

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GEOVANESSA DA SILVA ANTUNES ARISI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**CHAPECÓ
2024**

GEOVANESSA DA SILVA ANTUNES ARISI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt

**CHAPECÓ
2024**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Arisi, Geovanessa da Silva Antunes

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA / Geovanessa da Silva Antunes

Arisi. -- 2024.

59 f.:il.

Orientadora: Doutora Júlia Valéria de Oliveira Vargas
Bitencourt

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2024.

1. Processo de Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem.
3. Terminologia Padronizada em Enfermagem. 4. Serviço
Hospitalar de Emergência. I. Bitencourt, Júlia Valéria
de Oliveira Vargas, orient. II. Universidade Federal da
Fronteira Sul. III. Título.

GEOVANESSA DA SILVA ANTUNES ARISI

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO PARA
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM SETOR DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Enfermeiro.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 22/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **JULIA VALERIA DE OLIVEIRA VARGAS BITENCOURT**
Data: 03/12/2024 08:04:18-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt – UFFS
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **ELEINE MAESTRI**
Data: 03/12/2024 10:24:15-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Eleine Maestri – UFFS
Avaliador

Documento assinado digitalmente
 **AGATHA CARINA LEITE GALVAN**
Data: 04/12/2024 20:12:38-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Enf.^a Agatha Carina Leite Galvan – UPF
Avaliador

Dedico este trabalho aos meus pais e meu
esposo, que sempre acreditaram em mim e me
deram forças para que eu pudesse concluir
meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, sem o qual, nada é possível, permitindo a realização deste sonho e me guiando para que meus objetivos fossem alcançados e meus anseios superados.

Aos meus pais, origem dos meus valores, expresso minha profunda gratidão pelo incentivo constante durante toda a graduação.

Ao meu esposo, uma das pessoas mais especiais da minha vida, o qual sempre esteve ao meu lado, dividindo os melhores e piores momentos, que nunca mediu esforços para me ver bem e me ensinou a acreditar na vitória e na conquista, e ir adiante independente das circunstâncias.

Aos meus irmãos que sempre torceram por mim, tolerando minhas falhas e ausências.

Agradeço a todos os professores que contribuíram em minha formação, em especial a minha orientadora Julia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt, pela paciência, e por nunca hesitar em me auxiliar, compartilhando seus conhecimentos durante a minha jornada acadêmica.

As minhas amigas por compartilharem comigo momentos de descobertas e aprendizado e por todos os momentos alegres e até mesmo tristes ao longo deste percurso.

Enfim a todos que de alguma forma contribuíram nessa fase especial da minha vida.

Espero que esta etapa seja apenas uma das muitas conquistas que almejo alcançar.

RESUMO

O Processo de Enfermagem (PE) é indispensável para garantir um cuidado seguro e eficaz. Contudo, sua implementação enfrenta dificuldades, especialmente em setores como urgência e emergência, devido à elevada demanda e dinâmica do setor. Este estudo propôs um mapeamento entre o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) e as linguagens da NANDA-*International*, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a *Nursing Interventions Classification* (NIC), cujo objetivo foi desenvolver e validar um padrão de registro que simplifique e agilize a aplicação do PE em pacientes de alta prioridade (classificações vermelho e laranja), beneficiando tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes atendidos. Trata-se de um estudo metodológico com abordagem descritiva e qualitativa, caracterizado por uma interface participativa e de alta intensidade. O *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi utilizado como guia para orientar o estudo. A pesquisa ocorreu no setor de Urgência e Emergência do Hospital Regional do Oeste, em Chapecó, Santa Catarina, no período de maio a setembro de 2024. Participaram um total de sete enfermeiros, cuja seleção foi por conveniência. A coleta de dados foi dividida em seis etapas: na primeira, foi realizada a coleta de dados sociodemográficos e a análise da prevalência de fluxogramas laranjas e vermelhos do SMCR. Na segunda etapa, os dados foram organizados e um mapeamento cruzado com as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC foi realizado. Na terceira etapa, o padrão de registro criado foi validado pelos enfermeiros participantes. Na quarta etapa, houve refinamento do padrão com base nas sugestões dos enfermeiros. A quinta etapa envolveu a validação final pela presidente da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPENF), e a sexta etapa foi o refinamento final, com a apresentação do padrão à COMPENF e à coordenadora do serviço. A análise dos dados seguiu os métodos de análise de conteúdo propostos por Bardin, agrupando os dados conforme sua relevância clínica e frequência. O estudo seguiu rigorosos princípios éticos, com o devido consentimento dos participantes e respeitando a Resolução nº 466/12. Como resultados obteve-se um padrão de registro organizado em 4 categorias: 1) situações que afetam a respiração espontânea e/ou oxigenação tecidual; 2) Situações que afetam o nível de consciência e o comportamento; 3) Situações de saúde que afetam o conforto; 4) Situações que afetam a volemia. Tais categorias objetivam focalizar a situação de saúde afetada, frente aos discriminadores e fluxogramas selecionados, bem como os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem prioritários que se enquadram nessas situações. A pesquisa demonstrou que a metodologia empregada permitiu a criação e validação de um padrão de registro com a participação ativa dos enfermeiros, de modo

que fosse prático e alinhado à realidade do setor de urgência e emergência. Entretanto, desafios foram observados, como a sobrecarga dos profissionais e a falta de compreensão sobre a relevância do estudo, evidenciando a necessidade de sensibilização sobre os benefícios do PE. Diante das lacunas na literatura sobre a aplicação das taxonomias NANDA, NIC e NOC em contextos de alta complexidade, recomenda-se a implementação de estratégias que facilitem a aplicação do PE de forma gradativa, como a informatização e padronização de registros, para promover maior qualidade no atendimento, segurança do paciente e organização do trabalho, além de assegurar respaldo legal aos profissionais e a continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

The Nursing Process (NP) is essential to ensure safe and effective care. However, its implementation faces challenges, particularly in high-demand and dynamic settings such as emergency and urgency departments. This study proposed a mapping between the Manchester Triage System (MTS) and the languages of NANDA-International, Nursing Outcomes Classification (NOC), and Nursing Interventions Classification (NIC). The goal was to develop and validate a standardized record that simplifies and accelerates the application of the NP in high-priority patients (red and orange classifications), benefiting both healthcare professionals and patients. This methodological study used a descriptive and qualitative approach, characterized by a participatory and intensive interface. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guided the study's framework. The research was conducted in the Emergency Department of the Regional Hospital of the West in Chapecó, Santa Catarina, between May and September 2024, with seven nurses selected through convenience sampling. Data collection occurred in six phases: first, sociodemographic data collection and analysis of the prevalence of red and orange MTS flowcharts; second, data organization and cross-mapping with NANDA-I, NOC, and NIC taxonomies; third, validation of the developed record by participating nurses; fourth, refinement of the record based on the nurses' suggestions; fifth, final validation by the president of the Nursing Process Commission (COMPENF); and sixth, final refinement and presentation of the record to the COMPENF and the service coordinator. Data analysis followed Bardin's content analysis methods, grouping data based on clinical relevance and frequency. The study adhered to strict ethical principles, with participants providing informed consent and respecting Resolution No. 466/12. The results yielded a standardized record organized into four categories: 1) situations affecting spontaneous breathing and/or tissue oxygenation; 2) situations affecting consciousness level and behavior; 3) health situations affecting comfort; and 4) situations affecting volemia. These categories aimed to focus on the affected health condition in light of the selected discriminators and flowcharts, as well as the priority nursing diagnoses, outcomes, and interventions for these situations. The study demonstrated that the employed methodology enabled the creation and validation of a practical and sector-aligned standardized record with active nurse participation. Nonetheless, challenges such as professional overload and a lack of understanding regarding the study's relevance were noted, highlighting the need to raise awareness of the benefits of the NP. Given the literature gaps on the application of NANDA, NIC, and NOC taxonomies in high-complexity contexts, the study recommends implementing strategies to facilitate the

gradual application of the NP, such as digitizing and standardizing records, to enhance care quality, patient safety, and work organization while ensuring legal support for professionals and continuity of care.

Keywords: Nursing Process; Nursing Care; Standardized Nursing Terminology; Emergency Hospital Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Padrão de registro	29
------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos participantes	28
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das etapas da coleta de dados.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM	Artéria Cerebral Média
AVCi	Acidente vascular cerebral isquêmico
CD	Características definidoras
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMPENF	Comissão do Processo de Enfermagem
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DE	Diagnósticos de Enfermagem
FR	Fatores relacionados
FRI	Fatores de risco
HRO	Hospital Regional do Oeste
NANDA-I	<i>NANDA-International</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
PE	Processo de Enfermagem
RE	Resultados de Enfermagem
SE	Serviço de emergência
SLP	Sistemas de Linguagens Padronizadas
SLPE	Sistema de Linguagem Padronizada para Enfermagem
SMCR	Sistema Manchester de Classificação de Risco
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Trauma cranioencefálico
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM	18
3.2 SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA DE ENFERMAGEM: NANDA I, NIC E NOC	19
3.3 SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	20
3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR	21
3.5 A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	23
4.3 PARTICIPANTES	23
4.4 COLETA DE DADOS	24
4.5 ANÁLISE DE DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
5 RESULTADOS	28
6 DISCUSSÃO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	55
APÊNDICE B - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	58

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) caracteriza-se como um padrão metodológico para a prática clínica, devendo ser executado de maneira sistemática e deliberativa. Essa ferramenta tem como finalidade guiar, organizar e documentar as etapas do cuidado, de modo articulado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP), ao raciocínio clínico e às teorias da profissão. Dessa forma, o PE promove um atendimento qualificado, eficaz e seguro, reforçando a excelência e a segurança na assistência prestada (COFEN, 2024).

Embora o PE seja fundamental para a prática assistencial em enfermagem e a resolução 736/2024 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2024) determine sua implementação em todos os contextos socioambientais onde são prestados cuidados por enfermeiros, técnicos e auxiliares, ainda existem barreiras que dificultam a sua execução completa. Diversos serviços de saúde aderiram à operacionalização do PE, mas muitos o fazem de forma fragmentada e ineficaz (Amaral, 2023; Santos, C.; Farre, 2023).

Entre os principais desafios, destacam-se a sobrecarga dos profissionais de enfermagem, necessidade de aperfeiçoamento, falta de infraestrutura adequada, a carência de computadores e o déficit de pessoal, o que prejudica a aplicação do PE como ferramenta assistencial (Borges *et al.*, 2023; Lotfi *et al.*, 2020).

O setor de urgência e emergência é um dos contextos onde esses desafios são mais evidentes, pois trata-se da porta de entrada do serviço hospitalar e concentra uma demanda expressiva de pacientes. As atividades nesse setor exigem, além de agilidade e organização, conhecimento técnico especializado, raciocínio clínico apurado e o uso de recursos tecnológicos para dar suporte a um atendimento seguro e eficiente (Rosa *et al.*, 2021). Assim, devido à alta complexidade e intensa demanda, implementar o PE nesse setor apresenta desafios específicos (Farias, 2023).

A equipe de enfermagem é responsável pelo primeiro contato com o paciente, e o enfermeiro, em sua função privativa, realiza a classificação de risco (Santana *et al.*, 2021) com base no Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), que organiza a triagem conforme a queixa do paciente, sinalizando prioridades por meio de cores. Essa metodologia, fundamentada no acolhimento, busca estabelecer confiança e agrega valores como escuta ativa, ética e promoção da autonomia no processo de cuidado. No entanto, os enfermeiros enfrentam o desafio de manter um atendimento integral e humanizado com precisão clínica, devido às intensas demandas nos serviços de emergência (Sales *et al.*, 2022).

Perante o exposto, estratégias que fazem uso de tecnologias para a execução das etapas do PE podem ser o caminho para garantir a eficácia e segurança na aplicação desse processo, pois podem permitir uma tomada de decisão ágil e segura do enfermeiro, especialmente em setores de alta complexidade, como o pronto-socorro (Cruz, *et al.*, 2020).

No Hospital Regional do Oeste, local onde esta pesquisa foi conduzida, há uma Comissão de Processo de Enfermagem, e o PE é aplicado há 10 anos com sucesso em diversos setores. Contudo, na urgência e emergência, a implementação ainda enfrenta obstáculos devido ao grande fluxo e à elevada demanda do setor, fazendo com que os profissionais não tenham tempo hábil para execução do PE.

Portanto, para que seja efetiva a implementação no serviço, esta pesquisa foi vinculada ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Enfermagem, cujo o desafio foi integrar os principais fluxogramas e discriminadores de alta prioridade (vermelho e laranja) do Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) com a Taxonomia NANDA-*International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a *Nursing Interventions Classification* (NIC). Objetivando à criação e validação de um padrão de registro que facilite a execução do PE de maneira ágil e eficaz no setor de urgência e emergência, considerando que estes profissionais já se utilizam do SMCR na classificação cotidiana dos pacientes atendidos no setor. Espera-se, assim, contribuir para uma futura implementação informatizada do PE, beneficiando não apenas os profissionais de enfermagem, mas também os pacientes que buscam o serviço de saúde.

Dessa forma, o presente estudo propõe a seguinte questão de pesquisa: Será possível criar e validar um padrão de registro para implementação do PE para pacientes classificados em vermelho e laranja no setor de Urgência e Emergência com a contribuição de enfermeiros do serviço?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Criar e validar um padrão de registro para a implementação do Processo de Enfermagem em um setor de Urgência e Emergência de um hospital do Oeste de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico de enfermeiros de Urgência e Emergência de um hospital do Oeste de Santa Catarina;
- Identificar a prevalência dos discriminadores utilizados do SMCR da classificação vermelha e laranja para pacientes atendidos na Urgência e Emergência de um hospital do Oeste de Santa Catarina;
- Realizar um mapeamento cruzado dos principais fluxogramas e discriminadores vermelhos e laranjas do Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) com a Taxonomia NANDA-*International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a *Nursing Interventions Classification* (NIC);

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo a Resolução Cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024, que atualiza a Resolução 358/2009, o Processo de Enfermagem passa a ser composto pelas seguintes etapas: I- Avaliação de Enfermagem; II- Diagnóstico de Enfermagem; III- Planejamento de Enfermagem; IV Implementação de Enfermagem; V- Evolução de Enfermagem. Destaca-se que as 5 etapas continuam sendo inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas (COFEN, 2024).

A primeira etapa é a avaliação de enfermagem, um processo contínuo que visa compreender as necessidades de saúde do paciente, considerando seu contexto pessoal, familiar e social. Ela envolve a coleta de informações por meio da entrevista e do exame físico, além do uso de exames, escalas de avaliação e testes específicos. O objetivo é identificar as necessidades de cuidado e oferecer um atendimento individualizado, focado no bem-estar integral do paciente (COFEN, 2024).

Através do julgamento clínico é possível obter o Diagnóstico de Enfermagem (DE), sendo a segunda etapa do PE, que “compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde” (COFEN, 2024). Este quando bem aplicado desempenha um papel fundamental, de referência para o planejamento e na seleção de intervenções de modo individualizado e holístico, para prevenção de danos e recuperação do estado de saúde (Bassine, 2023).

A terceira etapa do PE se refere ao planejamento, que serve para organizar as prioridades assistenciais, de acordo com as necessidades do paciente, nesta etapa são definidos os resultados esperados, bem como quais intervenções serão realizadas durante a implementação, compreendendo a fase de prescrição de enfermagem. Nesse sentido, as intervenções e resultados devem buscar a prevenção, minimização ou resolução dos fenômenos de saúde apontados nos DE (COFEN, 2009).

A Implementação de Enfermagem é a quarta etapa, sendo a execução das intervenções/ações definidas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando a competência técnica de cada profissional. Após realizar as ações definidas, é essencial que cada profissional registre a checagem no prontuário do paciente para garantir um acompanhamento preciso e atualizado das atividades realizadas (COFEN, 2024).

A quinta etapa é a Avaliação de Enfermagem, um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do processo de saúde doença da pessoa,

nessa etapa são verificadas se as intervenções/atividades de enfermagem tiveram êxito e resultados esperados, e se há necessidade de mudanças e ajustes nos cuidados (Barros *et al.*, 2015).

O PE contribui para a melhoria do cuidado e garante respaldo legal ao registrar todas as etapas, especialmente em sistemas informatizados. Ademais, fortalece a autonomia dos enfermeiros, permitindo-lhes exercer suas funções com independência dentro dos limites éticos e legais. A autonomia é reforçada pela aplicação de seu conhecimento técnico, resultando em reconhecimento pela qualidade do atendimento (Dornelles *et al.*, 2021).

No que diz respeito a implementação do PE em unidades de emergência, a falta de tempo é uma das principais dificuldades, já que esse ambiente possui alta rotatividade e curta permanência dos pacientes, o que pode impossibilitar que os profissionais registrem até as anotações de enfermagem mais básicas. Porém, existem alternativas para executar essa ferramenta, tais como contratação de maior número de enfermeiros, treinamentos e implementação gradativa, almejando a implementação do PE nessas unidades a longo prazo (Matzembacher *et al.*, 2023).

3.2 SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA DE ENFERMAGEM: NANDA I, NIC E NOC

O uso de ferramentas tecnológicas leves no contexto da saúde é uma forma de subsidiar o profissional da enfermagem na sua prática assistencial, além de permitir a operacionalização do PE. Dessa forma, é imperioso ressaltar que a padronização de uma linguagem própria da enfermagem, estruturando um Sistema de Linguagem Padronizada para Enfermagem (SLPE), auxilia o enfermeiro e sua equipe na documentação de sua prática, atribui sentido nos conceitos utilizados, visibilidade às suas ações, e na organização da assistência e do pensamento clínico. Em que pese existem diversos SLPE, os mais utilizados no Brasil são o Sistema NNN e a CIPE (Almeida *et al.*, 2023).

O Sistema NNN possui três grupos de taxonomias que se associam com o PE. O primeiro “N” representa NANDA *International* (NANDA - I), com ela é possível definir Diagnósticos de Enfermagem, possibilitando ao enfermeiro um raciocínio clínico de acordo com as condições do paciente. Um DE é composto por seu conceito, características definidoras (CD), fatores relacionados (FR) ou fatores de risco (FRI), condições associadas e população em risco (salvo algumas exceções), permitindo o raciocínio clínico para o estabelecimento de um DE (Argenta *et al.*, 2020).

Em consonância com Argenta *et al.* (2020), o segundo “N” é o *Nursing Outcomes Classification* (NOC), e é utilizado após a definição de um DE. Nele há uma variedade de resultados esperados ou metas definidas que se relacionam com os DE, possibilitando a avaliação dos resultados das intervenções selecionadas. Os resultados esperados possuem indicadores, que auxiliam o enfermeiro a refletir sobre o atendimento da meta. Com os DE e RE já definidos, utiliza-se o terceiro “N”, que significa *Nursing Interventions Classification* (NIC). Nele, há 544 Intervenções de Enfermagem (IE) com aproximadamente 13.000 atividades, com cientificidade comprovada para sua execução.

Indiscutivelmente, a implementação dos SLPE de diagnósticos, resultados e intervenções, trazem bons resultados no raciocínio, avaliação clínica, tomada de decisões e qualidade dos registros de enfermagem, refletindo positivamente na qualidade da assistência prestada e da continuidade do cuidado aos pacientes (Almeida *et al.*, 2023).

3.3 SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A procura pelo serviço de urgência e emergência é intensa, com casos graves e variados em complexidade chegando diariamente. Diante do aumento na demanda, torna-se necessário organizar os atendimentos para priorizar casos mais urgentes, considerando também o tempo de espera. Assim, muitos hospitais no Brasil adotam protocolos de classificação de risco, sendo o mais utilizado o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), que permite categorizar os pacientes conforme a gravidade, e ordenar o atendimento de forma mais eficiente (Menezes *et al.*, 2023).

Criado em 1996 pelo *Manchester Triage Group*, o SMCR oferece aos enfermeiros uma ferramenta ágil para atribuir prioridades clínicas com base nos sinais e sintomas apresentados. É importante destacar que o seu objetivo não é estabelecer diagnósticos, mas sim organizar a ordem dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência, garantindo que o tempo de espera seja justo e minimizando riscos de agravamento dos quadros de saúde em pacientes que buscam assistência (Menezes *et al.*, 2023).

No SMCR, o processo de triagem é guiado pela identificação da queixa principal, a partir da qual o enfermeiro seleciona o fluxograma mais adequado para conduzir a avaliação. Esse fluxograma orienta o raciocínio com base em "discriminadores", que são critérios estruturados em perguntas sobre sinais e sintomas específicos. Esses discriminadores ajudam a classificar a prioridade do atendimento, garantindo que os casos mais graves sejam atendidos primeiro (Silva, P. *et al.*, 2020).

De acordo com esse método de triagem, os pacientes são organizados em 5 níveis de prioridade, representados por cores e tempo de espera até o início do atendimento médico. Desta maneira, quadros de emergência recebem a cor vermelha, indicando a necessidade de atendimento imediato. A cor laranja indica um atendimento muito urgente, ou seja, o paciente não pode esperar mais que 10 minutos. A cor amarela, é para os casos urgentes, que podem esperar aproximadamente 60 minutos. Já as cores azul e verde são para pacientes em estado não urgente, sendo que o tempo de espera para atendimento médico pode variar entre 2 a 4 horas (Silva *et al.*, 2023).

O enfermeiro, capacitado pelo curso do Sistema Manchester, desempenha um papel essencial na triagem e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Essa função envolve organizar o atendimento conforme a prioridade clínica de cada paciente, sistematizando o cuidado e garantindo uma gestão eficaz na entrada do hospital. Diante disso, esse profissional possui grande responsabilidade, uma vez que é ele quem aplica o protocolo e determina a ordem de prioridade dos atendimentos (Lima, 2021).

3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Assim como em diversos setores dentro de um hospital, o enfermeiro desempenha um papel indispensável compondo a equipe multidisciplinar de um setor de urgência e emergência. Nesse campo, esse profissional é incumbido das mais variadas funções, dentre elas estão a coordenação e distribuição de tarefas para a equipe de enfermagem, dimensionamento e escala de pessoal, sistematização da SAE, triagem e avaliação dos pacientes, organização do carrinho de emergência, pedido de insumos necessários, além de outros procedimentos que são privativos deste profissional (Santana *et al.*, 2021).

De acordo com a Resolução do COFEN nº 661/2021, que dispõe que no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, conforme as disposições legais da profissão (COFEN, 2021).

Na chegada do paciente nos serviços de urgência e emergência, o mesmo se depara, primeiramente com um enfermeiro, responsável pelo seu acolhimento e classificação de risco, nesse momento são coletadas as informações mais pertinentes, assim como os sinais e sintomas, então são elencadas as prioridades no cuidado (Silva; Cabral, 2023).

Salienta-se também que, o enfermeiro é responsável não só pela avaliação clínica e na realização de cuidados complexos na emergência, mas também por gerenciar o setor e delegar tarefas para a equipe de enfermagem. Fica claro então, que as competências mínimas para atuar nessa área estão pautadas na formação do enfermeiro, ou seja, é fundamental investir em capacitação contínua, além de uma formação complementar em emergência, como especialização nessa área intra-hospitalar (Santana, 2021; Silva; Cabral, 2023).

3.5 A IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO

A equipe de enfermagem realiza muitos registros diariamente, sendo responsável pela maioria das informações documentadas nos prontuários físicos ou eletrônicos. Todavia, esses registros frequentemente carecem de clareza, padrão e objetividade, dificultando sua compreensão e utilidade. A documentação, como prontuários, livros de ocorrência e relatórios, é fundamental no cuidado de enfermagem, pois auxilia no planejamento da assistência, reflete a produtividade da equipe, e também serve para auditorias e estatísticas. Ademais, esses registros têm valor jurídico, podendo ser utilizados tanto para a defesa quanto para a responsabilização de profissionais de saúde (Soares *et al.*, 2020).

A ausência de registros adequados e padronizados pode comprometer informações essenciais sobre o paciente, dificultando a continuidade do cuidado. Em contrapartida, a adoção de ferramentas com linguagem estruturada favorece a qualidade dos registros de enfermagem, promovendo maior segurança no cuidado e contribuindo significativamente para a excelência da assistência à saúde (Farias *et al.*, 2022).

Considerando isso, a implementação de um padrão de registro de maneira informatizada nos serviços de saúde, abrangendo todas as etapas do Processo de Enfermagem e priorizando diagnósticos, resultados e intervenções mais relevantes para o setor de urgência e emergência, representa uma estratégia eficaz para organizar o cuidado, documentar a assistência e registrar as ações realizadas pela equipe nesse ambiente (Farias *et al.*, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem descritiva e qualitativa, caracterizado por uma interface participativa e de alta intensidade. O *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi utilizado como guia para orientar a pesquisa, visto que é recomendado para estudos que coletam dados através de entrevistas ou grupos focais. O guia possui 32 itens, que são organizados em 3 domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados (Souza *et al.*, 2021).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no setor de Urgência e Emergência do Hospital Regional do Oeste (HRO), localizado na cidade de Chapecó, no Estado de Santa Catarina. Os dados da pesquisa foram coletados no período de maio a setembro de 2024.

O HRO é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, uma entidade prestadora de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o hospital é considerado referência em alta complexidade para o grande Oeste de Santa Catarina (ALVF, [s.d.]).

4.3 PARTICIPANTES

O serviço de Urgência e Emergência conta com um total de 12 enfermeiros, sendo 1 coordenador, cuja escala de trabalho é desenvolvida em 8 horas diárias de segunda a sexta-feira, e os demais enfermeiros assistenciais, distribuídos entre os turnos diurnos e noturnos, com uma escala de trabalho de 12x36 horas. A seleção dos participantes se deu por conveniência, já que era de interesse da pesquisadora que todos os profissionais do serviço de urgência e emergência pudessem contribuir com a pesquisa.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se ser enfermeiro do setor a mais de 6 meses, possuir capacitação sobre o SMCR, bem como a enfermeira presidente da comissão do processo de enfermagem (COMPENF), a qual justifica-se esta inclusão pelo fato de que a COMPENF regula e organiza todas as práticas relativas à aplicação do PE no serviço. Como critério de exclusão: profissionais que estejam em afastamento, seja por férias ou licenças e residentes de enfermagem.

Para a abordagem dos profissionais considerados para a pesquisa, é importante destacar que a pesquisadora possui vínculo com o serviço na medida em que desenvolveu atividade prática neste setor em seu período de formação tanto quanto foi voluntária e bolsista do projeto de pesquisa e extensão do PE vinculado ao HRO. Dessa forma a pesquisadora ao acessar o setor para dialogar com os profissionais e convidá-los para a participação já era reconhecida pelo grupo de enfermeiros como atuante do projeto sobre o PE. Assim sendo, os pretensos participantes foram abordados no seu local de trabalho e diante do aceite, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Foi explicado a todos os profissionais sobre a não obrigatoriedade de participar do estudo e que os mesmos poderiam desistir a qualquer momento, além de esclarecido sobre o sigilo e confidencialidade dos dados conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

Participaram da pesquisa, um total de 7 enfermeiros. Desses, 6 enfermeiros assistenciais, e a enfermeira presidente da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPENF).

Dos 6 enfermeiros atuantes da urgência e emergência que não participaram do estudo, 3 estavam no período de experiência (6 meses), portanto foram excluídos conforme critérios. A enfermeira coordenadora não conseguiu disponibilizar tempo para participar do estudo, 1 enfermeira assistencial estava de férias, e 1 justificou a não participação da validação do padrão de registro devido à sobrecarga de trabalho.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início após a autorização da enfermeira coordenadora do serviço de urgência e emergência. O processo foi organizado em 6 etapas (Figura 1). Na primeira, a pesquisadora se propôs a coletar os dados sociodemográficos (idade, formação lato e stricto sensu, tempo de atuação profissional como enfermeiro e o tempo de atuação na área de urgência e emergência) a partir de um questionário (apêndice B), além de perguntar aos participantes quais fluxogramas e discriminadores para as classificações laranja e vermelho do SMCR possuíam maior prevalência de utilização na prática.

Para tal, considerando a dinâmica de trabalho do setor que impossibilita o profissional deslocar-se de sua área de atuação, seja na triagem, na sala de observação ou na sala de urgência e emergência. A pesquisadora conduziu a coleta de dados acompanhando os enfermeiros no local onde estivessem desenvolvendo suas atividades profissionais, sendo que entre um atendimento e outro os participantes repassaram à pesquisadora as informações questionadas.

Ressalta-se que algumas informações foram obtidas via *Whatsapp*, a pedido de 2 dos profissionais, pois não tiveram tempo para responder os questionamentos durante as visitas da pesquisadora no HRO, por motivo de superlotação da unidade.

Ainda nessa primeira etapa da pesquisa, foi feito um acompanhamento da triagem por 5 dias, cujo intuito foi compreender o fluxo da classificação de risco, sendo possível validar as informações repassadas pelos enfermeiros durante a coleta.

Na segunda etapa a pesquisadora juntamente com sua orientadora, organizaram os dados obtidos na primeira etapa em uma tabela, indicando a frequência e associações entre eles. Então a pesquisadora e a professora orientadora buscaram os DE, intervenções e resultados de enfermagem de acordo com os sistemas de linguagens padronizados (SLP) NANDA I, NIC E NOC, a fim de realizar um mapeamento cruzado entre os SLP e os discriminadores e fluxogramas do SMCR. Esse processo de mapeamento cruzado foi refinado inúmeras vezes visando priorizar no padrão a ser estruturado as seleções de DE, resultados e intervenções mais factíveis a utilização cotidiana no serviço de urgência e emergência, diante disso, obteve-se um padrão de registro do PE a ser operacionalizado na classificação do SMCR laranja e vermelho.

A terceira etapa consistiu em validar o padrão de registro criado com os enfermeiros assistenciais participantes da pesquisa. Logo, a pesquisadora realizou um total de 6 encontros presenciais com os profissionais na unidade, com 1 ou 2 profissionais por vez, a fim de apresentar o padrão de registro produzido. Porém, 2 enfermeiros do turno da noite não conseguiram passar as informações nos dias em que a pesquisadora foi até o setor, sendo necessário, após o consentimento das mesmas, enviar via e-mail e *Whatsapp* as orientações para que elas verificassem o padrão de registro em um momento em que tivessem maior disponibilidade. Sendo que 1 delas não deu retorno, mesmo que a pesquisadora tivesse feito várias tentativas de contato, portanto foi considerada perda de vínculo no estudo.

A logística de coleta foi da seguinte maneira nos encontros: a pesquisadora junto aos profissionais realizava a leitura dos DE, resultados e intervenções, e procedia a discussão das seleções definidas no padrão, incluindo sugestões para aperfeiçoamento do documento, de modo que ficasse mais objetivo e que atendesse a realidade do setor. Esse processo de coleta durava em torno de 1 hora a 1h30 minutos, realizado em um ambiente privado sem interrupções ou outras pessoas presentes.

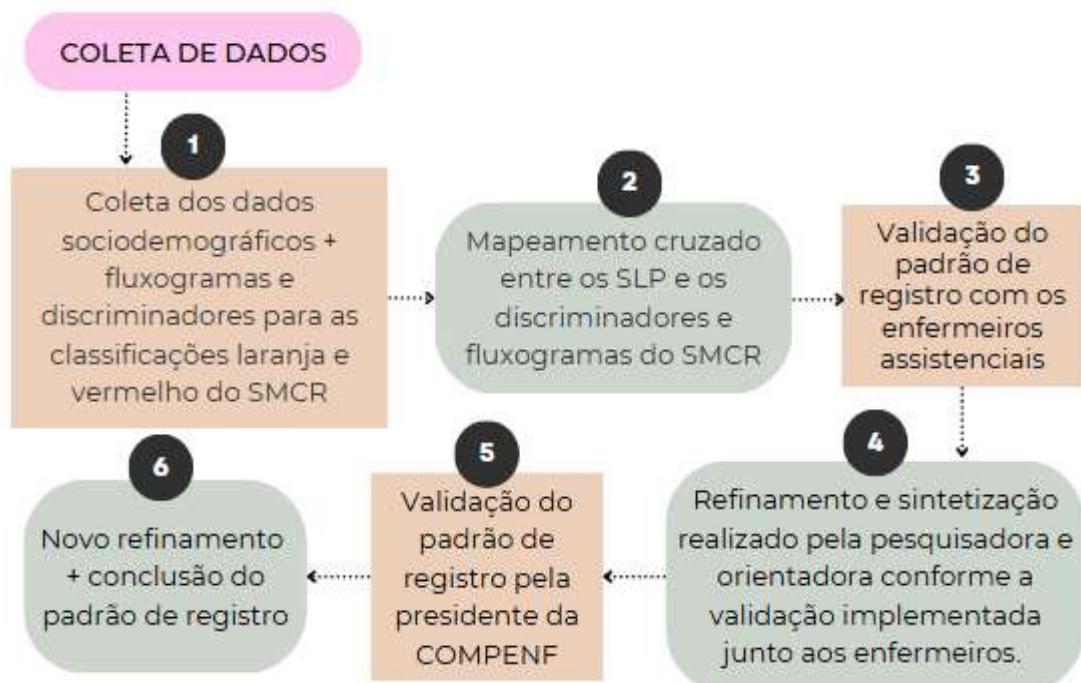
A quarta etapa caracterizou-se por um novo processo de refinamento realizado pela pesquisadora e orientadora que foram sintetizando o padrão de registro conforme a validação implementada junto aos enfermeiros.

Na quinta etapa contou-se com a validação da presidente da COMPENF, em 1 encontro presencial em um local reservado dentro do serviço, e sem a presença de outras pessoas, este durou cerca de 30 minutos e a participante obteve uma cópia física do padrão de registro e foi validando o produto de forma ágil, identificando alguns itens que deveriam ser retirados, portanto resultando em uma nova síntese do documento, sendo que a mesma foi considerada uma figura essencial para a pesquisa, devido a sua vasta experiência com a ferramenta. Com esta etapa encerrou-se o processo de validação.

Por fim, a sexta etapa foi o momento em que a pesquisadora e orientadora reúnem-se mais uma vez, e por meio do refinamento, concluem a criação do padrão de registro. Este será apresentado a COMPENF tanto quanto a coordenadora da urgência e emergência.

Todas as conversas durante os encontros foram gravadas, após consentimento dos profissionais, foram transcritas e armazenadas em arquivos digitais, onde somente a pesquisadora e sua orientadora possuem acesso às mesmas. Todo material foi mantido em arquivo digital, o qual foi armazenado e mantido por um período de até cinco anos, e após isso será eliminado.

Figura 1: Fluxograma das etapas da coleta de dados



Fonte: elaborado pela autora (2024).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, as pesquisadoras tomaram como referencial teórico Bardin (2020), cuja estrutura do referencial consiste em proceder a avaliação do conteúdo da análise de dados buscando seus significados e frequência. Inicialmente, se utilizaram dos discriminadores referidos pelos participantes, reunindo estes de acordo com a aproximação clínica que se pudesse perceber entre eles. Para tal, levou-se em consideração a frequência que esses discriminadores foram citados, permanecendo os de maior prevalência. Após isso, as pesquisadoras agruparam os discriminadores, de acordo com a aproximação clínica em 4 categorias: 1) situações que afetam a respiração espontânea e/ou oxigenação tecidual; 2) Situações que afetam o nível de consciência e o comportamento; 3) Situações de saúde que afetam o conforto; 4) Situações que afetam a volemia. Tais categorias objetivam focalizar a situação de saúde afetada, frente aos discriminadores e fluxogramas selecionados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está inserido no macroprojeto de pesquisa intitulado “Desenvolvimento, validação e avaliação de tecnologias sustentadas pela implantação/implementação do Processo de Enfermagem”, com aprovação no CEP da Universidade do Estado de Santa Catarina sob o CAAE 11945519.6.0000.0118. Os participantes foram esclarecidos sobre o funcionamento da pesquisa, e concordaram com as condições estabelecidas pela pesquisadora por meio da assinatura do TCLE. O desenvolvimento da pesquisa manteve o compromisso com a proteção dos direitos humanos, guiado pela Resolução nº 466/12 atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais através dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Sendo assim foi assinado, declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas e termo de compromisso de utilização de dados em arquivo.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 7 enfermeiros. Estes possuem idades entre 26 anos e 52 anos. No que concerne à formação lato e stricto sensu, as mesmas variam em especialização em urgência e emergência, UTI geral, cardiologia, oncologia, enfermagem aeroespacial, pós-graduação em enfermagem do trabalho, pós graduando em UTI pediátrica e um mestrado na área da enfermagem. Observa-se que dentre os 6 participantes que trabalham na unidade de emergência, 4 possuem especialização na área.

O tempo de experiência profissional como enfermeiro é de 1 ano e meio a 24 anos. Já o período de atuação de enfermeiro no setor de urgência e emergência oscila entre 1 ano e meio e 10 anos de assistência, exceto a enfermeira presidente da COMPENF, que nunca trabalhou no setor de Urgência e Emergência, entretanto é enfermeira intensivista. Os dados sociodemográficos supracitados constam na tabela a seguir (tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos participantes

Profissão	Idade	Formação lato e stricto sensu	Tempo total de atuação profissional	Tempo de atuação na área de urgência e emergência
Enfermeiro (a)	26 anos	Residência em Urgência e Emergência	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses
Enfermeiro (a)	26 anos	Residência em Urgência e Emergência	2 anos e 6 meses	2 anos e 6 meses
Enfermeiro (a)	27 anos	Residência em Urgência e Emergência + Especialização em Enfermagem Aeroespacial	4 anos	4 anos
Enfermeiro (a)	35 anos	Especialização em UTI Geral	13 anos	10 anos
Enfermeiro (a)	48 anos	Especialização em Oncologia + Especialização em Cardiologia	10 anos	10 anos
Enfermeiro (a)	52 anos	Pós-graduação em Enfermagem do trabalho + Pós graduação em Urgência e Emergência	4 anos	2 anos

Enfermeiro (a)

48 anos

Mestrado em enfermagem + Pós graduando (a) em UTI pediátrica

24 anos

0 anos

Fonte: elaborado pela autora (2024).

No que tange ao propósito do estudo, a criação do padrão de registro para aplicação das etapas do Processo de Enfermagem (PE), este foi organizado a partir de categorias que aproximou os discriminadores considerando fenômenos de saúde com nexos clínicos, desta maneira situações que afetam nos pacientes: a respiração espontânea e ou a oxigenação tecidual, o nível de consciência e o comportamento, o conforto, a volemia. Foi possível para cada uma destas situações descrever os discriminadores e os respectivos fluxogramas afetados a eles, descrever a frequência com que foram selecionados pelos enfermeiros participantes, bem como, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA-I, os Resultados de Enfermagem (RE) da NOC e as Intervenções de Enfermagem da NIC. O quadro 1 mostra estes achados.

Quadro 1: Padrão de registro

Categoria 1: Situações que afetam a respiração espontânea e ou a oxigenação tecidual		
DISCRIMINADORES	FREQUÊNCIA	FLUXOGRAMAS ASSOCIADOS
Respiração inadequada	62	Alergia; Dispneia em adulto; Dispneia em criança; Queimaduras; Trauma maior; Trauma cranioencefálico; Cefaléia; Convulsão; Asma; Exposição a agentes químicos; Mal estar em adulto; Mal estar em criança; Overdose e envenenamento; Trauma toracoabdominal; Dor torácica; Corpo estranho; Desmaio no adulto; Diabetes; Dor de garganta; Problemas em face;
SpO2 muito baixa	20	Alergia; Asma; Desmaio; Mal estar em criança; Mal estar em adulto; Exposição a agentes químicos; Dispneia em adulto; Dispneia em criança; Queimaduras; Overdose e envenenamento;
Obstrução de vias aéreas	11	Alergia; Dispneia em adulto; Dispneia em criança; Overdose e envenenamento; Queimaduras; Traumatismo cranioencefálico; Trauma maior;
Dispneia aguda	11	Trauma toracoabdominal; Dispneia em adulto; Dor torácica; Palpitações; Queimadura;
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS		
1. Padrão respiratório ineficaz;		

DIAGNÓSTICO 1: PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	FATORES RELACIONADOS
- Batimento de asa de nariz; - Bradipneia; - Cianose; - Diâmetro anteroposterior do tórax aumentado; - Excursão torácica alterada; - Fase de expiração prolongada; - Hiperapnia; - Hiperventilação. - Hipoventilação. - Hipoxemia. - Hipóxia. - Ortopnéia; - Pressão respiratória diminuída; - Pressão inspiratória diminuída; - Respiração com os lábios franzidos; - Taquipnéia; - Uso da musculatura acessória para respirar; - Ventilação-minuto alterada.	- Ansiedade; - Dor; - Fadiga; - Obesidade.
CONDIÇÕES ASSOCIADAS	
- Deformidade parede torácica; - Obstrução doença crônica pulmonar; - Doença grave; - Doenças cardíacas;	- Síndrome da hiperventilação; - Maior resistência das vias aéreas; - Aumento da concentração de hidrogênio sérico; - Comprometimento musculoesquelético;
RESULTADOS ESPERADOS	
Estado respiratório:	
- Frequência Respiratória; - Ritmo respiratório; - Profundidade da inspiração; - Saturação de oxigênio; - Uso de músculos acessórios; - Cianose; - Dispneia em repouso; - Dispneia com esforço leve;	- Acúmulo de secreção pulmonar; - Ruídos respiratórios adventícios; - Respiração agônica; - Batimentos de asas do nariz; - Inquietação; - Tosse;
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Monitorização respiratória:	
- Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; - Monitorar os níveis de saturação de oxigênio; - Auscultar os sons respiratórios; - Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas;	

- Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de “fome de ar”; - Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar; - Observar quanto a alterações em SaO2, SvO2 e CO2 corrente e alterações nos valores da gasometria, conforme apropriado;		
Categoria 2: Situações que afetam o nível de consciência e o comportamento		
DISCRIMINADORES	FREQUÊNCIA	FLUXOGRAMAS ASSOCIADOS
Alteração súbita da consciência	52	Alteração do comportamento; Asma; Cefaléia; Convulsão; Desmaio no adulto; Overdose e envenenamento; Mal estar em adulto; Diabetes; Trauma cranioencefálico; Trauma maior; Hemorragia digestiva; Dispnéia em adulto; Trauma toracoabdominal; Problemas em face; Queimadura;
Hipoglicemia	40	Alteração do comportamento; Convulsão; Desmaio no adulto; Mal estar em criança; Overdose e envenenamento; Mal estar em adulto; Diabetes; Trauma cranioencefálico;
Convulsionando	18	Convulsão; Mal estar em criança; Gravidez; Cefaléia; Desmaio no adulto; Mal estar em adulto; Overdose e envenenamento; Trauma cranioencefálico;
Déficit Neurológico agudo	14	Cefaléia; Mal estar em adulto; Trauma cranioencefálico; Trauma maior; Convulsão;
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS		
1. Risco de glicemia instável; 2. Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz;		
DIAGNÓSTICO 1: RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CONDIÇÕES ASSOCIADAS	
- Adesão inadequada ao controle de tratamento; - Autogestão inadequada do diabetes;	- Diabetes mellitus; - Doenças pancreáticas; - Infecções; - Choque cardiogênico; - Procedimentos cirúrgicos.;	
RESULTADOS ESPERADOS		
Nível da glicose no sangue:		
- Glicose no sangue;		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
Controle da hiperglicemia:		

- Monitorar os níveis de glicose sanguínea, conforme indicado; - Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento visual ou dor de cabeça. - Administrar insulina, conforme prescrito; - Administrar potássio, conforme prescrito;		
Controle da hipoglicemia:		
- Monitorar os níveis de glicose sanguínea, conforme indicado; - Administrar glicose endovenosa, conforme indicado; - Monitorar se há sinais e sintomas de hipoglicemia (p. ex., tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade,		
DIAGNÓSTICO 2: RISCO DE PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ		
CONDIÇÕES ASSOCIADAS		
- Aterosclerose; - Embolia; - Hipertensão;	- Lesões encefálicas; - Neoplasia encefálica;	
RESULTADOS ESPERADOS		
Perfusão tissular: cerebral		
- Pressão arterial média; - Cefaléia; - Inquietação; - Nível de consciência diminuído; - Reflexos neurológicos diminuídos;		
Estado neurológico:		
- Consciência; - Comunicação adequada à situação; - Estado respiratório; - Pressão arterial; - Hipertermia;		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
Monitoração neurológica:		
- Monitorar a tendência de escala de coma de Glasgow; - Monitorar sinais vitais (p. ex., temperatura, pressão arterial, pulso, respiração); - Monitorar as condições respiratórias (p.ex., níveis de gasometria arterial, oximetria de pulso, profundidade, padrão, frequência, esforço);		
Categoria 3: Situações de saúde que afetam o conforto		
DISCRIMINADORES	FREQUÊNCIA	FLUXOGRAMAS ASSOCIADOS

Dor intensa	34	Cefaléia; Dor abdominal em adulto; Feridas; Gravidez; Dor lombar; Dor testicular; Exposição a agentes químicos; Problemas em extremidades; Queimaduras; Trauma maior; Trauma toracoabdominal; Hemorragia digestiva; Dor torácica; Corpo estranho; Mal estar em criança; Trauma cranioencefálico;
Dor pré cordial ou cardíaca	14	Dor torácica; Palpitações; Dispnéia em adulto;
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		
1. Dor aguda; 2. Dor crônica;		
DIAGNÓSTICO 1: DOR AGUDA		
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA DOR AGUDA	FATORES RELACIONADOS	
- Expressão facial de dor - Parâmetro fisiológico alterado - Posição para aliviar a dor - Pupilas dilatadas - Diaforese - Relata intensidade usando escala padronizada da dor - Representante relata comportamento de dor	- Agente Biológico lesivo - Agente físico lesivo - Uso inapropriado de agente químico	
RESULTADOS ESPERADOS		
Nível de dor:		
- Dor relatada - Gemidos e choros - Expressões faciais de dor	- Agitação - Pressão arterial	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
Controle de dor: aguda		
- Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes; - Observar sinais de desconforto, principalmente naqueles que não conseguem se comunicar efetivamente; - Certificar-se que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades ou antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem a dor;		
Controle de medicamentos:		
- Monitorar o paciente para o efeito terapêutico do medicamento; - Monitorar os efeitos adversos dos fármacos;		

DIAGNÓSTICO 2: DOR CRÔNICA		
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DA DOR CRÔNICA		FATORES RELACIONADOS
- Expressão facial de dor - Relata intensidade usando escala padronizada da dor; - Representante relata comportamento de dor		- Agente lesivo - Manuseio repetido de cargas pesadas
CONDIÇÕES ASSOCIADAS		
- Doenças musculoesqueléticas crônicas - Doenças do sistema imunológico - Neoplasias - Síndromes de compressão nervosa;		- Doenças do sistema nervoso; - Lesões de tecidos moles; - Lesões da medula espinhal;
RESULTADOS ESPERADOS		
Nível da dor:		
- Dor relatada - Gemidos e choros - Expressões faciais de dor		- Agitação - Retraimento - Pressão arterial
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
Controle da dor: crônica		
- Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes; - Avaliar a efetividade das medidas de controle de dor realizadas anteriormente com o paciente; - Certificar-se que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades ou antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem a dor;		
Controle de medicamentos:		
- Monitorar o paciente para o efeito terapêutico do medicamento; - Monitorar os efeitos adversos dos fármacos;		
Categoria 4: Situações que afetam a volemia		
DISCRIMINADORES	FREQUÊNCIA	FLUXOGRAMAS ASSOCIADOS
Mecanismo de trauma significativo	25	Corpo estranho; Trauma cranioencefálico; Trauma maior; Trauma toracoabdominal; Dor lombar;
Hemorragia maior incontrolável	10	Corpo estranho; Mordeduras e picadas; Trauma maior; Trauma cranioencefálico; Problema em extremidades;

Choque	9	Corpo estranho; Mal estar em adulto; Dor torácica; Trauma toracoabdominal; Trauma cranioencefálico; Trauma maior;
Hemorragia exsanguinante	7	Corpo estranho; Trauma maior; Trauma cranioencefálico; Autoagressão; Hemorragia digestiva; Problemas em extremidades;
DIAGNÓSTICOS ESPERADOS		
1. Risco de choque;		
DIAGNÓSTICO 1: RISCO DE CHOQUE		
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS	CONDIÇÕES ASSOCIADAS	
- Sangramento	- Hipersensibilidade; - Neoplasias; - Sepses; - Trauma;	
RESULTADOS DE ENFERMAGEM		
Gravidade do choque hipovolêmico:		
- Frequência cardíaca aumentada - Pulso fraco e filiforme; - Frequência respiratória aumentada; - Pressão arterial média diminuída; - Pele fria e pegajosa; - Palidez; - Nível de consciência diminuído		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
Prevenção do choque:		
- Monitorar quanto às respostas de compensação ao choque (p. ex., pressão arterial normal, pressão de pulso pinçada, hipotensão ortostática leve (15 a 25 mmHg, leve atraso do enchimento capilar, pele pálida / fria ou avermelhada, taquipnéia branda, náusea e vômito, sede aumentada ou enfraquecimento); - Monitorar possíveis fontes de perda de líquidos (p. ex., dreno torácico, lesão e drenagem nasogástrica, diarreia e vômito, além de circunferência abdominal e de membro crescente, hematêmese ou hematoquezia);		
Controle do choque:		
- Monitorar sinais vitais, pressão arterial ortostática, estado mental e débito urinário; - Instituir e manter a desobstrução das vias aéreas, quando necessário; - Monitorar ECG conforme apropriado; - Administrar concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e/ou plaquetas, conforme apropriado		

Fonte: elaborado pela autora (2024).

6 DISCUSSÃO

Os encontros e as discussões geradas com os enfermeiros culminaram na criação e aperfeiçoamento de um padrão de registro, que buscou atender a realidade do setor de urgência e emergência. Tendo em vista que os elementos selecionados, como as intervenções de enfermagem, já fazem parte do cotidiano deles. Para fins de organização do padrão, o mesmo foi separado em 4 categorias, de acordo com as situações de saúde com maior prevalência na unidade.

A primeira categoria trata-se das situações que afetam a respiração espontânea e/ou oxigenação tecidual dos pacientes que acessam o serviço de Urgência e Emergência. Nesse sentido, foram selecionadas para essa categoria os discriminadores do Manchester que demonstram esse comprometimento, assim, foram citados 4 discriminadores: 1) Respiração inadequada, 2) SpO2 muito baixa; 3) Obstrução das vias aéreas; 4) Dispneia aguda.

O primeiro discriminador é a respiração inadequada, sendo elencado pelos profissionais 62 vezes, associando-os a um total de 20 fluxogramas: Alergia; Dispneia em adulto; Dispneia em criança; Queimaduras; Trauma maior; Trauma cranioencefálico; Cefaleia; Convulsão; Asma; Exposição a agentes químicos; Mal estar em adulto; Mal estar em criança; Overdose e envenenamento; Trauma toracoabdominal; Dor torácica; Corpo estranho; Desmaio no adulto; Diabetes; Dor de garganta; Problemas em face.

O segundo discriminador que é a saturação periférica de oxigênio muito baixa foi apontado 20 vezes pelos enfermeiros, associados a 20 fluxogramas: Alergia; Asma; Desmaio; Mal estar em criança; Mal estar em adulto; Exposição a agentes químicos; Dispneia em adulto; Dispneia em criança; Queimaduras; Overdose e envenenamento.

Já a obstrução de vias aéreas (terceiro discriminador), foi associado 11 vezes a 7 fluxogramas, sendo eles: Alergia; Dispneia em adulto; Dispneia em criança; Overdose e envenenamento; Queimaduras; Traumatismo cranioencefálico; Trauma maior.

Por último, também foi incluído nessa 1ª categoria o discriminador dispneia aguda, citado 11 vezes pelos profissionais, e segundo eles são frequentemente utilizados em 5 fluxogramas: Trauma toracoabdominal; Dispneia em adulto; Dor torácica; Palpitações; Queimadura.

As doenças que comprometem o sistema respiratório, foram identificadas em um estudo realizado no Brasil, entre os anos de 2013 a 2017, como o segundo principal motivo de internações hospitalares, totalizando 5.928.712 nesses 5 anos analisados. Além disso, foram

consideradas como a principal causa de óbito nas internações, correspondendo a 19,5 % dos casos. (Alexandrino *et al.*, 2022).

A respiração inadequada, saturação periférica de oxigênio muito baixa, obstrução das vias aéreas e dispneia aguda são sinais predominantes que chegam na emergência hospitalar, podendo ser manifestações clínicas de doenças respiratórias crônicas como DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), asma e rinite (Silva, G. *et al.*, 2023), mas também podem ser decorrentes de situações de acidentes, como no caso das queimaduras (Oliveira *et al.*, 2020).

No estudo em foco, queimadura foi um fluxograma associado a todos os discriminadores selecionados pelos enfermeiros participantes, compatível com a evidência da literatura.

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), a prevalência de queimaduras no período entre 2015 a 2019 no Brasil chegou a 127.190 notificações, acometendo indivíduos menores de 1 ano a 80 e mais anos de idade, de ambos os sexos. Salienta-se que, a região Sul do país ficou em terceiro lugar nas notificações, apresentando 18,4% de casos.

As queimaduras podem causar edema, eritema, ulceração, presença de fuligem, queimaduras de face, estridor, desconforto respiratório, sibilância, tosse produtiva e dispneia, indicando a possibilidade de lesões inalatórias. Face ao exposto, o atendimento às vítimas deve ser focado na proteção e permeabilidade das vias aéreas, assistência ventilatória, como o uso de cateter nasal ou, em casos mais graves, a intubação orotraqueal, sendo fundamental a capacitação para o manejo dos traumas oriundos de queimaduras (Oliveira *et al.*, 2020).

Vale ressaltar, quanto a discussão envolvendo as seleções, realizadas pelos enfermeiros participantes deste estudo, dos discriminadores e fluxogramas do Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) mais utilizados, que embora seja de tamanha importância entender a relação e prevalência do uso dos mesmos, a literatura é escassa a respeito do uso dos discriminadores e sua relação com os fluxogramas na classificação de risco do serviço de emergência (SE) hospitalar, o que inviabiliza em alguma proporção proceder comparações.

Oportunamente, no que diz respeito aos cuidados a pacientes que possuem comprometimento na função respiratória, o Processo de Enfermagem (PE) configura-se como uma excelente ferramenta de sistematização da assistência de enfermagem, que não somente possui caráter científico, por constituir-se em metodologia assistencial, tem caráter legal e ético por se tratar de exigência profissional descrita na resolução Nº 736, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2024), auxiliando os profissionais no planejamento, gerenciamento de cuidados prioritários e avaliação contínua das condições clínicas do paciente.

Perante ao exposto, na primeira categoria, foi escolhido em conjunto com os participantes da pesquisa 1 diagnóstico de enfermagem (DE) prioritário: Padrão respiratório

ineficaz. Além disso, foram selecionados seus respectivos resultados e intervenções, de acordo com as linguagens da *NANDA-International* que classificam os diagnósticos, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) que classificam os resultados e a *Nursing Interventions Classification* (NIC), que contém as intervenções.

O DE padrão respiratório ineficaz é definido, conforme a NANDA-I, como um “estado de inspiração e/ou expiração que não fornece ventilação adequada” (NANDA-I: definições e classificações 2021-2023).

Diante dessas condições, espera-se alcançar como resultado a melhora do estado respiratório desses pacientes, por meio da avaliação dos indicadores eleitos pelos profissionais participantes da pesquisa, tais como frequência respiratória, ritmo respiratório, profundidade da respiração, saturação de oxigênio, uso de músculos acessórios, cianose, dispneia em repouso, acúmulo de secreção pulmonar, ruídos respiratórios adventícios, respiração agônica, batimentos de asas do nariz, inquietação e tosse.

Para isso, foram elencados algumas intervenções necessárias, objetivando tal resultado, com foco na monitorização respiratória: Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; Monitorar os níveis de saturação de oxigênio; Auscultar os sons respiratórios; Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas; Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de “fome de ar”; Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar; Observar quanto a alterações em SaO₂, SvO₂ e CO₂ corrente e alterações nos valores da gasometria, conforme apropriado.

A ausência de monitoramento respiratório adequado em pacientes com doenças respiratórias crônicas, como a DPOC e a asma, pode resultar em complicações severas, tais como insuficiência respiratória e exacerbações agudas (Brasil, 2010), especialmente em cenários de emergência, onde a resposta rápida é essencial. Assim, o manejo eficaz dessas condições exige um monitoramento contínuo e preciso da função respiratória e da saturação de oxigênio, permitindo intervenções precoces e um controle mais eficiente dos sintomas.

Quanto às situações que afetam o nível de consciência e o comportamento do paciente, na segunda categoria, foram selecionados 4 discriminadores principais: Alteração súbita da consciência; Hipoglicemia; Convulsionando; Déficit neurológico agudo. O primeiro discriminador foi mencionado 52 vezes, sendo associado a 15 fluxogramas: Alteração do comportamento; Asma; Cefaleia; Convulsão; Desmaio no adulto; Overdose e envenenamento; Mal estar em adulto; Diabetes; Trauma cranioencefálico; Trauma maior; Hemorragia digestiva; Dispneia em adulto; Trauma toracoabdominal; Problemas em face; Queimadura.

A hipoglicemia, que aparece como o segundo discriminador utilizado frequentemente, foi citado 40 vezes pelos participantes, e segundo eles, geralmente é associada aos 8 fluxogramas: Alteração do comportamento; Convulsão; Desmaio no adulto; Mal estar em criança; Overdose e envenenamento; Mal estar em adulto; Diabetes; Trauma cranioencefálico.

O discriminador “Convulsionando”, mencionado 18 vezes e com associação a 8 fluxogramas: Convulsão; Mal estar em criança; Gravidez; Cefaleia; Desmaio no adulto; Mal estar em adulto; Overdose e envenenamento; Trauma cranioencefálico.

Por último, faz parte dessa segunda categoria o discriminador Déficit neurológico agudo, o qual teve uma frequência de 14 vezes, associado pelos profissionais a 5 fluxogramas: Cefaleia; Mal estar em adulto; Trauma cranioencefálico; Trauma maior; Convulsão.

Assim sendo, é notável a frequente associação do fluxograma trauma cranioencefálico (TCE) em todos os discriminadores da categoria, esta evidência demonstra a necessidade do profissional enfermeiro desenvolver um conhecimento específico e aprofundado sobre o fenômeno de saúde em questão, posto que são situações que podem culminar em incapacidade e mortes e se apresentam de uma forma corriqueira no serviço de saúde.

Em consonância com a literatura, o TCE é uma lesão no crânio ou cérebro, podendo ser oriunda de impactos em acidentes de trânsito, golpes ou quedas. É considerado uma das maiores causas de morte e incapacidade no mundo, com cerca de 2,5 milhões de óbitos e 60 milhões de casos de incapacidade por ano. Esse trauma é classificado em dois tipos: fechado, quando o crânio permanece intacto, e aberto, quando há fratura ou penetração do crânio, expondo o cérebro (Almeida Neto *et al.*, 2023).

Os sintomas do TCE podem variar de acordo com a sua gravidade, podendo ser classificados como leves ou graves. Nos casos leves, os pacientes podem apresentar cefaleia, tontura, náusea e vômito. Em contrapartida, nos casos graves podem incluir perda de consciência, convulsões, alterações na visão ou na fala, e dificuldades motoras (Almeida Neto *et al.*, 2023).

O fluxograma convulsão também foi relacionado a todos os discriminadores. Sendo assim, é válido trazer aprofundamento científico sobre esse quadro clínico, bem como dados epidemiológicos, considerando que essa situação foi pontuada como frequente pelos enfermeiros assistenciais na classificação de risco no hospital. Conforme a literatura, a convulsão representa 1% das admissões no serviço de urgência (Correia; Pedro, 2023). Segundo a OMS, até 10% das pessoas no mundo têm pelo menos um episódio convulsivo durante a vida (OMS, 2022).

A crise convulsiva diverge da crise epiléptica. A primeira é considerada transitória, podendo ocorrer devido a fatores agudos, como alterações metabólicas, como a hipoglicemia, intoxicações e outras doenças. Por outro lado, a crise epiléptica indica um distúrbio cerebral crônico com tendência a crises convulsivas recorrentes. Assim, quem sofre uma crise convulsiva não significa que é epiléptico (Pereira *et al.*, 2020).

A convulsão pode desencadear reações variadas, como perda da consciência, desorientação, espasmo muscular, taquicardia, movimentos involuntários do corpo, entre outros sintomas (Pereira *et al.*, 2020). Dessa forma, este estudo tem relação com o padrão de registro, já que o fluxograma convulsão foi relacionado a discriminadores como alteração súbita da consciência, déficit neurológico agudo, assim como a hipoglicemia, que em casos graves pode desencadear crises convulsivas (Brasil, 2022).

O fluxograma “cefaleia” está presente em 3 dos 4 discriminadores, o que sublinha o quão importante e recorrente é esse sintoma em situações que afetam a consciência na unidade de urgência e emergência. Particularmente, é importante que o enfermeiro reconheça que o quadro de cefaleia que leva o paciente ao atendimento de urgência e emergência associa-se a fenômenos de saúde com potencial gravidade e risco de vida, e além disso, requer do profissional um conhecimento apurado sobre o montante de dados clínicos presentes juntamente com a cefaleia e que conduzem ao raciocínio clínico assertivo diante da situação vivenciada pelo paciente.

As etiologias das cefaleias podem ser variadas, tanto de cefaleias primárias quanto secundárias. Embora a maioria dos pacientes que chegam no serviço de urgência e emergência tenham cefaleias primárias como do tipo tensional, enxaqueca, e em salva, é de extrema importância saber diferenciar de condições de cefaleia secundárias, atribuídas a hemorragias, acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), infecções intracranianas, tumores e toxicidades, sendo situações que apresentam alto risco de vida (Kuan *et al.*, 2023).

Neste estudo, por se tratar de situações de urgência e emergência, foram selecionados 2 diagnósticos de enfermagem (DE) principais para serem usados de acordo com os discriminadores e fluxogramas supracitados. Sendo assim, foram elencados nessa categoria, o diagnóstico de “Risco de glicemia instável” e “Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz”.

Conforme as definições de NANDA-I, o DE “Risco de glicemia instável” significa “susceptibilidade à variação dos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal, que pode comprometer a saúde”. Já o DE “Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz” é definido como “Susceptibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral, que pode comprometer a saúde” (Diagnósticos de Enfermagem da Nanda-I: definições e classificações 2021-2023).

Sendo que a melhora do estado neurológico passa a ser um resultado para o qual o enfermeiro deve focalizar suas intervenções na monitorização neurológica, visando um controle rigoroso do status evolutivo da situação que afetou a consciência do paciente, principalmente em pacientes neurocríticos (Amatangelo; Thomas, 2020).

Dessa forma, as intervenções selecionadas pelas pesquisadoras e enfermeiros, segundo a taxonomia NIC, garantem a monitorização neurológica: “monitorar a Escala de Coma de Glasgow”, “monitorar sinais vitais (temperatura, pressão arterial, pulso e respiração)” e “monitorar condições respiratórias (níveis de gasometria arterial, oximetria de pulso, profundidade padrão, frequência e esforço)”.

Destaca-se a relevância dessa monitorização, especialmente em casos de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), pois tem situações que acometem toda a Artéria Cerebral Média (ACM), os quais podem evoluir para infarto hemisférico grande, com grandes chances de resultar em edema cerebral maligno, aumentando o risco de mortalidade (Liebeskind *et al.*, 2019).

Ademais, distúrbios metabólicos podem comprometer a consciência ao focalizarmos exclusivamente a glicemia e suas eventuais alterações, como destacado no estudo o discriminador hipoglicemia cuja recorrência é perceptível, compreender os processos fisiopatológicos que levam as pessoas a evoluírem com episódios de hipoglicemia faz parte do rol de cuidados realizados pela enfermagem no serviço de urgência e emergência.

O baixo nível de glicose afeta especialmente o cérebro, que depende da glicose como fonte principal de energia. Para combater a queda, o organismo libera hormônios como adrenalina, cortisol, glucagon e hormônio do crescimento, que estimulam o fígado a liberar glicose no sangue. Contudo, quando essa resposta é insuficiente, o cérebro sofre falta de energia, causando confusão, convulsões ou perda de consciência (Brutsaert, 2023).

A hipoglicemia tem desfechos mais desfavoráveis em alguns casos, como em pacientes com AVCi, pois reduz ainda mais o suprimento metabólico na região isquêmica, intensificando o dano local. Além disso, promove inflamação cerebral, eleva a frequência cardíaca e a pressão arterial como respostas autonômicas compensatórias e interfere na cascata de coagulação, favorecendo a formação de trombos e agravando o quadro (Klingbeil, Koch e Dave, 2020).

Por isso, o controle da hipoglicemia como intervenção de enfermagem se torna indispensável, tendo em vista os seus efeitos nocivos ao organismo, ocasionando a perda de consciência e também agravamento de condições clínicas neurológicas.

Na sequência, uma outra prioridade assistencial nas unidades de urgência e emergência trata-se da dor, sendo a principal queixa dos pacientes atendidos nos serviços de emergência

em âmbito mundial, e ao correlacionar esta queixa com os discriminadores classificados para atendimento de urgência e emergência, respectivamente classificações laranja ou vermelha, observa-se uma significativa relação com o discriminador “Dor intensa” (Macedo *et al.*, 2023).

Constatação compatível com a realidade estudada que para a categoria 3 que compilou situações de saúde que afetam o conforto dos pacientes, foram selecionados 2 discriminadores: Dor intensa; Dor pré cordial ou cardíaca.

O discriminador de dor intensa, foi associado 34 vezes a 16 fluxogramas: 1) Cefaléia; 2) Dor abdominal em adulto; 3) Feridas; 4) Gravidez; 5) Dor lombar; 6) Dor testicular; 7) Exposição a agentes químicos; 8) Problemas em extremidades; 9) Queimaduras; 10) Trauma maior; 11) Trauma toracoabdominal; 11) Hemorragia digestiva; 12) Dor torácica; 13) Corpo estranho; 14) Mal estar em criança; 15) Trauma cranioencefálico.

O segundo discriminador selecionado é a dor pré cordial ou cardíaca, que teve 14 citações, sendo que, conforme os enfermeiros, são mais frequentemente associados a 3 fluxogramas: Dor torácica; Palpitações; Dispneia em adulto.

Para além, uma associação feita entre discriminadores do STM e diagnósticos de enfermagem, salienta o uso do discriminador “Dor precordial ou cardíaca” com o diagnóstico “Dor aguda”. (Macedo *et al.*, 2023). O que vai de encontro com o padrão de registro criado, uma vez que esse diagnóstico está presente, podendo ser utilizado em diversos discriminadores dessa terceira categoria.

De acordo com as definições e classificações da NANDA-I (2021-2023) a dor aguda é definida como:

Experiência sensorial e emocional desagradável associada com real ou potencial dano ao tecido inicial, ou descrito em termos de tal dano (*International* Associação para o estudo da dor); início súbito ou lento de qualquer intensidade de leve a grave com um fim previsto ou previsível e com uma duração inferior a 3 meses (NANDA-I: definições e classificações 2021-2023).

Considerando situações de saúde que geram dor em um paciente há um tempo maior que 3 meses, como no caso de feridas ou doenças crônicas, foi necessário também incluir nessa terceira categoria, o DE de dor crônica. A definição da dor crônica difere da aguda, por ter “início súbito ou lento de qualquer intensidade de leve a grave, constante ou recorrente sem um fim previsto ou previsível, e com duração superior a 3 meses” (NANDA-I: definições e classificações 2021-2023).

A dor muitas vezes é super ou subestimada, por ser subjetiva. Portanto configura-se como um desafio avaliá-la, o que requer tamanha atenção, principalmente por ter relação com a urgência para atendimento no pronto socorro. Em virtude disso, foram incluídas no padrão

intervenções e resultados de enfermagem, fundamentais para o atendimento ao paciente nessas condições.

Para um manejo eficaz da dor, é essencial adotar uma avaliação individualizada e ampla, englobando o exame físico; características (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência), formas de comunicar a dor/expressões de dor, fatores de alívio ou de agravamento, sintomas associados, descrição do recurso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas (Figueira; Amaral; Carmo, 2022).

O profissional de saúde deve sempre investigar e avaliar a dor relatada pelo paciente, pois ela pode ser aguda e estar associada a traumas ou inflamações. Além do mais, cabe ressaltar que o manejo inadequado dessa queixa pode levar ao aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, podendo agravar o quadro clínico do paciente. (Dick; Lohmann, 2023).

Portanto, para obter-se um resultado de melhora do nível da dor, tanto aguda quanto crônica foram eleitos para o padrão as seguintes intervenções de enfermagem: Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e desencadeantes; Observar sinais de desconforto, principalmente naqueles que não conseguem se comunicar efetivamente; Certificar-se que o paciente receba cuidados analgésicos rápidos antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades ou antes que a dor se torne intensa ou antes de atividades que induzem a dor; Monitorar o paciente para o efeito terapêutico do medicamento; Monitorar os efeitos adversos dos fármacos.

Destarte, salienta-se que o monitoramento da dor deve começar na triagem e ser mantido durante toda a permanência do paciente no serviço de urgência. Avaliar a dor nesse contexto exige habilidade e treinamento, considerando as limitações próprias do ambiente, como a natureza emergencial das condições de saúde e o curto tempo para a avaliação (Figueira; Amaral; Carmo, 2022).

A respeito da categoria 4, estão presentes os fluxogramas e discriminadores que mais se enquadram nas situações que afetam a volemia do paciente, que frequentemente chegam ao setor de urgência. Posto isso, foram citados pelos profissionais 5 discriminadores ao todo: 1) Mecanismo de trauma significativo; 2) Hemorragia maior incontrolável; 3) Choque; 4) hemorragia exsanguinante.

Para o primeiro discriminador, que é o mecanismo de trauma significativo, foram associados os seguintes fluxogramas: 1) Corpo estranho; 2) Trauma cranioencefálico; 3) Trauma maior; 4) Trauma toracoabdominal; 5) Dor lombar. Estes 5 fluxogramas foram citados 25 vezes pelos enfermeiros, sendo o mais citado dessa unidade em questão.

O segundo discriminador mais apontado foi a hemorragia maior incontrolável, a qual foi mencionada 10 vezes, sendo associada a 5 fluxogramas: 1) Corpo estranho; 2) Mordeduras e picadas; 3) Trauma maior; 4) Trauma cranioencefálico; 5) Problema em extremidades.

O discriminador seguinte foi o choque, o qual teve uma frequência de 9 menções pelos enfermeiros. O mesmo foi associado a 6 fluxogramas: 1) Corpo estranho; 2) Mal estar em adulto; 3) Dor torácica; 4) Trauma toracoabdominal; 5) Trauma cranioencefálico; 6) Trauma maior.

O quarto discriminador considerado relevante pelos enfermeiros, é a hemorragia exsanguinante, referido 7 vezes, e com associação a 6 fluxogramas: 1) Corpo estranho; 2) Trauma maior; 3) Trauma cranioencefálico; 4) Autoagressão; 5) Hemorragia digestiva; 6) Problemas em extremidades. Por último, o menos citado pelos participantes do estudo, foi o discriminador diarreia e vômito, com 3 menções, associado a apenas 1 fluxograma: 1) Evacuação de sangue vivo ou escurecido.

É imperioso destacar que, os fluxogramas trauma maior, trauma cranioencefálico e corpo estranho, foram associados a quase todos os discriminadores (4 do total de 5) apontados pelos enfermeiros. O fluxograma toracoabdominal teve associação com 2 dos 5 fluxogramas selecionados como mais prevalentes no pronto socorro (PS).

Para elucidar o conceito da palavra trauma, faz-se necessário retroagir até a sua raiz grega, onde o termo deriva de *traumatōs* que significa “ferida” ou “lesão” física (Dicio, 2024). Hodiernamente a palavra vem sendo utilizada de forma ampla, para definir lesões físicas e psicológicas (OMS, 2013). O estudo em questão tem foco nos traumas físicos, que podem causar lesões internas ou externas, podendo resultar de uma ação violenta, causada por um agente externo, como colisões em acidentes automobilísticos ou violências, oriunda de terceiros ou auto-infligida (Santos, 2022; Consoline, 2023).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de 12.000 pessoas perdem a vida diariamente em consequência de causas traumáticas, como acidentes de trânsito, homicídios e suicídios. Isso equivale a cerca de 8 óbitos por minuto em todo o mundo (OMS, 2022).

Os tipos de traumas mais comuns no mundo incluem: trauma torácico, trauma abdominal e trauma cranioencefálico (TCE) (OMS, 2018). O trauma torácico ocorre quando há uma transmissão de energia para a caixa torácica, uma estrutura externa composta por ossos e músculos que abriga e protege órgãos vitais como os pulmões e o coração. Essa região pode sofrer diversos tipos de lesões: lesões na parede torácica, lesões pulmonares, lesões mediastinais e lesões diafragmáticas (Gonçalves *et al.*, 2023).

Em nível global o trauma torácico é considerado a terceira principal causa de morte entre os tipos de traumas, sendo responsável por cerca de 25% das mortes em politraumatizados. No Brasil, ele aparece como o segundo tipo mais comum de trauma, superado apenas por traumas em extremidades. Esse aumento afeta particularmente indivíduos com menos de 40 anos, refletindo um crescimento contínuo dos casos nos últimos anos (Costa *et al.*, 2023).

O trauma toracoabdominal refere-se a lesões que afetam simultaneamente o tórax e o abdome, representando um risco significativo para órgãos vitais como pulmões e fígado. Comumente resultante de acidentes de trânsito, quedas ou agressões (Algahtany; El Maksoud, 2021).

O TCE, já abordado anteriormente na categoria 2, devido à sua capacidade de comprometer a consciência em determinadas situações, também está presente nesta categoria, pois pode também desencadear uma alteração da volemia vascular.

No tocante às consequências dos diversos tipos de traumas, a hemorragia destaca-se como a principal causa de morte, sendo considerada uma condição potencialmente evitável nas primeiras horas após o incidente (Santos *et al.*, 2022). A hemorragia intensa pode alterar o sistema hemostático e desencadear uma resposta complexa à perda de sangue e à redução de perfusão. Pacientes que sofrem grande perda sanguínea frequentemente desenvolvem uma síndrome de disfunção orgânica com falhas na coagulação, conhecida como coagulopatia aguda por trauma. Essa condição, presente em cerca de 25% dos pacientes gravemente feridos, torna o tratamento mais complexo e eleva substancialmente a taxa de mortalidade (Lima *et al.*, 2023).

Dessa maneira, para um cuidado mais direcionado ao paciente vítima de trauma, o DE eleito como principal pelos enfermeiros participantes da pesquisa é o “Risco de choque”, o qual tem resultados e intervenções de enfermagem focados no controle e prevenção do choque.

Tendo em vista que o choque resulta em hipoperfusão tecidual, causa desequilíbrio de líquidos corporais, além de favorecer a ocorrência de lesão renal (Lima *et al.*, 2023), uma das intervenções cruciais apontadas no padrão de registro do estudo em questão foi a monitorização das respostas de compensação de choque, como por exemplo a pressão arterial normal, leve atraso no enchimento capilar, pele pálida, fria ou avermelhada. Além da monitorização de fontes de perdas de líquidos, como dreno torácico.

A administração de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e/ou plaquetas conforme apropriado também estão entre as intervenções de enfermagem apontadas como fundamentais para os casos de hemorragia para criação do padrão. Tendo em vista que a hipovolemia e o colapso vascular podem causar a morte, uma forma de evitar está na

ressuscitação volêmica adequada e o tratamento de acidose, sendo muito importantes nesses quadros (Caputo *et al.*, 2024).

Diante do exposto, destaca-se o impacto do trauma como um sério desafio de saúde pública, o que requer além de iniciativas de prevenção da morbimortalidade, investimentos em capacitação multiprofissional, assim como estratégias, como o uso de padrão de registros para aplicação do Processo de Enfermagem, que oriente e possibilite uma avaliação ampla, individual e assertiva nos serviços de urgência e emergência, a fim de evitar maiores danos ao paciente com lesão traumática.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a metodologia empregada nesse estudo permitiu a contribuição dos enfermeiros na criação e validação do padrão de registro, promovendo a troca de conhecimentos em prol da concretização de um padrão de registro de forma prática, relevante, alinhada à realidade do serviço de Urgência e Emergência, levando em consideração as particularidades e as demandas específicas do setor.

Sendo assim, o padrão de registro foi organizado em 4 categorias: 1) situações que afetam a respiração espontânea e/ou oxigenação tecidual; 2) Situações que afetam o nível de consciência e o comportamento; 3) Situações de saúde que afetam o conforto; 4) Situações que afetam a volemia. Tais categorias objetivam focalizar a situação de saúde afetada, frente aos principais discriminadores e fluxogramas mencionados pelos enfermeiros, além de elencar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem prioritários que se enquadram nessas condições de saúde.

Cabe salientar que, durante a coleta de dados para a pesquisa foi possível observar dificuldades significativas. Alguns enfermeiros relataram falta de tempo para interromper suas atividades diárias para fornecer informações à pesquisadora, pois estavam sobrecarregados com as demandas urgentes do atendimento, percebendo o trabalho como uma sobrecarga adicional e, por vezes, até desnecessária, sem compreenderem de imediato a importância da pesquisa para a melhoria da qualidade dos cuidados. Esse entrave evidenciou a necessidade de sensibilização da equipe quanto aos benefícios do processo de enfermagem e da padronização de registros para a melhoria da qualidade do atendimento.

Outro aspecto observado foi a lacuna na literatura sobre a relação entre o processo de enfermagem com o uso de discriminadores e fluxogramas no contexto de urgência e emergência. O uso das taxonomias NANDA-I, NIC e NOC em ambientes de alta complexidade permanece um desafio, especialmente porque esses contextos exigem respostas rápidas e precisas, o que muitas às vezes dificulta o rigor da aplicação.

Ressalta-se a importância de investimento em estratégias para aplicação do PE, como a criação de padrões de registros nos setores de urgência e emergência, bem como estudos relacionados à eficácia da sua implementação. Tendo em vista que essa ferramenta possibilita a qualidade do atendimento, a segurança do paciente e a organização do trabalho dos profissionais.

Além de oferecer uma abordagem sistemática e personalizada para cada paciente, o padrão de registro contribui para melhores resultados clínicos e documenta as intervenções

realizadas, garantindo a continuidade do cuidado e o respaldo legal aos profissionais envolvidos na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRINO, A. *et al.* Morbimortalidade por doenças do aparelho respiratório no Brasil: um estudo ecológico. *Rev. Ciênc. Plur*, p. e25243–e25243, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1368175>. Acesso em: 16 out. 2024.
- ALGAHTANY, M. A.; EL MAKSOUD, W. A. Pattern and In-Hospital Mortality of Thoracoabdominal Injuries Associated with Motor Vehicle Accident-Related Spinal Injury: A Retrospective Single-Center Study. **Journal of Healthcare Engineering**, v. 2021, p. 1–6, 21 out. 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2021/9514169>. Acesso em: 04 nov. 2024.
- ALMEIDA NETO, R. S. de. *et al.* Traumatismo Cranioencefálico: Uma análise detalhada através de Revisão Sistemática. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 20–28, 2023. DOI: 10.51161/integrar/remes/3848. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/remes/article/view/3848>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- ALMEIDA, Deybson Borba de *et al.* Processo de enfermagem e sistematização da assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado. Salvador: EDUFBA, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36983>. Acesso em: 7 mar. 2024.
- AMARAL, Jocelio Matos. Validação de uma matriz avaliativa do processo de enfermagem no contexto hospitalar, 2023. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.
- AMATANGELO, M. P.; THOMAS, S. B. Priority Nursing Interventions Caring for the Stroke Patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, v. 32, n. 1, p. 67–84, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32014162/>. Acesso em: 15 nov. 2024.
- ARGENTA, Catarina Piccoli (org.). Competências socioemocionais e formação docente: contribuições para a educação contemporânea. Porto Alegre: Editora Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/w58cn/pdf/argenta-9786586545234.pdf#page=27>. Acesso em: 10 mar. 2024.
- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA (ALVF). Disponível em: <<https://www.alvf.org.br/sobre-alvf>>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- BARROS, Alba Lucia Bottura Leite *et al.* Processo de enfermagem: guia para a prática /Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. 1ª edição. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>, Acesso em: 15 jun. 2022.
- BASSINE, C. P. de J. Processo de enfermagem: a importância do diagnóstico de enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, [S. l.], p. 14, 2023. Disponível em: <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1152>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- BORGES, *et al.* Perspectivas sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem sob a ótica do Enfermeiro e acadêmicos de Enfermagem. *Revista Contemporânea*, Florida,

2023. Disponível em: <<https://colab.ws/articles/10.56083%2Frcv3n12-047>>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças respiratórias crônicas: diretrizes para cuidados e prevenção no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipoglicemia. Portal Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes/hipoglicemia>. Acesso em: 7 nov. 2024.

BRUTSAERT, E. F. Hipoglicemia. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/disturbios-hormonais-e-metabolicos/diabetes-mellitus-dm-e-disturbios-do-metabolismo-da-glicose-no-sangue/hipoglicemia>>. Acesso em: 16 nov. 2024.

CAPUTO, G. *et al.* Thoracic Trauma: Current Approach in Emergency Medicine. *Clinics and Practice*, v. 14, n. 5, p. 1869–1885, out. 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2039-7283/14/5/148>. Acesso em: 3 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 661, de 17 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre as competências do enfermeiro e as atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem, no âmbito do Sistema de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 17 fev. 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre o Processo de Enfermagem em todos os contextos de atuação profissional no Brasil. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 14 nov. 2023.

CONSOLINE, L. D. S. Perfil Epidemiológico de Traumas no Brasil. Anais do II Congresso Brasileiro Multidisciplinar em Urgência e Emergência On-line. Anais... Em: II Congresso Brasileiro Multidisciplinar em Urgência E Emergência On-Line. Revista Multidisciplinar em Saúde, 20 jul. 2023. Disponível em: <<https://ime.events/urgencicon2023/pdf/18389>>. Acesso em: 4 nov. 2024.

CORREIA, A. I.; PEDRO, A. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, v. 9, n. 2, p. 48–64, 2023. Disponível em: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/594/1010. Acesso em: 3 nov. 2024.

COSTA, A. DA S. *et al.* Perfil Epidemiológico de pacientes vítimas de trauma torácico em um hospital de urgência e trauma. *Rev. científica da escola estadual de saúde pública de Goiás “Cândido Santiago”*, v. 9, p. 1- 13 9c0, 24 abr. 2023. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/516/297>. Acesso em: 01 nov. 2024.

COSTA, J. P. D. *et al.* The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, p. e20190327, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/3XPM7C5PT3hFPD69TdNBthy/?lang=pt#>. Acesso em: 1 nov. 2024.

CRUZ, A. B. DA *et al.* Processo de enfermagem em práticas de urgência e emergência: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 38, p. e1857, 6 jan. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1857>. Acesso em: 25 out. 2024.

DICIO. Trauma. In: *Dicionário Online de Português*. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/trauma/>. Acesso em: 01 nov. 2024.

DICK, A. B.; LOHMANN, P. M. A dor no contexto da urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 4, p. e105942898–e105942898, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2898/2188>. Acesso em: 16 nov. 2024.

DORNELES, F. C. *et al.* Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, e 6028, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6028>. Acesso em: 7 nov. 2024.

FARIAS, D. C. S. *et al.* Elaboration of a nursing record standard for an Emergency Care Unit . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20220253, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/cz6N9Q9mDMvhMTrhRCyYkdr/?lang=pt#>. Acesso em: 5 nov. 2024.

FIGUEIRA, A. I. R.; AMARAL, G. M. M. DA S.; CARMO, T. I. G. DO. A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, v. 11, n. 1, p. e2712, 24 maio 2022. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062022000101207&script=sci_arttext. Acesso em: 16 nov. 2024.

GONÇALVES, H. S. *et al.* Avaliação clínico-epidemiológica dos pacientes vítimas de trauma torácico em um hospital de referência de Aracaju-SE. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 50, p. e20233542, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/DJkyJFtVDLJgyhXVDcFSxyB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2024.

KLINGBEIL, Kyle D; KOCH, Sebastian; DAVE, Kunjan R. Potential link between post-acute ischemic stroke exposure to hypoglycemia and hemorrhagic transformation. *International Journal of Stroke*, v. 15, n. 5, p. 477–483, 2020. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493017743797>. Acesso em: 16 nov. 2024.

KUAN, W. S. *et al.* Headache in the Emergency Department: A Multicenter Observational Study from Singapore. *Medicina*, v. 59, n. 7, p. 1340, 21 jul. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/59/7/1340#B1-medicina-59-01340>. Acesso em: 07 nov. 2024.

LIEBESKIND, David S.; JÜTTLER, Eric; SHAPOVALOV, Yuriy; *et al.* Cerebral Edema Associated With Large Hemispheric Infarction: Implications for Diagnosis and Treatment. *Stroke*, v. 50, n. 9, p. 2619–2625, 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.118.024766>. Acesso em: 15 nov. 2024.

LIMA, F. A. DE Q. *et al.* RISCO DE CHOQUE EM PACIENTES COM HEMORRAGIA GRAVE: CARACTERIZAÇÃO E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO TRAUMA. *Enferm Foco*, v. 14, 20 mar. 2023. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/risco-de-choque-em-pacientes-com-hemorragia-grave-caracterizacao-e-atuacao-do-enfermeiro-do-trauma/>. Acesso em: 04 nov. 2024.

LIMA, J. B. de. A aplicação do protocolo de Manchester na classificação de risco realizada pelo enfermeiro em unidades de urgência e emergência: uma revisão narrativa. Centro Universitário de Brasília, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15480>>. Acesso em: 07 nov. 2024.

LOTFI, M. *et al.* The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. *Nursing Open*, v. 7, n. 1, p. 42–57, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.410>. Acesso em: 5 nov. 2024.

MACEDO, M. A. D. *et al.* Sistema de triagem de Manchester: caracterização dos atendimentos por meio dos discriminadores. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 1, p. 982–992, 12 jan. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56287/41357>. Acesso em: 21 out. 2024.

MATZEMBACHER, E. P. *et al.* Percepções de enfermeiros sobre a operacionalização do processo de enfermagem em um pronto-socorro. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*; 15: e11933, 2023. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11933/11609>. Acesso em: 29 jan. 2024.

MENEZES, E. *et al.* SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE MANCHESTER: FRAGILIDADES E LIMITAÇÕES. *REVISTA FAIPE*, v. 13, n. 2, p. 120–131, 15 jul. 2023. Disponível em: <https://portal.periodicos.faipe.edu.br/ojs/index.php/rfaipe/article/view/124/119>. Acesso em: 7 nov. 2024.

OLIVEIRA, R. C. *et al.* Trauma por queimaduras: uma análise das internações hospitalares no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 12, p. e 5674, 20 dez. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5674>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global status report on road safety 2018*. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>>. Acesso em: 02 nov. 2024.

PEREIRA, M. DO S. S. *et al.* Crise convulsiva: Cuidados de enfermagem ao paciente na urgência e emergência. *Revista Interdisciplinar em Violência e Saúde*, v. 3, n. 1, 20 set. 2020. Disponível em: <https://editoraverde.org/portal/revistas/index.php/revis/article/view/145>. Acesso em: 02 nov. 2024.

ROSA, C. DE O. P. *et al.* Diagnósticos de enfermagem mais utilizados em um hospital de urgência e emergência considerando a taxonomia da NANDA. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e5210, 1 fev. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5210/4002>. Acesso em: 16 out. 2024.

SALES, A. DE P. DE *et al.* A Importância do Acolhimento com o Sistema de Manchester no Serviço de Urgência e Emergência. *Revista Feridas*, v. 10, n. 57, p. 2095–2102, 2 dez. 2022. Disponível em: <https://www.revistaferidas.com.br/index.php/revistaferidas/article/view/2916>. Acesso em: 15 out. 2024.

SANTANA, L. F. *et al.* Atuação do enfermeiro em urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.4, p. 35994-35006, abr. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27870>. Acesso em: 10 out. 2024.

SANTOS, C. R. M. dos. FARRE, A. G. M. da C. Desafios e possibilidades da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa Lagarto-SE, 02 de outubro de 2023. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/pic-ebserh/pic-2022/1o-webnario-de-iniciacao-cientifica-rede-ebserh/trabalhos/HULUFS.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2024.

SANTOS, I. S. N.; Souza, C. J. de.; Silvino, Z. R. A simulação realística como ferramenta gerenciadora do cuidado no controle de hemorragias no trauma. *Conjecturas*, v. 22, n. 11, p. 792–805, 18 ago. 2022. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7a76/f92fd9f64870a22cbdb6877fa96de37611d9.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

SILVA, G. D. da. *et al.* Epidemiological profile of hospitalization due to respiratory diseases in Brazil in 10 years. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 12, n. 7, p. e13712742659, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i7.42659. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42659>. Acesso em: 21 oct. 2024.

SILVA, L. L. D.; CABRAL, F. Urgência e Emergência e o Papel do Enfermeiro. *Revista Saúde Dos Vales*, v. 6, n. 1, 1 nov. 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/1814>. Acesso em: 7 nov. 2024.

SILVA, M. R. DA *et al.* Política nacional de humanização e importância do acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência hospitalar | Seven Editora. [s.d.]. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/view/1744>. Acesso em: 3 nov. 2024.

SOARES, C. de F. *et al.* A importância dos registros de enfermagem para a assistência à saúde na perspectiva dos enfermeiros auditores. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.], v. 7, pág. e309974007, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4007>. Acesso em: 11 nov. 2024.

SOUZA, V. R. DOS S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, p. eAPE02631, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/#>. Acesso em: 15 nov. 2024. Stroke Patient. Critical Care Nursing Clinics of North America, v. 32, n. 1, p. 67–84, Stroke, v. 50, n. 9, p. 2619–2625, 2019. Disponível em:

TEIXEIRA, E. N. Methodological research: operational perspectives and participatory densities. In: Teixeira E. Development of care-educational technologies. Porto Alegre: Moriá; 2020. p. 51- 62.

TEIXEIRA E. N. Participatory interfaces in methodological research for nursing investigations. Rev. Enferm. UFSM. [Internet].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Epilepsy. 2022 [atualizada a 9 fev 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>. Acesso em: 07 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health. 2013. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 01 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO urges more effective prevention of injuries and violence causing 1 in 12 deaths worldwide. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/29-11-2022-who-urges-more-effective-prevention-of-injuries-and-violence--causing-1-in-12-deaths-worldwide/>. Acesso em: 01 nov. 2024.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”**

Desenvolvida por Geovanessa da Silva Antunes Arisi, discente de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação do Professor Dr^a Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt. O objetivo central do estudo é: Construir e validar um padrão de registro para a implementação do Processo de Enfermagem em um setor de Urgência e Emergência de um hospital do Oeste de Santa Catarina. O convite à sua participação se deve à sua formação como enfermeiro e pela experiência clínica de no mínimo seis meses. A sua participação é importante para identificarmos os pontos que precisam de aperfeiçoamento no padrão de registro, para então implementar o Processo de Enfermagem. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Como já mencionado, você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar para o pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consistirá em: contribuir na discussão sobre os discriminadores do Protocolo Manchester que foram associados aos diagnósticos, resultados e intervenções mais relevantes para o setor, e então aperfeiçoar e validar o padrão de registro criado a partir disso. A coleta ocorrerá no próprio setor do hospital,

através de rodas de conversas entre a pesquisadora, orientadora e os enfermeiros assistenciais atuantes no setor. O tempo de duração da atividade é de no máximo 2 horas. As conversas serão gravadas, transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos. O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para o processo de trabalho do enfermeiro na implementação do Processo de Enfermagem por meio da utilização do padrão de registro, proporcionando melhora do julgamento clínico, ganho de conhecimento, habilidades e competências para melhorar a qualidade do serviço de saúde e consequentemente na assistência prestada. A participação na pesquisa poderá ocasionar riscos, como constrangimento, incômodo ou embaraço, pois será realizada através de discussão clínica com os participantes. Para minimizar os possíveis riscos será utilizada uma abordagem respeitosa, livre de julgamentos, sem invasão de privacidade e autonomia do participante. Caso os riscos ocorram, os pesquisadores oferecerão suporte, tais como escuta terapêutica e se necessário poderão acionar o serviço de apoio psicológico do Hospital em que será realizada a pesquisa. Será suspensa a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde psicológica do participante. Diante do caso de risco, os pesquisadores comprometem-se a comunicar a instituição envolvida na coleta dos dados. Os resultados serão divulgados no meio científico sob formato de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), resumo e artigos publicados em periódicos e/ou em apresentações de eventos na área de Enfermagem, mantendo sigilo dos dados pessoais do participante. Você será convidado para a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso, e caso deseje, uma cópia do mesmo será enviada para seu e-mail. Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE: 11945519.6.0000.0118

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável: Tel: (51) 982643008.

E-mail: julia.bitencourt@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Rua Ronoaldo Molina de Quadros, 320, Condomínio residencial verdes campos, Bairro Mário Quintana, Porto Alegre- Rio Grande do Sul.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul,

CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Nome completo do (a) participante:

Assinatura: _____

() Quero saber como contribui para a pesquisa.

Contatos: _____

APÊNDICE B - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

1. Qual a sua idade?

R:

2. Possui alguma especialização na área de Urgência e Emergência?

R:

3. Possui alguma outra especialização?

R:

4. Há quanto tempo você atua como enfermeiro?

R:

5. Qual o seu tempo de atuação profissional como enfermeiro no setor de Urgência e Emergência?

R:
