próximos à 25 Kg/m², sobrepeso para valores de 25 a 30 Kg/m² e obesidade para > 30 Kg/m² (NANDA-I, 2015).

Cabe lembrar que os escores de classificação do IMC sofrem alterações devido a inúmeros fatores, entre eles a idade, uma vez que nas diversas etapas da vida, o sistema muscular sofre alterações fisiológicas, principalmente no que diz respeito ao crescimento e à senescência. Para indivíduos com 60 anos ou mais, a classificação segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) se dá da seguinte forma: menor ou igual a 22 Kg/m² como baixo peso, entre 22,1 a 26,9 Kg/m² como eutrofia e a partir de 27 Kg/m² como obesidade (WHO, 2000).

Portanto, quanto ao IMC foram considerados os escores adotados pela NANDA-I

(2015) e no caso do IMC menor que 18,5 Kg/m², classificou-se como baixo peso, conforme a padronização da World Health Organization (WHO, 2000).

A Escala de Coma de Glasgow é uma escala neurológica confiável, com o objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa. Inicialmente era utilizada para avaliar o nível de consciência pós trauma crânioencefálico. No entanto, é atualmente aplicada a diferentes situações. A escala de coma de Glasgow está ilustrada na Figura 10 (TEASDALE; JENNET, 1974).

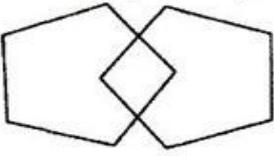
Figura 10. Escala de Coma de Glasgow.

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Teasdale; Jennet (1974).

O MEEM fornece informações sobre parâmetros cognitivos sobre orientação temporoespacial, capacidade de registro, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. É um instrumento utilizado e validado para a população brasileira. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, nos quais, quanto menor o escore maior é o grau de comprometimento cognitivo (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975), conforme ilustra a Figura 11. O ponto de corte é frequentemente ajustado para o nível educacional, e conforme proposto por Brucki et al. (2003) os pontos de corte foram: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo; 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo; 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo, e; 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo. Abaixo destes escores suspeita-se a presença de algum prejuízo de cognição e ou memória, que deve ser melhor investigado.

Figura 11. Mini Exame do Estado Mental de Folstein.

Mini Exame do Estado Mental de Folstein	Pontos
1. Orientação temporal	
Ano	1
Semestre/hora aproximada	1
Mês	1
Dia	1
Dia da Semana	1
2. Orientação espacial	
Estado	1
Cidade	1
Bairro	1
Rua	1
Local	1
3. Repetição	
Carro	1
Vaso	1
Tijolo	1
4. Atenção e cálculo (1 ponto para cada acerto)	
100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65 (0 a 5 pontos) OU	
Solettrar inversamente a palavra MUNDO = O D N U M (0 a 5 pontos)	
5. Memorização (Repetir as 3 palavras anteriores)	
Carro	1
Vaso	1
Tijolo	1
6. Linguagem e nomeação	
Relógio	1
Caneta	1
7. Linguagem e repetição	
NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem e ordem	
Pegue o papel com a mão direita	1
Dobre ao meio	1
Coloque no chão	1
9. Linguagem, leitura e execução	
FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem e escrita	1
11. Linguagem e cópia	
	1
Total	

Fonte: Folstein; Folstein; McHugh (1975).

O instrumento de coleta de dados foi validado por três profissionais enfermeiros com experiência mínima de cinco anos no cuidado de pacientes em situação de urgência e emergência e experiência na utilização do Processo de Enfermagem na prática clínica, ensino e na pesquisa.

Após a avaliação pelos juízes, foram feitos os seguintes acréscimos: questionar acerca das perspectivas após a alta hospitalar, do local da moradia (urbana ou rural), composição do núcleo familiar no domicílio e participação em atividades sociais ou religiosas na

comunidade.

Após as correções supracitadas, foi realizado um teste piloto com cinco clientes internados nas salas amarela e vermelha da UPA, que não fizeram parte da amostra do estudo. Após o teste piloto foi observada a necessidade de acrescentar ao instrumento itens para registrar a sala de observação, diagnóstico médico da internação, medicações utilizadas na internação e a quantidade de atendimentos até a sala de observação. Este último foi considerada da seguinte forma: entrada direto para a Sala de Observação correspondia a um atendimento; atendimento na Classificação de Risco e daí encaminhado para a Sala de Observação, dois atendimentos; atendimento na Classificação de Risco, atendimento em Consultório Médico e daí encaminhado para a Sala de Observação, três atendimentos; atendimento na Classificação de Risco, atendimento em Consultório Médico, atendimento na Sala de Medicação e daí encaminhado para a Sala de Observação, quatro atendimentos; e atendimento na Classificação de Risco, atendimento em Consultório Médico, atendimento na Sala de Medicação, Retorno ao Consultório Médico e daí encaminhado para a Sala de Observação, cinco atendimentos. Se surgissem outros fluxos os mesmos eram identificados.

4.6.2 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir da Consulta de Enfermagem, na qual foram realizadas a entrevista com o cliente, conforme instrumento de coleta de dados, seguida da realização de exame físico completo.

Para a coleta de dados foi realizada entrevista com observação de dados objetivos e subjetivos, exame físico e consulta ao prontuário, mediante um roteiro de coleta de dados desenvolvido com fundamentação na Consulta de Enfermagem Detalhada e referencial Teórico de Imogene King (Apêndice B).

O tempo médio gasto para coleta de dados foi de 60 minutos por cliente, sendo 45 minutos de entrevista e avaliação física e 15 minutos para busca de dados em prontuário.

Após a coleta de dados foi realizada a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, utilizando o processo de raciocínio diagnóstico, o qual incluiu as etapas de análise e síntese dos dados coletados do cliente, conforme proposta de Gordon (GORDON, 1987).

Para Gordon (1987) o diagnóstico pode ser definido em três perspectivas: conceitual, estrutural e contextual. Na perspectiva conceitual, transmite o significado de uma ideia e apresenta como sinônimos a responsabilidade que é exclusiva da enfermeira, e o foco, que são as respostas do cliente, família ou comunidade frente aos problemas de saúde e aos processos

vitais. Na estrutural descreve-se os três componentes do diagnóstico (título, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco). Por fim, a contextual é a apresentação do diagnóstico como um componente do processo de enfermagem.

Após a coleta e processamento de dados segundo o modelo conceitual adotado, foi realizada a formulação da declaração do diagnóstico por meio do sistema de classificação da NANDA-I (2015), confirmação do diagnóstico, registro e documentação.

Uma vez estabelecidos os rótulos diagnósticos, foram identificadas as características definidoras, os fatores relacionados e/ou os fatores de risco dos respectivos diagnósticos.

A fase de análise e síntese para definição dos diagnósticos de enfermagem foi revisada e validada por profissional expertise em diagnósticos de enfermagem. O perito tem atuação na docência em enfermagem, em especial com o processo de enfermagem e experiência também na área clínica, com mestrado e doutorado na área de diagnósticos de enfermagem.

Finalizada a coleta de dados, análise, síntese, identificação dos diagnósticos de enfermagem e relação com fatores relacionados ou fatores de risco foi realizada a caracterização socioeconômica da amostra estudada, identificação do perfil diagnóstico, listagem e descrição das características definidoras e fatores relacionados mais frequentes dos diagnósticos de enfermagem reais (com foco no problema) e listagem e descrição dos fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem de risco (vulnerabilidade) mais frequentes.

A etapa final consistiu na análise dos diagnósticos, respectivos fatores relacionados/de risco e características definidoras, quanto à frequência relativa e absoluta,

Todas etapas foram realizadas pela pesquisadora obedecendo o instrumento elaborado.

4.7 Análise dos Dados

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva com análise exploratória conforme recomenda Barbetta (2007).

Os dados coletados foram digitados em banco de dados e analisados em planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel[®] 2010.

As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo e máximo). As variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e relativas. Os resultados das análises foram organizados em tabelas e gráficos.

4.8 Aspectos Éticos

Foi encaminhada uma carta de anuência ao Superintendente e Chefia de Enfermagem responsáveis pela referida unidade, os quais foram a favor da realização da pesquisa, conforme registrado no Termo de Anuência da Instituição Coparticipante (Anexo 1).

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEPFS/UnB, sob os protocolos nº 1.760.638 (Anexo 2) e nº 1.861.232 (Anexo 3) e também pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – CEPFEPECS/SES/DF, sob o protocolo nº 1.910.156 (Anexo 4), apenas após os quais iniciou-se a coleta de dados.

Foi desenvolvido conforme as normas estabelecidas pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais, respeitando o participante em sua dignidade e autonomia reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa.

Todos os sujeitos do estudo receberam o TCLE (Apêndice A) e só participaram aqueles que concordaram e assinaram, após serem esclarecidos sobre sua aceitação voluntária bem como sua exclusão da pesquisa em qualquer fase em que a mesma se encontrar, se assim ele desejasse. Os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e a confidencialidade dos dados.

5. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três partes. Na primeira parte está descrita a caracterização socioeconômico-demográfica dos clientes que compuseram a amostra. A seguir, na segunda parte, serão abordadas as características clínicas e de atendimento dos participantes da amostra. Por fim, serão apresentados os diagnósticos de enfermagem identificados na amostra, bem como suas características definidoras, seus fatores relacionados e os fatores de risco.

No período de observação, que foi correspondente a quatro meses, a taxa de atendimento geral no setor foi de 485 clientes, com 344 altas, 26 óbitos e 115 transferências para outras unidades da rede. Destes clientes, 137 estavam classificados com prioridade muito urgente ou emergente e 52 atenderam os critérios de inclusão no estudo, dos quais 50 participaram da amostra.

5.1 Caracterização dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação quanto ao perfil socioeconômico-demográfico

A Tabela 1 apresenta a caracterização do total de clientes que receberam as classificações urgente e emergente.

Tabela 1. Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico da amostra de clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(continua)					
Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Número de residentes no domicílio		
Feminino	27	54,0	Um	3	6,0
Masculino	23	46,0	Dois	16	32,0
Escolaridade			Três	13	26,0
Não alfabetizado	7	14,0	Quatro	13	26,0
Fundamental Completo	9	18,0	Cinco ou mais	5	10,0
Fundamental Incompleto	23	46,0	Localização da moradia		
Médio Completo	6	12,0	Área Rural	12	24,0
Médio Incompleto	3	6,0	Área Urbana	38	76,0
Superior Incompleto	2	4,0			

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 1. Caracterização do perfil socioeconômico-demográfico da amostra de clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(conclusão)					
Característica	N	%	Característica	N	%
Faixa etária			Situação da moradia		
< 20	1	2,0	Própria	31	62,0
20 – 29	6	12,0	Alugada	13	26,0
30 – 39	10	20,0	Cedida	6	12,0
40 – 49	6	12,0	Saneamento Básico		
50 – 59	9	18,0	Água tratada	37	74,0
60 – 69	15	30,0	Rede de coleta de esgoto	32	64,0
70 – 79	0	0,0	Energia elétrica	50	100,0
80 – 89	1	2,0	Coleta de lixo	49	98,0
90 – 99	2	4,0	Ocupação /		
Raça / Cor			Fonte de Renda		
Branca	17	34,0	Assalariado	22	44,0
Parda	22	44,0	Aposentadoria	10	20,0
Preta	10	20,0	Desempregado	18	36,0
Indígena	1	2,0	Renda familiar		
Estado conjugal			Renda familiar		
Solteiro	6	12,0	<1 salário	6	12,0
Casado/Amasiado	36	72,0	1 a 2 salários	32	64,0
Divorciado/Separado	5	10,0	3 a 5 salários	12	24,0
Viúvo	3	6,0	Religiosidade		
Naturalidade			Religiosidade		
Nordeste	22	44,0	Nenhuma	3	6,0
Centro-Oeste	14	28,0	Cristão sem linha específica	5	10,0
Sudeste	11	22,0	Católico	20	40,0
Norte	2	4,0	Protestante	21	42,0
Sul	1	2,0	Mórmon	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Entre os 50 clientes entrevistados 27 (54%) foram do sexo feminino e 23 (46%) do sexo masculino. A idade dos clientes entrevistados variou entre 18 e 91 anos, com média de 50,48 anos, mediana de 52 anos e moda 61 anos. Houve predominância de indivíduos com idade entre 60 a 69 anos (15; 30%). Em relação à escolaridade, a amostra caracteriza-se por baixa escolaridade, uma vez que 23 (46%) destes não concluíram o ensino fundamental e sete (14%) não eram alfabetizados.

Ainda como mostra a Tabela 1, quanto à distribuição dos indivíduos conforme sua

raça/cor, a amostra autodeclarou-se em 2% indígena, 20% preta, 34% branca e 44% parda. Em relação ao estado conjugal, 36 indivíduos (72%) tinham companheiro fixo, dos quais 30 (60%) eram casados. Dos participantes, três (6%) moravam sozinhos, 16 (32%) moravam com mais uma pessoa, em geral companheiro ou filho, 13 (26%) tinham a residência composta por três ou quatro moradores e cinco (10%) tinham a casa com cinco ou mais moradores. Quanto à naturalidade, 44,0% eram procedentes da Região Nordeste do país, 28% do Centro-Oeste, 22,0% do Sudeste, 4,0% da Região norte e 2,0% da Região Sul.

A Tabela 1 também aponta os dados referente à moradia, dos quais 12 (24%) estavam na zona rural e 38 (76%) na zona urbana. Dos indivíduos, 31 (62%) moravam em imóvel próprio, 13 (26%) em imóvel alugado e 6 (12%) em imóveis cedidos por familiares. Acerca das condições de saneamento básico, todos responderam dispor de energia elétrica, 49 (98%) de coleta de lixo, 37 (74%) de água tratada e 32 (64%) de rede de coleta de esgoto. O indivíduo que relatou não dispor de coleta de lixo, informou que enterrava ou queimava o lixo produzido. Os que não dispunham de água tratada retiravam a água de consumo de cisterna. E os que não dispunham de rede de coleta de esgoto, relataram que os dejetos de suas residências iam para fossas sépticas.

Ainda na Tabela 1, estão demonstrados os dados sobre a fonte de renda, onde 22 indivíduos (44%) exerciam alguma atividade laboral, 10 (20%) eram aposentados e 18 (36%) estavam desempregados. Cabe informar que os desempregados mantinham sua subsistência através a ajuda de familiares ou terceiros, ou até mesmo desempenhando atividades informais para garantir um mínimo possível de ganho monetário. Em sequência a isto, a distribuição da renda familiar na amostra era de seis indivíduos (12%) com menos de um salário mínimo, 32 (64%) recebendo um a dois salários mínimos e 12 (24%) com três a cinco salários mínimos.

Acerca da religiosidade, três clientes (6,0%) referiram não preferir alguma e cinco (10,0%) eram cristãos, porém sem linha específica de seguimento. Dos demais 42% se declararam protestantes e 40% católicos. Apenas um (2,0%) se declarou mórmon.

5.2 Caracterização clínico-epidemiológica dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

5.2.1 Características clínico-epidemiológicas pré-existentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo

A Tabela 2 apresenta os resultados relativos às condições patológicas pré-existentes dos indivíduos participantes da amostra.

Tabela 2. Distribuição das condições patológicas pré-existentes da amostra de clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Número de condições pré-existentes	N	%
Nenhuma	8	16,0
Uma	14	28,0
Duas	19	38,0
Três	4	8,0
Quatro	4	8,0
Cinco	0	0,0
Seis	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Acerca da distribuição dos fatores clínicos existentes pré-atendimento, apenas oito indivíduos (16%) eram previamente hígidos. Houve maior prevalência de indivíduos com uma e duas patologias pré-existentes, com 14 (28,0%) e 19 (38,0%), respectivamente, conforme apresentado na Tabela 2.

A amostra apresentou de zero a seis condições patológicas pré-existentes, com uma média de 1,7 enfermidades por indivíduo. Destas condições, a hipertensão arterial (20; 40,0%), o diabete melito (15; 30,0%) e a insuficiência/arritmia cardíaca (12; 24,0%) foram as predominantes conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Condições patológicas pré-existentes dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(continua)		
Patologias pré-existentes	N	%
Hipertensão Arterial	20	40,0
Diabete Melito	15	30,0
Insuficiência/arritmia cardíaca	12	24,0
Tumor/Câncer/Nódulo	5	10,0
Problemas respiratórios	5	10,0
Acidente Vascular Encefálico	3	6,0
Problemas de circulação	3	6,0
Hipotireoidismo	4	8,0
Cirroze	2	4,0
Epilepsia	2	4,0
Febre reumática	2	4,0
Gastrite	2	4,0
Anemia	1	2,0
Hiperplasia Prostática Benigna	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa

Tabela 3. Condições patológicas pré-existentes dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Patologias pré-existentes	(conclusão)	
	N	%
Cisticercose Neural	1	2,0
Gota	1	2,0
Hérnia abdominal	1	2,0
Osteoporose	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Em decorrência da presença de patologias pré-existentes, vários clientes da amostra recebiam medicamentos de uso contínuo. Dessa forma, as Tabelas 4 e 5, trazem informações acerca da utilização de medicamentos conforme grupo de classificação.

Tabela 4. Distribuição dos grupos de medicamentos de uso contínuo nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Nº de grupos de medicações de uso contínuo	N	%
Nenhum	10	20,0
Um	11	22,0
Dois	16	32,0
Três	5	10,0
Quatro	3	6,0
Cinco	2	4,0
Seis	2	4,0
Não soube informar quais tomava	1	2,0
Não soube informar algum que tomava	4	8,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Assim sendo, é possível observar na Tabela 4 que 10 (20,0%) dos integrantes da amostra não utilizavam qualquer medicação de uso contínuo, um (2,0%) tomava algumas medicações, no entanto, não soube informar nenhuma delas e quatro (8,0%) não souberam informar alguma das medicações que utilizavam diariamente. Entre os 27 clientes restantes, 16 (32,0%) tomavam medicações de dois grupos e 11 (22,0%) tomavam apenas de um.

Foram identificados 19 grupos de medicamentos de uso contínuo, conforme relato das medicações utilizadas pelos integrantes da amostra. Em conformidade com os dados da Tabela 3, 20 indivíduos (40,0%) utilizavam um ou mais anti-hipertensivos. Com prevalência em 10 casos (20,0%) utilizavam algum antiarrítmico e anticoagulante, cada. O uso de hipoglicemiantes orais e insulina foi relatado por seis (12,0 %) indivíduos, bem como o uso

de protetor gástrico. O uso de anticolesterolêmicos na amostra correspondeu a 14,0%. Medicamentos com atuação no sistema nervoso central somaram 14,0%, divididas entre ansiolíticos e antidepressivos (4; 8,0%) e anticonvulsivantes (3; 6,0%). Também foram relatados por quatro indivíduos (8,0%) o uso de hormônio tireoideano e analgesia, cada. Suplementos vitamínicos e minerais foram informados por três participantes (6,0 %). Houve uma frequência de 4,0% de indivíduos que utilizavam diariamente algum broncodilatador, anti-inflamatório não-esteroide e/ou corticosteroide. A utilização de profilaxia antimicrobiana, bem como de anti-histamínicos e de suplementação de oxigênio domiciliar, foi relatada por 1 indivíduo (2,0%), em cada grupo. Esta distribuição pode ser visualizada na Tabela 5.

Tabela 5. Medicamentos de uso contínuo, organizadas em grupo, dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Medicamentos de uso contínuo	N	%
Anti-hipertensivo	20	40,0
Antiarrítmico	10	20,0
Anticoagulante	10	20,0
Anticolesterolêmico	7	14,0
Hipogliceminante oral	6	12,0
Insulina	6	12,0
Protetor gástrico	6	12,0
Ansiolíticos/antidepressivos	4	8,0
Hormônio da tireóide	4	8,0
Analgesia	4	8,0
Suplementos vitamínicos e minerais	3	6,0
Anticonvulsivante	3	6,0
Broncodilatador	2	4,0
Anti-inflamatório não-esteroide	2	4,0
Corticosteroide	2	4,0
Oxigênio domiciliar	1	2,0
Antimicrobiano profilático	1	2,0
Anti-histamínico	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Outras variáveis importantes acerca da caracterização clínica são os dados referentes aos hábitos de vida. A Tabela 6, a seguir, apresenta os dados relativos a esses aspectos, nos clientes estudados.

Tabela 6. Hábitos de vida, atividade e repouso dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

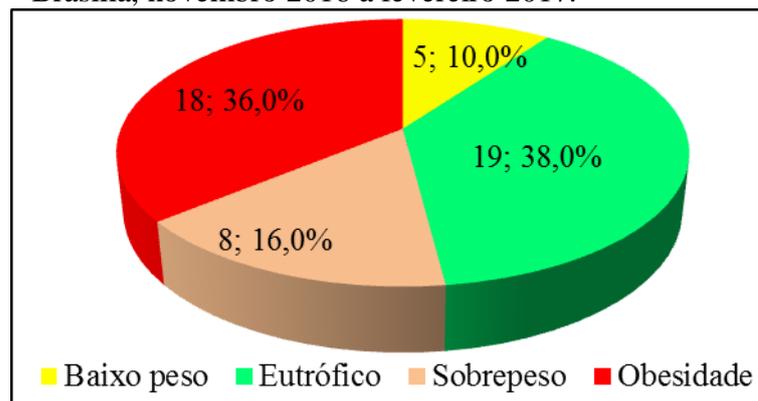
Hábitos de vida	N	%
Tabagismo	10	20,0
Etilismo	11	22,0
Prática regular de atividade física	9	18,0
Padrão de sono satisfatório	29	58,0
Padrão de sono irregular previamente	26	52,0
Sono atrapalhado pela hospitalização	17	34,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Desta forma, é possível visualizar na Tabela 6 que 10 (20,0%) dos indivíduos era tabagista, 11 eram (22,0%) etilistas e apenas nove (18,0%) praticavam algum exercício físico regularmente. Acerca da qualidade do sono, 29 (58,0%) dos indivíduos relataram estar satisfeitos e 26 (52,0%) declararam alguma irregularidade no sono previamente à internação. Ainda sobre o padrão de repouso, 17 indivíduos (34,0%) declararam que a hospitalização atrapalhava o sono.

A Figura 12 apresenta a distribuição dos clientes estudados, quanto ao índice de massa corporal.

Figura 12. Distribuição dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação, conforme classificação do Índice de Massa Corporal, na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Conforme já descrito no capítulo de métodos, utilizou-se a classificação adotada pela NANDA-I quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC). Assim, foram classificados com sobrepeso adultos com $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$ e obesidade os aqueles com $IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$. Logo, os indivíduos eutróficos foram considerados com IMC até 25 Kg/m^2 (NANDA-I, 2015). Para

o IMC de baixo peso, foi utilizada a padronização da World Health Organization (WHO, 2000) que é correspondente à $IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$. Esta mesma classificação subdivide a obesidade em três níveis diferentes.

É possível observar na Figura 7 que, a maior prevalência de indivíduos se deu com o peso acima do esperado (26; 52,0%), subdivididos em sobrepeso (8; 16,0%) e obesidade (18; 36,0%). Apenas cinco (10,0%) indivíduos foram classificados como baixo peso e os 19 (38,0%) restantes foram eutróficos. No presente estudo, a média do IMC na amostra foi de $26,5 \text{ Kg/m}^2$, tendo variado entre 14,7 e $46,6 \text{ Kg/m}^2$.

5.2.2 Características referentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo

A Tabela 7 mostra alguns dados relativos às características do atendimento na unidade, da clientela estudada.

Tabela 7. Distribuição dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada, conforme procedência, passagem prévia pela unidade, classificação de risco, sala de observação e quantidade de atendimentos até alocação na sala de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(continua)		
Característica	N	%
Procedência		
Residência	44	88,0
Trabalho	2	4,0
Local de lazer	1	2,0
Outro serviço de saúde	3	6,0
Primeira passagem pela unidade		
Sim	17	34,0
Não	33	66,0
Cor da Classificação de Risco		
Laranja	47	94,0
Vermelha	3	6,0
Sala de Observação		
Amarela	34	68,0
Vermelha	16	32,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 7. Distribuição dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada, conforme procedência, passagem prévia pela unidade, classificação de risco, sala de observação e quantidade de atendimentos até alocação na sala de observação (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(conclusão)		
Característica	N	%
Atendimentos até a Sala de Observação		
Um	1	2,0
Dois	7	14,0
Três	19	38,0
Quatro	18	36,0
Cinco	5	10,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Como pode ser observado na Tabela 7, 44 indivíduos (88,0%) eram procedentes de sua residência, dois (4,0%) do local de trabalho, um (2,0%) de um local de lazer e três (6,0%) de outras unidades de saúde, sendo dois de unidades de atenção primária e um de hospital terciário. O indivíduo procedente da unidade de saúde terciária foi encaminhado pela mesma, para a unidade do estudo, para “internação” para realização de tratamento clínico.

Apenas 17 (34,0%) já haviam passado por pelo menos um atendimento, em outro momento, na unidade de estudo. Sobre a classificação de risco, 47 (94,0%) foram classificados como Laranja e os três restantes (6,0%) como Vermelho. Os indivíduos foram entrevistados na Sala de Observação a que foram encaminhados, sendo 34 (68,0%) na Sala Amarela e 16 (32,0%) na Sala Vermelha, conforme descrito na Tabela 7.

Ainda na Tabela 7, é possível observar a quantidade de atendimentos dos indivíduos. Apenas um indivíduo (2,0%) foi atendido diretamente na sala de alocação. Os demais tiveram passagem registrada pela Classificação de Risco, Consultório Médico, Sala de Medicação e/ou retorno em Consultório Médico, antes da sala de observação como destino final, configurando assim de dois a cinco atendimentos até a mesma.

Dessa forma, a quantidade de atendimentos foi estruturada da seguinte forma: **Classificação de Risco – Sala de Observação**, dois atendimentos (7; 14,0%); **Classificação de Risco – Consultório Médico – Sala de Observação**, três atendimentos (19; 38,0%); **Classificação de Risco – Consultório Médico – Sala de Medicação – Sala de Observação**, quatro atendimentos (18; 36,0%); e **Classificação de Risco – Consultório Médico – Sala de Medicação – Retorno ao Consultório Médico – Sala de Observação**, cinco atendimentos (5; 10,0%).

Na Tabela 8 encontram-se os dados referentes às principais queixas e sintomatologias

apresentadas pelos clientes atendidos nas salas amarela e vermelha da unidade de saúde estudada.

Tabela 8. Distribuição das queixas, sinais e sintomas relatados ou percebidos nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada, durante a Classificação de Risco (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Queixa/Sinal/Sintoma na Classificação de Risco	N	%
Dor no peito	14	28,0
Falta de ar	14	28,0
Dor em extremidades	8	16,0
Fraqueza	8	16,0
Mal estar	8	16,0
Dor de cabeça	7	14,0
Dor abdominal	7	14,0
Vômitos	5	10,0
Tosse	4	8,0
Convulsão	3	6,0
Edema em extremidades	3	6,0
Febre	3	6,0
Hiperglicemia	3	6,0
Náusea	3	6,0
Sinais neurológicos	3	6,0
Cansaço	2	4,0
Esforço respiratório aumentado	2	4,0
Desmaio em casa	2	4,0
Mialgia	2	4,0
Queixas urinárias	2	4,0
Diarreia	1	2,0
Dor cervical	1	2,0
Ingestão voluntária de medicamentos	1	2,0
Palidez cutânea	1	2,0
Palpitação	1	2,0
Sudorese	1	2,0
Uso da medicação, porém sem melhora	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Quando o cliente é atendido e enquadrado na Classificação de Risco, são registradas as principais queixas ou sintomas informados, os sinais observados e também é feito o registro de condições associadas, quando relatadas. Foram identificadas, nos registros dos prontuários eletrônicos, 27 condições ou queixas diferentes. O número destas variou de um a cinco, com

uma média de 2,2 por cliente.

Conforme apresentado na Tabela 8, as queixas predominantes foram dor no peito e falta de ar com 28,0% (n=14) cada. Dor em extremidades, fraqueza e mal-estar foram referidos por 8 (16,0%) indivíduos, cada. Dor de cabeça e dor abdominal foram relatadas por 7 (14,0%) clientes, cada. Vômitos e tosse tiveram uma prevalência de 5 (10,0%) e 4 (8,0%), respectivamente.

Ainda na Tabela 8, é possível observar que convulsão, edema em extremidades, febre, hiperglicemia, náuseas e/ou sinais neurológicos foram cada um deles relatados por 3 clientes (6% de frequência na amostra estudada, cada). Relatos de cansaço, esforço respiratório aumentado, desmaio em casa, mialgia e/ou queixas urinárias, individualmente, estiveram presentes em 4,0% (n=2) da amostra estudada. Problemas como diarreia, dor cervical, ingestão voluntária de medicamentos, palpitação e/ou uso da medicação sem melhora, bem como os que apresentavam palidez cutânea e/ou sudorese durante a classificação de risco, foram frequentes em apenas uma ocorrência por cliente (2,0%).

Como já descrito no capítulo de métodos, a Classificação de Risco adotada pelos enfermeiros na unidade de estudo está em consonância com o Protocolo Manchester de Classificação de Risco. A Tabela 9 apresenta os fluxogramas discriminadores encontrados na amostra estudada.

Tabela 9. Fluxogramas do Protocolo Manchester de Classificação de Risco registrados nos prontuários dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação, na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Protocolo Manchester – Fluxograma analisador	N	%
Dor torácica	9	18,0
Mal estar em adulto	7	14,0
Dispneia em adulto	6	12,0
Dor abdominal em adulto	6	12,0
Diabetes	4	8,0
Problemas em extremidades	3	6,0
Convulsões	2	4,0
Cefaleia	2	4,0
Diarreia e/ou vômitos	1	2,0
Palpitações	1	2,0
Mordeduras e picadas	1	2,0
Problemas urinários	1	2,0
Overdose e envenenamento	1	2,0
Não informado	6	12,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Assim, foram identificados 13 fluxogramas diferentes nos clientes pertencentes ao estudo. Cabe ressaltar que, apesar de obrigatório na unidade de estudo, seis (12,0%) indivíduos não tiveram esta informação registrada no prontuário. O fluxograma com maior prevalência foi o de Dor torácica com nove (18,0%) ocorrências. Mal-estar em adulto foi apontado em sete (14,0%) indivíduos da amostra. Dispneia em adulto e Dor abdominal em adulto foram descritos em seis (12,0%) clientes da amostra, cada. Diabetes foram identificados em quatro (8,0%) indivíduos e Problemas em extremidades foram identificados em três (6,0%) indivíduos, enquanto Convulsões e Cefaleia emergiram em dois (4,0%), individualmente. Alguns fluxogramas apresentaram apenas uma ocorrência, sendo eles: Diarreia e/ou vômitos, Palpitações, Mordeduras e picadas, Problemas urinários e Overdose e envenenamento.

Conforme anteriormente descrito, para estabelecer-se a prioridade da Classificação de Risco, além do fluxograma analisador, se faz necessário a identificação de um discriminador, que é a característica clínica mais grave do cliente.

A Tabela 10 a seguir apresenta os discriminadores do Protocolo Manchester de Classificação de Risco registrados nos prontuários dos clientes da amostra estudada.

Tabela 10. Discriminadores do Protocolo Manchester de Classificação de Risco registrados nos prontuários dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(continua)

Protocolo Manchester - Discriminador	N	%
Corretamente		
Dor intensa	14	28,0
Pulso anormal	5	10,0
Esforço respiratório aumentado	3	6,0
Dor epigástrica	2	4,0
Déficit neurológico agudo	2	4,0
Sat O2 muito baixa	2	4,0
Hipoglicemia	1	2,0
Alteração súbita da consciência	1	2,0
Dor precordial ou cardíaca	1	2,0
Comprometimento vascular distal	1	2,0
Mortalidade alta	1	2,0
Prostração	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 10. Discriminadores do Protocolo Manchester de Classificação de Risco registrados nos prontuários dos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(Conclusão)		
Protocolo Manchester - Discriminador	N	%
Equivocadamente		
Pulso anormal	1	2,0
Dor pleurítica	1	2,0
Dor moderada	1	2,0
Adulto quente	1	2,0
Hiperglicemia	3	6,0
Não informado	9	18,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Assim, na Tabela 10 é possível visualizar quais discriminadores foram registrados pelo enfermeiro classificador nos prontuários eletrônicos. Foram observados 17 discriminadores diferentes, dos quais cinco não fazem parte da classificação de risco apontada (laranja). Desses cinco discriminadores, quatro não correspondiam à classificação de risco laranja levantada, sendo eles: Dor pleurítica, Dor moderada e Adulto quente com uma ocorrência cada (2,0%), além de Hiperglicemia, com três incidências (6,0%). Tais discriminadores, segundo o Protocolo de Classificação de Risco Manchester, correspondem à cor amarela. O discriminador Pulso anormal (1; 2,0%), apesar de pertencer à classificação de risco laranja, foi equivocadamente levantado, uma vez que no fluxograma para o qual foi utilizado (Convulsões) não consta no mesmo. Ainda sobre os equívocos da Classificação de Risco, 18,0% da amostra (n=9) não tinham registro do discriminador no prontuário. Destes, seis (12,0%) se referiam àqueles com ausência de registro do fluxograma analisador. Os três restantes estavam associados aos fluxogramas Problemas urinários, Dispneia em adulto e Convulsões, com uma ocorrência cada.

Houve maior prevalência do discriminador Dor intensa (14; 28,0%), seguido de Pulso anormal (5; 10,0%), Esforço respiratório aumentado (3; 6,0%), Dor epigástrica, Déficit neurológico agudo e Saturação de oxigênio muito baixa com duas ocorrências cada. Hipoglicemia, Alteração súbita da consciência, Dor precordial ou cardíaca, Comprometimento vascular distal, Mortalidade Alta e Prostração foram relatados uma vez, cada, conforme apresentado na Tabela 10.

Na amostra do estudo foram aplicadas cinco escalas durante a realização da entrevista e exame físico. Tais escalas e suas classificações estão apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11. Escalas de avaliação aplicadas aos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação, na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Escalas de avaliação	N	%
Escala de Morse		
Baixo risco para quedas	8	16,0
Moderado risco para quedas	28	56,0
Alto risco para quedas	14	28,0
Escala de Braden		
Risco Moderado para lesão por pressão*	4	8,0
Sem risco para lesão por pressão*	46	92,0
Índice de Katz		
Independente	33	66,0
Dependência moderada	13	26,0
Muito dependente	4	8,0
Régua de Dor		
Ausência de dor	24	48,0
Dor leve	15	30,0
Dor moderada	7	14,0
Dor intensa	4	8,0
Mini Exame do Estado Mental de Folstein		
Com declínio cognitivo	8	16,0
Sem declínio cognitivo	42	84,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Nota: * alterado de úlcera por pressão para lesão por pressão, conforme nomenclatura atualizada, (SOBEST/SOBENDE, 2017).

Para auxiliar na identificação do risco de quedas foi utilizada a Escala de Quedas de Morse (MORSE et al., 1989), como já mencionado no capítulo de métodos. Conforme esta escala, e considerando a classificação proposta por Urbanetto (2013), pode-se observar que apenas 8 indivíduos (16,0%) apresentavam baixo risco para quedas, enquanto risco moderado e alto elencaram 28 (56,0%) e 14 (28,0%) indivíduos, respectivamente.

Como já destacado anteriormente, o risco de desenvolvimento de lesão por pressão foi avaliado por meio da Escala de Braden (BRADEN; BERGSTROM, 1987) e para classificação do risco foi considerada a proposta pela NANDA-I, que define como risco para adultos escore menor que 18 (NANDA-I, 2015). Desta forma, foi identificado risco para lesão por pressão em apenas 4 indivíduos (8,0%) neste estudo.

O grau de dependência foi avaliado pela utilização do Índice de Katz (KATZ et al., 1963) juntamente com a Classificação proposta por Shelkey e Wallace (2012), permitindo observar que houve predominância de indivíduos independentes (33; 66,0%). A dependência moderada esteve presente em 13 indivíduos (26,0%), e eram muito dependentes apenas quatro (8,0%).

A dor foi avaliada utilizando a Escada de Dor proposta no Protocolo Manchester de Classificação de Risco (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010), como também já descrito no capítulo de métodos. Quase metade da amostra (48,0%) negou a presença de dor no momento da avaliação. Nos demais, 15 indivíduos (30,0%) referiram dor leve, sete (14,0%) dor moderada e quatro (8,0%) dor intensa. A média de avaliação de dor, entre os indivíduos que a relataram foi de 4,6 pontos.

Por fim, para avaliação do estado cognitivo utilizou-se o MEEM de Folstein (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Para definir a presença ou não de declínio cognitivo foi tomado como referência os pontos de corte proposto por Brucki et al. (2003), encontrando uma prevalência de 16,0% (n=8) de casos com algum declínio cognitivo.

5.3 Identificação dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

5.3.1 Diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

A taxonomia da NANDA-I (2015) possibilitou identificar 722 diagnósticos de enfermagem nos 50 indivíduos estudados, com variação de 5 a 25, média de 14,44 e mediana de 15 diagnósticos por cliente. Obteve-se 94 diagnósticos diferentes, sendo 54 diagnósticos com foco no problema (reais), dois diagnósticos de promoção da saúde e 38 de risco (ou vulnerabilidade), como apresentado nas tabelas 12 e 13, respectivamente.

Tabela 12. Diagnósticos de enfermagem com foco no problema e de promoção da saúde nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	N	(continua)
		%
Conhecimento deficiente	40	80,0
Estilo de vida sedentário	31	62,0
Dentição prejudicada	30	60,0
Fadiga	23	46,0
Dor aguda	21	42,0
Ansiedade	19	38,0
Obesidade	18	36,0
Mobilidade física prejudicada	18	36,0
Padrão de sono prejudicado	15	30,0
Constipação	14	28,0
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	12	24,0
Disposição para autoconceito melhorado	10	20,0
Insônia	9	18,0
Déficit no autocuidado para banho	9	18,0
Déficit no autocuidado para higiene íntima	9	18,0
Sobrepeso	8	16,0
Volume de líquidos excessivo	8	16,0
Déficit no autocuidado para vestir-se	8	16,0
Comportamento de saúde propenso a risco	7	14,0
Disfunção sexual	7	14,0
Volume de líquidos deficiente	6	12,0
Eliminação urinária prejudicada	6	12,0
Síndrome do idoso frágil	5	10,0
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	5	10,0
Débito cardíaco diminuído	5	10,0
Processos familiares disfuncionais	5	10,0
Dor crônica	5	10,0
Náusea	5	10,0
Controle ineficaz da saúde	4	8,0
Integridade da pele prejudicada	4	8,0
Mucosa oral prejudicada	4	8,0
Capacidade de transferência prejudicada	3	6,0
Perfusão tissular periférica ineficaz	3	6,0
Padrão respiratório ineficaz	3	6,0
Proteção ineficaz	2	4,0
Memória prejudicada	2	4,0
Distúrbio na imagem corporal	2	4,0
Medo	2	4,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 12. Diagnósticos de enfermagem com foco no problema e de promoção da saúde nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	(conclusão)	
	N	%
Integridade tissular prejudicada	2	4,0
Padrão respiratório ineficaz	2	4,0
Saúde deficiente da comunidade	1	2,0
Falta de adesão	1	2,0
Deglutição prejudicada	1	2,0
Incontinência urinária funcional	1	2,0
Motilidade gastrointestinal disfuncional	1	2,0
Intolerância à atividade	1	2,0
Déficit no autocuidado para alimentação	1	2,0
Autonegligência	1	2,0
Controle emocional instável	1	2,0
Comunicação verbal prejudicada	1	2,0
Disposição para esperança melhorada	1	2,0
Desempenho de papel ineficaz	1	2,0
Padrão de sexualidade ineficaz	1	2,0
Enfrentamento ineficaz	1	2,0
Pesar complicado	1	2,0
Conforto prejudicado	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Conforme já mencionado, na Tabela 13 estão registrados os diagnósticos de enfermagem de risco (vulnerabilidade) e suas frequências de ocorrência.

Tabela 13. Diagnósticos de enfermagem de risco nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	(continua)	
	N	%
Risco de infecção	45	90,0
Risco de quedas	32	64,0
Risco de perfusão renal ineficaz	24	48,0
Risco de sangramento	23	46,0
Risco de glicemia instável	19	38,0
Risco de integridade da pele prejudicada	18	36,0
Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	17	34,0
Risco de função cardiovascular prejudicada	16	32,0
Risco de síndrome do idoso frágil	13	26,0
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	11	22,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 13. Diagnósticos de enfermagem de risco nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação na amostra estudada (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de enfermagem	(conclusão)	
	N	%
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	11	22,0
Risco de religiosidade prejudicada	9	18,0
Risco de resposta alérgica	8	16,0
Risco de baixa autoestima situacional	7	14,0
Risco de confusão aguda	6	12,0
Risco de sentimento de impotência	6	12,0
Risco de desequilíbrio eletrolítico	5	10,0
Risco de constipação	5	10,0
Risco de intolerância à atividade	5	10,0
Risco de úlcera por pressão	4	8,0
Risco de volume de líquidos desequilibrado	3	6,0
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	3	6,0
Risco de síndrome do estresse por mudança	3	6,0
Risco de lesão do trato urinário	3	6,0
Risco de sobrepeso	2	4,0
Risco de volume de líquidos deficiente	2	4,0
Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	2	4,0
Risco de aspiração	2	4,0
Risco de mucosa oral prejudicada	2	4,0
Risco de síndrome do desuso	1	2,0
Risco de vínculo prejudicado	1	2,0
Risco de maternidade prejudicada	1	2,0
Risco de integridade tissular prejudicada	1	2,0
Risco de trauma vascular	1	2,0
Risco de violência direcionada a outros	1	2,0
Risco de trauma	1	2,0
Risco de recuperação cirúrgica retardada	1	2,0
Risco de suicídio	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Dos diagnósticos de enfermagem identificados, apenas nove apresentaram frequências superiores a 40%, sendo cinco diagnósticos com foco no problema e quatro diagnósticos de risco ou vulnerabilidade. Os diagnósticos reais foram: conhecimento deficiente (80,0%), estilo de vida sedentário (62,0%), dentição prejudicada (60,0%), fadiga (46,0%) e dor aguda (42,0%). Os diagnósticos de risco foram: risco de infecção (90,0%), risco de quedas (64,0%) risco de perfusão renal ineficaz (48,0%) e risco de sangramento (46,0%).

Ainda é possível observar, que dos 85 diagnósticos com frequência menor que 40%,

51 são diagnósticos com foco no problema/promoção da saúde e 34 diagnósticos de risco. Os diagnósticos com foco no problema e de promoção da saúde com esta característica foram: ansiedade (38,0%), obesidade (36,0%), mobilidade física prejudicada (36,0%), padrão de sono prejudicado (30,0%), constipação (28,0%), desobstrução ineficaz de vias aéreas (24,0%), disposição para autoconceito melhorado (20,0%), insônia (18,0%), déficit no autocuidado para banho (18,0%), déficit no autocuidado para higiene íntima (18,0%), sobrepeso (16,0%), volume de líquidos excessivo (16,0%), déficit no autocuidado para vestir-se (16,0%), comportamento de saúde propenso a risco (14,0%), disfunção sexual (14,0%), volume de líquidos deficiente (12,0%), eliminação urinária prejudicada (12,0%), síndrome do idoso frágil (10,0%), nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (10,0%), débito cardíaco diminuído (10,0%), processos familiares disfuncionais (10,0%), dor crônica (10,0%), náusea (10,0%), controle ineficaz da saúde (8,0%), integridade da pele prejudicada (8,0%), mucosa oral prejudicada (8,0%), capacidade de transferência prejudicada (6,0%), perfusão tissular periférica ineficaz (6,0%), padrão respiratório ineficaz (6,0%), proteção ineficaz (4,0%), memória prejudicada (4,0%), distúrbio na imagem corporal (4,0%), medo (4,0%), integridade tissular prejudicada (4,0%), padrão respiratório ineficaz (4,0%), saúde deficiente da comunidade (2,0%), falta de adesão (2,0%), deglutição prejudicada (2,0%), incontinência urinária funcional (2,0%), motilidade gastrintestinal disfuncional (2,0%), intolerância à atividade (2,0%), déficit no autocuidado para alimentação (2,0%), autonegligência (2,0%), controle emocional instável (2,0%), comunicação verbal prejudicada (2,0%), disposição para esperança melhorada (2,0%), desempenho de papel ineficaz (2,0%), padrão de sexualidade ineficaz (2,0%), enfrentamento ineficaz (2,0%), pesar complicado, e conforto prejudicado (2,0%).

Os diagnósticos de enfermagem de vulnerabilidade com frequências menor que 40% foram: risco de glicemia instável (38,0%), risco de integridade da pele prejudicada (36,0%), risco de perfusão gastrintestinal ineficaz (34,0%), risco de função cardiovascular prejudicada (32,0%), risco de síndrome do idoso frágil (26,0%), risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (22,0%), risco de perfusão tissular periférica ineficaz (22,0%), risco de religiosidade prejudicada (18,0%), risco de resposta alérgica (16,0%), risco de baixa autoestima situacional (14,0%), risco de confusão aguda (12,0%), risco de sentimento de impotência (12,0%), risco de desequilíbrio eletrolítico (10,0%), risco de constipação (10,0), risco de intolerância à atividade (10,0%), risco de úlcera por pressão (8,0%), risco de volume de líquidos desequilibrado (6,0%), risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (6,0%), risco de síndrome do estresse por mudança (6,0%), risco de lesão do trato urinário (6,0%), risco de

sobrepeso (4,0%), risco de volume de líquidos deficiente (4,0%), risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (4,0%), risco de aspiração (4,0%), risco de mucosa oral prejudicada (4,0%), risco de síndrome do desuso (2,0%), risco de vínculo prejudicado (2,0%), risco de maternidade prejudicada (2,0%), risco de integridade tissular prejudicada (2,0%), risco de trauma vascular (2,0%), risco de violência direcionada a outros (2,0%), risco de trauma (2,0%), risco de recuperação cirúrgica retardada (2,0%) e risco de suicídio (2,0%).

Na perspectiva da Teoria dos Sistemas de Imogene King, os diagnósticos encontrados contemplaram os três sistemas propostos, conforme demonstrado na Tabela 14.

Tabela 14. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema da NANDA-I, conforme os sistemas de King, na amostra estudada (n=50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

		(continua)	
Sistema	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Pessoal	Risco de infecção	45	90,0
	Conhecimento deficiente	40	80,0
	Risco de quedas	32	64,0
	Estilo de vida sedentário	31	62,0
	Dentição prejudicada	30	60,0
	Risco de perfusão renal ineficaz	24	48,0
	Fadiga	23	46,0
	Risco de sangramento	23	46,0
	Dor aguda	21	42,0
	Risco de glicemia instável	19	38,0
	Ansiedade	19	38,0
	Obesidade	18	36,0
	Mobilidade física prejudicada	18	36,0
	Risco de integridade da pele prejudicada	18	36,0
	Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	17	34,0
	Risco de função cardiovascular prejudicada	16	32,0
	Padrão de sono prejudicado	15	30,0
	Constipação	14	28,0
	Risco de síndrome do idoso frágil	13	26,0
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	12	24,0
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	11	22,0
	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	11	22,0
	Disposição para autoconceito melhorado	10	20,0
	Insônia	9	18,0
	Déficit no autocuidado para banho	9	18,0
	Déficit no autocuidado para higiene íntima	9	18,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 14. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema da NANDA-I, conforme os sistemas de King, na amostra estudada (n=50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

		(continuação)	
Sistema	Diagnóstico de enfermagem	N	%
	Sobrepeso	8	16,0
	Volume de líquidos excessivo	8	16,0
	Déficit no autocuidado para vestir-se	8	16,0
	Risco de resposta alérgica	8	16,0
	Comportamento de saúde propenso a risco	7	14,0
	Risco de baixa autoestima situacional	7	14,0
	Disfunção sexual	7	14,0
	Volume de líquidos deficiente	6	12,0
	Eliminação urinária prejudicada	6	12,0
	Risco de confusão aguda	6	12,0
	Síndrome do idoso frágil	5	10,0
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	5	10,0
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	5	10,0
	Risco de constipação	5	10,0
	Risco de intolerância à atividade	5	10,0
	Débito cardíaco diminuído	5	10,0
	Dor crônica	5	10,0
	Náusea	5	10,0
	Controle ineficaz da saúde	4	8,0
Pessoal	Integridade da pele prejudicada	4	8,0
	Risco de úlcera por pressão	4	8,0
	Mucosa oral prejudicada	4	8,0
	Risco de volume de líquidos desequilibrado	3	6,0
	Capacidade de transferência prejudicada	3	6,0
	Perfusão tissular periférica ineficaz	3	6,0
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	3	6,0
	Padrão respiratório ineficaz	3	6,0
	Risco de lesão do trato urinário	3	6,0
	Proteção ineficaz	2	4,0
	Risco de sobrepeso	2	4,0
	Risco de volume de líquidos deficiente	2	4,0
	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	2	4,0
	Memória prejudicada	2	4,0
	Distúrbio na imagem corporal	2	4,0
	Medo	2	4,0
	Risco de aspiração	2	4,0
	Integridade tissular prejudicada	2	4,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

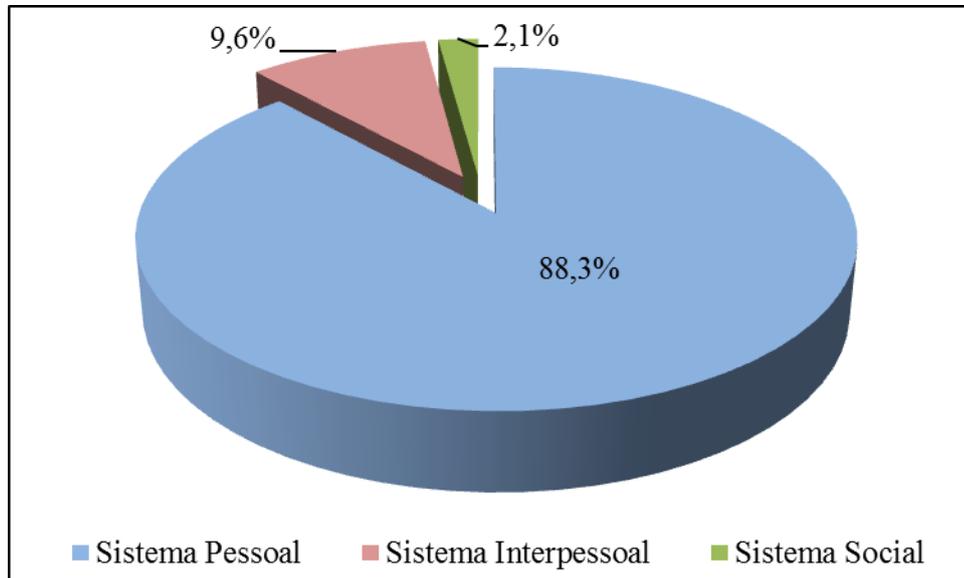
Tabela 14. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema da NANDA-I, conforme os sistemas de King, na amostra estudada (n=50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Sistema	Diagnóstico de enfermagem	(conclusão)	
		N	%
Pessoal	Risco de mucosa oral prejudicada	2	4,0
	Padrão respiratório ineficaz	2	4,0
	Falta de adesão	1	2,0
	Deglutição prejudicada	1	2,0
	Incontinência urinária funcional	1	2,0
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	1	2,0
	Risco de síndrome do desuso	1	2,0
	Intolerância à atividade	1	2,0
	Déficit no autocuidado para alimentação	1	2,0
	Autonegligência	1	2,0
	Disposição para esperança melhorada	1	2,0
	Padrão de sexualidade ineficaz	1	2,0
	Enfrentamento ineficaz	1	2,0
	Risco de integridade tissular prejudicada	1	2,0
	Risco de trauma vascular	1	2,0
	Risco de trauma	1	2,0
	Risco de recuperação cirúrgica retardada	1	2,0
	Risco de suicídio	1	2,0
	Conforto prejudicado	1	2,0
	Controle emocional instável	1	2,0
Interpessoal	Risco de sentimento de impotência	6	12,0
	Processos familiares disfuncionais	5	10,0
	Risco de síndrome do estresse por mudança	3	6,0
	Comunicação verbal prejudicada	1	2,0
	Risco de vínculo prejudicado	1	2,0
	Desempenho de papel ineficaz	1	2,0
	Risco de maternidade prejudicada	1	2,0
Social	Pesar complicado	1	2,0
	Risco de violência direcionada a outros	1	2,0
	Risco de religiosidade prejudicada	9	18,0
	Saúde deficiente da comunidade	1	2,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Conforme pode ser observado na Figura 13, houve 83 (88,3%) diagnósticos vinculados ao sistema pessoal, nove ao sistema interpessoal (9,6%) e dois (2,1%) ao sistema social.

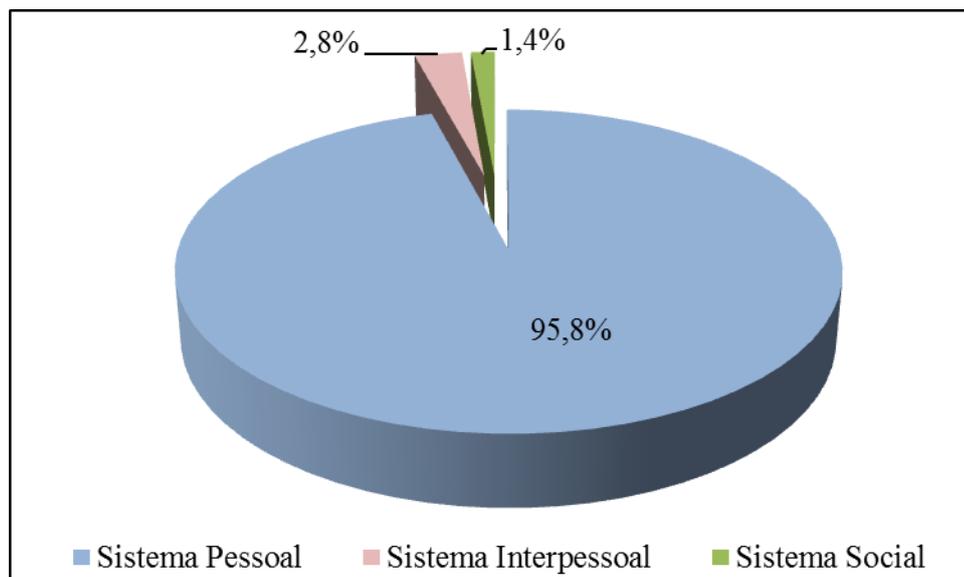
Figura 13. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os Sistemas Pessoal, Interpessoal e Social de Imogene King nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação (n=94 – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017).



Fonte: Base de dados da pesquisa.

A Figura 14 ilustra a maior prevalência de diagnósticos vinculados ao sistema pessoal (692; 95,8%) seguidos do sistema interpessoal (20; 2,8%) e por fim do sistema social (10; 1,4%).

Figura 14. Distribuição do total de diagnósticos de enfermagem segundo os Sistemas Pessoal, Interpessoal e Social de Imogene King nos clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação (n=722) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

A distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os domínios a que pertencem pode ser observada na Tabela 15.

Tabela 15. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada conforme domínios da NANDA-I (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(continua)			
Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Promoção da Saúde	Estilo de vida sedentário	31	62,0
	Risco de síndrome do idoso frágil	13	26,0
	Comportamento de saúde propenso a risco	7	14,0
	Síndrome do idoso frágil	5	10,0
	Controle ineficaz da saúde	4	8,0
	Proteção ineficaz	2	4,0
	Falta de adesão	1	2,0
	Saúde deficiente da comunidade	1	2,0
	Total	64	8,9
Nutrição	Risco de glicemia instável	19	38,0
	Obesidade	18	36,0
	Sobrepeso	8	16,0
	Volume de líquidos excessivo	8	16,0
	Volume de líquidos deficiente	6	12,0
	Risco de desequilíbrio eletrolítico	5	10,0
	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	5	10,0
	Risco de volume de líquidos desequilibrado	3	6,0
	Risco de sobrepeso	2	4,0
	Risco de volume de líquidos deficiente	2	4,0
	Deglutição prejudicada	1	2,0
		Total	77
Eliminação e Troca	Constipação	14	28,0
	Eliminação urinária prejudicada	6	12,0
	Risco de constipação	5	10,0
	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional	2	4,0
	Motilidade gastrointestinal disfuncional	1	2,0
	Incontinência urinária funcional	1	2,0
	Total	29	4,0
Atividade/ Repouso	Risco de perfusão renal ineficaz	24	48,0
	Fadiga	23	46,0
	Mobilidade física prejudicada	18	36,0
	Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz	17	34,0

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 15. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada conforme domínios da NANDA-I (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

		(continuação)	
Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Atividade/ Repouso	Risco de função cardiovascular prejudicada	16	32,0
	Padrão de sono prejudicado	15	30,0
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	11	22,0
	Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	11	22,0
	Insônia	9	18,0
	Déficit no autocuidado para banho	9	18,0
	Déficit no autocuidado para higiene íntima	9	18,0
	Déficit no autocuidado para vestir-se	8	16,0
	Risco de intolerância à atividade	5	10,0
	Débito cardíaco diminuído	5	10,0
	Capacidade de transferência prejudicada	3	6,0
	Perfusão tissular periférica ineficaz	3	6,0
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	3	6,0
	Padrão respiratório ineficaz	3	6,0
	Risco de síndrome do desuso	1	2,0
	Intolerância à atividade	1	2,0
	Déficit no autocuidado para alimentação	1	2,0
Autonegligência	1	2,0	
	Total	196	27,1
Percepção/ Cognição	Conhecimento deficiente	40	80,0
	Risco de confusão aguda	6	12,0
	Memória prejudicada	2	4,0
	Controle emocional instável	1	2,0
	Comunicação verbal prejudicada	1	2,0
	Total	50	6,9
Autopercepção	Disposição para autoconceito melhorado	10	20,0
	Risco de baixa autoestima situacional	7	14,0
	Distúrbio na imagem corporal	2	4,0
	Disposição para esperança melhorada	1	2,0
	Total	20	2,8
Papeis e Relacionamentos	Processos familiares disfuncionais	5	10,0
	Risco de vínculo prejudicado	1	2,0
	Desempenho de papel ineficaz	1	2,0
	Risco de maternidade prejudicada	1	2,0
	Total	8	1,1

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 15. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada conforme domínios da NANDA-I (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

		(continuação)	
Domínio	Diagnóstico de enfermagem	N	%
Sexualidade	Disfunção sexual	7	14,0
	Padrão de sexualidade ineficaz	1	2,0
	Total	8	1,1
Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse	Ansiedade	19	38,0
	Risco de sentimento de impotência	6	12,0
	Risco de síndrome do estresse por mudança	3	6,0
	Medo	2	4,0
	Enfrentamento ineficaz	1	2,0
	Pesar complicado	1	2,0
	Total	32	4,4
Princípios da Vida	Risco de religiosidade prejudicada	9	18,0
	Total	9	1,2
Segurança/ Proteção	Risco de infecção	45	90,0
	Risco de quedas	32	64,0
	Dentição prejudicada	30	60,0
	Risco de sangramento	23	46,0
	Risco de integridade da pele prejudicada	18	36,0
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	12	24,0
	Risco de resposta alérgica	8	16,0
	Integridade da pele prejudicada	4	8,0
	Risco de úlcera por pressão	4	8,0
	Mucosa oral prejudicada	4	8,0
	Risco de lesão do trato urinário	3	6,0
	Risco de aspiração	2	4,0
	Integridade tissular prejudicada	2	4,0
	Risco de mucosa oral prejudicada	2	4,0
	Padrão respiratório ineficaz	2	4,0
	Risco de integridade tissular prejudicada	1	2,0
	Risco de trauma vascular	1	2,0
	Risco de violência direcionada a outros	1	2,0
	Risco de trauma	1	2,0
	Risco de recuperação cirúrgica retardada	1	2,0
Risco de suicídio	1	2,0	
	Total	197	27,3

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 15. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada conforme domínios da NANDA-I (n= 50) – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Domínio	Diagnóstico de enfermagem	(conclusão)	
		N	%
Conforto	Dor aguda	21	42,0
	Dor crônica	5	10,0
	Náusea	5	10,0
	Conforto prejudicado	1	2,0
Total		32	4,4

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A NANDA-I descreve 13 domínios, nos quais estão distribuídos os 239 diagnósticos de enfermagem da mesma (NANDA-I, 2015). Apenas no domínio 13, Crescimento/Desenvolvimento, não houve ocorrência de diagnósticos, uma vez que os diagnósticos deste domínio estão relacionados às fases do desenvolvimento da criança, população não elencada neste estudo.

No domínio Promoção da Saúde são descritos na NANDA-I (2015) 12 diagnósticos, dos quais oito foram elencados neste estudo correspondendo a 8,9% (n=64) dos diagnósticos identificados na amostra. São eles: estilo de vida sedentário (62,0%), risco de síndrome do idoso frágil (26,0%), comportamento de saúde propenso a risco (14,0%), síndrome do idoso frágil (10,0%), controle ineficaz da saúde (8,0%), proteção ineficaz (4,0%), falta de adesão (2,0%), saúde deficiente da comunidade (2,0%), conforme apresentado na Tabela 15.

No domínio Nutrição são descritos na NANDA-I (2015) 21 diagnósticos, dos quais 11 foram identificados no estudo, somando 10,7% de todos os diagnósticos levantados. São eles: risco de glicemia instável (38,0%), obesidade (36,0%), sobrepeso (16,0%), volume de líquidos excessivo (16,0%), volume de líquidos deficiente (12,0%), risco de desequilíbrio eletrolítico (10,0%), nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (10,0%), risco de volume de líquidos desequilibrado (6,0%), risco de sobrepeso (4,0%), risco de volume de líquidos deficiente (4,0%) e deglutição prejudicada (2,0%).

No domínio Eliminação e Troca são descritos na NANDA-I (2015) 19 diagnósticos. Neste estudo foram identificados apenas seis deles que correspondem a 4,0% dos diagnósticos identificados, sendo: constipação (28,0%), eliminação urinária prejudicada (12,0%), risco de constipação (10,0%), risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (4,0%), motilidade gastrointestinal disfuncional (2,0%) e incontinência urinária funcional (2,0%).

No domínio Atividade/Repouso são descritos na NANDA-I (2015) 35 diagnósticos, dos quais 22 estão presentes neste estudo. A frequência absoluta de ocorrência de

diagnósticos neste domínio correspondeu a 27,1% do total de diagnósticos, conforme Tabela 15. Foram eles: risco de perfusão renal ineficaz (48,0%); fadiga (46,0%), mobilidade física prejudicada (36,0%), risco de perfusão gastrointestinal ineficaz (34,0%), risco de função cardiovascular prejudicada (32,0%), padrão de sono prejudicado (30,0%), risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (22,0%), risco de perfusão tissular periférica ineficaz (22,0%), insônia (18,0%), déficit no autocuidado para banho (18,0%), déficit no autocuidado para higiene íntima (18,0%), déficit no autocuidado para vestir-se (16,0%), risco de intolerância à atividade (10,0%), débito cardíaco diminuído (10,0%), capacidade de transferência prejudicada (6,0%), perfusão tissular periférica ineficaz (6,0%), risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (6,0%), padrão respiratório ineficaz (6,0%), risco de síndrome do desuso (2,0%), intolerância à atividade (2,0%), déficit no autocuidado para alimentação (2,0%), e autonegligência (2,0%).

No domínio Percepção/Cognição são descritos na NANDA-I (2015) 11 diagnósticos, dos quais cinco contemplam este estudo, somando 6,9% dos diagnósticos de enfermagem elencados na amostra. Conforme apresentado na Tabela 15, foram eles: conhecimento deficiente (80,0%), risco de confusão aguda (12,0%), memória prejudicada (4,0%), controle emocional instável (2,0%) e comunicação verbal prejudicada (2,0%).

No domínio Autopercepção são descritos na NANDA-I (2015) 11 diagnósticos dos quais quatro emergiram, correspondendo a 2,8% dos diagnósticos neste estudo. Foram eles: disposição para autoconceito melhorado (20,0%), risco de baixa autoestima situacional (14,0%), distúrbio na imagem corporal (4,0%) e disposição para esperança melhorada (2,0%), ainda também conforme Tabela 15.

No domínio Papéis e Relacionamentos são descritos na NANDA-I (2015) 15 diagnósticos, e assim como no domínio Autopercepção foram identificados quatro, somando 1,1% do total de diagnósticos na amostra deste estudo. Foram eles: processos familiares disfuncionais (10,0%), risco de vínculo prejudicado (2,0%), desempenho de papel ineficaz (2,0%) e risco de maternidade prejudicada (2,0%).

No domínio Sexualidade são descritos na NANDA-I (2015) seis diagnósticos e dois deles foram levantados neste estudo, correspondendo a 1,1% dos diagnósticos de enfermagem na amostra estudada, sendo eles disfunção sexual (14,0%) e padrão de sexualidade ineficaz (2,0%).

No domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse são descritos na NANDA-I (2015) 37 diagnósticos. No estudo foram identificados apenas seis. O total de suas ocorrências, como pode ser observado na Tabela 15, corresponderam a 4,4% dos diagnósticos levantados, sendo

eles: ansiedade (38,0%), risco de sentimento de impotência (12,0%), risco de síndrome do estresse por mudança (6,0%), medo (4,0%), enfrentamento ineficaz (2,0%) e pesar complicado (2,0%)

No domínio Princípios da Vida são descritos na NANDA-I (2015) 12 diagnósticos, e apenas um foi identificado neste estudo: risco de religiosidade prejudicada (18,0%). Esta ocorrência correspondeu a 1,2% do total de diagnósticos de enfermagem.

No domínio Segurança e Proteção são descritos na NANDA-I (2015) 45 diagnósticos, dos quais 21 foram identificados, sendo eles: risco de infecção (90,0%), risco de quedas (64,0%), denteção prejudicada (60,0%), risco de sangramento (46,0%), risco de integridade da pele prejudicada (36,0%), desobstrução ineficaz de vias aéreas (24,0%), risco de resposta alérgica (16,0%), integridade da pele prejudicada (8,0%), risco de úlcera por pressão (8,0%), mucosa oral prejudicada (8,0%), risco de lesão do trato urinário (6,0%), risco de aspiração (4,0%), integridade tissular prejudicada (4,0%), risco de mucosa oral prejudicada (4,0%), padrão respiratório ineficaz (4,0%), risco de integridade tissular prejudicada (2,0%), risco de trauma vascular (2,0%), risco de violência direcionada a outros (2,0%), risco de trauma (2,0%), risco de recuperação cirúrgica retardada (2,0%) e risco de suicídio (2,0%). A soma das ocorrências destes diagnósticos correspondeu a 27,3% do total de diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo, conforme Tabela 15.

No domínio Conforto são descritos na NANDA-I (2015) 13 diagnósticos e neste estudo foram identificados quatro, sendo eles: dor aguda (42,0%), dor crônica (10,0%), náusea (10,0%) e conforto prejudicado (2,0%). Os diagnósticos de enfermagem deste domínio correspondem a 4,4% do total neste estudo.

5.3.2 Características definidoras dos diagnósticos de enfermagem dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

Conforme a NANDA-I, as características definidoras são:

“indicadores/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Não apenas implica aquelas coisas que o enfermeiro consegue visualizar, mas as vistas, escutadas, tocadas ou cheiradas” (NANDA-I, 2015, p. 453).

Na Tabela 16 são apresentadas as características definidoras dos diagnósticos de

enfermagem com foco no problema de maior prevalência na amostra estudada.

Tabela 16. Distribuição das frequências das características definidoras para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de enfermagem/Características definidoras	N	%
Conhecimento deficiente (n=40)		
Conhecimento insuficiente	39	97,5
Comportamentos inapropriados	1	2,5
Interesse insuficiente em aprender	1	2,5
TOTAL	41	
Estilo de vida sedentário (n=31)		
Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade	31	100,0
Falta de condicionamento físico	26	83,9
Preferência por atividades com pouco exercício físico	12	38,7
TOTAL	69	
Dentição prejudicada (n=30)		
Ausência de dentes	29	96,7
Dentes desgastados	18	60,0
Descoloração do esmalte	18	60,0
Halitose	1	3,3
Dentes frouxos	1	3,3
TOTAL	67	
Fadiga (n=23)		
Cansaço	23	100,0
Energia insuficiente	20	87,0
Padrão de sono não restaurador	16	69,6
Capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais	12	52,2
Alteração na libido	4	17,4
Capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física	1	4,3
Culpa devida à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades	1	4,3
TOTAL	77	
Dor aguda (n=21)		
Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor	21	100,0
Mudanças no apetite	5	23,8
Mudanças no parâmetro fisiológico	3	14,3
Expressão facial de dor	2	9,5
Comportamento expressivo	1	4,8
Posição para aliviar a dor	1	4,8
TOTAL	33	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A característica definidora de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente, presente em 80% da amostra, foi conhecimento insuficiente com 97,5%. Interesse insuficiente em aprender e comportamentos inapropriados representaram 2,5%, cada.

Estilo de vida sedentário esteve presente em 62% da amostra. Para este diagnóstico de enfermagem, atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade esteve presente em 100% dos indivíduos. Falta de condicionamento físico e preferência por atividades com pouco exercício físico representaram 83,9% e 38,7%, respectivamente.

Para dentição prejudicada (60%) as características definidoras encontradas foram ausência de dentes (96,7%), dentes desgastados (60,0%), descoloração do esmalte (60,0%), halitose (3,3%) e dentes frouxos (3,3%).

As características definidoras de maior prevalência para o diagnóstico de Fadiga, presente em 46% da amostra, foram cansaço (100,0%), energia insuficiente (87,0%), padrão de sono não restaurador (69,6%) e capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais (52,2%). Em menor frequência foram encontradas também alteração na libido (17,4%), capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física (4,3%) e culpa devida à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades (4,3%).

Nos clientes com diagnóstico Dor aguda (21; 42%), observou-se como característica definidora em 100% dos casos autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor. Mudanças no apetite foi referida em 23,8% da amostra enquanto, mudanças no parâmetro fisiológico, expressão facial de dor e foi observada em 14,3% e 9,5%, respectivamente. Comportamento expressivo e posição para aliviar a dor apresentaram uma ocorrência cada, correspondendo a 4,8%, cada.

5.3.3 Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

Segundo definição da NANDA-I, fatores relacionados são:

“fatores que parecem mostrar algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Esses fatores podem ser descritos como anteriores a, associados a, relacionados com, contribuindo para ou auxiliares. Somente diagnósticos de enfermagem com foco no problema ou síndromes com foco no problema devem ter fatores relacionados; diagnósticos de promoção da saúde podem ter fatores

relacionados se ajudarem a esclarecer o diagnóstico” (NANDA-I, 2015, p. 454).

Na Tabela 17 estão apresentados os fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem reais mais prevalentes na amostra estudada.

Tabela 17. Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

(continua)		
Diagnóstico de enfermagem/Fatores relacionados	N	%
Conhecimento deficiente (n=40)		
Informação insuficiente	39	97,5
Alteração na função cognitiva	1	2,5
Seguimento inadequado de instruções	1	2,5
TOTAL	41	
Estilo de vida sedentário (n=31)		
Interesse insuficiente pela atividade física	31	100,0
Motivação insuficiente para a atividade física	18	58,1
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde	11	35,5
Recursos insuficientes para a atividade física	1	3,2
TOTAL	61	
Dentição prejudicada (n=30)		
Dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais	25	83,3
Conhecimento insuficiente sobre a saúde dental	23	76,7
Economicamente desfavorecido	16	53,3
Hábitos alimentares inadequados	2	6,7
Desnutrição	1	3,3
Higiene oral inadequada	1	3,3
TOTAL	68	
Fadiga (n=23)		
Condição fisiológica	19	82,6
Falta de condicionamento físico	13	56,5
Privação de sono	11	47,8
Ansiedade	10	43,5
Estressores	6	26,1
Desnutrição	3	13,0
Barreira ambiental	1	4,3
Depressão	1	4,3
Evento de vida negativo	1	4,3
TOTAL	65	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 17. Distribuição das frequências dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de enfermagem/Fatores relacionados	(conclusão)	
	N	%
Dor aguda (n=21)		
Agente lesivo biológico	19	90,4
Agente lesivo físico	1	4,8
Agente lesivo químico	1	4,8
TOTAL	21	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

O fator relacionado de maior prevalência para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente, presente em 80% da amostra, foi informação insuficiente (97,5%). Alteração na função cognitiva e seguimento inadequado de instruções apresentaram uma ocorrência (2,5%) cada.

Interesse insuficiente pela atividade física foi o fator relacionado presente em 100% dos indivíduos com diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário (31;62,0%). Para este diagnóstico também foram fatores relacionados motivação insuficiente para a atividade física (58,1%), conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde (35,5%) e recursos insuficientes para a atividade física (3,2%).

Para Dentição prejudicada, diagnóstico de enfermagem presente em 60% da amostra, os fatores relacionados identificados foram: conhecimento insuficiente sobre a saúde dental (76,7%), economicamente desfavorecido (53,3%), hábitos alimentares inadequados (6,7%), desnutrição (3,3%) e higiene oral inadequada (3,3%).

No diagnóstico Fadiga, presente em 46% da amostra, foram identificados nove fatores relacionados. Os de maior prevalência foram: condição fisiológica (82,6%), falta de condicionamento físico (56,5%), privação de sono (47,8%), ansiedade (43,5%) e estressores (26,1%). Desnutrição emergiu em três vezes (13,0%), enquanto barreira ambiental, depressão e evento de vida negativo emergiram uma vez (4,3%), cada.

Nos clientes com diagnóstico Dor aguda (21; 42%), observou-se em 90,5% dos indivíduos o fator relacionado agente lesivo biológico. Agente lesivo físico e agente lesivo químico apresentaram uma ocorrência (4,8%), cada.

5.3.4 Fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

Segundo a NANDA-I, os fatores de risco são:

“fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento não saudável. Apenas diagnósticos de risco tem fatores de risco” (NANDA-I, 2015, p. 453).

Na Tabela 18 estão apresentados os fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem de risco mais prevalentes na amostra estudada.

Tabela 18. Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

	(continua)	
Diagnóstico de Enfermagem/Fatores de risco	N	%
Risco de infecção (n=45)		
Procedimento invasivo	44	97,8
Enfermidade crônica	18	40,0
Obesidade	15	33,3
Tabagismo	5	11,1
Desnutrição	3	6,7
Diminuição de hemoglobina	3	6,7
Alteração na integridade da pele	2	4,4
Alteração no peristaltismo	2	4,4
Imunossupressão	1	2,2
TOTAL	93	
Risco de quedas (n=32)		
Deficiência visual	25	78,1
Dificuldades na marcha	10	31,3
Ausência de sono	9	28,1
Agente farmacológico	9	28,1
Idade \geq 65 anos	8	25,0
Mobilidade prejudicada	7	21,9
Alteração no nível de glicose no sangue	6	18,8
Deficiência auditiva	5	15,6
História de quedas	4	12,5

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Tabela 18. Distribuição das frequências dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%, segundo a NANDA-I – Brasília, novembro 2016 a fevereiro 2017.

Diagnóstico de Enfermagem/Fatores de risco	(conclusão)	
	N	%
Risco de quedas (n=32)		
Anemia	3	9,4
Doença vascular	3	9,4
Doença aguda	3	9,4
Neoplasia	2	6,3
Cenário pouco conhecido	1	3,1
Dor aguda	1	3,1
Uso de dispositivos auxiliares	1	3,1
Morar sozinho	1	3,1
Equilíbrio prejudicado	1	3,1
Hipotensão ortostática	1	3,1
Neuropatia	1	3,1
TOTAL	101	
Risco de perfusão renal ineficaz (n=24)		
Hipertensão arterial	15	62,5
Diabetes Melito	10	41,7
Sexo feminino	9	37,5
Tabagismo	6	25,0
Regime de tratamento	4	16,7
Alteração no metabolismo	3	12,5
Extremos de idade	3	12,5
Infecção	3	12,5
Embolia vascular	2	8,3
Doença renal	2	8,3
Exposição à nefrotoxinas	1	4,2
Hipovolemia	1	4,2
Pielonefrite	1	4,2
TOTAL	60	
Risco de sangramento (n=23)		
Regime de tratamento	20	87,0
Distúrbios gastrintestinais	2	8,7
Função hepática prejudicada	2	8,7
TOTAL	24	

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Para o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção, presente em 90% da amostra do estudo, foram identificados nove fatores de risco sendo mais prevalentes: procedimento

invasivo (97,8%), enfermidade crônica (40,0%) e obesidade (33,3%). Com menor prevalência foram identificados: tabagismo (11,1%), desnutrição (6,7%), diminuição de hemoglobina (6,7%), alteração na integridade da pele (4,4%), alteração no peristaltismo (4,4%) e imunossupressão (2,2%).

Para o diagnóstico Risco de quedas, presente em 32 indivíduos do estudo, observou-se 20 fatores de risco elencados. Deficiência visual foi o de maior prevalência (78,1%). Dificuldades na marcha foi observado em 31,3% dos indivíduos com este diagnóstico. Ausência de sono e agente farmacológico somaram 28,1%, cada. Idade superior à 65 anos foi observado como fator de risco em 25,0% dos clientes. Os demais emergiram em menor frequência, sendo: mobilidade prejudicada (21,9%), alteração no nível de glicose no sangue (18,8%), deficiência auditiva (15,6%), anemia (9,4%), doença vascular (9,4%), história de quedas (12,5%) e doença aguda (9,4%). Com apenas uma ocorrência (31,%) cada, foram identificados dor aguda, uso de dispositivos auxiliares, morar sozinho, equilíbrio prejudicado, hipotensão ortostática e neuropatia.

Observou-se no diagnóstico Risco de perfusão renal ineficaz, presente em 48% da amostra, 13 fatores de risco, apresentados em ordem decrescente de frequência: hipertensão arterial (62,5%), diabetes melito (41,7%), sexo feminino (37,5%), tabagismo (25,0%), regime de tratamento (16,7%), alteração no metabolismo (12,5%), extremos de idade (12,5%), infecção (12,5%), embolia vascular (8,3%), doença renal (8,3%), exposição a nefrotoxinas (4,2%), hipovolemia (4,2%) e pielonefrite (4,2%).

Por fim, nos clientes com diagnóstico Risco de sangramento (23; 46%), observou-se em 87,0% dos indivíduos o fator de risco regime de tratamento. Distúrbios gastrintestinais e função hepática prejudicada tiveram uma prevalência de 8,7% cada.

6. DISCUSSÃO

A evolução da enfermagem como profissão exigiu, entre outras coisas seu aperfeiçoamento enquanto ciência e disciplina. Foi necessário desenvolver um raciocínio crítico para abster-se do título de profissão subserviente e evoluir como uma área produtora de conhecimento. Além disso, necessitou-se estruturar como profissão para o desenvolvimento, ainda que não finalizado, mas sempre em construção da sua essência, o cuidado. O cuidado de enfermagem vai muito além do cuidado técnico, pois também implica envolvimento (BISHOP, 2002).

Diante disso, faz-se necessário ratificar a relevância do processo de enfermagem na prática dos cuidados, uma vez que o mesmo direciona e subsidia as ações de enfermagem para o holismo e a individualidade de cada ser cuidado.

Conhecer as características da população que frequenta um serviço é fundamental para o planejamento das ações em saúde, pois, além de favorecer a diminuição das superlotações nos serviços, possibilita auxiliar os profissionais de saúde no planejamento da assistência, e conseqüentemente, na melhoria do atendimento, garantindo um cuidado com segurança à clientela (OHARA; MELO; LAUS, 2010; OLIVEIRA et al., 2011; RIBEIRO et al., 2014).

Dessa forma, a discussão dos resultados encontrados visa fornecer informações na investigação dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes de prioridade urgente e emergente atendidos em unidade de pronto atendimento, em estado crítico ou não, com vistas a auxiliar os profissionais de enfermagem na identificação de problemas ou potencialidades que posteriormente servirão como base para o planejamento do cuidado à essa clientela. O planejamento do cuidado não foi abordado neste estudo, e desta forma não será contemplado nesta discussão.

Assim como a apresentação dos resultados, a análise dos mesmos está estruturada em três blocos, a saber: Caracterização socioeconômica-demográfica dos indivíduos de prioridade muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação; Caracterização clínico-epidemiológica dos indivíduos de prioridade muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação; e por fim em seguida a identificação dos diagnósticos de enfermagem com frequência maior que 40% na amostra estudada, com os respectivos componentes - características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos indivíduos de prioridade muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação.

6.1 Caracterização dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação quanto ao perfil socioeconômico-demográfico

Em relação ao gênero na amostra estudada, houve maior distribuição do sexo feminino (54%), corroborando com os resultados encontrados em outros estudos (OLIVEIRA et al., 2011; SANTOS; FUREGATO, 2013; RIBEIRO et al., 2014). Já na pesquisa de Rosa et al. (2011) a maior prevalência foi de indivíduos do sexo masculino.

A idade dos clientes entrevistados variou entre 18 e 91 anos, com tendência a maior concentração percentual de indivíduos com idades entre 60 a 69 anos. No entanto, cabe destacar que 64% da amostra tinham idades entre 18 a 59 anos.

Há uma grande variação de faixa etária em trabalhos que envolvem diagnósticos de enfermagem. Santos e Furegato (2013), ao estudarem uma clientela de 62 adultos atendidos em plantão noturno em uma unidade de emergência, evidenciaram que a maioria tinha idade entre 21 a 30 anos. Oliveira et al. (2011) perceberam maior prevalência de indivíduos com 25 a 34 anos. Ribeiro et al. (2014) tiveram maior frequência de indivíduos com 18 a 29 anos, mas a prevalência de idosos na mesma amostra correspondeu a quase um terço.

Embora tenha havido uma distribuição geral entre as classes etárias, a região de atendimento da UPA pode ter contribuído para uma maior clientela na faixa de idade superior a 50 anos. A Regional Administrativa na qual se situa é uma área que serviu como ponto para instalação de olarias que supriram a parte da necessidade da construção civil, quando da construção de Brasília. Esta demanda suscitou a vinda de migrantes de várias regiões do país, principalmente do nordeste, o que pode justificar a prevalência de indivíduos de naturalidades desta região neste estudo (44,0%). Cabe ressaltar que a metade da amostra de idosos deste estudo também tinha origem nordestina.

Dados do GDF revelam que a população de idosos do DF em 2011 era de pouco mais de 326 mil pessoas, o equivalente a 12,8% da população total. Destes, 99,7% eram oriundos dos demais 26 estados da federação e do exterior. Por ter a Capital da República pouco mais de 50 anos de existência, os idosos naturais do DF resumem-se àqueles que aqui já residiam, quando o quadrilátero pertencia aos municípios de Planaltina, Luziânia e Formosa. A Regional Administrativa de São Sebastião é uma das que conta com os menores percentuais de idosos na população (5,2%) (MIRAGAYA et al., 2013). Entretanto, a unidade não atende apenas a população desta região, mas também das regionais limítrofes, principalmente Lago Sul, Jardim Botânico e Plano Piloto. O Lago Sul detém (30,1%) da população de idosos do

Distrito Federal, e o Plano Piloto 21,9% (MIRAGAYA et al., 2013). Estes dados podem justificar a prevalência de idosos nesta amostra. Contudo, além de números, deve-se levar em consideração que a população com idades superiores a 50 anos é a mais propensa ao desenvolvimento e agudização de comorbidades, o que também pode ser um fator de maior procura desta população pelo serviço de saúde em questão.

Em relação à escolaridade, a amostra caracterizou-se por baixa escolaridade, uma vez que 46% não concluíram o ensino fundamental e sete (14%) não eram alfabetizados, o que corrobora com os resultados encontrados por Rosa et al. (2011). Já estudo de Santos e Furegato (2013) percebe-se maior frequência de indivíduos com média escolaridade. A baixa escolaridade dos indivíduos neste estudo pode estar relacionada à vulnerabilidade social da população que busca pelo atendimento, uma vez que esta UPA, é o único serviço fixo de atendimento de emergência da região. Entretanto, não se pode afirmar que a baixa escolaridade por si só predisponha a agravos clínicos e/ou traumáticos, e por sua vez à procura pelo serviço, uma vez que não há disponível outro serviço de emergência que atenda o SUS na regional.

Quanto à raça/cor declarada, a maior prevalência foi de pardos (44%). O grupo estudado por Santos e Furegato (2013) mostra a predominância de brancos. Esta variabilidade pode estar relacionada às características regionais.

Em relação ao estado conjugal houve predominância de indivíduos com companheiro, dos quais 30 (60%) eram casados. Resultados semelhantes (61,7%) foram encontrados em outros estudos (ROSA et al., 2011; RIBEIRO et al., 2014). Contrariamente, Santos e Furegato (2013) obtiveram em seu estudo que os casados correspondiam à segunda maior parcela, pois houve predominância de solteiros. Considerando que a maior parte da população deste estudo se encontra na faixa etária acima dos 30 anos de idade, os dados sobre estado conjugal acompanham o perfil da população brasileira, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) tem casado cada vez mais tarde.

A naturalidade predominante foi de nordestinos. Esse fato pode ser explicado pelos dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal 2015 (PDAD/DF-2015) realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Conforme o levantamento da PDAD/DF-2015, pouco mais da metade (51,08%) dos residentes do DF são imigrantes. Destes, 52,15% são oriundos da região Nordeste do país. A pesquisa ainda mostra que os maiores períodos de migração para o DF foram entre 1961 a 1970 e 1991 a 2000. O primeiro período condiz com a inauguração de Brasília (1960), cuja construção, iniciada em 1956 contou com mão-de-obra também nordestina. Entre outros

fatores, a pesquisa ainda revela como principais motivos de migração o fato de acompanhar parentes e a procura de trabalho. (CODEPLAN, 2016).

Dos indivíduos, três (6%) moravam sozinhos, 16 (32%) moravam com mais uma pessoa, em geral companheiro ou filho, 26 (52%) tinham a residência composta por três ou quatro moradores e cinco (10%) tinham a casa com cinco ou mais moradores. Segundo pesquisa do IBGE (IBGE, 2016) a densidade domiciliar na região Centro-oeste do Brasil é de 3,0 pessoas por domicílio, refletindo a macrorregião, que, em parte, está em consonância com os dados obtidos, pois no presente estudo, há predominância de pessoas com moradia acompanhada (44, 88%).

Quanto à moradia, 76% localizava-se na zona urbana. Dos indivíduos, 31 (62%) moravam em imóvel próprio, 13 (26%) em imóvel alugado e 6 (12%) em imóveis cedidos por familiares. Dados do censo 2010 revelam que 97% dos domicílios permanentes do Distrito Federal estão localizados em região urbana (IBGE, 2011). A frequência menor na população deste estudo pode estar relacionada ao fato de que a Regional Administrativa, onde se localiza a unidade de saúde desta pesquisa, até 1993 se tratava de uma agrovila.

Quanto à situação de moradia, a maioria possui casa própria (62%), o que reflete uma população que tem permanecido no local com acesso à residência própria. Resultados da PDAD/DF-2015 mostram que 68,31% da população do DF declararam que as suas residências são próprias (CODEPLAN, 2016).

Acerca das condições de saneamento básico, todos responderam dispor de energia elétrica, 49 (98%) de coleta de lixo, 37 (74%) de água tratada e 32 (64%) de rede de coleta de esgoto. O indivíduo que relatou não dispor de coleta de lixo informou que enterrava ou queimava o lixo produzido. Os que não dispunham de água tratada retiravam a água de consumo de cisterna. E os que não dispunham de rede de coleta de esgoto, relataram que os dejetos de suas residências iam para fossas sépticas.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, na região centro-oeste, a cobertura dos domicílios quanto à energia elétrica é de 99,6%, água canalizada de 97,8%, de 48% para esgotamento sanitário e de 91,4% de serviços de coleta de lixo (BRASIL, 2015).

Dados da PDAD/DF-2015 mostram que no DF a abrangência do abastecimento de água, por rede geral, é de 98,14% e 85,46% dos domicílios contam com rede geral de esgotamento sanitário. A energia elétrica está presente em 99,38% dos domicílios do DF. A quase totalidade dos domicílios possui serviço de coleta urbana de lixo (CODEPLAN, 2016).

Logo, os resultados desta pesquisa corroboram no que diz respeito à energia elétrica e está superior a média nacional no que diz respeito ao esgotamento sanitário e serviço de coleta

de lixo. A não disposição de acesso à água canalizada pode estar relacionada, a alocação desorganizada de residências na referida Regional Administrativa. A partir de 1957, várias olarias se instalaram para suprir parte da demanda da construção civil e ao final dos contratos eram desativadas. Entretanto, a desativação não significou o abandono do local, e os que permaneceram, por meio de desapropriações de fazendas da região, formaram um núcleo urbano, que aos poucos foi se estruturando, porém de forma não tão organizada. Apenas em 1993, a até então agrovila, passou à condição de Região Administrativa (BRASÍLIA, 1993).

Sobre a fonte de renda, 44% exerciam alguma atividade laboral, 20% eram aposentados e 36% estavam desempregados. Cabe informar que os desempregados mantinham sua subsistência através a ajuda de familiares ou terceiros, ou até mesmo desempenhando atividades informais para garantir um mínimo possível de ganho monetário. Segundo informações do IBGE (2016), os aposentados já correspondem a 17% da população brasileira, justificando a proporção encontrada neste estudo. Dados da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) revelaram que em março de 2017 a taxa de desocupação nacional era de 13,7% (IBGE, 2016), frequência quase duas vezes menor do que a encontrada na amostra deste estudo. Isto faz perceber que o desemprego ainda está longe de ser um problema sanado para a população brasileira.

Em sequência a isto, a distribuição da renda familiar na amostra era de seis indivíduos (12%) com menos de um salário mínimo, 32 (64%) recebendo um a dois salários mínimos e 12 (24%) com três a cinco salários mínimos. Tais resultados são condizentes com dos dados da PNAD Contínua que mostra que o rendimento médio do trabalhador brasileiro está em torno de 2.110,00 reais, aproximadamente de dois salários mínimos (IBGE, 2016).

Quanto à religião o presente estudo não mostrou diferença significativa entre as religiões católica e protestante. No entanto, dados da PDAD/DF-2015 revelam que a religião predominante no DF é a católica com 58,51%, seguida da evangélica, 28,91% e espírita, 3,31%. As representações relativas das demais religiões são menos significativas. Os que declararam não ter religião representam 7,89%. A PDAD/DF-2015 ainda mostra que os embora os católicos sejam maioria em todas as regiões administrativas, os evangélicos são mais representativos nas de menor renda. Em São Sebastião, região administrativa da unidade de saúde de estudo, os católicos representam 55,56% e os protestantes 32,56%, enquanto 9,23% referem não ter religião (CODEPLAN, 2016).

6.2 Caracterização clínico-epidemiológica dos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação

6.2.1 Características clínico-epidemiológicas pré-existentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo

A existência de pelo menos uma condição patológica prévia ao atendimento foi relatada por 84% dos integrantes desta amostra e a maioria delas se trata de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

As DCNT vem se tornando prioridade na área da saúde no Brasil, devido seu grande impacto na morbimortalidade, principalmente na população mais vulnerável. Nota-se aumento da prevalência de diabetes e hipertensão, paralelamente à prevalência de excesso de peso, ambos associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física (SCHMIDT et al., 2011).

A hipertensão arterial, o diabete melito e a insuficiência/arritmia cardíaca foram as condições pré-existentes mais frequentes na amostra deste estudo, corroborando com os dados da pesquisa de Oliveira et al. (2011).

Segundo dados PNS 2013, a hipertensão arterial é a DCNT de maior prevalência (21,4%) na população de 18 anos ou mais de idade no Brasil, seguida de problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%) (BRASIL, 2015).

Se existem condições patológicas crônicas, a utilização de medicamentos também existirá. Tal vinculação foi percebida neste estudo no qual 80% dos indivíduos, utilizam ao menos uma medicação de uso contínuo.

O uso de medicações pela população é descrito no estudo de Bertoldi et al. (2016). Os resultados mostram um elevado percentual de brasileiros (50,7%) que utilizam ao menos uma medicação e que 24,3% deste consumo está direcionado para as doenças crônicas. Entre as medicações mais utilizadas estão: 36,9% anti-hipertensivos, 34,2% medicamentos para tratamento de diabete, 64% terapia para tireoide, 41,6% antitrombóticos, 31,6% medicamentos para transtornos relacionados acidez gástrica, 17,7% antiépiléticos, 14,1% antiarrítmicos, 13,4% anticolesterolêmicos e 12,2% vitaminas. A automedicação ainda fica evidenciada, principalmente no uso de analgésicos (40,8%), tanto para casos agudos como crônicos.

Bermudez e Barros (2016) reforçam em seu estudo a relevância da manutenção e ampliação de políticas de saúde e farmacêuticas direcionadas para a promoção da equidade na

atenção à saúde e no acesso ao uso racional de medicamentos no Brasil, como forma de manter a adesão a tratamento e proteger as famílias contra gastos catastróficos.

Como já referido por Schmidt et al. (2011) anteriormente, hábitos de vida influenciam no desenvolvimento de DCNT, entre eles os associados à peso e prática de atividade física.

Os dados referentes a estas variáveis no presente estudo são alarmantes: apenas 18,0% dos indivíduos praticavam algum exercício físico regularmente e 52,0% estavam acima do peso, acompanhando o padrão nacional descrito pela pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2012), do Ministério da Saúde, que mostrou que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal, logo, acima da média do Distrito Federal (46,6%) (BRASIL, 2013c).

Se considerarmos apenas as pessoas com obesidade esta comparação mostra 36% dos indivíduos com IMC maior ou igual a 30 Kg/m², bem acima da frequência de distribuição de obesidade no Distrito Federal, que é de 14,3% (BRASIL, 2013c).

Ainda mais alarmante fica este dado quando associado à prática de atividade física, na qual apenas 18% dos indivíduos tinham este hábito, ficando bem aquém da média do DF que, segundo dados da Vigitel 2012, é de 38,7% (BRASIL, 2013c).

O tabagismo e o consumo de álcool também são importantes indicadores de hábitos de vida, uma vez que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas (WHO, 2011).

No presente estudo, a frequência destas variáveis foi de 20% de tabagistas e 22,0% de etilistas. Estes resultados se encontram acima dos encontrados pela Vigitel 2012 que mostram 10,4% e 19,4% de indivíduos com estes hábitos, respectivamente, no DF (BRASIL, 2013c). Cabe ressaltar que os resultados foram encontrados em indivíduos que procuraram o serviço de saúde, e espera-se que sejam mais prevalentes do que na população em geral, uma vez que constituem fatores de risco para muitas DCNT, e que a agudização destas geralmente é o motivo de procura dos serviços de emergência.

Acerca da qualidade do sono 52,0% declararam alguma irregularidade no sono previamente à internação. Mais de 43% da população brasileira sofre algum tipo de distúrbio do sono. Com isso o indivíduo tem uma predisposição maior para desenvolver alguns tipos de doenças crônicas. A elevada taxa de excesso de peso parece estar relacionada ao desenvolvimento de distúrbios do sono. Além disso, a relação do excesso de peso com a prática insuficiente de atividade física também parece afetar a qualidade do sono (ZANUTO et al., 2015). Esses dados podem justificar a ocorrência destas variáveis neste estudo.

6.2.2 Características referentes ao atendimento na unidade de saúde do estudo

A residência foi o local de procedência de 88,0% dos indivíduos entrevistados.

A maioria (66%) não havia passado antes pela unidade. Este fato pode ser justificado por três motivos: a não necessidade de busca pelo serviço; o fato de se tratar de uma unidade relativamente nova (inaugurada em 31 de agosto de 2012, logo quase cinco anos de funcionamento; ou ainda, o fator negativo da difamação de muitos serviços públicos de saúde do DF pela mídia, em meio à crise financeira atual, conforme relato dos próprios clientes entrevistados.

Sobre a classificação de risco, 94,0% eram Laranjas e 6,0% Vermelhos. Acerca da Sala de Observação, 68,0% estavam na Sala Amarela e 32,0% na Sala Vermelha. Não foram encontrados dados sobre estas variáveis na literatura. Porém, pode-se refletir que os indivíduos muito urgente e emergente, geralmente não conseguem ter sua queixa ou problema sanadas apenas em consultório e sala de medicação, sendo necessário internação em sala de observação para melhor manejo clínico.

As queixas relatadas pelos clientes deste estudo foram: dor no peito, falta de ar, dor em extremidades, fraqueza, mal-estar, dor de cabeça, dor abdominal, vômitos e tosse. Tais queixas são semelhantes às referidas por Oliveira et al. (2011), com exceção de êmese. Outras queixas frequentes no estudo destes autores foram lombalgia, dor de garganta e disúria. No entanto, a comparabilidade fica prejudicada uma vez que Oliveira et al. (2011) analisaram fichas de pacientes com passagem pelo pronto-socorro independente de classificação de risco diferente da população deste estudo. Entretanto é possível notar que a maioria das queixas é semelhante, permitindo inferir que o que define a prioridade são as características referidas ou apresentadas pelo cliente no momento da classificação de risco.

Conforme já mencionado, na unidade do estudo é utilizado o Protocolo Manchester de Classificação de Risco para estabelecer a prioridade do cliente. Nos prontuários de 44 dos pacientes estavam registradas esta informação. Os fluxogramas que emergiram foram: Dor torácica, Mal estar em adulto, Dispneia em adulto, Dor abdominal em adulto, Problemas em extremidades, Convulsões, Cefaleia, Diarreia e/ou vômitos, Palpitações, Mordeduras e picadas, Problemas urinários e Overdose e envenenamento. Os fluxogramas condiziam com as queixas apresentadas pelos clientes e foram adequadamente selecionados pelo enfermeiro classificador. Foram compreendidos como inadequados, apenas os seis (12,0%) que não foram informados.

Quanto ao discriminador que estabeleceu a prioridade do cliente, não se pode fazer a

mesma afirmação, uma vez que foram encontrados quatro discriminadores inadequados à prioridade estabelecida e um discriminador não existente no fluxograma selecionado. Não é possível saber se tratou-se de um equívoco de priorização ou se houve realmente intenção do classificador para estabelecer a cor da prioridade além da que seria determinada pelo discriminador (Amarela). Cabe informar que a equipe que atua em classificação de risco na unidade foi capacitada para tal. Apesar de não haver uma justificativa plausível para tal achado, implica-se a necessidade de manutenção da educação permanente, a fim de minimizar equívocos, principalmente na fase inicial do atendimento ao cliente, favorecendo um atendimento em tempo e qualidade satisfatórios ao mesmo e a fim de prevenir condutas iatrogênicas no decorrer do mesmo.

Os discriminadores adequadamente selecionados foram: Dor intensa, Pulso anormal, Esforço respiratório aumentado, Dor epigástrica, Déficit neurológico agudo, Sat O2 muito baixa, Hipoglicemia, Alteração súbita da consciência, Dor precordial ou cardíaca, Comprometimento vascular distal, Mortalidade Alta e Prostração.

O processo de triagem nos serviços de urgência deve ser bem organizado, tanto como área física, bem como para materiais e equipamentos sofisticados, mas, principalmente, com pessoal competente e suficientemente treinado e com acesso à educação continuada (AZEVEDO et al., 2010; SOARES et al., 1995; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Desta forma, parafraseando Silva e colaboradores, é

“imperativo que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, se conscientizem da importância de registrar os problemas que identificam nos pacientes, as intervenções realizadas e o resultado destas sobre o estado de saúde dos indivíduos, de forma a dar visibilidade ao saber da enfermagem” (SILVA et al., 2013b).

Foram aplicadas cinco escalas aos pacientes nas Salas de Observação: Escala de Morse, Escala de Braden, Índice de Katz, MEEM de Folstein e Régua de Dor, das quais apenas sobre a temática da última foi encontrado um estudo em pacientes em pronto socorro, entretanto este relacionado à dor como sintoma de procura do serviço, o que não necessariamente se aplicou à população deste estudo. Logo, as escalas forneceram subsídio no levantamento dos diagnósticos de enfermagem, e serão discutidos nos mesmos.

Ao aplicar a escala de Quedas de Morse observou-se que a maioria recebeu as classificações risco moderado e alto, correspondendo a um total de 84% da amostra estudada. Esse dado indica uma população com risco considerável de quedas.

No presente estudo, houve alta prevalência do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas (64%). Embora esse diagnóstico de enfermagem não contemple a Escala de Morse como um indicador para sua elaboração, vários fatores de risco elencados nesse diagnóstico estão presentes na Escala, a exemplo do histórico de quedas, uso de dispositivos auxiliares para a deambulação, dificuldades de marcha e funções cognitivas.

A Escala de Morse é amplamente utilizada em estudos com idosos em instituições de longa permanência e em clientes em ambiente hospitalar, especialmente aqueles internados em unidades clínicas e cirúrgicas (PALMA, 2012; STAHLHOEFER, 2014; BAIXINHO; DIXE, 2015 PASA et al., 2017).

Assim, os dados relativos ao risco aumentado de quedas estão condizentes com o tipo de população pertencente ao estudo, pois esta foi representada por indivíduos acima de 50 anos de idade.

A Escala de Braden é amplamente utilizada em estudos, principalmente direcionados a clientes em unidades de terapia intensiva (FERNANDES; CALIRI, 2008; BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011; SERPA et al., 2011; ROGENSKI; KURCGANT, 2012; SANTOS; NEVES; SANTOS, 2013; BORGHARDT et al., 2015).

A maioria dos participantes não apresentava riscos para o desenvolvimento de lesão por pressão. Rocha e Barros (2007) desenvolveram um estudo de avaliação de risco de lesão por pressão em unidades de Ortopedia, Clínica Médica e Retaguarda do Pronto-Socorro de um hospital, por considerarem que estas unidades apresentariam pacientes clinicamente suscetíveis ao desenvolvimento de úlceras por pressão, em razão da cronicidade das doenças, da gravidade, da média elevada do tempo de internação e pelo elevado grau de dependência. No estudo, eles identificaram que 78% dos clientes que desenvolveram lesão por pressão estavam internados na unidade de retaguarda do pronto-socorro. Considerando o tipo de clientela, o tempo de permanência e a proposta de atendimento da unidade do presente estudo, tal achado se torna de difícil comparação, pois mesmo se tratando de uma unidade de atendimento de emergência, o fluxo é diferente daquele encontrado em pronto-socorros de unidades hospitalares, uma vez que unidades de retaguarda prestam cuidados semelhantes às unidades de terapia intensiva. No entanto, estudos realizados com pacientes críticos apontam que o desenvolvimento ou o risco de desenvolvimento de lesão por pressão está relacionado a idade, principalmente se associada à desnutrição, mobilidade e umidade (BRYANT et al., 2000; LYDER et al., 2001; ROGENSKI; SANTOS, 2005; CREMASCO et al., 2009).

A partir da aplicação do Índice de Katz, observou-se que a maioria da amostra mostrou ser independente. O Índice de Katz tem sido utilizado principalmente para avaliar os

níveis de dependência para atividades relacionadas ao autocuidado. Na literatura são encontrados estudos com utilização da escala principalmente em idosos, apesar de não ser exclusivamente direcionada a esta população (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; XAVIER et al., 2008; SMANIOTO; HADDAD, 2011; BARBOSA et al., 2014).

O índice de Katz possibilitou visualizar os graus de dependência em suas variáveis e identificar diagnósticos de enfermagem na clientela estuda, tais como déficit no autocuidado para banho (18%), déficit no autocuidado para higiene íntima (18%), déficit no autocuidado para vestir-se (16%), mobilidade física prejudicada (36%), déficit no autocuidado para alimentação (2%) e eliminação urinária prejudicada (12%).

Na aplicação da escala da dor, metade da amostra indicou estar com dor leve, moderada ou intensa e a outra metade, não apresentava dor.

Escala para avaliação da dor são comumente utilizadas em serviços de saúde, dada a importância e magnitude deste sintoma. Em serviços de emergência isto também é uma realidade, como tem mostrado diversos estudos (CALIL; PIMENTA, 2005; MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011; NASCIMENTO; KRELING, 2011; RIBEIRO, et al., 2011; BARRETO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2016).

A Régua de dor é uma das ferramentas utilizadas para “quantificar” a dor na perspectiva do cliente. Neste estudo, a utilização desta escala permitiu levantar os diagnósticos de enfermagem Dor aguda (42%) e Dor crônica (10%), que serão discutidos posteriormente.

O MEEM de Folstein também é uma escala de aplicabilidade na população em geral (BERTOLUCCI et al., 1994), e é amplamente utilizada em idosos (LOURENÇO; VERAS, 2006; ARGIMON et al., 2012; CANEDO, 2013; MELO; BARBOSA, 2015).

A maioria da amostra não apresentou declínio cognitivo, conforme confirmado com a aplicação do MEEM, mas sua utilização permitiu elaborar alguns diagnósticos, a exemplo, de o Memória prejudicada (4%), bem como possibilitou a elaboração de características definidoras e/ou fatores relacionados para o diagnóstico Conhecimento deficiente (80%).

6.3 Diagnósticos de enfermagem identificados nos clientes que receberam as classificações muito urgente e emergente atendidos nas Salas de Observação

Foram identificados ao todo 722 diagnósticos de enfermagem, sendo 95 rótulos diagnósticos distintos e uma média de 14,4 diagnósticos por cliente, o que permite inferir a alta demanda por cuidados de enfermagem.

Foram selecionados para discussão os seguintes diagnósticos de enfermagem com frequências superiores a 40%: Conhecimento deficiente (80%), Estilo de vida sedentário (62%), Dentição prejudicada (60%), Fadiga (46%) e Dor aguda (42%).

Também foram selecionados os diagnósticos de enfermagem com frequência menor que 40%, que por suas semelhanças e peculiaridades, se permitiram somar e com isso apresentaram frequências superiores a 40%: Obesidade (36,0%) e Sobrepeso (16,0%) que juntos tiveram frequência de 52%; Padrão de sono prejudicado (30,0%) e Insônia (18,0%), que em conjunto somou-se 48% de frequência; e os diagnósticos Dor aguda (42%) e Dor Crônica (10%), com somatória de 52%; todos indicando prevalências significativas na amostra estudada.

Considerando os três sistemas de King, os resultados mostraram predominância de diagnósticos ligados ao sistema pessoal, seguido do sistema interpessoal e social.

Houve 84 diagnósticos vinculados ao sistema pessoal, nove ao sistema interpessoal e dois ao sistema social. Esperava-se prevalência de diagnósticos de enfermagem ligados no Sistema Pessoal, uma vez que considerando o perfil dos clientes urgente e emergentes, maior seria a gama de cuidados e intervenções a serem prestados aos mesmos.

Na taxonomia II da NANDA-I (2015), dos 239 diagnósticos propostos, 218 (91,2%) estão ligados ao indivíduo, 18 (7,5%) ligados à família e apenas três (1,3%) à coletividade humana. Logo, há predomínio de diagnósticos que estão diretamente vinculados ao indivíduo, seguido dos da família e da coletividade humana, o que também de certa maneira permite maior direcionamento a diagnósticos voltados ao indivíduo, o que pode explicar tendência ao maior número de diagnósticos pertencentes ao Sistema Pessoal na presente pesquisa.

Os nove diagnósticos com frequência maior que 40% serão comentados separadamente, considerando sua definição e correlação com a literatura e a prática. Também serão discutidos os diagnósticos de enfermagem com frequência menor que 40%, que por suas semelhanças e peculiaridades, se permitiram somar e com isso apresentaram frequências superiores a 40%. Ao total, serão discutidos 14 diagnósticos de enfermagem, dos quais dez foram diagnósticos reais e quatro diagnósticos de risco.

6.3.1 Conhecimento deficiente

A taxonomia II da NANDA-I (2015) define Conhecimento deficiente como “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”.

Neste estudo, este diagnóstico foi evidenciado em 40 clientes avaliados, dos quais 39

tinham como característica definidora Conhecimento insuficiente. O fator relacionado predominante para este diagnóstico foi informação insuficiente.

Durante a coleta de dados, foi questionado ao cliente sobre patologias pregressas, medicações em uso contínuo, motivo da internação e tratamento na internação. As respostas negativas ou incompletas a estas questões permitiram levantar este diagnóstico. Além disso, os clientes demonstravam falta de acompanhamento de doenças crônicas, que reforça a inferência de escassos conhecimentos relativos ao tratamento e à doença. Outros aspectos não conhecidos por parte da clientela, como as complicações e forma de controle da DCNT, bem como uso correto das medicações além de medidas não medicamentosas, e também sobre a saúde dental, permitiram levantar inferências sobre o déficit do conhecimento nas mesmas.

Cabe ressaltar que a baixa escolaridade foi uma evidência da clientela deste estudo, e este fator também está relacionado à capacidade de assimilação de novas informações, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento dos medicamentos em uso, principalmente nos casos de polimedicação, também evidenciada neste estudo.

Pesquisas com populações diferentes mostram que o conhecimento deficiente também é um viés para o sucesso do tratamento e que programas de educação podem contribuir para a melhoria do conhecimento, desde que leve em consideração a capacidade de compreensão e as experiências acumuladas de cada indivíduo (STRELEC; PIERIN; MION JR, 2003; COSSON; NEY-OLIVEIRA; ADAN, 2005; CANHESTRO et al., 2010).

Estudos sobre perfil diagnóstico em outras clientelas mostram que o diagnóstico conhecimento deficiente também esteve presente em uma frequência muito significativa e que é necessário testar e/ou comparar estratégias de educação em saúde, que corroborem com aumento do conhecimento nas diversas temáticas e populações (PEREIRA; BACHION, 2005; VIEIRA et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2012; TAMBORIL et al, 2015).

Quanto ao fator causal identificado, informação insuficiente pode-se ratificar a necessidade de comunicação do paciente acerca do seu problema ou do diagnóstico médico, bem como dos procedimentos realizados. Isto permite inferir que o paciente não se torna ativo no seu cuidado, não apenas por não querer, mas porque não é estimulado pela equipe e família, para tal. A função de informar é daquele que confere o cuidado, independente de categoria profissional. E reforçar a informação, atualizar acerca de mudanças, seja no prognóstico ou no tratamento, deve ser uma atividade de prática diária por parte da equipe de saúde. É direito do mesmo ser esclarecido sobre toda e qualquer condição que diz respeito a si.

Neste contexto vale ratificar a magnitude da consulta e orientação de enfermagem em

todos os níveis de atenção. A educação em saúde é uma tarefa multidisciplinar, mas na maioria das vezes realizada por enfermeiros. Na tentativa de garantir adesão do paciente a determinada terapia, bem como evitar uso inadequado da mesma, o mesmo deve ser orientado quantas vezes se faça necessário (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Além disso, a comunicação, o diálogo e a conversa, estabelecida entre o profissional da saúde e o cliente é essencial para a aproximação entre ser cuidado e o ser cuidador. A partir da relação e da interação humana, propostos por King, momentos de troca, de interesse e preocupação podem refletir em uma parceria indissolúvel no processo do cuidado (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

A não relação usuário-profissional e a qualidade do atendimento, no que se refere à resolutividade das demandas e orientação dos usuários também se torna um impasse no processo de humanização nos serviços de urgência e emergência (CAVALCANTE et al., 2012; GUEDES, HENRIQUES; LIMA, 2013).

Ainda, a utilização da Teoria de King vem permitindo interação entre profissional de enfermagem e cliente, valorizando sua participação no cuidado recebido, fazendo com que contribua nas decisões do tratamento e nas mudanças no estilo de vida necessárias à sua recuperação. Entretanto, para que essa interação enfermeiro-cliente seja eficaz é necessário que ocorra troca de informações, participação nas decisões, definições de objetivos mútuos e implementação de planos, promovendo condições dignas de vida e saúde para o cliente (SILVA et al., 2013a).

Dessa forma, acerca da teoria de King, é possível observar a presença dos conceitos de pessoa, percepção interação, transação, comunicação, enfermagem e saúde neste diagnóstico.

6.3.2 Estilo de vida sedentário

Segundo a taxonomia II da NANDA-I (2015) estilo de vida sedentário “refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física”.

Neste estudo, este diagnóstico foi evidenciado em 31 dos clientes avaliados. Na possibilidade de levantamento de múltiplas características definidoras, foram observadas 31 ocorrências de atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade, com frequência em 26 indivíduos falta de condicionamento físico e em 12 clientes preferência por atividades com pouco exercício físico. Entre os cinco fatores relacionados que o rótulo permite identificar, os clientes deste estudo apresentaram quatro: interesse insuficiente pela atividade física (em 31 clientes), motivação insuficiente para a atividade física (em 18

participantes), conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde (em 11 clientes) e recursos insuficientes para a atividade física (em apenas um cliente).

Conforme já mencionado, a atividade física, segundo dados da Vigitel 2012, é uma prática comum apenas em 38,7% da população maior de 18 anos no Distrito Federal, o que permite justificar o perfil da população deste estudo (BRASIL, 2013c).

O sedentarismo tem apresentado a maior prevalência entre os fatores de risco para morbimortalidade da população adulta, e por isso tem sido considerada um grande inimigo da saúde pública. O conhecimento de dados sobre o sedentarismo contribui para a saúde pública, pois pode direcionar o gerenciamento de atividades de incentivo à prática de atividades físicas, principalmente nos grupos mais afetados por tal comportamento (MATSUDO et al., 2002; PITANGA; LESSA, 2005).

Um estudo recente traz uma colaboração importante para gestores de saúde. Foi evidenciado que adolescentes que residem na área rural apresentam maiores níveis de atividade física, tem menor preferência pelo lazer passivo e estão menos expostos aos comportamentos sedentários. Com a urbanização como realidade é necessário investir em ações de saúde para esta população, uma vez que serão os adultos e idosos do futuro (REGIS et al., 2016).

Cabe mais uma vez ressaltar a importância da interação do profissional com o cliente, descrito por King, no que diz respeito às mudanças no estilo de vida necessárias para recuperação e manutenção da saúde. Ainda, acerca da teoria de King, são percebidos os conceitos de pessoa, papel, percepção, interação, comunicação, transação e saúde neste diagnóstico.

6.3.3 Dentição prejudicada

Com relação ao diagnóstico de enfermagem Dentição prejudicada, definido como “ruptura nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural de cada dente” (NANDA-I, 2015), houve incidência em 60,0% dos casos avaliados.

Na clientela estudada foram elencadas as seguintes características definidoras: ausência de dentes, dentes desgastados, descoloração do esmalte, halitose e dentes frouxos.

Também foram identificados os fatores relacionados: dificuldade de acesso a cuidados dentários profissionais, conhecimento insuficiente sobre a saúde dental, economicamente desfavorecido, hábitos alimentares inadequados, desnutrição e higiene oral inadequada.

O conhecimento insuficiente acerca da correta higiene oral e o cuidados precários com

a higiene são aspectos presentes em vários estudos (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000; REIS; MARCELO, 2006; FERREIRA et al., 2009; BALDANI et al., 2010). Outros estudos relacionam o déficit no conhecimento a falta de conhecimento dos pais na fase da infância dos filhos (AFONSO; CASTRO, 2014) e até mesmo da pessoa que presta cuidado ao cliente (SALIBA et al., 2007), além da carência de introdução de práticas educativas nas atividades escolares, bem como da implantação de programas de prevenção adequados à realidade e ao nível socioeconômico, e cultural das comunidades (VOLPATO et al., 2010; SANTOS et al., 2015), o que pode ser um fator agravante nas etapas subsequentes do desenvolvimento humano.

A situação financeira também relatada como dificuldade para acesso, pode ser confirmada ao se levar em consideração que a maior parte da amostra deste estudo tinha renda familiar de até dois salários mínimos.

A dificuldade de acesso a serviços odontológicos é uma realidade nacional. Segundo dados da Vigitel 2009, apenas 6,2% população do Distrito Federal conseguiu atendimento odontológico na rede pública, inferior a frequência nacional que é de 13,2%. Mais da metade da população do Distrito Federal (52%) necessitou de algum tipo de atendimento odontológico segundo a Vigitel 2009 e 11,4% não conseguiu. Dos que conseguiram o fizeram na rede privada (73,0%) e conveniada (20,8%) (BRASIL, 2010). As pessoas que dispõem de recursos podem pagar pelo atendimento odontológico, o que não ocorre com grande parte da população.

Para Peres et al. (2012a), a tendência de maior utilização dos serviços públicos pelos indivíduos mais jovens é o reflexo da organização destes no Brasil, no qual existe maior oferta de atendimentos básicos dirigidos às crianças e adolescentes em idade escolar. O horário de atendimento nas unidades de saúde também é um fator dificultador para atendimento dos trabalhadores. Em virtude disso, percebe-se o aumento nas necessidades de próteses, ou seja, aumento da demanda por serviços de atenção secundária, que por sua vez são mais onerosos aos cofres públicos.

As condições de saúde bucal entre os adultos e idosos são graves. O edentulismo atinge principalmente indivíduos com baixa renda e baixa escolaridade, representando um importante marcador das desigualdades. A desigualdade socioeconômica é observada para a maioria dos agravos bucais e para os indicadores de acesso e utilização de serviços odontológicos (PERES et al., 2012b).

A condição bucal é determinante para ocorrência ou não de doenças da orofaringe, e também de outros distúrbios sistêmicos. A conservação da cavidade bucal saudável envolve

procedimentos fundamentais para manter dentes limpos e fluxo normal de saliva, a qual tem a capacidade de regular a flora bacteriana (MENDES; MORAIS; SILVA, 2015).

Além do déficit do autocuidado, deve-se também levar em consideração que as condições de higiene bucal também estão relacionadas aos cuidados de enfermagem. Mesmo que o indivíduo tenha autonomia, é tarefa da enfermagem realizar avaliação e orientação diariamente, enquanto o cliente está sob seus cuidados.

Os próprios profissionais de enfermagem não valorizam o propósito preventivo da higiene bucal, seja por falta de conhecimento acerca da importância do procedimento para a prevenção de patologias orais e sistêmicas, seja por falta de implementação de rotinas que contemplem esse tipo cuidado como procedimento padrão (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007; ORLANDINI; LAZZARI, 2012).

A Nursing Interventions Classification (NIC) determina intervenções para promoção, prevenção e restauração da saúde oral, que podem ser de grande valia no estabelecimento de protocolos (BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

Em contrapartida, apenas a criação de protocolos não garante melhora nos cuidados bucais prestados pelos profissionais. É necessário que também ocorra educação continuada eficiente e avaliações da qualidade de assistência prestada, pois, uma vez que existem falhas nesse âmbito do cuidado, isto pode contribuir para complicações infecciosas na evolução clínica do paciente, comprometendo a segurança do mesmo e a qualidade da assistência prestada (NOGUEIRA, 2016).

Em relação à teoria proposta neste estudo, cabe ressaltar mais uma vez a importância da interação, bem como a aplicabilidade de outros conceitos da teoria como a pessoa, percepção, comunicação, interação, *self* e imagem corporal.

6.3.4 Fadiga

Este diagnóstico é definido como “sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (NANDA-I, 2015) e foi observado em 46% da amostra deste estudo.

Das 16 características definidoras possíveis para este rótulo, sete foram levantadas, e quatro delas ocorreram em pelo menos a metade dos indivíduos: cansaço (100%), energia insuficiente (87%), padrão de sono não restaurador (69,7%) e capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais (52,2%).

Acerca dos fatores relacionados, foram identificados nove diferentes, sendo os mais

prevalentes: condição fisiológica (82,6%), falta de condicionamento físico (56,5%), privação de sono (47,8%) e ansiedade (43,5%).

Fadiga é um rótulo diagnóstico evidenciado principalmente em pacientes com alterações cardiovasculares, pneumológicas ou renais, pacientes oncológicos e também a idosos (ALITI et al., 2011; PEREIRA et al., 2011; LATA et al., 2008; ALBUQUERQUE; LIRA; LOPES, 2010; FERNANDES et al 2012; GORINI et al., 2010; SILVA; GORINI, 2012; GUEDES et al., 2010).

Ao se considerar a diversidade de condições patológicas pré-existentes, as queixas para procura do atendimento na unidade de saúde e a faixa etária da amostra deste estudo, é possível distribuir a maior parte dos indivíduos nas especialidades supracitadas, justificando a iminência deste diagnóstico nesta pesquisa, bem como a ocorrência do fator relacionado condição fisiológica

A falta de condicionamento físico como fator relacionado acaba por remeter-se indiretamente ao diagnóstico estilo de vida sedentário, discutido anteriormente, e novamente leva a ratificar a necessidade de mudança de comportamentos para promoção, recuperação e manutenção da saúde.

A privação de sono e ansiedade também emergiram como fatores relacionados deste diagnóstico e, estando ou não diretamente ligadas entre si, são importantes determinantes de condição de saúde uma vez que ambas podem interferir no processo de recuperação, bem como podem ser causas para adoecimento.

Assim sendo, é possível relacionar este diagnóstico com os conceitos de pessoa, percepção, espaço, papel, interação, estresse e saúde da teoria de King.

6.3.5 Dor aguda

Esse diagnóstico é definido como: “Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de até três meses” (NANDA-I, 2015).

Observou-se que 21 clientes (42,0%) da amostra apresentaram esse tipo de dor, e foram identificadas as seguintes características definidoras: autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor, mudanças no apetite, mudanças no parâmetro fisiológico, expressão facial de dor, comportamento expressivo e posição para aliviar a dor. O fator relacionado desse diagnóstico foi a presença de agentes lesivos biológicos, físicos ou

químicos.

Ao se utilizar a escada de dor, proposta no Protocolo Manchester de Classificação de Risco, o próprio cliente pode quantificar a dor que sentia no momento da avaliação, uma vez que todos os integrantes da amostra estavam conscientes e orientados. Conforme a quantificação dada pelo cliente, foi realizada a classificação da dor: dor ausente, se a nota fosse zero; dor leve, se de 1 a 4; dor moderada, de 5 a 7; e dor intensa se 8 a 10.

A dor é uma das queixas mais frequentes para busca de atendimento de emergência, sendo as principais a cefaleia, a dor torácica, a lombalgia e a dor abdominal (MARQUES; LIMA, 2007; OLIVEIRA et al., 2011; BARRETO et al., 2012; SILVA et al., 2013b; RIBEIRO et al., 2014; GOMES et al., 2014).

A dor é um fenômeno subjetivo e multidimensional, influenciada por fatores individuais, culturais, sociais, psicológicos, ambientais e físicos. Este sintoma constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral, principalmente nos setores de emergências. Entretanto, nem sempre é adequadamente avaliada, documentada e tratada (BARRETO et al., 2012).

Na perspectiva da teoria de King, este diagnóstico está relacionado com os conceitos de pessoa, percepção, tempo, estresse e saúde.

6.3.6 Dor crônica

A dor crônica é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três meses” (NANDA-I, 2015).

Este diagnóstico veio à discussão em virtude da ocorrência do diagnóstico Dor aguda, e também pela magnitude deste sintoma, considerado como quinto sinal vital (NEUBARTH, 2004; PEDROSO; CELICH, 2006).

A procura pelo serviço de saúde por queixa de dor ocorre, principalmente, quando esta é de etiologia aguda. Entretanto, muitos pacientes com dor crônica também procuram o pronto-socorro quando acontece a agudização ou mesmo pelo incômodo provocado pela dor crônica (MARUBAYASHI et al., 2009).

Segundo Barreto et al. (2012), a dor não tratada ou inadequadamente tratada, afeta negativamente a recuperação do cliente e pode levar à cronicidade, afetando a qualidade de vida e elevando os custos sociais e financeiros, inclusive para os cofres públicos.

Apesar da relevância, não existem muitos estudos no Brasil sobre a prevalência de dor em pronto atendimento, o que dificulta a sensibilização para o planejamento de ações para controle da mesma (BARRETO et al., 2012). Isto evidencia uma lacuna no atendimento integral e de qualidade ao cliente.

Sob a ótica da teoria de King, assim como no diagnóstico Dor aguda, este diagnóstico está relacionado com os conceitos de pessoa, percepção, tempo, estresse e saúde.

6.3.7 Obesidade e Sobrepeso

Os diagnósticos Obesidade e Sobrepeso entraram em pauta para discussão uma vez que somados, foram equivalentes a 52% da amostra deste estudo.

Segundo a Taxonomia II da NANDA (2015), sobrepeso é definido como “condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para a idade e o gênero” e tem como característica definidora para a amostra deste estudo IMC maior que 25 Kg/m².

Obesidade tem uma definição semelhante: “condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para a idade e o sexo, que excede o sobrepeso” e tem como característica definidora para este estudo o IMC maior que 30Kg/m² (NANDA-I, 2015).

Conforme já exposto anteriormente, 51% da população brasileira acima de 18 anos está acima do peso ideal, e este fator, por si só, é condicionante para inúmeras condições patológicas agudas e crônicas (BRASIL, 2013c).

Os indicadores do estado nutricional são considerados importantes preditores de morbimortalidade, e dados revelam alta incidência de sobrepeso e obesidade, principalmente entre as mulheres de população de baixa renda (ANJOS et al., 1992; MARIN et al., 2008).

O Diagnóstico de Enfermagem Nutrição desequilibrada: mais dos que as necessidades corporais (NANDA, 2010), não é integrante da atual taxonomia da NANDA-I (2015), mas faz referência aos diagnósticos Sobrepeso e Obesidade incluídos nesta discussão. Tal diagnóstico foi comumente encontrado em estudos com clientes com doenças cardiovasculares (PEREIRA et al., 2011), idosas (MARIN et al., 2008).

As alterações do estado nutricional também são citadas como fatores de risco em inúmeros diagnósticos de enfermagem em diferentes contextos (GALDEANO et al., 2003; GALDEANO et al., 2006; FLÓRIO; GALVÃO, 2003; NUNCIARONI et al., 2012).

A obesidade é um grave problema de saúde pública, dada sua elevada prevalência, sua característica de cronicidade, sua influência na morbimortalidade e pela dificuldade e complexidade do tratamento (TOSCANO, 2004; SANTOS; PEREIRA, 2008; TAVARES;

NUNES; SANTOS, 2010; WANNMACHER, 2016).

O impacto negativo da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos, tem sido investigado e observado em diversos estudos (SILVA et al., 2006; MELO, 2008; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010; KARINI; CUNHA, 2011).

Diante disso, ratifica-se a necessidade de programas de atenção ao controle de peso, alimentação e prática de atividade física realmente efetivos, na tentativa de minimizar os riscos de desenvolvimento de DCNT e reduzir incidência da morbimortalidade que as mesmas provocam.

Com referência à teoria de King, mais uma vez depara-se com a possibilidade de relacionar o diagnóstico com os conceitos de *self*, pessoa, transação, imagem corporal, papel e percepção.

6.3.8 Padrão de sono prejudicado e Insônia

Os diagnósticos Padrão de sono prejudicado e Insônia, assim como os anteriormente discutidos, puderam ser agrupados para discussão uma vez que possuem similaridades. Ao serem somados apresentaram frequência de 48% na amostra deste estudo.

Segundo a Taxonomia II da NANDA (2015), padrão de sono prejudicado é definido como “interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos”.

Insônia, por sua vez, é definida como “distúrbio na quantidade e qualidade do sono que prejudica o funcionamento” (NANDA-I, 2015).

O sono é uma necessidade básica fundamental para a sobrevivência humana, e que ao ser combinado tanto com a prática de exercício físico e com a alimentação balanceada, configura-se como essencial para a homeostasia das funções orgânicas (ALMEIDA et al., 2016).

O sono de má qualidade ou com tempo reduzido, no cenário da saúde e, sobretudo, hospitalar, está associado com resultados negativos. A insatisfação com o repouso compromete a qualidade de vida pelos danos que causa no desempenho profissional, nas relações interpessoais e nas funções neuropsicológicas e cognitivas, além de propiciar maior risco de acidentes automobilísticos, doenças metabólicas e cardiovasculares (PEREIRA et al., 2012; ZANUTO et al., 2015; ALMEIDA et al., 2016).

Conforme já exposto, mais de 43% da população brasileira sofre algum tipo de distúrbio do sono. Dessa forma o indivíduo tem uma predisposição maior para desenvolver

alguns tipos de doenças crônicas. Além disso, há relação do excesso de peso com a prática insuficiente de atividade física e a má a qualidade do sono (PEREIRA et al., 2012; ZANUTO et al., 2015).

Logo, mais uma vez é possível ratificar como o sobrepeso, a obesidade e o sedentarismo, presentes na amostra deste estudo são fatores condicionantes negativos para a qualidade de vida, tanto no que diz respeito ao padrão de repouso como de recuperação do estado de saúde, uma vez que estão interligados em uma complexa rede.

O fator relacionado mais frequente de ambos diagnósticos foi barreira ambiental, que conforme a taxonomia da NANDA-I (NANDA-I, 2015) inclui ruídos ambiental, exposição à luz, temperatura do ambiente e local não familiar.

Sob esta ótica é possível entender a ocorrência destes diagnósticos na amostra, uma vez que a maioria dos clientes do estudo estava internada em salas não privativas, nas quais a ocorrência do barulho, seja por parte da equipe ou dos demais clientes é inevitável. As lâmpadas dos leitos de cada cliente são mantidas apagadas durante a noite. No entanto, as do local de permanência da equipe são mantidas acesas e refletem nos leitos devido às características físicas da unidade. Não há janelas nas salas e os equipamentos condicionadores de ar permanecem ligados durante todo o dia, uma vez que é a forma de promover a circulação do ar na unidade. Além disso, a não familiaridade como o local, também pode ser uma barreira para a promoção de um sono tranquilo e restaurador.

Em relação à Teoria de King, pode-se relacionar estes diagnósticos aos conceitos pessoa, percepção, espaço, tempo, interação, estresse e saúde.

6.3.9 Risco de infecção

Risco de infecção é definido como “vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015).

Este diagnóstico foi evidenciado em 90% da amostra deste estudo, e os fatores de risco associados foram: procedimento invasivo (97,8%), enfermidade crônica (40,0%), obesidade (33,3%), tabagismo (11,1%), desnutrição e diminuição da hemoglobina (6,7%, cada), alteração na integridade da pele e alteração no peristaltismo (4,4%, cada) e imunossupressão (2,2%).

Ao se pensar em procedimentos invasivos como fator de risco para infecção, cabe ressaltar que a maioria destes foi realizado pelo profissional de enfermagem, sendo punções venosas periféricas (94%) e cateterismos vesicais (14%). Procedimentos realizados por outros

profissionais também foram considerados, como punção de acesso venoso central (4%) ou toracocentese (2%).

Assim sendo cabe discutir a importância do papel do profissional de enfermagem no momento de execução da técnica, assegurando as medidas de assepsia durante todo o procedimento, incluindo o preparo do material bem como a higienização das mãos. Também há necessidade de se observar as características dos dispositivos a serem utilizados, bem como a periodicidade de troca dos dispositivos, se houver, como forma de prevenir infecções (SOUZA et al., 2007; PASSAMANI; SOUZA, 2011; PASCHOAL; BOMFIM, 2012; DANSKI et al., 2016).

Segundo Lima e Coelho (2004) os clientes de emergência, com frequência são expostos a fatores que podem acarretar agravos à condição física que os levou ao serviço de emergência, colocando-os face a face com os riscos macro e microscópicos das infecções hospitalares.

Nos serviços de urgência e emergência os riscos inerentes à prestação da assistência de enfermagem aumentam consideravelmente o índice de infecções, visto que os profissionais e clientes estão expostos em um ambiente que favorece o surgimento de infecções (LIMA; COELHO, 2004; VALLE et al., 2008), bem como pode ser fruto da grande demanda de pacientes, do despreparo dos profissionais, da falta de recursos humanos e materiais e da não adesão às práticas propostas (LIMA; COELHO, 2004; CORRÊA et al., 2010a; CARVALHO et al., 2011; CABRAL; SILVA, 2013).

É necessária a compreensão dos mecanismos geradores de infecção nos serviços de emergência e do papel dos fatores ligados ao agente causador, ao meio ambiente e ao hospedeiro, a fim de se estabelecer medidas de prevenção e de controle de infecção adequadas. Dessa forma é necessário intervir com adoção de educação continuada a fim de proporcionar maior conhecimento profissional, bem como oferecer condições de trabalho (CORRÊA et al., 2010a).

Considerando os aspectos abordados é possível relacionar este diagnóstico aos conceitos de pessoa, espaço, tempo, enfermagem, estresse e saúde da teoria de King.

6.3.10 Risco de quedas

O diagnóstico Risco de quedas é definido como: “Vulnerabilidade ao aumento da susceptibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015).

Este diagnóstico foi identificado em 64% dos clientes estudados. Os fatores de risco de maior incidência no estudo foram: deficiência visual (78,1%), dificuldades na marcha (31,3%), ausência de sono (28,1%), agente farmacológico (28,1%), idade maior ou igual a 65 anos (25,0%), e mobilidade prejudicada (21,9%).

A utilização de um sistema de escores para avaliação do risco de quedas é uma ferramenta importante e ainda subsidia a implementação de ações preventivas em equipe multidisciplinar (URBANETTO, 2013).

Neste estudo, utilizou-se a Escala de Risco de Quedas de Morse. Todos os indivíduos apresentaram algum risco para quedas, mas 28% destes apresentaram alto risco (pontuação maior que 50). A pontuação média foi de 38,8 pontos. Dentre os itens avaliados na escala seis clientes tinham histórico de quedas nos últimos três meses, item que confere 25 pontos; 42 clientes possuíam algum diagnóstico secundário, o que confere 15 pontos, quatro necessitavam de auxílio na deambulação, dos quais dois necessitavam de pouca assistência e dois apresentavam moderada dependência, o que confere 15 e 30 pontos respectivamente; 47 estavam em terapia endovenosa contínua ou com dispositivo salinizado, conferindo 20 pontos; 11 clientes tinham alteração na marcha, dos quais nove era pequena (10 pontos) e dois moderada a grave (20 pontos). Quanto à avaliação do estado mental, todos os clientes somaram zero ponto, uma vez que não houve alteração.

A média de idade dos clientes que apresentaram risco de quedas foi de 58,5 anos. Metade destes indivíduos tinham 60 anos ou mais de idade, o que chama a atenção para a alta prevalência adultos e adultos jovens com risco de quedas neste estudo, discordando de estudos que indicam maior risco para o cliente idoso (PAIVA et al., 2010; LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014; LAUS et al., 2014).

Quedas de pacientes no ambiente hospitalar são um grande problema para as instituições de saúde, pois podem repercutir no tempo de internação, piora do quadro clínico e até mesmo a morte, além das consequências emocionais e sociais. Logo, a busca ativa de pacientes com risco para quedas é uma estratégia efetiva para a prevenção deste evento adverso (COSTA et al., 2011; PRATES et al., 2014; FRANCO, 2015).

Os diferentes modelos organizacionais juntamente com as características intrínsecas dos serviços de urgência podem favorecer a ocorrência de eventos adversos (TOMÁS; GIMENA, 2010; OKUNO et al., 2014).

A Portaria 529/2013 do MS e a Resolução 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelecem que protocolos básicos para segurança do paciente devem ser elaborados e implantados nos serviços de saúde, entre os quais deve constar a prevenção

de quedas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Assim sendo, é importante avaliar os fatores de risco, a fim de estabelecer estratégias de prevenção de quedas que orientem a equipe de profissionais, bem como clientes e familiares. É importante ainda que os enfermeiros estejam atentos à análise de riscos na admissão dos pacientes, uma vez que constitui um fator fundamental para a promoção da segurança do paciente no desenvolvimento do processo de enfermagem (COSTA et al., 2011; VITOR; ARAÚJO, 2011).

A partir deste contexto é possível relacionar este diagnóstico aos conceitos de pessoa, espaço, enfermagem, interação, estresse e saúde da teoria de King.

6.3.11 Risco de perfusão renal ineficaz

A taxonomia II da NANDA-I (2015) define como Risco de perfusão renal ineficaz a “vulnerabilidade à redução na circulação sanguínea para os rins, que pode comprometer a saúde”.

Em quase metade da amostra deste estudo (48%) emergiu este diagnóstico, tendo como fatores de risco principais a hipertensão arterial (62,5%) e o diabetes melito (41,7%). Outros onze fatores também foram levantados, conforme já descrito nos resultados.

Estudos demonstram que este diagnóstico de enfermagem é muito comum, principalmente em pacientes submetidos à cirurgia, transplantados, nefrológicos, oncológicos, politraumatizado ou críticos (TRUPPEL et al., 2009; BRAGA, 2013; MOREIRA et al., 2013; POVEDA et al., 2014; RUBACK; MENEZES; ARAÚJO, 2014; BERTONCELLO et al., 2013).

Entretanto a relação direta deste diagnóstico com DCNT o fez representar a amostra deste estudo, uma vez que podem, a longo tempo, levar a lesões neste sistema, justificando o risco para tal.

A identificação correta deste diagnóstico é primordial, pois permite que sejam realizadas intervenções de enfermagem eficazes para seu controle e constitui uma forma segura de promover a recuperação de saúde dos indivíduos (FERREIRA; CRUZ, 2017).

Acerca deste diagnóstico, à luz os conceitos da teoria de King, é possível identificar a relação direta com as definições de pessoa, crescimento e desenvolvimento, saúde, tempo, transações e enfermagem.

6.3.12 Risco de sangramento

Com relação ao diagnóstico Risco de sangramento, definido na taxonomia NANDA-I (2015) como “vulnerabilidade à redução no volume de sangue que pode comprometer a saúde”, houve a incidência em 46% dos casos avaliados no presente estudo.

Este diagnóstico de enfermagem foi evidenciado em outros estudos, entretanto relacionados a clientes pediátricos (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011), em terapia trombolítica (BARBOSA; MAFEI; MARIN, 2004; CORRÊA et al., 2010b; SANTANA; SANTOS, 2011) ou quimioterápica (CARVALHO; ARAÚJO; NÓBREGA, 2009; MIRANDA, 2015), clientes submetidos a procedimentos cirúrgicos (NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA; CARVALHO; PALDINO, 2012), hemodinâmicos (OLIVEIRA; SILVA, 2010) ou a biópsia e em clientes politraumatizados (BERTONCELLO et al., 2013).

Na amostra do presente estudo, 87,0% apresentavam como fator de risco o regime de tratamento que estava associado com terapias trombolíticas de uso contínuo, e/ou prescritas naquela internação.

A terapia com anticoagulante oral é altamente perigosa, pois a estabilidade farmacocinética e farmacodinâmica está relacionada com adesão ao tratamento, idade, comorbidades, alimentação e uso concomitante de outras drogas. Se não há estabilidade, pode-se ter como consequências sangramento ou eventos trombóticos. Logo, deve-se realizar controle a anticoagulação, a fim de assegurar a prevenção destes eventos (SOUZA et al., 2016).

A principal complicação da anticoagulação é o sangramento, mas esse risco não deve ser avaliado isoladamente na decisão do tratamento, sendo importante considerar o potencial benefício da terapia anticoagulante (TERRA-FILHO et al., 2010).

Assim sendo, a partir do momento que o tratamento se faz necessário, a equipe deve estar ciente dos riscos e benefícios da terapia ao paciente e deve ser capaz de orientar o cliente e estar atenta a sinais de alerta para sangramentos. Diante disso, o processo de enfermagem se mostra como ferramenta primordial, uma vez que a coleta de dados, o levantamento do diagnóstico de enfermagem e o estabelecimento de ações planejadas e supervisionadas devem garantir mais segurança tanto para a equipe quanto ao receptor dos cuidados.

Sob a perspectiva da teoria de King é possível relacionar este diagnóstico aos conceitos de pessoa, estresse, transação e saúde.

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo avaliar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em um grupo de clientes com classificações muito urgente e emergente atendidos nas salas de observação de uma Unidade de Pronto Atendimento do Distrito Federal, utilizando a Classificação da Taxonomia da NANDA-I, com fundamentação na Teoria dos Alcance de Metas de Imogene King.

Quanto a caracterização socioeconômico-demográfica dos pacientes que compuseram a amostra, a maioria foi do sexo feminino, com idade média de 50,48 anos, baixa escolaridade, raça/cor parda e casados. Sobre os dados referentes à moradia, a maioria morava em imóvel próprio, localizados na zona urbana e com saneamento básico. Houve predominância de indivíduos laboralmente ativos, mas também uma taxa significativa de desempregados.

No que se refere às características clínicas e dos participantes da amostra, as condições patológicas pré-existentes as mais prevalentes foram a hipertensão arterial e o diabetes melito. A amostra também apresentou características de polimedicação. Tabagismo, etilismo e sedentarismo foram observados na amostra de estudo.

Em relação às características de atendimento, aproximadamente um terço dos clientes já haviam passado por pelo menos um atendimento na unidade de estudo. Na amostra estudada houve predominância de indivíduos classificados como Laranja e a maioria foi entrevistada na Sala Amarela. As queixas predominantes foram dor no peito e falta de ar. Foram identificados 13 fluxogramas diferentes nos clientes pertencentes ao estudo, e os de maior prevalência foram Dor torácica, Mal-estar em adulto, Dispneia em adulto e Dor abdominal em adulto.

A utilização das escalas no instrumento de coleta de dados permitiu agregar mais cientificidade ao mesmo, bem como maior relevância aos dados levantados neste estudo, uma vez que se tratam de objetos de avaliação utilizados mundialmente e com validação para utilização na população brasileira.

Com a utilização da taxonomia II da NANDA-I foram arrolados 722 diagnósticos de enfermagem com média de 14,44 diagnósticos por cliente. Foram identificados 94 diagnósticos diferentes, sendo 54 diagnósticos com foco no problema (reais), dois diagnósticos de promoção da saúde e 38 de risco (ou vulnerabilidade). Apenas nove diagnósticos apresentaram frequências superiores a 40%, sendo eles: Risco de infecção, Conhecimento deficiente, Risco de quedas, Estilo de vida sedentário, Dentição prejudicada,

Risco de perfusão renal ineficaz, Risco de sangramento, Fadiga e Dor aguda. Entre os fatores causais presentes nos diagnósticos prioritários destacaram-se: conhecimento deficiente por insuficiência de informações sobre o tratamento ou o problema de saúde; sedentarismo por interesse insuficientes pela atividade física; dentição prejudicada por dificuldades de acesso a cuidados dentários profissionais; fadiga decorrente de condições fisiológicas limitantes; e dor devido a agente lesivo biológico.

Ainda foram percebidos que algumas características definidoras e fatores de risco identificados nesta amostra não estão presentes na versão atual da NANDA-I.

No diagnóstico Risco de glicemia instável, foi identificada a necessidade de se acrescentar um fator de risco “Condições fisiopatológicas”, uma vez que outras condições de saúde, como pancreatite e sepse podem causar alterações significativas nos níveis de glicose sanguínea, o que não está contemplado na Taxonomia atual. Além deste, também se percebeu a necessidade do fator de risco “Agentes farmacológicos”, pois não apenas as medicações para controle do diabetes são relevantes para o controle glicêmico, uma vez que a glicemia sofre alterações com o uso de medicações como os glicocorticosteróides.

Para o diagnóstico Risco de quedas, ficou evidente a ausência de um fator de risco que remetesse diretamente à aplicação de testes, como a Escala de Morse, utilizada neste estudo. Cinco, dos seis itens para avaliação nesta escala são abordados na NANDA-I, com ausência apenas no que se refere à terapia e dispositivos endovenosos.

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas, envolvendo diagnósticos de enfermagem, a fim de avaliar a inclusão de novos fatores relacionados à Taxonomia.

A articulação sistêmica entre cliente, enfermeiro, organização social e processo de enfermagem é um grande desafio, considerando a assistência de enfermagem em geral. Quando se trata da assistência ao paciente em unidades de emergência o processo de enfermagem, para que tal articulação ocorra, é ainda mais complexo e desafiador, sendo necessária a atuação fundamentada em conhecimento científico e evidenciada por um processo de enfermagem claro sobre a assistência a ser prestada.

Os objetivos do estudo foram alcançados, e o método utilizado foi adequado, o que permitiu conhecer o perfil do paciente em questão. O instrumento permitiu abordagem do cliente no que se refere aos dados de maior relevância para a identificação de problemas reais e potenciais. O uso das classificações de diagnósticos proporcionou levantamento completo dos problemas através de linguagem padronizada.

No que tange às limitações do estudo, deve-se destacar que se trata de uma investigação que aborda apenas duas das etapas do processo de enfermagem, limitada a uma

unidade de atendimento, com uma amostra instituída por conveniência.

Entende-se também como outro fator limitante desta investigação a escassez de estudos no contexto de urgência e emergência que abordem diagnósticos de enfermagem e teoria de enfermagem, o que acabou restringindo a discussão dos achados.

Em contrapartida, a questão da ausência de estudos similares com pacientes em salas de observação em pronto atendimento pode também ser vista como uma lacuna de conhecimento que justificou o desenvolvimento da presente pesquisa.

Pode-se perceber a importância do raciocínio clínico e do conhecimento da taxonomia, especialmente para a definição do diagnóstico que se aplicasse melhor à realidade observada, embasada na definição de cada conceito diagnóstico. O processo de validação com perito da área possibilitou melhor raciocínio para a aplicação do diagnóstico mais apropriado.

Os resultados obtidos neste estudo servirão de apoio aos profissionais atuantes em unidades de pronto atendimento, tanto no que se refere aos aspectos relativos à classificação de risco, bem como na identificação de um perfil diagnóstico de indivíduos com características semelhantes.

Para as lacunas encontradas no estudo acerca da classificação de risco, sugere-se além da Educação continuada, a elaboração de fluxogramas que possam ser integradas ao Protocolo Manchester de Classificação de Risco, de forma a torná-lo mais adequado ao perfil da população atendida, e também a fim de evitar a desvalorização bem como a supervalorização das queixas apresentadas pela clientela no momento do seu atendimento pelo enfermeiro classificador.

A realização deste estudo permitiu elaborar reflexões sobre a importância de se conhecer a essência do raciocínio clínico e as diferentes habilidades, que envolvem a aplicação do processo de enfermagem.

Os resultados da pesquisa geraram uma repercussão positiva na unidade de saúde de estudo, fortalecendo e embasando as propostas do Núcleo de Segurança do Paciente e os temas das capacitações que deverão ser ofertadas à equipe, uma vez que o conhecimento do perfil da população que frequenta o serviço é fundamental para o planejamento das ações em saúde.

Espera-se que este estudo possa contribuir com o conhecimento da enfermagem e, em especial, com o processo da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e cuidado ao paciente que utiliza este e demais serviços de saúde similares no Distrito Federal.

8. REFERÊNCIAS

- AFONSO, B.A.; CASTRO, M.C.C. Avaliação do conhecimento de higiene bucal e motivação dos pais de uma instituição de ensino pública brasileira. **Arq Odontol.**, Belo Horizonte, v. 50, n. 4, p. 161-169, out-dez. 2014.
- ALBUQUERQUE, J.G.; LIRA, A.N.B.C; LOPES, M.V.O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 98-103, jan-fev. 2010.
- ALBUQUERQUE, J.G. et al. Conhecimento deficiente acerca do HIV/AIDS em estudantes adolescentes: identificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA. **REE – Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 104-111, jan-mar. 2012.
- ALITI, G.B. et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Rev. Gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v.32, n. 3, p. 590-595, set. 2011.
- ALMEIDA, B.R.S. et al. Sono como necessidade humana básica no cenário de paciente crítico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4494-4500, dez. 2016.
- ANJOS, L.A. et al. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. **Cad Saude Publica**, v. 8, n. 1, p. 50-56, jan-mar. 1992.
- ANZILIERO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2011.
- ARGIMON, I.I.L. et al Gênero e escolaridade: estudo através do minixame do estado mental (MEEM) em idosos. **Aletheia**, Canoas, n .38-39, mai-dez. 2012.
- AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, out-dez. 2010.
- BAGGIO, M.A.; CALLEGARO, G.D.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 381-386, mai-jun. 2009.
- BAIXINHO, C.R.S.L.; DIXE, M.A.C.R. Quedas em Instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados. **Rev.Eletr.Enf.[Internet].**, v. 17, n. 4, p. out-dez. 2015.
- BALDANI, M.H. et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol.**,v. 13, n. 1, p. 150-162, 2010.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
- BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.
- BARBOSA, K.K. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out-dez. 2009.
- BARBOSA, M.S.; MAFEI, F.H.; MARIN, M.J.S. Diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes em terapia anticoagulante. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5,

p. 601-604, set-out. 2004.

BARRETO, R.F. et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário **Rev Dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 213-219, jul-set. 2012.

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnósticos e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, n. especial, p. 864-867, 2009.

BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R.H.; LUCENA, A.F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 703-710, dez. 2011.

BELLUCCI JÚNIOR, J.A. et al. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 82-87, jan-fev, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude**. v. 11, n. 2, p. 396-401, abr-jun. 2012b.

BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 217-225, jan-mar, 2012a.

BERMUDEZ, J.A.Z.; BARROS, M.B.A. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira – contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p. 2s, 2016.

BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos genéricos na população brasileira: uma avaliação da PNAUM 2014. **Rev Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, p. 11s, 2016.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, 1994.

BERTONCELLO, K.C.G. et al. Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de Enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 2, p. 23-31, abr-jun. 2013.

BEZERRA, S.T.F. et al. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 499-507, set. 2010.

BISHOP, S. M. Processo de Desenvolvimento da Teoria. In: TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5. ed. Loures: Lusociência, 2002. p. 57-70.

BORGHARDT, A.T. et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 28-35, jan.-fev. 2015.

BRADEN. B. J.: BERGSTROM, N. A conceptual schema for study of the etiology of pressure sores. **Rehabil. Nurs.**, v.12, n. 1, p.87-89, 1987.

BRAGA, F.R. **Validação conceitual e clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de perfusão renal ineficaz” em transplantados de células tronco hematopoiéticas**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário oficial da União, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** política nacional de humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014.** Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Diário Oficial da União, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013:** acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015, 100 p.

BRASÍLIA. **Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. Ano XLV, Edição n. 10, Brasília, 2016.

_____. **Lei nº 467, de 25 de junho de 1993.** Cria a Região Administrativa de São Sebastião – RA XIV. Diário Oficial do Distrito Federal, 1993.

BRITO, L. F. S.; VARGAS, M. A. O.; LEAL, S. M. C. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 359-67, 2007.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 777-781, 2003.

BRYANT, R.A. et al. **Acute and chronic wounds: nursing management.** 2. ed. Missouri: Mosby, 2000.

BULECHEK, G. M.; HOWARD, K. B.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CABRAL, F.W.; SILVA, M.Z.O. Prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar. **SANARE**, Sobral, v.12, n.1, p. 59-70, jan./jun. 2013.

CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 13, n. 5, p. 692-699, set-out. 2005.

CANEDO, B.S. **Mini-exame do estado mental como instrumento de avaliação cognitiva: uma revisão bibliográfica.** Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde- FACES. Brasília, 2013.

- CANHESTRO, M.R. et al. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. **REME – Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 335-344, jul-set. 2010.
- CARVALHO, A.L. et al. A enfermagem no atendimento emergencial: riscos e medidas preventivas de infecção. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 3, n. 3, p. 1-16, ago-dez. 2011.
- CARVALHO, J.F.O. **Análise da Classificação de Risco em emergência em hospital público de referência em Brasília, Distrito Federal**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2015.
- CARVALHO, M.W.A.; ARAÚJO, A.A.; NÓBREGA, M.M.L. Nursing diagnosis for patients with hematological toxicity after antineoplastic chemotherapy based on the ICNP. **Rev enferm UFPE on line**; v. 3, n. 4, p. 801-807, out-dez. 2009.
- CAVALCANTE, R.C. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 3, p. 428-437, set-dez. 2012.
- COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDADDF – 2015**. Brasília, 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 08/09/2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08/05/2015.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL (COREN-DF). **Parecer Técnico nº 005/2010**. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/no-0052010-atribuicao-do-profissional-de-enfermagem-na-triagem-com-classificacao-de-risco-nos/>.
- CORBISHLEY, A.C.M.; SILVA, M.A. A consulta de enfermagem na programação dos centros de saúde. **Rev. APS.**, v. 2, n. 2, p. 19-27, mar-jun. 1999.
- CORDEIRO JÚNIOR, W.; MAFRA, A.A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência**. 1. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.
- CORRÊA, A.B. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas ao uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 2, supl, p.153-157, out-dez. 2010b.
- CORRÊA, K.H.R. et al. Prevenção e controle de infecção hospitalar em unidade de urgência e emergência **Rev. da Faculdade Estácio de Sá**, v. 1, n. 4, p. 154-166, set-dez. 2010a.
- COSSON, I.C.O.; NEY-OLIVEIRA, F.; ADAN, L.F. Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco, Acre. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo, v. 49, n. 4, ago. 2005.
- COSTA, M.A.R. et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços

- Hospitalares de Emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.**, v. 19, n. 3, p. 491-497, jul-set. 2015.
- COSTA, S.G.R.F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681, dez. 2011.
- CREMASCO, M.F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. Especial - 70 Anos, p. 897-902, 2009.
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011.
- DANSKI, M.T. et al. Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. **Acta Paul Enferm.**, v.29, n. 1, p. 84-92, 2016.
- DIAS, M.B. **Manual de Direito Das Famílias** - de Acordo Com o Novo CPC. 11. Ed. RT Editora Revista dos Tribunais: Barra Funda, SP, 2016.
- DINIZ, N.R.C. et al. Discursos de mulheres idosas sobre sua sexualidade. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v. 5, n. 1, p. 834-838, 2013.
- DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 467, de 25 de junho de 1993.** Cria a Região Administrativa de São Sebastião – RA XIV. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal, 1993.
- DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.
- FALCÃO, L.M.; GUEDES, M.V.C.; SILVA, L.F. Portador de Hipertensão Arterial: Compreensão Fundamentada no Sistema Pessoal de Imogene King. **Rev Paul Enf**, v. 25, n. 1, p. 46-51, 2006.
- FEIJÓ, V.B.R. et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. **Saúde Debate.**, v. 39, n. 106, p. 627-636, jul-set. 2015.
- FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Uso da escala de braden e de glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n. 6, p. 973-978, 2008.
- FERNANDES, M.G.M. et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. **Rev. RENE**, v.13, n. 4, p. 929-937, 2012.
- FERREIRA, A.A.; CRUZ, I.C.F. Ineffective renal perfusion risk – systematic literature review. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 9, n. 1, 2017.
- FERREIRA, R.C. et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2375-2385, nov. 2009.
- FLÓRIO, M.C.S.; GALVÃO, C.M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 630-637, set-out. 2003.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **J Psychiatr Res**, v. 12, p. 189-198, 1975.
- FRANCO, B. **Análise do Sistema de Triagem Manchester como subsídio para o**

diagnóstico de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

FUNGHETTO, S.S.; TERRA, M.G.; WOLFF, L.R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 5, p. 528-532, set-out. 2003.

GALDEANO, L.E. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 199-206, mar-abr. 2003.

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

GARLET, E.R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 266-272, jun. 2009.

GATTI, M.F.Z.; LEÃO, E.R. O papel diferenciado do enfermeiro em serviço de emergência: a identificação de prioridades de atendimento. **Rev Nursing**, v. 13, n. 7, p. 24-29, 2004.

GEORGE, J. P. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 11-32; 169-182.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Definições de urgência e emergência:** critérios e limitações. In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 15-26.

GODOI, V.C.G. et al. Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 3, p. 1-8, jul-set. 2016.

GOMES, E.T. et al. Dor torácica na admissão em uma emergência cardiológica de referência. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, p. 508-515, mai-jun. 2014.

GORDON, M. **Nursing diagnosis:** process and application. 2ª ed. New York: Mc Graw Hill, 1987.

GORINI, M.I.P.C. et al. Diagnóstico de enfermagem: fadiga uma análise dos prontuários de pacientes oncológicos. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 354-358, 2010.

GOULART, C.B. et al. Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.** v. 34, n. 1, p. 91-96, jan-jul. 2013.

GRAFF, I. et al. The german version of the Manchester Triage System and its quality criteria: first assessment of validity and reliability. **PloS One**, v. 9, n. 2, 2014.

GUEDES, H.M. et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 513-518, out-dez. 2010.

GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T.; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde:** Como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004. 287 p.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** Colaboração de Brigitta E.P. Castellanos. São Paulo: EPU, 1979.

INOUE, K.C. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo

e resultado. **REME • Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan-mar. 2015b.

INOUE, K.C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 5, p. 420-425, 2015a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica - Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JACKSON, M.; JACKSON, L. **Guia de Bolso de Enfermagem Clínica.** Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2007.

JESUS, C.A.C. **Assistência de Enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1992.

KARINI, G.O.; CUNHA, G.B. O impacto da obesidade e do sobrepeso nos níveis de qualidade de vida percebida em homens e mulheres da cidade de Aveiro, Portugal. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano 16, n. 156, mai. 2011.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, set. 1963.

KING, I. M. **A Theory for Nursing: systems, concepts, process.** USA: Delmar Publishers Inc, 1981.

LATA, A.G.B. et al. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, número especial, p. 160-163, 2008.

LAUS, A.M. et al. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 4, p. 688-695, 2014.

LIMA NETO, A.V. et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 276-286, mai-ago, 2013.

LIMA, M.V.R.; COELHO, M.J. O cuidar de enfermagem em situação adversa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 288-291, jun. 2004.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006.

LUZIA, M.F.; VICTOR, M.A.G.; LUCENA, A.F. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 262-268, mar-abr. 2014.

LYDER, C. et al. Quality of care for hospitalized medicate patients at risk for pressure ulcers. **Arch Intern Med.**, v. 161, n. 12, p. 1549-1554, 2001.

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, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MARIN, M.J.S. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 278-284, jun. 2008.

- MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 15, .n. 1, p. 13-19, jan. 2007.
- MARTINEZ, J.E.; GRASSI, D.C.; MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol.**, v. 51, n, 4, p. 299-308, 2011.
- MARUBAYASHI, P.M. et al. Avaliação da intensidade, tipo e localização da dor em pacientes que procuram o Pronto-Socorro de uma cidade de médio porte. **Rev Dor**, v. 10, n. 2, p. 135-140, 2009.
- MATSUSO, S.M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.
- MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. Porto Alegre, Artmed, 2009, p. 119-138.
- MELO, D.B. **Influência da Obesidade na Qualidade de Vida de Idosos**. Tese de Doutorado. FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2008.
- MELO, D.M.; BARBOSA, A.J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.
- MENDES, A. F.; MORAIS, T. M. N.; SILVA, C. C. B. Interface da enfermagem com a odontologia. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 147-53.
- MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Administração de medicamentos: orientação final para alta hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.
- MIRAGAYA, J. et al. **Perfil dos idosos no Distrito Federal, segundo as Regiões Administrativas. Companhia de planejamento do Distrito Federal – Codeplan**. Governo do Distrito Federal. Brasília, 2013.
- MIRANDA, S.P.L. **Diagnósticos de enfermagem em clientes oncológicos críticos em cuidados paliativos fundamentados na teoria do alcance de metas de King**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília. Brasília, 2015.
- MONTEZELI, J.H. et al. Enfermagem em emergência: humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n. 2, p. 384-387, abr-jun. 2009.
- MOREIRA, R.A.N. et al. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 5, p. 960-970, 2013.
- MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 97-103, 2002.
- MORSE, J. et. al. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**, v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989.
- North American Nursing Association (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:**

definições e classificação- 2009-2011. São Paulo: Artmed; 2010. 456 p.

North American Nursing Association International (NANDA-I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2015-2017. Tradução: Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015, 468 p.

NASCIMENTO, D.M. et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 165-173, abr-jun. 2011.

NASCIMENTO, L.A.; KRELING, M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 50-54, 2011.

NEGREIROS, R.V. et al. Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. In: NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009.

NEUBARTH, F. Dor, Quinto Sinal Vital. **Rev Bras Reumatol**, v. 44, n. 1, p. 71-74, jan-fev. 2004.

NÓBREGA, R.V.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 501-510, mai-jun. 2011.

NOGUEIRA, J.W.S. Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados. 148 p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília, 2016.

NUNCIARONI, A.T. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 32-41, mar. 2012.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, nov-dez. 2009.

OHARA, R.; MELO, M.R.A.C.; LAUS, A.M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, set-out. 2010.

OKUNO, M.F.P. et al. Diagnósticos de enfermagem mais utilizados em serviço de emergência. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 385-391, abr-jun. 2015.

OLIVEIRA, G.G. 2010. **Diagnósticos de enfermagem e intervenções em pacientes submetidos à biópsia hepática guiada por ultrassonografia**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. 2011.

OLIVEIRA, G.N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21, n. 2, 7 telas, mar-abr. 2013.

OLIVEIRA, G.N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, 9 telas, mai-jun. 2011.

OLIVEIRA, M.F.; SILVA, L.F. Enfermagem em laboratório de hemodinâmica: diagnóstico e intervenção fundamentados na Teoria da Adaptação de Roy. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 678-685, out-dez. 2010.

OLIVEIRA, P.E.P. et al. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de

urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, 2016.

ORLANDINI, G. M.; LAZZARI, C. M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 34-41, set. 2012.

PAIVA, M.C.M.S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n., 1, p. 134-138, 2010.

PALMA, C.M.T.S. **Quedas nos idosos: do risco à prevenção**. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Saúde. Beja, 2012.

PASA, T.S. et al. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e. 2862, 2017.

PASCHOAL, M.R.D.; BONFIM, F.R.C. Infecção do trato urinário por cateter vesical de demora. **Ensaio e Ciências: Ciências biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 6, p. 213-226, 2012.

PASSAMANI, R.F.; SOUZA, S.R.O.S. Infecção relacionada a cateter venoso central: um desafio na TI. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, Ano 10, p. 100-108, jan-mar. 2011.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: o quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-276, abr-jun. 2006.

PEREIRA, E.C.A. et al. Prevalência da sonolência diurna excessiva e fatores associados em mulheres de 35 a 49 anos de idade do “Projeto de Saúde de Pindamonhangaba” (PROSAPIN). **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 4, p. 447-452, 2012.

PEREIRA, J.M.V. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 15, n. 4, p. 737-745, out-dez. 2011.

PEREIRA, S.V.M.; BACHION, M.M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov-dez. 2005.

PERES, M.A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. S90-S100, 2012a.

PERES; K.G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012b.

PÉREZ JÚNIOR, E.F. et al. Implementação da classificação de risco em unidade de emergência de um hospital público do Rio de Janeiro – um relato de experiência. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. v. 4, n. 1, p. 2723-2732, jan-mar. 2012.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 870-877, mai-jun. 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Elsevier, Rio de Janeiro, 2013. página 31.

POVEDA, V.B. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à hemodiálise.

Enfermeria Global, n.34, p. 70-81, 2014.

PRATES, C.G. et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 1, p. 74-81, Jan-Mar. 2014.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2006.

REGIS, M.F. et al. Estilos de vida urbano *versus* rural em adolescentes: associações entre meio-ambiente, níveis de atividade física e comportamento sedentário. **Einstein**, v. 14, n. 4, p. 461-467, 2016.

RIBEIRO, N.C.A. et al. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Rev da Esc Enferm da USP**, v. 45, n. 1, p. 146-152, 2011.

RIBEIRO, R.M. et al. Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino. **REME Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 533-538, jul-set. 2014.

ROCHA, A.B.L.; BARROS, S.M.O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2007.

ROGENSKI, N.M.B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, 7 telas, mar-abr. 2012.

ROGENSKI, N.M.B.; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 474-80, jul-ago. 2005.

ROSA, T.P. et al. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 51-60, jan-abr. 2011.

RUBACK, T.M.; MENEZES, M.G.B.; ARAUJO, M.T. Diagnósticos de enfermagem em um paciente portador de insuficiência renal crônica. **SynThesis Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, v. 5, n. 5, p. 302 - 327, abr. 2014.

SALIBA, N.A. et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.39-50, jan-abr. 2007.

SANTANA, C.Q.C.; SANTOS, C.L.O. Diagnosis identification and nursing intervention proposal for a patient with deep venous thrombosis. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5, n. 9, p. 2254-2259, nov. 2011.

SANTOS, I.P.; FUREGATO, A.R.F. Avaliação da presença de sintomas depressivos entre usuários de plantão noturno, em unidade de emergência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 295-300, jul-set. 2013.

SANTOS, M.A. et al. Conhecimento e percepção sobre saúde bucal de professores e pré-escolares de um município baiano. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 172-178, mai-ago. 2015.

SANTOS, M.P.; NEVES, R.C.; SANTOS, C.O. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 19-31, ago. 2013.

SANTOS, R.; PEREIRA, J. O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. **Revista Portuguesa De Saúde Pública**, v. 26, n. 1, jan-jun. 2008.

- SANTOS, S.M.R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, jan-mar. 2008.
- SCHMIDT, A.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, v. 4, p. 6174, 2011.
- SERPA, L.F. et al. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, 8 telas, jan-fev. 2011.
- SHELKEY, M.; WALLACE, M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). **Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults - The Hartford Institute for Geriatric Nursing**, New York, n. 2, revised, 2012.
- SHINKAI, R.S.A.; DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out-dez. 2000.
- SIELOFF, C. L. Imogene King: Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objectivos. In: TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5. ed. Loures: Lusociência, 2002. p. 377-403.
- SILVA, A.P. et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 1, p. 507-517, jan/abr. 2013b.
- SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação** 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.
- SILVA, L.F. et al. Metas Grupais e Adesão ao Controle da Hipertensão Arterial: Contribuição da Teoria de Imogene King. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v. 5, n. 1, p. 829-833, 2013a.
- SILVA, L.G.; MATSUDA, L.M. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Cienc Cuid Saude**. v. 11, supl., p. 121-128, 2012.
- SILVA, M.P. et al. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Med Port**, v. 19, p. 247-250, 2006.
- SILVA, P.L. et al. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, 2016.
- SILVA, P.O.; GORINI, M.I.P.C. Validação das características defnidoras do diagnóstico de EnFermagem: Fadiga no paciente oncológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, 7 telas, mai-jun. 2012.
- SMANIOTO, F.N.; HADDAD, M.C.F.L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, jan-mar. 2011.
- SOARES, E. et al. Diagnostico das condições de realização da triagem em pronto-socorro : proposta de um modelo alternativo. **Mundo saúde**, v. 19, n. 1, p. 34-40, 1995.
- SOBEST. Associação Brasileira de Estomaterapia. SOBENDE. Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia. **Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016 - adaptada culturalmente para o Brasil**. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35> Acesso em: 22/08/2017.
- SOUSA, R.F. et al. A prática dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família e a teoria dos sistemas interatuantes. **Rev Pesq Saúde**, v. 15, n. 3, p. 373-378, set-dez. 2014.

- SOUZA, A.C.S. et al. Cateterismo urinário: conhecimento profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 724-735, 2007.
- SOUZA, C.C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, p. 1318-1324, 2013.
- SOUZA, E.F.; MARTINO, M.M.F.; LOPES, M.H. B.M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-635, 2007.
- SOUZA, K.J. et al. Aspectos clínicos relacionados à anticoagulação oral em pacientes atendidos ambulatorialmente. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.14, n. 3, p. 133-138, jul-set. 2016.
- SOUZA, T.H.; ANDRADE, S.R. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. **Cogitare enferm.** [online], v. 19, n. 4, p. 701-708, 2014.
- SOUZA, T.M.; CARVALHO, R.; PALDINO, C.M. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. SOBECC**, São Paulo. v. 17, n. 4, p. 33-47, out-dez. 2012.
- STAHLHOEFER, T. **Quedas de pacientes no ambiente hospitalar**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, 2014.
- STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JR, D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.
- TAMBORIL, A.C.R. et al. Diagnóstico de enfermagem Conhecimento Deficiente em usuárias de anticoncepcional oral combinado. **REE – Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 17, n. 4, out-dez. 2015.
- TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- TAVARES, T.B.; NUNES, S.M.; SANTOS, M.O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.
- TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. **Lancet**, v. 13, n. 7, p. 81-83, 1974.
- TEIXEIRA, A.K.S.; SILVA, L.F. Reflexão sobre o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa segundo a Teoria de Imogene King. **Estima**, v. 13, n. 3, 2015.
- TERRA-FILHO, M. et al. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, 2009. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, supl. 1, mar. 2010.
- TOMÁS, S; GIMENA, I. La seguridad del paciente en urgencias y emergências. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v. 33, supl. 1, 2010.
- TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a Sua Obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5. ed. Loures: Lusociência, 2002.
- TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.
- TRUPPEL, T.C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia

- Intensiva erapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar-abr. 2009.
- ULBRICH, E.M. et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 286-292, abr-jun. 2010.
- URBANETTO, J.S, **Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa**. 2013.
- VALLE, A.R.M.C. et al. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 2, p. 304-309, jun. 2008.
- VERAS, J.E.G.L.F. et al. Avaliação das competências de enfermeiras para a promoção em saúde durante atendimentos pediátricos em unidade de emergência **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 467-474, 2015.
- VERSA, G.L.G.S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 21-28, set. 2014.
- VIEIRA, F. et al. diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 83-89, jan-mar. 2010.
- VIEIRA, L.L. et al. O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de Imogene King. **Revista de Enfermagem UFPE** , v. 7 n. 9, p. 5500-5509, set. 2013.
- VITOR, A.F.; ARAÚJO, T.L. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 313-322, abr-jun.2011.
- VOLPATO, S. et al. Conhecimento sobre saúde dental, dieta e higiene bucal das crianças provenientes do MST / Água Doce – SC. **Unoesc & Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 107-116, jul-dez. 2010.
- WANNMACHER. L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. **OPAS/OMS - Representação Brasil**, Brasília, v. 1, n. 7, mai. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.
- _____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000.
- XAVIER, M. et al. **A importância e métodos de avaliação do nível de funcionalidade de idosos**. Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e II Encontro de Iniciação Científica Júnior; 2008. Oct. 16 e 17; São José dos Campos, Brasil. São José dos Campos: UNIVAP, 2008. p. 1-3.
- ZANELATTO, D.M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 358-365, abr-jun, 2010.
- ZANUTO, E.A.C. et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 42-53, jan-mar. 2015.

9. APÊNDICES

9.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Diagnósticos de enfermagem a pacientes admitidos nas Salas Amarela e Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento fundamentado na Teoria de King**, sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Souza Nascimento.

O objetivo desta pesquisa é saber qual (is) o(s) problema(s) de saúde fez (fizeram) com que o senhor (a) fosse internado (a) na Sala Vermelha da UPA. Conhecendo estes motivos é possível que o enfermeiro possa elaborar diagnósticos de enfermagem de acordo com a sua necessidade e assim, oferecer a (o) senhor (a) uma assistência de maior qualidade.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação não aumenta e nem diminui seus direitos ao tratamento atual ou futuro na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião. Nada em seu tratamento será comprometido com a sua participação na pesquisa.

A sua participação se dará por meio de aceitação em responder à entrevista e da realização da consulta de enfermagem. A entrevista será realizada à beira leito, na Sala Vermelha. A consulta de enfermagem é uma série de procedimentos para avaliação do seu estado geral, e inclui a aferição da sua pressão arterial e temperatura, a ausculta do seu coração, pulmão e abdome, a avaliação da sua pele, entre outros procedimentos simples e não invasivos.

Caso você fique constrangido ou incomodado, poderá solicitar a suspensão ou cancelamento da mesma, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento atual ou futuro na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião. A duração será de aproximadamente 40 a 60 minutos, para sua realização.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa está relacionado apenas no desconforto em participar da mesma. Neste caso, poderá desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo a seu tratamento atual ou futuro na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem. Isto significa que uma equipe mais treinada poderá atender a pacientes como o(a) Senhor (a), atendidos em unidades emergenciais, com mais qualidade, conforto, segurança e agilidade. Além disso, será possível ao(à) Senhor(a), bem como à equipe de enfermagem, esclarecer dúvidas e reconhecer melhor as dificuldades que ainda se apresentam nos atendimentos de emergência.

Nesta pesquisa não será realizado a elaboração de um plano de cuidados. Entretanto, esta ainda é importante porque pode ajudar no atendimento mais eficaz para o senhor, caso necessite novamente, e até mesmo de outras pessoas que cheguem à unidade com queixas e sintomas semelhantes com os seus. Sua participação não é obrigatória. Estou lhe fazendo um convite. Então, fique claro, que o (a) senhor (a) terá o melhor atendimento possível, mesmo se não aceitar participar.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Simone Souza Nascimento, 61 999974062, inclusive a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos no: CEP/FS que se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, pelo telefone (61) 3107-1947 ou através do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira; CEP/FEPECS que se localiza no Setor Médico Hospitalar Norte Conjunto A Bloco 01 Edifício FEPECS – Brasília, pelo e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com ou pelo telefone (61)3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____.

9.2 Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nível: Mestrado Acadêmico

Orientadora: Prof.^a Dra. Cristine Alves Costa de Jesus

Aluna: Simone Souza Nascimento

Título da Pesquisa: Diagnósticos de Enfermagem a Pacientes Admitidos nas Salas Amarela e Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento Fundamentado no Referencial Teórico de Imogene King.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS BÁSICOS DO CLIENTE

Nº de ordem: _____

Nº SESDF: _____

Atendimento na UPA: _____

BLOCO I - SISTEMA PESSOAL

1.1) IDENTIFICAÇÃO

a) Idade: ____ anos

b) Sexo: () M () F

c) Ocupação/profissão: _____

d) Naturalidade: _____

e) Raça/Cor:

() branca () parda () amarela () preta () indígena

f) Escolaridade

() analfabeto () fundamental completo

() fundamental incompleto

() médio completo

() médio incompleto

() superior completo

() superior incompleto

g) Renda familiar (salário mínimo)

() < 1 () 1 a 2 () 3 a 5 () > 5

h) Admissão na unidade: ____/____/____

i) Procedência: _____

j) Possui alguma doença? () Não () Sim. Qual (is)? _____

k) Usa algum medicamento? () Não () Sim. Qual (is)? _____

l) Queixa/causa, Sinais e sintomas na admissão: _____

m) Protocolo de Classificação de Risco utilizado no atendimento?

() Manchester Triage System/MTS () Australian Triage Scale/ATS

() Canadian Triage and Acuity Scale/CTAS () Emergency Severity Index/ESI

() Outro _____

n) Fluxograma da Classificação de Risco: _____

n) Discriminador da Classificação de Risco: _____

o) SSVV admissão:

P: ____ bpm R: ____ irpm PA: ____x____ mmHg T: ____°C SpO2: ____% GC: ____mg/dL

1.2 HÁBITOS DE VIDA

- Segurança

- a) Fuma? () Não () Sim. Com que frequência? _____
- b) Ingere bebida alcoólica? () Não () Sim. Com que frequência? _____
- c) Alergias medicamentosas () Não () Sim. Quais? _____
- d) Uso de prótese/ortese: () Não () Sim. Qual? _____
- e) Acesso venoso: () não () periférico _____ Data: ___/___/___
() central _____ Data: ___/___/___
- f) Risco de Queda: () Não () Sim (Usar a escala de Morse).

Escala do Risco de Quedas de Morse	Pontos
1. Histórico de Quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou salinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/esquece limitação	15

- g) Lesões: () Não () Sim. Qual? _____
- h) Úlceras - Local: _____
Grau: () I () II () III () IV Descrição do curativo: _____
- i) Risco de úlcera por pressão: () Não () Sim. (Usar a escala de Braden).

	Escala de Braden			
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitada	Muito limitada	Levemente limitada	Sem limitação
Umidade	Completamente molhada	Muito molhada	Ocasionalmente molhada	Raramente molhada
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Sem limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	

- j) Risco de sangramento: () Não () Sim. Qual fator? _____
- k) Outros riscos: () Não () Sim _____
- l) Distúrbios/dificuldade: _____

() astenia () convulsão

() **auditiva**

() Otalgia () Prurido () Zumbido () Otite () Otorréia

() Acusia () Hipoacusia () Otorragia () Cerume

() Acuidade auditiva normal. () Implantação anormal das orelhas

Outros: _____

() **visual**

() Acuidade visual sem alterações () Edema de pálpebras () Hiperemia

() Ptose palpebral () Exoftalmia () Enoftalmia

() Secreção () Nistagmo () Diplopia

() Uso de órteses (óculos) () Cirurgia Catarata

Outros: _____

() **olfativa**

() Nariz normal () Desvio de septo () Obstrução () Lesões

() Coriza () Secreção Outros: _____

() **paladar**

() Aftas () Halitose () Boa higiene

() Queilite () Hálito cetônico () Língua saburrosa

() Mucosa seca () Hálito urêmico () Estomatite

() Uso de Sondas: _____

Condições dos dentes (Descrever): _____

() **tato (condições da pele)**

() Manchas de nascimento () Sardas () Bolhas () Cistos () Nódulo

() Crosta () Pápula () Pústula () Fissuras () Cianótica

() Escoriações () Prurido () Petéquia () Equimose () Hematoma

() Eritema () Cianose () Icterícia

Descrever local: _____

Edema: () +/4+ () ++/4+ () +++/4+ () ++++/4+ () ausente

Descrever local: _____

Turgor: () Normal () Diminuído

Umidade: () Normal () Hiperidrose () Pele seca

Hidratação: () Hidratado () Desidratado

Prega cutânea: () Normal () Diminuída

TEC: _____

m) Fraturas: _____

n) Usa Drogas ilícitas ou licitas? () Não () Sim. Qual(is)? _____

- Atividade e Repouso

a) Atividades de vida diária (utilizar Índice de Katz para Avaliação de Atividades de Vida Diária)

() parcialmente dependente () totalmente dependente () independente

Índice de Katz para Avaliação de Atividades de Vida Diária

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

b) Praticar exercícios físicos? () Não () Sim. Qual? _____
Com que frequência? _____

c) Tem energia/ânimo? () Não () Sim Sente-se cansado? () Não () Sim

d) Padrão de sono: Quantas horas? _____

Tem dificuldade para dormir: () Não () Sim. Relacionada a: _____

A hospitalização atrapalha seu sono? () Não () Sim. Relacionada a: _____

e) Alterações

() mialgia () parestesia () plegia () não deambula () deambula sem auxílio
() deambula com auxílio. _____

-Alimentação e Hidratação

a) Via de alimentação: _____

b) Aceitação da dieta? _____

() apetite preservado () apetite diminuído () apetite aumentado () apetite ausente

c) Quantos copos de água ingere por dia? _____

d) Problemas

() dificuldade para deglutição () náusea () disfagia () anadontia

e) Peso: ____ Kg f) Altura: ____ m g) IMC: ____ Kg/m² _____

h) Abdome

() plano () globoso () distendido () flácido () tenso () timpânico

() maciço/submaciço () RHA presentes () RHA ausentes () RHA aumentados

() RHA diminuídos () Indolor () Doloroso: () palpação () sem palpação

() náuseas () êmese

- Eliminações

a) Eliminação intestinal:

() presente. Características das fezes: _____ () ausente. Quantos dias? ____

() diarreia () constipação () uso de fraldas () ostomia _____

b) Eliminação urinária:

() presente. Características _____ () ausente. Quantos dias? ____
 () SVD () SVA () uso de fraldas () comadre/papagaio () vaso sanitário
 () Incontinência _____ () Retenção () Hematúria () Piúria

- Sexualidade

a) mantém relações sexuais? () Não () Sim. () único parceiro () múltiplos parceiros
 () ausente. Motivo: _____ () presente. Problema: _____

b) Aparelho Genital

Feminino: () Sem Alteração () Leucorréia () Odor () Prurido () Lesões

() Candidíase () Outros _____

() Ciclo menstrual _____

() Menopausa _____

() Climatério _____

Masculino: () Sem Alteração () Edema () Lesões () Fimose () Infecção

() Secreção () Outros _____

Períneo: () Sem Alteração () Hiperemia () lesão: _____

- Higiene

a) Corporal: () satisfatória () insatisfatória

() independente () parcialmente dependente () totalmente dependente

b) Oral: () satisfatória () insatisfatória

() independente () parcialmente dependente () totalmente dependente

c) Íntima: () satisfatória () insatisfatória

() independente () parcialmente dependente () totalmente dependente

d) Roupas: () satisfatória () insatisfatória

- Aparelho Respiratório

() Frequência respiratória: _____ irpm SpO2: _____%

() eupneia () bradpneia () taquipneia () dispneia () suplementação de O2

() tiragem intercostal () batimento da asa do nariz

Ausculata Pulmonar

Ápice D: _____ Base D: _____

Ápice E: _____ Base E: _____

Traquéia: _____

() Abaulamento () Retração () Ortopnéia () Eupnéia

Ictus cordis: () visível () palpável

Tipo de tórax: () Normal () Tonel- Barril () Funil () Peito de pombo

Expansibilidade torácica: () Normal () Reduzida

Frêmito toracovocal: () Normal () Aumentado () Reduzido

Tosse: () Não () Sim Especificar: _____

- Aparelho Cardiovascular

Frequência cardíaca: _____ bpm PA: _____ mmHg () marcapasso

Ausculata Cardíaca

Aórtico: _____ Pulmonar: _____

Tricúspide: _____ Mitral: _____

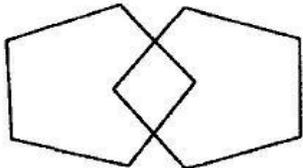
Ponto de ERB: _____ Ictus Cordis: _____

- Avaliação Neurológica e de Memória

Nível de consciência: Glasgow: _____

- () Consciente () Confuso () Letárgico () Sonolento
- Avaliação pupilar:
- () Fotorreativas () Não fotorreativas () Isocóricas () Anisocóricas
- () Midríase () Miose () Média Centrada () Puntiforme

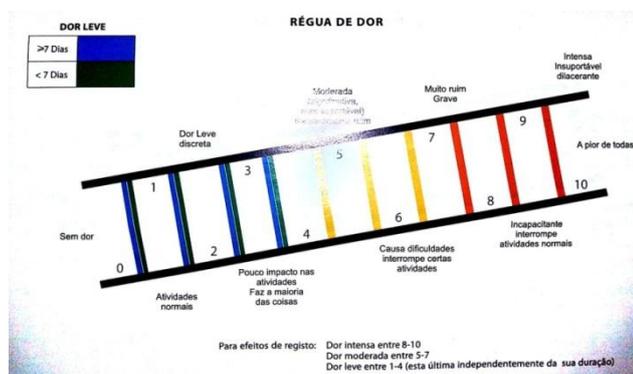
- Avaliação do Estado Mental (usar Escala de Folstein)

Mini Exame do Estado Mental de Folstein	Pontos
1. Orientação temporal	
Ano	1
Semestre/hora aproximada	1
Mês	1
Dia	1
Dia da Semana	1
2. Orientação espacial	
Estado	1
Cidade	1
Bairro	1
Rua	1
Local	1
3. Repetição	
Carro	1
Vaso	1
Tijolo	1
4. Atenção e cálculo (1 ponto para cada acerto)	
100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65 (0 a 5 pontos) OU	
Soletrar inversamente a palavra MUNDO = O D N U M (0 a 5 pontos)	
5. Memorização (Repetir as 3 palavras anteriores)	
Carro	1
Vaso	1
Tijolo	1
6. Linguagem e nomeação	
Relógio	1
Caneta	1
7. Linguagem e repetição	
NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem e ordem	
Pegue o papel com a mão direita	1
Dobre ao meio	1
Coloque no chão	1
9. Linguagem, leitura e execução	
FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem e escrita	
	1
11. Linguagem e cópia	
	1
Total	

- Avaliação de Dor (usar Régua de dor)

a) Dor () Não () Sim. Local: _____ Score: _____
 Tempode dor: _____

Régua de Dor



1.3 PERCEPÇÃO

- a) Já esteve nesta unidade outras vezes? () Não () Sim. Qual(is) motivo(s)? _____

- b) Qual sua impressão desta internação? _____

- c) O que espera desta unidade? _____

- d) Quais seus sentimentos nesta internação? _____

- e) Por que acha que está doente? _____

- f) O que sabe sobre sua doença? _____

- g) O que sabe sobre seu tratamento? _____

1.4 SELF E IMAGEM CORPORAL

- a) Gostaria de mudar algo em você? _____

1.5 ESPAÇO E TEMPO

- a) O que você acha de estar em um local com outros pacientes? _____

- b) Como você vê sua recuperação? _____

- c) O que você acha do seu estado de saúde/doença atual? _____

- d) Atividades de lazer: _____

BLOCO II - SISTEMA INTERPESSOAL

2.1 INTERAÇÕES HUMANAS

a) Há a presença de acompanhante/cuidador? Se sim, qual parentesco?

b) Você sabe quem são os profissionais que cuidam de você?

c) O que espera do atendimento da equipe?

d) Como se relaciona com os profissionais?

Nutricionista: _____

Copeira: _____

Enfermeiro: _____

Técnico/auxiliar de enfermagem: _____

Médico: _____

Outros: _____

e) Composição do núcleo familiar com o qual vive:

f) Como é seu relacionamento familiar: _____

g) Família sabe que está doente: _____

2.2 PAPEL

a) Qual o seu Papel no núcleo familiar:

2.3 COMUNICAÇÃO

a) tipo: () Verbal () Não verbal

b) Você compreende o que é transmitido? () Não () Sim.

2.4 ESTRESSE

Você está preocupado com alguma situação cotidiana devido a hospitalização? () Não () Sim. _____

2.5 DEFINIÇÃO DE METAS

a) Você participa/participou na definição das metas do seu cuidado? () Não () Sim.

b) colaboração para o alcance de metas

() participativo () significativo () sem significado () indiferente

c) Tem expectativas para sua alta (para onde vai, quem vai cuidar, como se imagina futuramente)? () Não () Sim. _____

BLOCO III - SISTEMA SOCIAL

(organização, autoridade, *status* e poder de decisão)

a) Mora em residência própria? () Sim () Não _____

b) Reside com outras pessoas? () Sim () Não _____

c) Área urbana () Área Rural () Outra _____

d) Saneamento básico:

() água tratada () esgoto () energia elétrica () coleta de lixo

10. ANEXO

10.1 Anexo 1 - Termo de Anuência da Instituição Coparticipante



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

O Superintendente de Saúde da Região Leste, Sr. **Carlo Henrique Goretti Zanetti** e a Chefe de Enfermagem, Sra. **Vanderleia Lauro Veríssimo** estão de acordo com a realização, na Sala Vermelha da Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião, da pesquisa **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS NA SALA VERMELHA DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DE IMOGENE KING**, de responsabilidade da pesquisadora **Simone Souza Nascimento**, com a finalidade **Pesquisa de Mestrado**, em pacientes da SES/DF, com previsão de início em 01/08/2016.

O estudo envolve:

- (SIM) realização de entrevistas;
- (NÃO) administração de medicamentos;
- (NÃO) procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- (NÃO) exames laboratoriais ou de imagem;
- (SIM) pesquisa em prontuários;
- (NÃO) outro: _____

A pesquisadora responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - e **está ciente que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.**

Brasília, 05/05/2016.

Pesquisador responsável: Simone Souza Nascimento
Assinatura

Representante da SES-DF ou EV: _____
Assinatura/carimbo

Carlo Henrique Goretti Zanetti
Carlo Henrique Goretti Zanetti
Superintendente/Região Saúde Leste
SES/DF - Matr. 1.074.177-3
13.06.16

Chefia responsável pela Unidade: _____
Assinatura/carimbo

Vanderleia L. Verissimo
Vanderleia L. Verissimo
Coordenadora
CEPEM-DF 4009507

10.2 Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do CEP 1.760.638



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS NA SALA VERMELHA DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DE IMOGENE KING

Pesquisador: SIMONE SOUZA NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57475916.8.0000.0030

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.760.638

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo apresentado na Plataforma Brasil (PB): "A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. No Distrito Federal, a definição da prioridade destes atendimentos ocorre de forma sistematizada pela aplicação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, determinando assim o atendimento do paciente. O objetivo deste estudo é determinar os diagnósticos de enfermagem a pacientes admitidos na Sala Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento fundamentado no referencial teórico de Imogene King. Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal. Será realizado na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião, com os pacientes classificados como laranja e/ou vermelho admitidos na Sala Vermelha. O estudo não apresenta risco para os participantes e seus resultados poderão contribuir na expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem na emergência".

Em relação a hipótese, a pesquisadora responsável afirma: "Trabalhando em uma UPA, foi possível notar que a maioria da equipe de enfermagem encontra-se despreparada para o atendimento qualificado ao cliente, seja por inexperience profissional ou por inexperience nesta especialidade. A ausência do Processo de Enfermagem nesta unidade pode ser um dos motivos de prejuízo a



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuação do Parecer: 1.760.638

assistência holística ao cliente, uma vez que a maior parte da assistência prestada está pautada na subserviência e execução de técnicas de enfermagem prescritas pelo profissional médico, muitas vezes como rotina. Considerando a demanda do referido local e possível perceber que os indivíduos com maior prioridade ou gravidade, são encaminhados para atendimento ou acompanhamento da evolução da Sala Vermelha, uma dependência da unidade. Assim sendo, a motivação para realizar este estudo, deu-se pela observação da necessidade crescente de implantação da SAE, com vistas a estabelecer planos de cuidados integrals e individualizados aos clientes atendidos e/ou admitidos na Sala Vermelha, classificados como "Muito Urgente" (Laranja) e "Emergência" (Vermelho), conforme o Sistema Manchester de Classificação de Risco. A fim de reforçar a cientificidade de enfermagem surgiu o interesse em estudar a temática proposta à luz da Teoria de Imogene King. A escolha da teoria se fez necessária, considerando que o cliente é um sistema individual, em interação com outros indivíduos e com o ambiente, e que estas interações podem interferir, tanto positiva quanto negativamente, no processo de recuperação. Além disso, a teoria enfatiza a necessidade de investigar e motivar a potencialidade do cliente para agir como protagonista em seu tratamento e a participação do mesmo no processo estabelecimento e alcance de metas, com vistas ao cuidado holístico e humanizado ao mesmo. Assim, questiona-se: Quais diagnósticos de enfermagem são mais prevalentes em indivíduos de alta prioridade atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento a luz os princípios da Teoria de King?".

A pesquisadora responsável identifica os seguintes critérios de inclusão: "Idade de 18 anos ou mais"; "atendimento pela Clínica Médica"; "admissão ou encaminhamento para atendimento na Sala Vermelha"; "ter classificação de risco laranja ou vermelha"; "estar consciente e orientado, ou ter responsável maior de 18 anos que possa responder aos questionamentos"; "expressar o aceite de participação como sujeito da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, por assinatura do Termo de consentimento livre esclarecido (Anexos 1 e 2)"; "permanência mínima na UPA de três horas, a contar da abertura da guia de atendimento emergencial (GAET)". Em relação aos critérios de exclusão, a pesquisadora menciona: "ser portador de quadro demencial"; "ser admitido na UPA para cuidados paliativos"; "pacientes com perfil de inclusão que necessitarem ser removidos para unidade hospitalar com urgência".

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o objetivo é:

Objetivo Primário:

"Determinar os diagnósticos de enfermagem a pacientes admitidos na Sala Vermelha de uma



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1047

E-mail: cep@unb@unb.com

Página 01 de 14



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS NA SALA VERMELHA DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DE IMOGENE KING

Pesquisador: SIMONE SOUZA NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57475916.8.0000.0030

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.760.638

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo apresentado na Plataforma Brasil (PB): "A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. No Distrito Federal, a definição da prioridade destes atendimentos ocorre de forma sistematizada pela aplicação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco, determinando assim o atendimento do paciente. O objetivo deste estudo é determinar os diagnósticos de enfermagem a pacientes admitidos na Sala Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento fundamentado no referencial teórico de Imogene King. Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal. Será realizado na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião, com os pacientes classificados como laranja e/ou vermelho admitidos na Sala Vermelha. O estudo não apresenta risco para os participantes e seus resultados poderão contribuir na expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem na emergência".

Em relação a hipótese, a pesquisadora responsável afirma: "Trabalhando em uma UPA, foi possível notar que a maioria da equipe de enfermagem encontra-se despreparada para o atendimento qualificado ao cliente, seja por inexperience profissional ou por inexperience nesta especialidade. A ausência do Processo de Enfermagem nesta unidade pode ser um dos motivos de prejuízo a



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1047

E-mail: cep@unb@unb.com

Página 01 de 14



Contribuição do Pesquisador: 1.700,000

Identificada como Instituição coparticipante. O cronograma de execução apresentado na PB prevê realização da pesquisa no período de 21/05/2016 a 16/02/2017, sendo que o início da etapa de coleta dos dados está prevista para 1/8/2016. O valor total do orçamento financeiro descrito na PB é de R\$ 827,00, que serão custeados pela própria pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados e analisados para emissão deste parecer:

- 1) Informações básicas do projeto: "PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_714736.pdf", postado em 16/02/2016
- 2) Folha de rosto assinada pela diretora da FSI/UNB, Maria Fatima de Sousa: "folha_de_rosto_assinada.pdf", postado em 30/06/2016
- 3) Projeto detalhado: "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", postado em 16/08/2016
- 4) Currículo Lattes das pesquisadoras Cristine Alves Costa de Jesus e Simone Souza Nascimento: "curriculo_orientadora.pdf", "curriculo.docx", postados em 30/06/2016 e 22/06/2016, respectivamente
- 5) Termo de compromisso da pesquisadora responsável: "Termo_de_responsabilidade_compromisso_ASSINADO.pdf", postado em 22/06/2016
- 6) Carta de encaminhamento de projeto ao CEP assinada pela pesquisadora responsável e pela orientadora: "Carta_encaminhamento_ASSINADA.pdf", postado em 22/06/2016
- 7) Termo de concordância e participação de Instituição coparticipante, com assinaturas e carimbos do "Superintendente de Saúde da Região Leste", Caio Henrique Goretti Zanetti, da "Chefe de Enfermagem", Vanderleia Lauro Veríssimo: "Termo_de_Anuencia_ASSINADO.pdf", postado em 22/06/2016
- 8) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: "TCLE_CORRECOES_CEP.docx", postado em 16/02/2016
- 9) Carta para encaminhamento de pendências: "CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1665367.docx", postado em 16/02/2016

Foram apresentados os seguintes documentos como respostas ao parecer consubstanciado No 1.744.639: "PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_714736.pdf" de 28/09/2016 com alterações solicitadas; "CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1744639.docx" de 28/09/2016 informando o documento e onde foram feitas as alterações; "resposta_CEP_FS_UNB.jpg" de 28/09/2016;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Águas Nôas Município: BRASÍLIA CEP: 70190-000
UF: DF Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 03 de 14



Contribuição do Pesquisador: 1.700,000

Unidade de Pronto Atendimento fundamentado no referencial teórico de Imogene King".

Objetivo Secundário:

• Descrever o perfil sociodemográfico da amostra selecionada para o estudo. • Levantar características clínicas e epidemiológicas da amostra selecionada para o estudo. • Descrever os fluxogramas de Classificação de Risco mais frequentes. • Determinar os Diagnósticos de Enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA-I na clientela estudada. • Listar e descrever as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes. • Discutir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra estudada".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, a pesquisadora afirma: "Os riscos para esta pesquisa, caso ocorram, estarão relacionados ao desconforto em participar da mesma. Neste caso, o entrevistador realizará uma pausa, com retorno a mesma quando o participante se sentir a vontade. O entrevistado, ainda, poderá desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao seu tratamento atual ou futuro na referida Instituição de saúde".

Os benefícios identificados pela pesquisadora são: "O benefício desta pesquisa destaca-se por contribuir na expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem, destacando a participação de enfermeiros na construção de práticas de saúde através da união entre o conhecimento teórico-científico e a prática, proporcionando uma assistência integral, holística, humanizada e individual aos pacientes atendidos em unidades emergenciais, além de esclarecer dúvidas e reconhecer melhor as dificuldades sobre a temática pesquisada. Ainda, por sua característica diagnóstica, poderá embasar estudos futuros para a elaboração de protocolos que favoreçam a assistência ao doente nas unidades de emergência, bem como favorecer a elaboração de protocolos que uniformizem e facilitem a prática de enfermagem nesta, e até mesmo em outras, unidades de atendimento a emergência, de forma a garantir a assistência integral, holística e humanizada aos indivíduos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de segunda versão de projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da aluna Simone Souza Nascimento, realizado sob orientação da Profa. Cristine Alves Costa de Jesus. De acordo com a pesquisadora, "Estudo de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal". A Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Águas Nôas Município: BRASÍLIA CEP: 70190-000
UF: DF Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 03 de 14

"assistência integral, holística, humanizada e individual" preconizada pela pesquisadora? O que a pesquisadora poderá fazer para que os participantes da pesquisa vivenciem tal assistência? Permanecem sem respostas. Solicita-se, então, esclarecer se haverá algum benefício direto ao participante da pesquisa.
PENDENCIA NÃO ATENDIDA.

ANÁLISE DA RESPOSTA AS PENDÊNCIAS EMITIDAS PELO PARECER CONSUBSTANCIADO NO 1.744.639:

Foi apresentado o seguintes Benefícios no projeto da plataforma Brasil e no detalhado: "O benefício desta pesquisa destaca-se por contribuir na expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem, destacando a participação de enfermeiros na construção de práticas de saúde através da união entre o conhecimento teórico-científico e a prática, proporcionando uma assistência integral, holística, humanizada e individual aos pacientes atendidos em unidades emergenciais, além de esclarecer dúvidas e reconhecer melhor as dificuldades sobre a temática pesquisada. Por sua característica diagnóstica, este estudo não oferecerá benefícios diretos ao participante. Com o intuito de conhecer a clientela que tem buscado este serviço, será possível, após conhecer este perfil, sugerir estudos futuros para a elaboração de protocolos e uniformização das práticas que favoreçam a assistência ao doente nas unidades de emergência, bem como favorecer a elaboração de protocolos que uniformizem e facilitem a prática de enfermagem nesta, e até mesmo em outras, unidades de atendimento a emergência, de forma a garantir a assistência integral, holística e humanizada aos indivíduos. No entanto, isto não torna a pesquisa inviável, uma vez que uma prática de qualidade pode ser melhor oferecida conhecendo e lidando com as características do setor. Logo, os benefícios estarão relacionados a melhoria do serviço para atendimentos futuros, dos indivíduos que o buscarem, sejam estes os participantes ou não desta pesquisa". **PENDENCIA ATENDIDA.**

3) No projeto detalhado, a pesquisadora afirma: "Trabalhando em uma UPA, foi possível notar que a maioria da equipe de enfermagem encontra-se despreparada para o atendimento qualificado ao cliente, seja por inexperiência profissional ou por inexistência nesta especialidade. A ausência do Processo de Enfermagem nesta unidade pode ser um dos motivos de prejuízo a assistência holística ao cliente [...]". Solicita-se esclarecer se haverá algum benefício da pesquisa aos profissionais que integram a "equipe de enfermagem" na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião. **RESPOSTA:** Correção realizada: projeto na Plataforma Brasil na aba "4. Detalhamento do Estudo", item "Benefícios"; projeto detalhado, anexado na Plataforma Brasil como arquivo anexado na Plataforma Brasil como arquivo

"TCLE_CORRECOES_CEP.docx" de 28/09/2016;
"PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx" de 28/09/2016.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas as pendências apontadas no parecer no 1.655.367:

1) Os valores totais do orçamento financeiro apresentados no projeto da PB, no projeto detalhado e na planilha orçamentária são diferentes. Solicita-se uniformizar.
RESPOSTA: O orçamento financeiro foi corrigido e está uniforme nos três locais que se seguem: projeto na Plataforma Brasil, conforme mostra imagem anexada como "ORCAMENTO_PB_CORRECOES_CEP.jpg"; projeto detalhado, anexado na Plataforma Brasil como arquivo "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", Topico 6. Orçamento, página 16; orçamento, anexado na Plataforma Brasil como arquivo "ORCAMENTO_CORRECOES_CEP.docx" ANÁLISE: A pesquisadora uniformizou os valores totais do orçamento financeiro apresentados no projeto da PB, no projeto detalhado e na planilha orçamentária.
PENDENCIA ATENDIDA.

2) Solicita-se esclarecer se haverá algum benefício direto ao participante da pesquisa, uma vez que a própria pesquisadora afirma que a pesquisa irá contribuir para "uma assistência integral, holística, humanizada e individual ao paciente atendido em unidades emergenciais [...]". De que forma os participantes da pesquisa terão acesso a essa "assistência integral, holística, humanizada e individual" preconizada pela pesquisadora? O que a pesquisadora poderá fazer para que os participantes da pesquisa vivenciem tal assistência?

RESPOSTA: Correção realizada: projeto na Plataforma Brasil na aba "4. Detalhamento do Estudo", item "Benefícios"; projeto detalhado, anexado na Plataforma Brasil como arquivo "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", Topico 6. Viabilidade técnica de execução do projeto, página 17, item 6.1.1.1.1.1.

ANÁLISE: A pesquisadora cita uma variedade de benefícios indiretos da pesquisa, por exemplo: "contribuir na expansão do conhecimento", "proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem", "embasar estudos futuros para a elaboração de protocolos", etc. No entanto, NÃO ESCLARECE SE HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO DIRETO ao participante da pesquisa. As perguntas realizadas na pendência anterior (De que forma os participantes da pesquisa terão acesso a essa



Contribuição do Pensador: 1.700,000

acontecerá apenas após a estabilização da queixa e do quadro clínico do mesmo, de modo a prevenir incômodos ou qualquer outra situação indesejável que possa ocorrer em decorrência da abordagem precoce deste indivíduo. Para tal segurança, estabeleceu-se um período mínimo de permanência do cliente na unidade de três horas. - PENDÊNCIA ATENDIDA.

5) Como critério de inclusão, a pesquisadora afirma: "estar consciente e orientado, ou ter responsável maior de 18 anos que possa responder aos questionamentos". De acordo com a Resolução n. 466/12 (item IV.6, subitem b), "em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em SITUAÇÃO DE SUBSTANCIAL DIMINUIÇÃO EM SUA CAPACIDADE DE DECISÃO [...] deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade". Solicita-se esclarecer como esse "direito de informação" será assegurado.

RESPOSTA: 5) Correção realizada; projeto na Plataforma Brasil na aba "4 Detalhamento do Estudo", item "Critério de Inclusão"; projeto detalhado, anexado na Plataforma Brasil como arquivo "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", Sub-tópico 3.3 População e amostra, página 10, quinto parágrafo, quinto marcador.

ANÁLISE: Segundo a pesquisadora, um dos critérios de inclusão e "ter classificação de risco laranja ou vermelha". No projeto detalhado, a pesquisadora afirma: "[...] a motivação para realizar este estudo, deu-se pela observação da necessidade crescente de implantação da SAE, com vistas a estabelecer planos de cuidados integrals e individualizados aos CLIENTES ATENDIDOS E/OU ADMITIDOS NA SALA VERMELHA, CLASSIFICADOS COMO "MUITO URGENTE" (LARANJA) E "EMERGENCIA" (VERMELHO), conforme o Sistema Manchestor de Classificação de Risco". De acordo com a Resolução n. 466/12 (item II.25), vulnerabilidade e o "estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. Com base no exposto, o participante desta pesquisa é um indivíduo vulnerável, o que torna imprescindível um adequado processo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisadora afirma que um dos critérios de inclusão e "estar consciente e orientado, OU TER RESPONSABILIDADE/REPRESENTANTE LEGAL QUE ACEITE RESPONDER AOS QUESTIONAMENTOS E AUTORIZAR A REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM após esclarecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa". Solicita-se esclarecer se a pesquisa

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3101-1947 E-mail: capfurb@gmail.com

Página 08 de 14



Contribuição do Pensador: 1.700,000

"PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", Tópico 5. Viabilidade técnica de execução do projeto, página 17, quarto parágrafo.

ANÁLISE: De acordo com a pesquisadora, a pesquisa poderá "favorecer a elaboração de protocolos que uniformizem e facilitem a prática de enfermagem nesta, e até mesmo em outras, unidades de atendimento a emergência [...]". PENDÊNCIA ATENDIDA.

4) Em relação aos riscos, a pesquisadora afirma: "Esta pesquisa não apresentará riscos para os sujeitos [...]". Com base na Resolução n. 466/12, "toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graus variados". Dessa forma, solicita-se a correção do referido trecho com a apresentação dos potenciais desconfortos e riscos, bem como das medidas que serão empregadas para minimizar os seus efeitos. Substituir sujeito por participante de pesquisa.

RESPOSTA: 4) Correção realizada; projeto na Plataforma Brasil na aba "4 Detalhamento do Estudo", item "Riscos"; projeto detalhado, anexado na Plataforma Brasil como arquivo "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", Tópico 5. Viabilidade técnica de execução do projeto, página 17, segundo parágrafo.

ANÁLISE: De acordo com a pesquisadora, "Os riscos para esta pesquisa, caso ocorram, estarão relacionados ao desconforto em participar da mesma". Quais desconfortos? Com base na Resolução n. 466/12 (item IV.3, subitem b), e preciso explicitar os desconfortos decorrentes da participação na pesquisa. Além disso, tendo em vista as características da amostra que será estudada ("admissão ou encaminhamento para atendimento na Sala Vermelha"), a pesquisa não possui um "desconforto" apenas. Solicita-se, novamente, apresentação detalhada dos potenciais desconfortos e riscos, bem como das medidas que serão empregadas para minimizar os seus efeitos. PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

ANÁLISE DA RESPOSTA: AS PENDÊNCIAS EMITIDAS PELO PARECER CONSUBSTANCIADO NO 1.744.639: Foi apresentado os seguinte riscos nos projetos da plataforma e no detalhado e que atendem a solicitação:

"Os riscos para esta pesquisa, caso ocorram, estarão relacionados ao desconforto e/ou constrangimento em participar da mesma. Neste caso, o entrevistador realizará uma pausa, com retorno a mesma quando o participante se sentir a vontade. O entrevistado, ainda, poderá desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao seu tratamento atual ou futuro na referida instituição de saúde. Tendo em vista a ocasião de abordagem do participante ser durante sua estada na Sala Vermelha, fica esclarecido que o convite para participação da mesma

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3101-1947 E-mail: capfurb@gmail.com

Página 07 de 14



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Contribuição do Pensador: 1.744.639

podera envolver pessoas inconscientes ou incapazes de expressar o seu consentimento. Se sim, solicita-se apresentar TCLE destinado ao representante legal do participante da pesquisa. **PENDENCIA NAO A TENDIDA.**

ANALISE DA RESPOSTA AS PENDENCIAS EMITIDAS PELO PARECER CONSUBSTANCIADO NO 1.744.639: os fatos solicitados foram incluídos nos critérios, apresentados no projeto da plataforma e no detalhado:

Critério de Inclusão:

Os critérios para inclusão dos sujeitos serão: • idade de 18 anos ou mais; • atendimento pela Clínica Médica; • admissão ou encaminhamento para atendimento na Sala Vermelha; • ter classificação de risco laranja ou vermelha; • estar consciente e orientado (a); • não ser portador de incapacidade intelectual, ou qualquer outra incapacidade que possa interferir em sua capacidade de tomada de decisão; • expressar o aceite de participação como sujeito da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, por assinatura do Termo de consentimento livre esclarecido; • permanência mínima na UPA de três horas, a contar da abertura da Guia de Atendimento Emergencial (GAE). Somente serão admitidos como participantes da pesquisa os indivíduos que apresentarem, todos os critérios de inclusão acima descritos.

Critério de Exclusão:

Os critérios para exclusão dos sujeitos na amostra serão: • ser portador de quadro demencial, ou qualquer outra incapacidade que possa influenciar em sua capacidade de tomada de decisão; • estar/ser inconsciente; • ser admitido na UPA para cuidados paliativos; • pacientes com perfil de inclusão que necessitem ser removidos para unidade hospitalar com urgência.

PENDENCIA ATENDIDA.

6) Em relação ao TCLE:

6.1) Em relação ao parágrafo: "O objetivo desta pesquisa é saber quais diagnósticos de enfermagem em indivíduos de alta prioridade atendidos em Unidade de Pronto Atendimento [...]". De acordo com a Resolução n. 456/12 (item IV.5, subitem b), o TCLE deve ser "de fácil leitura e compreensão". Dessa forma, solicita-se descrever o objetivo da pesquisa de forma clara e adequada, bem como substituir expressões mais técnicas como "princípios da Teoria de King" e "Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA".

RESPOSTA: As correções referentes a este item, foram realizadas nos arquivos "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3101-1947 E-mail: capfsc@unb@gmail.com

Página 12 de 14



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Contribuição do Pensador: 1.740.030

Eslarecido – TCLE, página 22, e "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" com os parágrafos descritos nos referentes subitens que seguem: 6.1) segundo parágrafo; 6.2) quinto e sexto parágrafos; 6.3) sexto parágrafo; 6.4) terceiro parágrafo; 6.5) quarto parágrafo.

ANALISE: Novamente, de acordo com a Resolução n. 456/12 (item IV.5, subitem b), o TCLE deve ser "de fácil leitura e compreensão". O parágrafo do TCLE que se refere aos objetivos da pesquisa e praticamente o mesmo da versão anterior. Solicita-se que a redação do referido parágrafo seja alterada, de modo que o objetivo da pesquisa seja apresentado de forma clara, simples e direta.

PENDENCIA NAO ATENDIDA.

ANALISE DA RESPOSTA AS PENDENCIAS EMITIDAS PELO PARECER CONSUBSTANCIADO NO 1.744.639: Foi apresentado "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" de 28/05/2016 com as devidas correções. **PENDENCIA ATENDIDA.**

6.2) Em relação ao trecho: "Neste caso, podera desistir da participacao a qualquer momento sem nenhum prejuizo a seu tratamento". Solicita-se complementar o referido trecho com a garantia de que não haverá "prejuizo a seu tratamento" atual ou futuro na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião.

RESPOSTA: As correções referentes a este item, foram realizadas nos arquivos "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, página 22, e "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" com os parágrafos descritos nos referentes subitens que seguem: 6.1) segundo parágrafo; 6.2) quinto e sexto parágrafos; 6.3) sexto parágrafo; 6.4) terceiro parágrafo; 6.5) quarto parágrafo.

ANALISE: A pesquisadora acrescentou os seguintes trechos: 1) "A sua participação não aumenta e nem diminui seus direitos ao tratamento atual ou futuro na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião.

Nada em seu tratamento será comprometido com a sua participação na pesquisa"; 2) "Caso você fique constrangido ou incomodado, podera solicitar a suspensão ou cancelamento da mesma, sem nenhum prejuizo ao seu tratamento atual ou futuro na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião. A duração será de aproximadamente 40 a 60 minutos, para sua realização".

PENDENCIA ATENDIDA.

6.3) Em relação ao trecho: "Se voce aceitar participar, estara contribuindo para a expansao do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da pratica clinica da enfermagem, proporcionando uma assistencia integral, holistica, humanizada e individual ao paciente atendido em unidades emergenciais, alem de esclarecer duvidas e reconhecer melhor as dificuldades sobre

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3101-1947 E-mail: capfsc@unb@gmail.com

Página 13 de 14



Contribuição do Pesquisador: 1.700,03\$

importante porque pode ajudar no atendimento mais eficaz para o senhor, caso necessite novamente, e até mesmo de outras pessoas que chegam à unidade com queixas e sintomas semelhantes com os seus. Sua participação não é obrigatória. Estou lhe fazendo um convite. Então, fique claro, que o (a) senhor (a) terá o melhor atendimento possível, mesmo se não aceitar participar. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

6.5) Em relação ao trecho: "A sua participação se dará por meio de aceitação em responder a entrevista e da realização da consulta de enfermagem". De acordo com a Resolução n. 466/12 (item IV.3, subitem a), o TCLE deve, necessariamente, conter "os procedimentos que serão utilizados na pesquisa". Solicita-se esclarecer ao participante de pesquisa, de forma clara e adequada, como será a "consulta de enfermagem". **RESPOSTA:** As correções referentes a este item, foram realizadas nos arquivos "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, página 22, e "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" com os parágrafos descritos nos referentes subitens que seguem: 6.1) segundo parágrafo; 6.2) quinto e sexto parágrafos; 6.3) sexto parágrafo; 6.4) terceiro parágrafo; 6.5) quarto parágrafo.

ANÁLISE: A pesquisadora incluiu o seguinte trecho: "A consulta de enfermagem é uma série de procedimentos para avaliação do seu estado geral, e inclui a aferição da sua pressão arterial e temperatura, a ausculta do seu coração, pulmão e abdômen, a avaliação da sua pele, entre outros procedimentos simples e não invasivos". **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

7) Solicita-se inserir a UPA como instituição coparticipante na Plataforma Brasil, por meio do CNPJ, confirmando vínculo com o 5553 - Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF, para que, uma vez aprovado pelo CEP/IFS, possa ser automaticamente replicado naquele CEP para apreciação. **RESPOSTA:** A Unidade Pronto Atendimento de São Sebastião já está inserida na Plataforma Brasil, na aba "5 Outras Instituições", subitem "Instituição Coparticipante". E uma instituição vinculada ao CNPJ 00.394.700/0001-08 - Secretaria de Saúde do Distrito Federal, como mostra a imagem anexada na Plataforma "COPARTICIPANTE.jpg".

ANÁLISE: De fato, a Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião consta na lista de centros participantes e coparticipantes da PB, mas não o vínculo com o 5553 - Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF. Dessa forma, solicita-se incluir na PB vínculo com o 5553 - Comitê de Ética em Pesquisa - FEPECS/SES-DF, para que, uma vez aprovado pelo CEP/IFS, possa ser automaticamente replicado naquele CEP para apreciação.

Evidência: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfunt@gmail.com

Página 12 de 14



Contribuição do Pesquisador: 1.700,03\$

a temática pesquisada". Dessa forma, solicita-se descrever os benefícios da pesquisa de forma clara e adequada, bem como substituir expressões mais técnicas como "assistência integral, holística, humanizada". **RESPOSTA:** As correções referentes a este item, foram realizadas nos arquivos "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, página 22, e "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" com os parágrafos descritos nos referentes subitens que seguem: 6.1) segundo parágrafo; 6.2) quinto e sexto parágrafos; 6.3) sexto parágrafo; 6.4) terceiro parágrafo; 6.5) quarto parágrafo.

ANÁLISE: A pesquisadora modificou o trecho solicitado ("Se voce aceitar participar, estara contribuindo para a expansao do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da pratica clinica da enfermagem. Isto significa que uma equipe mais treinada podera atender a pacientes como o(a) Senhor (a), atendidos em unidades emergenciais, com mais qualidade, conforto, segurança e agilidade. Além disso, sera possível ao(a) Senhor(a), bem como a equipe de enfermagem, esclarecer duvidas e reconhecer melhor as dificuldades que ainda se apresentam nos atendimentos de emergencia"). **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

6.4) De acordo com a Resolução n. 466/12 (item IV.3, subitem c), o TCLE deve, necessariamente, conter "esclarecimentos sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa". Acrescentar essa informação.

RESPOSTA: As correções referentes a este item, foram realizadas nos arquivos "PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx", ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, página 22, e "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" com os parágrafos descritos nos referentes subitens que seguem: 6.1) segundo parágrafo; 6.2) quinto e sexto parágrafos; 6.3) sexto parágrafo; 6.4) terceiro parágrafo; 6.5) quarto parágrafo.

ANÁLISE: Não foi possível identificar no parágrafo especificado pela pesquisadora ("6.4) terceliro paragrafo") nenhum trecho referente a "forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa", conforme estabelecido na Resolução n. 466/12 (item IV.3, subitem c). **PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.**

ANÁLISE DA RESPOSTA AS PENDÊNCIAS EMITIDAS PELO PARECER CONSUBSTANCIADO NO 1.744.639:

Foi modificado o seguinte parágrafo no "TCLE_CORRECOES_CEP.doc" de 28/09/2016: Nesta pesquisa não será realizado a elaboração de um plano de cuidados. Entretanto, esta ainda é

Evidência: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfunt@gmail.com

Página 13 de 14

PENDENCIA NAO ATENDIDA

ANÁLISE DA RESPOSTA AS PENDÊNCIAS EMITIDAS PELO PARECER CONSUBSTANCIADO NO 1.744.639:

No projeto da Plataforma Brasil, consta a vinculação solicitada. PENDENCIA ATENDIDA.

CONCLUSÃO: Não existem óbices éticos. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

A realização das atividades do projeto na Instituição coparticipante está condicionada a aprovação pelo CEP responsável, o CEP FEPECS. De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Orçamento	ORCAMENTO_CORRECOES_CEP.doc	16/08/2016 20:33:07	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	curriculo_orientadora.pdf	30/05/2016 15:44:49	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Fólia de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	30/06/2016 07:58:47	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	curriculo.docx	22/06/2016 13:05:54	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	Termo_de_Anuencia_ASSINADO.pdf	22/06/2016 13:08:27	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	anuencia.doc	22/06/2016 13:03:31	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	Termo_de_responsabilidade_compromisso_ASSINADO.pdf	22/06/2016 13:01:55	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	TermoRespCompromPesq.doc	22/06/2016 13:01:21	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	Carta_encaminhamento_ASSINADA.pdf	22/06/2016 13:00:25	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	cartaencaminhprojeto.doc	22/06/2016 12:59:57	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 04 de Outubro de 2016

Assinado por:
Kella Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_714736.pdf	28/09/2016 22:24:13		Acerto
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1_744639.docx	28/09/2016 22:23:21	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	resposta_CEP_FS_UNB.jpg	28/09/2016 22:21:24	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_CORRECOES_CEP.doc	28/09/2016 22:20:45	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRECOES_CEP.docx	28/09/2016 22:20:30	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Outros	COPARTICIPANTE.jpg	16/08/2016 20:34:54	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto
Orçamento	ORCAMENTO_PB_CORRECOES_CEP.jpg	16/08/2016 20:33:47	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Acerto

10.3 Anexo 3 - Parecer Consubstanciado do CEP 1.861.232



Continuação do Parecer: 1.861.232

assistência holística ao cliente, uma vez que a maior parte da assistência prestada está pautada na subsistência e execução de técnicas de enfermagem prescritas pelo profissional médico, muitas vezes como rotina. Considerando a demanda do referido local e possível perceber que os indivíduos com maior prioridade ou gravidade, são encaminhados para atendimento ou acompanhamento da evolução da Sala Vermelha, uma dependência da unidade. Assim sendo, a motivação para realizar este estudo, deu-se pela observação da necessidade crescente de implantação da SAE, com vistas a estabelecer planos de cuidados integrals e individualizados aos clientes atendidos e/ou admitidos na Sala Vermelha, classificados como "Muito Urgente" (Laranja) e "Emergência" (Vermelho), conforme o Sistema Manchestor de Classificação de Risco. A fim de reforçar a importância de enfermagem surgiu o interesse em estudar a temática proposta a luz da Teoria de Imogene King. A escolha da teoria se fez necessária, considerando que o cliente e um sistema individual, em interação com outros indivíduos e com o ambiente, e que estas interações podem interferir, tanto positiva quanto negativamente, no processo de recuperação. Além disso, a teoria enfatiza a necessidade de investigar e motivar a potencialidade do cliente para agir como protagonista em seu tratamento e a participação do mesmo no processo estabelecimento e alcance de metas, com vistas ao cuidado holístico e humanizado ao mesmo. Assim, questiona-se: Quais diagnósticos de enfermagem são mais prevalentes em indivíduos de alta prioridade atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento a luz os princípios da Teoria de King?".

A pesquisadora responsável identifica os seguintes critérios de inclusão: "• idade de 18 anos ou mais; • atendimento pela Clínica Médica; • admissão ou encaminhamento para atendimento na Sala Vermelha; • ter classificação de risco laranja ou vermelha; • estar consciente e orientado, ou ter responsável maior de 18 anos que possa responder aos questionamentos; • expressar o aceite de participação como sujeito da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, por assinatura do Termo de consentimento livre esclarecido (Anexos 1 e 2); • permanência mínima na UPA de três horas, a contar da abertura da guia de atendimento emergencial (GAE)". Em relação aos critérios de exclusão, a pesquisadora menciona: "• ser portador de quadro demencial; • ser admitido na UPA para cuidados paliativos; • pacientes com perfil de inclusão que necessitem ser removidos para unidade hospitalar com urgência".

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o objetivo é:

Objetivo Primário:

"Determinar os diagnósticos de enfermagem a pacientes admitidos na Sala Vermelha de uma



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS NA SALA VERMELHA DE UMA UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DE IMOGENE KING

Pesquisador: SIMONE SOUZA NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 57475916.8.0000.0030

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.861.232

Apresentação do Projeto:

De acordo com o resumo apresentado na Plataforma Brasil (PB): "A área de Urgência e Emergência constituiu-se em um importante componente da assistência à saúde. No Distrito Federal, a definição da prioridade desses atendimentos ocorre de forma sistematizada pela aplicação do Protocolo Manchestor de Classificação de Risco, determinando assim o atendimento do paciente. O objetivo deste estudo é determinar os diagnósticos de enfermagem a pacientes admitidos na Sala Vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento fundamentado no referencial teórico de Imogene King. Trata-se de pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, com delineamento transversal. Será realizado na Unidade de Pronto Atendimento de São Sebastião, com os pacientes classificados como laranja e/ou vermelho admitidos na Sala Vermelha. O estudo não apresenta risco para os participantes e seus resultados poderão contribuir na expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem na emergência".

Em relação a hipótese, a pesquisadora responsável afirma: "Trabalhando em uma UPA, foi possível notar que a maioria da equipe de enfermagem encontra-se despreparada para o atendimento qualificado ao cliente, seja por inexperience profissional ou por inexperience nesta especialidade. A ausência do Processo de Enfermagem nesta unidade pode ser um dos motivos de prejuízo a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 12 de 25



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com

Página 17 de 25



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.801.232

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda E1 - Documentos apresentado em atendimento ao parecer consubstanciado No. 1.800.032 emitido pelo CEP-FEPECS/SES/DF:

- Informações básicas do projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_821855_E1.pdf", postado em 06/11/2016;

- Carta de resposta ao CEP-FEPECS/SES - "CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1800032.docx", postado em 06/11/2016) - Informando que o TCLE no modelo CEP-FEPECS foi anexado.

- Modelo de TCLE - ("TCLE_FS_FEPECS.docx", postado em 06/11/2016) - redigido em linguagem e conteúdo adequado.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador responsável, em atendimento ao parecer consubstanciado No. 1.800.032 emitido pelo CEP-FEPECS/SES/DF apresenta modelo de TCLE redigido e linguagem e conteúdo adequado.

Não há óbices éticos.

Emenda E1 a projeto em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais e critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_821855_E1.pdf	06/11/2016 20:10:43		Aberto
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1800032.docx	06/11/2016 20:05:28	SIMONE SOLUZA	Aberto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FS_FEPECS.docx	06/11/2016 20:04:52	SIMONE SOLUZA NASCIMENTO	Aberto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cep@unb@gmail.com
Telefone: (61)3107-1947

Página 23 de 25



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.801.232

Unidade de Pronto Atendimento fundamentado no referencial teórico de Imogene King.

Objetivo Secundário:

• Descrever o perfil sociodemográfico da amostra selecionada para o estudo. • Levantar características clínicas e epidemiológicas da amostra selecionada para o estudo. • Descrever os fluxogramas de Classificação de Risco mais frequentes. • Determinar os Diagnósticos de Enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA-I na clientela estudada. • Listar e descrever as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes; • Discutir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra estudada*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, a pesquisadora afirma: "Os riscos para esta pesquisa, caso ocorram, estarão relacionados ao desconforto em participar da mesma. Neste caso, o entrevistador realizará uma pausa, com retorno a mesma quando o participante se sentir a vontade. O entrevistado, ainda, poderá desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao seu tratamento atual ou futuro na referida instituição de saúde".

Os benefícios identificados pela pesquisadora são: "O benefício desta pesquisa destaca-se por contribuir na expansão do conhecimento e por proporcionar maior visibilidade da prática clínica da enfermagem, destacando a participação de enfermeiros na construção de práticas de saúde através da união entre o conhecimento teórico-científico e a prática, proporcionando uma assistência integral, holística, humanizada e individual aos pacientes atendidos em unidades emergenciais, além de associar dúvidas e reconhecer melhor as dificuldades sobre a temática pesquisada. Ainda, por sua característica diagnóstica, poderá embasar estudos futuros para a elaboração de protocolos que favoreçam a assistência ao doente nas unidades de emergência, bem como favorecer a elaboração de protocolos que uniformizem e facilitem a prática de enfermagem nesta, e até mesmo em outras, unidades de atendimento a emergência, de forma a garantir a assistência integral, holística e humanizada aos indivíduos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda E1 para cumprir as exigências do parecer consubstanciado No. 1.800.032 do CEP-FEPECS/SES/DF, quanto ao TCLE.

O projeto inicial foi aprovado pelo CEP/FS pelo parecer consubstanciado No. 1.760.638 de 04/10/2016.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cep@unb@gmail.com
Telefone: (61)3107-1947

Página 23 de 25



Continuação do Parecer: 1.001.232

Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1 7.44639.docx	28/09/2016 22:23:21	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Resposta_CEP_FS_UNB.jpg	28/09/2016 22:21:24	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRECOE S_CEP.docx	28/09/2016 22:20:30	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	COPARTICIPANTE.jpg	16/08/2016 20:34:54	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PB_CORRECOES_CEP .jpg	16/08/2016 20:33:47	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CORRECOES_CEP.doc x	16/08/2016 20:33:07	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	curriculo_orientadora.pdf	30/06/2016 15:44:49	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	30/06/2016 07:58:47	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	curriculo.docx	22/06/2016 13:09:54	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Temo_de_Anuencia_ASSINADO.pdf	22/06/2016 13:08:27	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	anuencia.doc	22/06/2016 13:03:31	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Temo_de_responsabilidade_compromis so_ASSINADO.pdf	22/06/2016 13:01:55	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	TemoRespCompromPtesq.doc	22/06/2016 13:01:21	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_ASSINADA.pdf	22/06/2016 13:00:25	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	cartaencaminhoprojeto.doc	22/06/2016 12:59:57	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da COMEP:

Não

BRASÍLIA, 13 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Marie Togsashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.010-300
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cep@unb@gmail.com
Telefone: (61)3107-1947

10.4 Anexo 4 - Parecer Consubstanciado do CEP 1.910.156



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS NA SALA VERMELHA DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO FUNDAMENTADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DE IMOGENE KING

Pesquisador: SIMONE SOUZA NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57475916.6.3001.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.910.156

Apresentação do Projeto:

Sem alterações:

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi atendida a consideração registrada, estando o projeto em conformidade com a Resolução CNS/MS 466/2012.

Recomendações:

Apresentar Relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto, através da plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: SMHN 2 Cid 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE
UF: DF
Telefone: (61)3325-4955

Município: BRASÍLIA
CEP: 70.710-604

E-mail: contatobeneficiarios@unb.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Plataforma
Brasil

Contribuição do Parecer: 1.910.156

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_821855_F1.pdf	06/11/2016 20:10:43		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1_800034.docx	06/11/2016 20:05:26	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
TCLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ_FS_FEPECS.docx	06/11/2016 20:04:52	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_1_7446333.docx	28/09/2016 22:23:21	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	resposta_CEP_FS_UNB.jpg	28/09/2016 22:21:24	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRECOE_S_CEP.docx	28/09/2016 22:20:30	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	COPARTICIPANTE.jpg	16/08/2016 20:34:58	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PB_CORRECOES_CEP.jpg	16/08/2016 20:33:47	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CORRECOES_CEP.docx	16/08/2016 20:33:07	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	curriculo_orientadora.pdf	30/06/2016 15:44:49	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	30/06/2016 07:58:47	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	curriculo.docx	22/06/2016 13:09:54	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_ASSINADO.pdf	22/06/2016 13:08:27	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	anuencia.doc	22/06/2016 13:03:31	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilizacoe_compromisso_ASSINADO.pdf	22/06/2016 13:01:55	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	TermoRespCompromPesq.doc	22/06/2016 13:01:21	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_ASSINADA.pdf	22/06/2016 13:00:25	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito
Outros	cartaencaminprojeto.doc	22/06/2016 12:59:57	SIMONE SOUZA NASCIMENTO	Aceito

Endereço: SMHN 2 Cid 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE
UF: DF
Telefone: (61)3325-4955

Município: BRASÍLIA
CEP: 70.710-604

E-mail: contatobeneficiarios@unb.br



Continuação do Parecer: 1.910.156

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 06 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Helió Berço
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 CQ 507 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4655 Fax: (33)3325-4655 E-mail: contabdefcs.secreta@igmail.com