

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

CLÁUDIA REGINA BIANCATO BASTOS

**ESTUDO DE CASO COMO INSTRUMENTO DE SUPORTE PARA
SUBCONJUNTO DA CIPE® DIRECIONADO A CLIENTES DA NEUROCIRURGIA**

CURITIBA

2017

CLÁUDIA REGINA BIANCATO BASTOS

**ESTUDO DE CASO COMO INSTRUMENTO DE SUPORTE PARA
SUBCONJUNTO DA CIPE® DIRECIONADO A CLIENTES DA NEUROCIRURGIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, Área de concentração: Informática em Saúde, da Escola Politécnica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Cubas.

CURITIBA

2017

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

B327e Bastos, Cláudia Regina Biancato
2017 Estudo de caso como instrumento de suporte para subconjunto da CIPE®
direcionado a clientes da neurocirurgia / Cláudia Regina Biancato Bastos ;
orientadora, Márcia Regina Cubas. -- 2017
117 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2017
Bibliografia: f. 89-103

1. Enfermagem – Prática. 2. Enfermagem baseada em evidências.
3. Sistema nervoso - Cirurgia. 4. Diagnóstico em enfermagem.
I. Cubas, Márcia Regina. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Saúde. IV. Título

CDD 20. ed. – 610.73

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 241

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

Aos 13 dias do mês de fevereiro de 2017, no Auditório Bento Munhoz da Rocha Neto, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **“Estudo de caso como instrumento de suporte para subconjunto da CIPE® direcionado a clientes da neurocirurgia”**, apresentada pela aluna **Cláudia Regina Biancato Bastos** sob orientação da **Profª. Drª. Marcia Regina Cubas**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
PUCPR (Presidente)

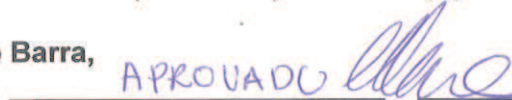


(assinatura)

Aprovado

(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Claudia Maria Cabral Moro Barra,
PUCPR (Examinador)



(assinatura)

APROVADO

(Aprov/Reprov.)

Prof. Dr. Antônio Fernandes Costa Lima,
USP (Examinador)



(assinatura)

APROVADA

(Aprov/Reprov.)

Início: 14h

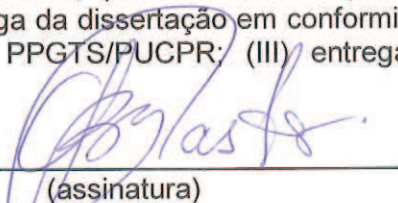
Término: 15h40min

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado aprovado (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: _____

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): **Cláudia Regina Biancato Bastos**



(assinatura)


Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
Coordenadora do PPGTS PUCPR



Dedico esta dissertação primeiramente à minha mãe, Licélia, pela minha vida, educação e incondicional apoio em todas as fases da minha jornada; aos meus filhos, Gabriela e Sebastian, grandes motivadores e razão de minha existência; ao meu cúmplice, marido e melhor amigo, Carlos Augusto Bastos; aos meus irmãos, Guilherme e Giovanni, por todo o carinho, cuidado e companheirismo de sempre; e, com igual importância, aos meus grandes mentores, que se encontram em outro plano, pela forte influência de vida e caráter que deixaram em mim: minha querida avó Anália, meu avô Sebastião e meu pai, Gervásio.

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas em nossa vida que nos deixam felizes pelo simples fato de terem cruzado nosso caminho. Algumas o percorrem ao nosso lado, vendo muitas luas passarem, mas outras apenas vemos entre um passo e outro. A todas elas chamamos amigo. Há muitos tipos de amigo. Talvez cada folha de uma árvore caracterize um deles. O primeiro, que nasce do broto, é o amigo pai e a amiga mãe. Mostram o que é ter vida. Depois, vem o amigo irmão, com quem dividimos nosso espaço, para que ele floresça como nós. Passamos a conhecer toda a família de folhas, a qual respeitamos e para quem desejamos o bem. Mas o destino nos apresenta outros amigos, os quais não sabíamos que iam cruzar nosso caminho. Muitos desses denominados amigos do peito, do coração; são sinceros e são verdadeiros. Sabem quando não estamos bem, sabem o que nos faz felizes... Às vezes, um desses amigos do peito estala nosso coração e, então, é chamado amigo namorado. Esse dá brilho aos nossos olhos, música aos nossos lábios, pulos aos nossos pés. Muitas vezes, esses amigos nos proporcionam frutos e amores infinitos, inestimáveis, imensuráveis e que até então não conhecíamos, até o dia que olhamos em seus olhos e os

chamamos FILHOS!

Mas também há

aqueles amigos

por um tempo,

talvez umas

férias ou mesmo

um dia ou uma hora.

Esses costumam

colocar muitos

sorrisos na nossa

face, durante o

tempo que estamos

por perto. Falando em

perto, não podemos nos

esquecer dos amigos

distantes, aqueles que

ficam nas pontas dos

galhos, mas que,

quando o vento sopra,

sempre aparecem

novamente entre uma

folha e outra. O tempo

passa, o verão se vai,

o outono se aproxima

e perdemos algumas de

nossas folhas. Algumas

nascem num outro verão

e outras permanecem por

muitas estações. Mas o

que nos deixa mais felizes

é que as que caíram continuam por perto,

continuam alimentando nossa raiz com alegria.

Lembranças de momentos maravilhosos enquanto cruzavam nosso caminho.

Desejo a vocês, folhas da minha árvore (Mãe, irmãos, marido, filhos, sogros, Sandra, Ana Luzia, Dra. Márcia Regina Cubas, Professora Dra. Deborah Carvalho, Professora Leoni, Dr. Antônio Fernandes Costa Lima, Francine Mattei, Rodrigo Guerra Leal, Ana Paula Veiga, Denilsen Gomes, todos os componentes do grupo de estudos e pacientes/clientes aos quais tive a honra de prestar meus cuidados e que auxiliaram no meu desenvolvimento como ser humano), paz, amor, saúde, sucesso, prosperidade... Hoje, sempre... Simplesmente porque cada pessoa que passa em nossa vida é única. Sempre deixa um pouco de si e leva um pouco de nós. Há os que levam muito, mas não há os que não deixam nada. Essa é a maior responsabilidade de nossa vida e a prova evidente de que duas almas não se encontram por acaso.

(Texto baseado e adaptado do poema “Árvores de amigos”, de Betimartins).

Agradeço a Deus por sempre ser meu guia e me conceder oportunidades de conhecer e estar com pessoas tão especiais!

“[...] se não houvesse amor, eu nada seria [...]”

Enquanto o futuro me imagina,
o passado sabe quem sou.

(Padre Fábio de Melo)

RESUMO

Introdução: O Conselho Internacional dos Enfermeiros considera o estudo de caso parte integrante do processo de desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®, podendo ser entendido como um método de pesquisa ou de ensino. Quando utilizado como suporte para validação de subconjuntos terminológicos, é uma modalidade de pesquisa, pois deve ser construído com rigor metodológico. Na enfermagem, as pesquisas que descrevem um método padronizado para a elaboração de estudo de caso são escassas. **Objetivos:** Uma vez que, entre as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, os clientes da neurocirurgia requerem cuidados específicos e tomada de decisão ágil, os objetivos desta dissertação são: elaborar estudos de caso direcionados a essa especialidade, como instrumento de suporte para subconjuntos da CIPE®; e validar os itens que compõem um estudo de caso orientado às necessidades humanas de pessoas atendidas na especialidade da neurocirurgia. **Método:** Para tanto, optou-se pela pesquisa metodológica, de caráter quantitativo, tendo sido elaborados três estudos de caso, obedecendo ao método proposto por Galdeano, Rossi e Zago (2003), organizado pelas etapas do processo de enfermagem e ancorado na teoria das necessidades humanas básicas, de Horta (1979). Para a validação de cada um dos estudos de caso, foi desenvolvido um questionário *on-line* estruturado em nove itens, cujas respostas foram organizadas em escala Likert. Participaram da pesquisa 29 enfermeiros indicados por docentes pesquisadores da área de terminologias e processo de enfermagem, representantes das cinco regiões do Brasil. Para o alcance da amostra, foi utilizada a técnica bola de neve. As respostas foram avaliadas pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), para os nove itens isoladamente e em conjunto. Foram considerados validados os IVCs $\geq 0,80$. **Resultados:** O primeiro estudo de caso foi direcionado para cliente com tumor cerebral, o segundo, para vítima de lesão raquimedular e o terceiro, para cliente com traumatismo cranioencefálico. O IVC do primeiro estudo foi de 0,98 (itens com IVC de 1,00: dados descritos na coleta de dados, fundamentação teórica, diagnósticos de enfermagem, intervenções, descrição da avaliação e conjunto das questões norteadoras; alternativas de outros diagnósticos de enfermagem foi o item com o menor IVC – 0,93). O segundo estudo apresentou IVC geral de 0,98 (itens com IVC de 1,00: dados descritos na coleta de dados, fundamentação teórica, intervenções, descrição da avaliação e conjunto das questões norteadoras; problemas de saúde identificados no estudo de caso foi o item com menor IVC – 0,92). No terceiro estudo, o IVC geral foi de 0,96 (itens com IVC de 1,00: fundamentação teórica e conjunto das questões norteadoras; problemas de saúde identificados no estudo de caso foi o item com menor IVC – 0,92). Os três estudos de caso, em conjunto, foram validados com IVC geral de 0,97 (itens com IVC de 1,00: fundamentação teórica e conjunto de questões norteadoras; problemas de saúde identificados foi o item com menor IVC – 0,94). **Conclusão:** A validação dos três estudos de caso, bem como de seus itens, por enfermeiros da prática assistencial das diferentes regiões brasileiras demonstra sua relevância para a aplicação de subconjuntos para clientes da neurocirurgia. Independentemente da região do Brasil e da diversidade semântica e cultural do lugar onde a prática ocorra, as necessidades humanas dos clientes dessa especialidade coincidem. Desse modo, é possível a utilização de um padrão de registro baseado em uma terminologia da enfermagem, facilitando a comunicação dos enfermeiros brasileiros e auxiliando no diálogo intercultural da enfermagem.

Palavras-chave: Processo de enfermagem. Estudo de caso. Estudos de validação. Enfermagem baseada em evidência. Neurocirurgia.

ABSTRACT

Introduction: International Council of Nurses considers that the case study integrates the development process of terminological subsets of ICNP®. It could be understood as a research or teaching method. When used as support for validation of terminological subsets, it is a research modality, because it should be built with methodological accuracy. In nursing, the researches that describe a standardized method for case study's elaboration are scarce. **Aims:** Since among people that need nursing cares the neurosurgery customers request specific cares and agile decisions, the objectives of this dissertation are: to elaborate case studies addressed to this specialty, as support instrument for subsets of ICNP®; and to validate the items that compose a case study oriented to the human needs of people assisted in neurosurgery. **Method:** For so much, the methodological research of quantitative character was chosen and three case studies were elaborated, obeying the method proposed by Galdeano, Rossi and Zago (2003), organized for the stages of nursing process and anchored in the theory of Horta's theory of basic human needs (1979). For the validation of each one of the case studies, an online questionnaire structured in nine items was developed, and the answers were organized in Likert scale. Twenty-nine nurses nominated for searching teachers of the area of terminologies and nursing process participated in the research, representing the five areas of Brazil. The snowball method was used. The answers were appraised for the Content Validity Index (CVI), for the nine items separately and together. $CVI \geq 0.80$ were considered. **Findings:** The first case study was addressed for customer with brain tumor, the second for victim of spinal cord injury and the third for customer with brain injury. CVI of the first study was 0.98 (items with CVI of 1.00: data described in the data collection, theoretical foundation, nursing diagnoses, interventions, description of the evaluation and group of the studied problems; other nursing diagnoses were the item with smallest CVI, 0.93). The second study presented general CVI of 0.98 (items with CVI of 1.00: data described in the data collection, theoretical foundation, interventions, description of the evaluation and group of the studied problems; health problems identified in the case study were the item with smaller CVI, 0.92). In the third study, general CVI was 0.96 (items with CVI of 1.00: theoretical foundation and group of the studied problems; health problems identified in the case study were the item with smaller CVI, 0.92). The three case studies, together, were validated with general CVI of 0.97 (items with CVI of 1.00: theoretical foundation and group of studied problems; health problems identified in the case study were the item with smaller CVI, 0.94). **Conclusion:** The validation of the three case studies, as well as of their items, for nurses of the different Brazilian areas demonstrates their relevance for the application of subsets for neurosurgery customers. Independently of the area of Brazil and the semantic and cultural diversity where the practice happens, the human needs of the neurosurgery customers coincide. So, it is possible the use of a registration pattern based on a nursing terminology, facilitating the Brazilian nurses' communication and aiding in the intercultural dialogue of nursing.

Keywords: Nursing process. Case study. Validation studies. Evidence-based nursing. Neurosurgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Demonstração das etapas do PE de modo não linear.....	26
Figura 2 – Formas de representação do DE.	28
Figura 3 – Requisitos do processo diagnóstico.....	29
Figura 4 – Diferentes ângulos aplicados ao raciocínio clínico.	30
Figura 5 – Linha do tempo das diferentes versões da CIPE®.	34
Figura 6 – Reestruturação dos dois modelos multiaxiais de oito eixos da CIPE® para o modelo uniaxial de sete eixos.	35
Figura 7 – Relação entre o ciclo de vida da CIPE® e o desenvolvimento de subconjuntos/catálogos.....	37
Figura 8 – Etapas do método para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®.	39
Figura 9 – Fluxo das etapas para validação de subconjuntos terminológicos da CIPE®.	43
Figura 10 – Distribuição regional dos enfermeiros convidados para participação no estudo.....	49
Figura 11 – Equivalência entre as etapas do PE e as etapas para desenvolvimento dos estudos de caso de Galdeano, Rossi e Zago (2003).	51
Figura 12 – Forma de organização das etapas dos estudos de caso.....	53
Figura 13 – Fluxo de coleta de dados pelo <i>software</i> Qualtrics.	57
Quadro 1 – Definição e exemplos dos eixos da versão 1.0 da CIPE®.	35
Quadro 2 – Etapas, operacionalização e base empírica dos estudos de caso.....	54
Quadro 3 – Sugestões dos participantes do teste-piloto em relação aos itens que compuseram o instrumento de coleta de dados, com <i>status</i> da modificação e justificativa.	56
Quadro 4 – Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.	61
Quadro 5 – Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.....	65
Quadro 6 – Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.	70
Quadro 7 – Termos de maior prevalência (N = 300) no banco de termos.	109
Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros, com IVC por item e geral para o estudo de caso 1 (N = 261) – Curitiba-PR – 2016.	73

Tabela 2 – Distribuição da frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros, com IVC por item e geral para o estudo de caso 2 (N = 252) – Curitiba-PR – 2016.	74
Tabela 3 – Distribuição da frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros, com IVC por item e geral para o estudo de caso 3 (N = 243) – Curitiba-PR – 2016.	75
Tabela 4 – Distribuição da frequência absoluta dos itens, com IVC por item e geral dos três estudos de caso (N = 756) – Curitiba-PR – 2016.....	76
Tabela 5 – Resultado do IVC do teste-piloto, realizado em 23 de maio de 2015, às 14 horas, nas dependências da PUCPR.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
C5	Quinta vértebra cervical
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE [®]	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DE+	Diagnóstico de Enfermagem positivo
DE-	Diagnóstico de Enfermagem negativo
FR	Frequência Respiratória
HUC	Hospital Universitário Cajuru
IE	Intervenção de Enfermagem
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NANDA-I	NANDA International
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OASIS	<i>Outcome Assessment Information Set</i>
P	Pulsção
PA	Pressão Arterial
PBE	Prática Baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PPGTS	Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RE	Resultado de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Siate	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência

SIS	Sistema de Informação em Saúde
SpO ₂	Saturação de oxigênio
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Temperatura
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UML	<i>Unified Modeling Language</i>
WOL	<i>Web Ontology Language</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO	19
2.1	OBJETIVOS.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	PE	24
3.2	CIPE®, UMA LINGUAGEM UNIFICADA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	32
3.3	SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE®	36
3.4	ESTUDOS DE CASO COMO INSTRUMENTO DE SUPORTE PARA SUBCONJUNTOS DA CIPE®	40
3.5	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CLIENTES DA NEUROCIRURGIA.....	45
4	MÉTODO	47
4.1	TIPO DE PESQUISA	47
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO	47
4.3	PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	49
4.4	COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	55
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	57
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
5	RESULTADOS	59
5.1	ESTUDO DE CASO 1: CLIENTE PORTADOR DE TUMOR CEREBRAL	59
5.1.1	Identificação e coleta de dados.....	59
5.1.2	Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.....	61
5.1.3	Planejamento e alternativas propostas para os DEs prioritários	62
5.1.4	Ações implementadas/recomendadas	62
5.1.5	Avaliação	62
5.1.6	Referências	63
5.2	ESTUDO DE CASO 2: CLIENTE COM LESÃO RAQUIMEDULAR	63
5.2.1	Identificação e coleta de dados.....	63
5.2.2	Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.....	64
5.2.3	Planejamento e alternativas propostas para os DEs prioritários	66
5.2.4	Ações implementadas/recomendadas	66
5.2.5	Avaliação	67

5.2.6	Referências	67
5.3	ESTUDO DE CASO 3: CLIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.....	68
5.3.1	Identificação e coleta de dados.....	68
5.3.2	Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.....	69
5.3.3	Planejamento e alternativas propostas para os DEs prioritários	71
5.3.4	Ações implementadas/recomendadas	71
5.3.5	Avaliação	71
5.3.6	Referências	71
5.4	VALIDAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 1: CLIENTE PORTADOR DE TUMOR CEREBRAL	72
5.5	VALIDAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 2: CLIENTE VÍTIMA DE LESÃO RAQUIMEDULAR.....	73
5.6	VALIDAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 3: CLIENTE VÍTIMA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO.....	74
5.7	VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS QUE COMPÕEM O ESTUDO DE CASO.....	75
6	DISCUSSÃO	77
7	CONCLUSÃO, CONSIDERAÇÕES E LIMITES	87
7.1	CONCLUSÃO	87
7.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
7.3	LIMITES DA PESQUISA E PESQUISAS FUTURAS	88
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE A – CARTA-CONVITE.....	104
	APÊNDICE B –TCLE	106
	APÊNDICE C – TERMOS DE MAIOR PREVALÊNCIA (N = 300) NO BANCO DE GOMES (2014)	109
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO.....	112
	APÊNDICE E – TABULAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE-PILOTO	114
	ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO PELO CEP DA PUCPR	115

1 APRESENTAÇÃO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) é definida como uma classificação dos fenômenos, ações e resultados da prática de enfermagem (COENEN, 2003). Para sua constante atualização, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) conta com centros de desenvolvimento de pesquisas em vários países. O centro brasileiro para desenvolvimento e disseminação da CIPE[®] situa-se na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Entre seus parceiros nacionais, está o Grupo de Estudos e Pesquisa de Sistemas Classificatórios em Enfermagem e Ontologias, da linha de pesquisa em Informática em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) (GARCIA; NÓBREGA, 2015).

Esta pesquisa é parte integrante de um projeto matriz¹, intitulado “Construção e validação de um padrão de registros de enfermagem com o uso de termos da linguagem especial de enfermagem fundamentada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®])” e elaborado por Cubas (2014), que tem como objetivo elaborar e validar um padrão de registros de enfermagem para ser utilizado em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), a partir da identificação de termos da linguagem especial de enfermagem, ancorada na CIPE[®]. O projeto possui cinco fases:

- a) Fase 1: elaboração de conceitos para termos novos identificados em campos de evolução de enfermagem de um hospital universitário.
- b) Fase 2: validação dos conceitos elaborados.
- c) Fase 3: construção do padrão para áreas prioritárias.
- d) Fase 4: elaboração dos estudos de caso relacionados às áreas prioritárias.
- e) Fase 5: validação dos estudos de caso.

Por sua vez, o projeto matriz é um desdobramento de uma pesquisa conduzida nos anos de 2012 a 2014, por meio de três dissertações, cujos produtos são considerados base empírica para as fases discriminadas anteriormente. Tais produtos são: um banco de termos da linguagem especial de enfermagem,

¹ O projeto matriz é fomentado pelo Edital Universal CNPq (Processo nº 445954/2014-0) e Edital Produtividade em Pesquisa da Fundação Araucária (Processo nº 574/2014).

identificados nos registros de enfermagem do hospital universitário; o mapeamento dos termos identificados mediante o modelo de sete eixos da CIPE[®] e o banco de termos de outro hospital universitário; e a elaboração de conceitos para os 15 novos termos identificados, avaliados por um conjunto de especialistas.

A terceira fase do projeto matriz resultará na elaboração de subconjuntos para assistência a pacientes/clientes² das especialidades de ortopedia e neurocirurgia, justificada pela prevalência dessas duas áreas no hospital universitário, que atende, majoritariamente, a vítimas de traumas. Nesse contexto, o objeto desta dissertação limita-se à elaboração e validação de estudos de caso como instrumento de suporte para subconjuntos da CIPE[®], direcionados para a neurocirurgia, conforme recomendações descritas no *guideline* de elaboração de catálogos da CIPE[®] (CIE, 2009).

Meu interesse pela pesquisa deve-se ao fato de o projeto ter como ferramenta principal a CIPE[®], a qual faz parte do meu cotidiano em ambiente hospitalar, contemplando as fases do Processo de Enfermagem (PE) aplicado aos clientes, desde 2009. Como enfermeira da educação permanente e, posteriormente, na gerência de enfermagem, tive oportunidade de implantar o PE informatizado em duas instituições hospitalares no município de Ponta Grossa (PR), utilizando o sistema computacional do hospital e incorporando a ele termos da CIPE[®].

Por meio do trabalho desenvolvido, obtive o conhecimento e posterior ensejo para início no PPGTS da Escola Politécnica da PUCPR.

² Estudo de Saito et al. (2013) buscou, entre outros objetivos, compreender os termos “paciente” e “cliente”, pois os autores identificaram não existir consenso no seu emprego. Ao pesquisar os respectivos conceitos, evidenciaram que “paciente” começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado com a pessoa que tem paciência e é serena e conformada, sendo sua origem derivada do latim *patiens*, de *patior*, que significa sofrer. Já o termo “cliente” procede do vocabulário da economia de mercado liberal e está relacionado ao caráter consumidor, pois considera a saúde um bem de consumo; sendo assim, possui ligação direta com a qualidade dos serviços. Tendo em vista essas duas definições, a partir deste momento, será utilizado o termo “cliente” no decorrer desta dissertação, exceto quando seu emprego não puder ser alterado (como, por exemplo, em PEP).

2 INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem é composta por diferentes categorias, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Cada categoria, por sua vez, possui distintos níveis de formação e, conseqüentemente, variados níveis de entendimento da linguagem especializada (GALVÃO, 2015).

O início dessa categorização da equipe, segundo Carraro (1997), ocorreu em 1860, após o retorno de Florence Nightingale da Guerra da Crimeia, com a fundação da Escola de Enfermagem Nightingale, nas dependências do Hospital São Thomas. Segundo a mesma autora, a instituição admitia dois tipos de aluna: as *ladies nurses*, que advinham de famílias que podiam custear os estudos, sendo preparadas para a supervisão, ensino e divulgação dos preceitos nightingaleanos; e as *nurses*, que provinham de classes sociais inferiores e não precisavam custear o curso, porém necessitavam trabalhar no hospital pelo período de um ano após o término, sendo suas atividades focadas no cuidado direto ao cliente (CARRARO, 1997).

Florence foi precursora no que diz respeito à importância dos registros de enfermagem. Em seu livro *Notes on nursing* (1859), escreve que é dever da enfermagem a anotação completa, correta e concisa do estado de saúde e da assistência prestada ao cliente. Desse modo, tanto as diferentes categorias quanto a importância do registro das ações não se configuram temas novos para a profissão; entretanto, questões relacionadas ao registro ainda não foram resolvidas no âmbito mundial e, conseqüentemente, no brasileiro.

Na prática de enfermagem, a assistência deve ser registrada por meio de evoluções e anotações de enfermagem, as quais precisam evidenciar o cuidado prestado aos clientes. De fato, estima-se que a enfermagem seja responsável por mais de 50% dos registros em prontuário (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

O Código Brasileiro de Ética de Enfermagem, regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em seu art. 25, cita a obrigatoriedade de “registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar” (COFEN, 2007). Esses registros de enfermagem garantem a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, como também fornecem respaldo legal e, como consequência, a segurança do atendimento prestado (COFEN, 2012).

O prontuário do cliente pode ser entendido como um dos principais meios de comunicação da equipe de saúde, pois é composto por registros de diferentes

profissionais acerca de um mesmo cliente. A comunicação significa uma troca de informação e entendimento entre pessoas, com a finalidade de transmitir fatos, pensamentos e valores (MATSUDA et al., 2006). Sousa (2015) afirma que é imprescindível que haja uma comunicação eficiente, sem ambiguidade, entre diversos profissionais e organizações, assegurando cuidados de saúde integrados e com qualidade.

Com o crescente avanço na quantidade de usuários do sistema de saúde e de informações a respeito do histórico clínico, o habitual registro em papel está sendo substituído pelo PEP, a fim de suprir as necessidades de armazenamento e recuperação de informações do cliente (MARTHA; BARRA; CAMPOS, 2011). De modo genérico, possui como premissa básica a integração da informação, por ser um unificador de dados alimentados por diferentes profissionais da saúde, em diferentes épocas (MARIN, 2010).

O PEP é parte integrante do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), cujo surgimento teve como finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde dos cidadãos, pois, além de aprimorarem os processos de tomada de decisão, colaboram para a troca de experiências nas diversas especialidades da área médica, reforçando, assim, a qualidade do atendimento (BEZERRA, 2009).

Ao considerar os SISs, Marin (2010) afirma que a informação é a essência da profissão, pois, quanto melhor ela for, melhor será a qualidade na tomada de decisão. Na revisão realizada pela autora, atesta que os médicos empregam 38% do seu tempo escrevendo e enfermeiros, 50%; ainda, 35% a 39% dos custos hospitalares estão relacionados à comunicação entre os profissionais e entre eles e seus clientes e 12% a 45% do custo em saúde é associado ao manuseio da informação (MARIN, 2010).

Para descrever dados que representem o estado de saúde do ser humano nos prontuários dos clientes, são utilizados vários termos da área da saúde. Cada conjunto de termos compõe uma terminologia específica da área, que representa uma linguagem da especialidade (BARRA; DAL SASSO, 2012). Em especial na área da enfermagem, é importante ressaltar que a criação das terminologias foi fomentada, entre outras justificativas, pela necessidade de compatibilidade com o processamento computacional, a fim de viabilizar pesquisas e contribuir para o corpo de conhecimentos de enfermagem (MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013).

Os sistemas classificatórios e terminologias mais conhecidos para representar a prática de enfermagem são: NANDA International (NANDA-I, 2012); *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010); *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010); Classificação Internacional de Saúde Comunitária de Omaha (MARTIN, 2005); Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) (SABA, 2008); e CIPE[®] (CIE, 2015).

A CIPE[®] é considerada uma tecnologia que possibilita a padronização dos registros de enfermagem, representando o domínio da prática profissional e oportunizando a visibilidade do conjunto de dados para o reconhecimento da sociedade (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015). Possui caráter combinatório, pois é constituída por termos (simples e compostos) e seus conceitos são distribuídos em um modelo de sete eixos (BARRA; DAL SASSO, 2012).

Entre suas versões, destaca-se a versão 1.0, de 2005, como diferencial no avanço e desenvolvimento da classificação. Nela, apresentou-se o atual modelo de sete eixos, decorrente da análise e crítica sobre as versões anteriores e da incorporação de *Web Ontology Language* (WOL), a fim de, entre outros critérios, evitar redundância e ambiguidade entre os termos, respeitando as normas da ontologia (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015). Outro fato relevante dessa foi a incorporação de uma norma para a padronização de terminologias utilizadas pelos sistemas classificatórios de enfermagem, a ISO 18104 (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010). A CIPE[®] encontra-se na versão 2015, disponível no *site* do CIE, em *browser* e versões traduzidas em formato pdf.

Devido à sua complexidade e abrangência, o CIE, com o propósito de facilitar e simplificar sua utilização e obter maior adesão entre os enfermeiros, tem desenvolvido catálogos que são subconjuntos que representam Diagnósticos (DEs), Resultados (REs) e Intervenções de Enfermagem (IEs) focados em um determinado grupo de clientes ou prioridades de saúde eleitos (CIE, 2009). Esses subconjuntos terminológicos da CIPE[®] são uma tecnologia leve-dura³, por consistir num instrumento tecnológico de senso comum, também conhecido como ciência

³ Segundo Merhy (2000), existem três tipos de tecnologia na área da saúde: dura, leve e leve-dura. A primeira corresponde aos materiais concretos, como estetoscópio, imobiliários, materiais de consumo etc. A segunda é representada pela comunicação e interação do profissional da saúde com o usuário. Por fim, a tecnologia leve-dura agrega os materiais utilizados na prática profissional e os saberes obtidos por meio das disciplinas em saúde, favorecendo o diagnóstico e a tomada de decisão.

cristalizada, pois facilita a relação entre o homem e o mundo e também o domínio da transformação do mundo (NÓBREGA et al., 2015a).

Segundo recomendações do CIE (2009), descritas em *Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE®*, é necessário desenvolver instrumentos para documentação de suporte, entre eles, os estudos de caso para a população de clientes e problemas de saúde. Esses instrumentos têm como finalidade validar o subconjunto da CIPE® para a população especificada. Tal orientação, em especial, justifica o desenvolvimento da pesquisa a que se refere esta dissertação.

Os estudos de caso são considerados pioneiros dos planos de cuidados, os quais delinearam o início do PE (GALDEANO et al., 2003). Ganham destaque como pesquisa nas áreas médica e da psicologia, que buscavam analisar com detalhes de investigação um caso específico que auxiliasse no entendimento da dinâmica e da patogenia de certa doença, tornando-se amplamente utilizados na modalidade de pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais (VENTURA, 2007).

A relevância desta pesquisa deve-se à incipiência do tema abordado, pois se observa que, embora o CIE sugira a utilização de estudos de caso como suporte para a validação de subconjuntos, são escassas as pesquisas que descrevem um método padronizado para sua elaboração na enfermagem. Por sua vez, a especialidade da neurocirurgia requer cuidados específicos e tomada de decisão ágil, visto que a maioria dos eventos que ocorrem com seus clientes é decorrente de traumas, sendo, assim, caracterizada como urgência ou emergência em saúde. Importa informar que o atendimento aos traumas requer a adoção de um conjunto específico de técnicas essenciais, pois, se a assistência não for adequadamente conduzida, o desfecho poderá ser insatisfatório, resultando em graves sequelas e até mesmo no óbito; nesse caso, o conhecimento e o treino da equipe operacional são fatores decisivos, possuindo relação direta com o resultado das vítimas de trauma (MANUAL..., 2012).

Diante disso, a pergunta que motiva o desenvolvimento desta pesquisa é: **os itens que compõem estudos de caso são reconhecidos como relevantes para enfermeiros que atuam na área em que o subconjunto é aplicado?** Isso porque se acredita que a descrição de um modelo padrão para o desenvolvimento de estudos de caso a ser aplicado à enfermagem pode fornecer um instrumento utilizado como suporte para a validação de subconjuntos da CIPE®.

2.1 OBJETIVOS

- a) Elaborar estudos de caso direcionados para a especialidade da neurocirurgia, como instrumento de suporte para subconjuntos da CIPE[®].
- b) Validar os itens que compõem os estudos de caso elaborados, a partir de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção inicia-se com a explanação do tema PE, abordando-se, na sequência, a CIPE® e os subconjuntos terminológicos. Em especial, discorre-se sobre estudos de caso como suporte para validação dos subconjuntos e, por fim, a importância de subconjuntos para o serviço de neurocirurgia.

3.1 PE

O PE, como um conjunto, é uma atividade privativa do enfermeiro. Segundo Horta (1979), é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.

O termo foi mencionado pela primeira vez por Lydia Hall, no ano de 1955, e tem como premissa solucionar problemas referentes ao processo saúde-doença do cliente, devendo estar ancorado em uma teoria de enfermagem⁴ (TANNURE; PINHEIRO; CARVALHO, 2011). Sua elaboração exige dos enfermeiros a emissão de julgamentos pautados em conhecimentos biológicos, humanos, sociais, tecnológicos e éticos (AMANTE et al., 2010).

O PE, conforme a Resolução COFEN nº 358/2009, é composto por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, assim descritas:

- a) Coleta de dados ou histórico de enfermagem: possui a finalidade de obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana, assim como suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença. É caracterizado como deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variados.
- b) DE: etapa de interpretação e agrupamento dos dados coletados no histórico de enfermagem. Direciona os cuidados a ser implementados por meio das IEs, os quais objetivam alcançar os REs⁵.

⁴ Teoria de enfermagem, segundo Carvalho e Damasceno (2003), é um instrumento de trabalho que ressalta o conhecimento científico e representa as visões sobre o processo saúde-doença e a experiência do cuidado terapêutico.

⁵ Segundo o CIE (2015), um RE caracteriza-se como o estado de um DE em pontos no tempo, após uma intervenção.

- c) Planejamento de enfermagem: objetiva determinar o resultado que se pretende obter e, dessa forma, as ações de enfermagem, ou seja, intervenções implementadas para atingir o resultado esperado.
- d) Implementação: corresponde às ações/intervenções eleitas anteriormente na etapa de planejamento e que serão colocadas em prática por meio das prescrições de enfermagem.
- e) Avaliação de enfermagem: caracteriza-se como um processo deliberado, sistemático e contínuo de observação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana no momento do processo saúde-doença. Determina se as ações implementadas alcançaram o resultado esperado e verifica se existe a necessidade de alterações ou adaptações na execução das etapas do PE.

Para o desenvolvimento efetivo das etapas do PE, o enfermeiro necessita agregar conhecimentos de disciplinas específicas, a fim de executar um julgamento clínico adequado, por meio de avaliação crítica. Lunney (2011a), nesse sentido, afirma que os enfermeiros que raciocinam de maneira crítica apresentam hábitos mentais como confiança, perspectiva contextual, intuição, criatividade, mente inquisidora, flexibilidade, integridade intelectual, abertura mental, perseverança e reflexão. Utilizando a avaliação crítica, o enfermeiro identificará as necessidades humanas ou sociais presentes no momento, estabelecerá o diagnóstico e o resultado que almeja alcançar e determinará as intervenções prioritárias para contribuir para que o resultado esperado seja obtido (GARCIA et al., 2012).

A visão do PE em fases é frágil, porém útil, pois possibilita aprofundamento e melhor compreensão das habilidades e instrumentos envolvidos na prática clínica (CRUZ, 2010). Cruz (2010), ao contextualizar a demonstração do PE em estilo linear, relata que vários autores afirmam que o pensamento clínico aplicado não ocorre de forma horizontal, apesar de ser descrito em fases subsequentes. Assim, a Figura 1 demonstra a inter-relação entre as fases do PE, de modo não linear.

Figura 1 – Demonstração das etapas do PE de modo não linear.



Fonte: A autora (2016).

Das etapas do PE, duas são atividades privativas do profissional enfermeiro: o estabelecimento do DE (ou do RE) e o planejamento de enfermagem, quando se prescrevem as IEs.

Cruz (2010), ao tratar do processo diagnóstico, relata que diversos autores utilizam diferentes termos para designá-lo, entre eles: julgamento clínico, tomada de decisão, raciocínio clínico⁶ e raciocínio diagnóstico. Os enfermeiros empregam rotineiramente o julgamento clínico para dar sentido aos dados coletados e, assim, alcançar os resultados positivos em saúde (NANDA-I, 2012), o qual é definido como opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (CIE, 2015).

Para melhor compreensão e clarificação do assunto, faz-se necessário diferenciar diagnóstico médico de DE. Para NANDA-I (2016), o diagnóstico médico

⁶ Para Cerullo e Cruz (2010), pensamento crítico e raciocínio clínico são duas definições distintas, pois consideram que o pensamento crítico envolve habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual se norteia pelos conhecimentos existentes e pelo contexto (metas possíveis, desejos do usuário, recursos disponíveis).

trata da doença ou condição médica (por exemplo, Acidente Vascular Cerebral – AVC); por sua vez, o DE aborda as respostas humanas aos problemas de saúde ou potenciais e processos da vida (possíveis DEs para clientes com AVC: comunicação verbal prejudicada, risco de quedas, processos familiares interrompidos). Observa-se que o DE abrange um olhar holístico do cliente, família e sociedade quanto ao impacto que o AVC ocasiona no contexto em que o indivíduo vive. Assim, Lunney (2011a) conceitua DE como um processo complexo que abrange a interpretação do comportamento humano pertinente à saúde.

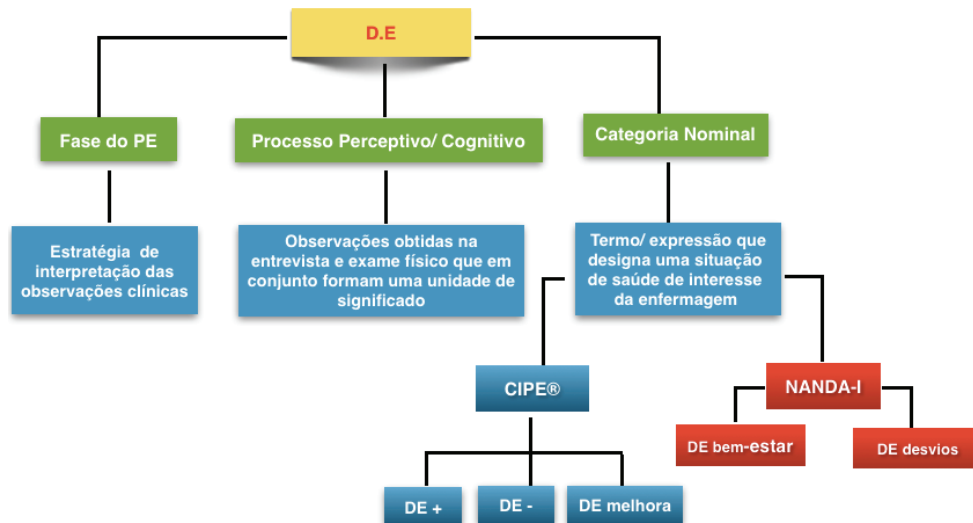
Na tentativa de encontrar uma forma consensual para o uso do termo, Cruz (2010) afirma que o DE pode ser entendido de três formas: como fase do PE, como operação perceptiva e cognitiva e como categoria nominal. O DE como fase do PE sucedeu do interesse de ativar processos mentais para interpretar as observações clínicas; como processo perceptivo e cognitivo, é entendido como um método de observação adquirido pelos órgãos dos sentidos – dados de entrevista e exame físico, que, em conjunto, formam uma unidade de significado para a enfermagem –; como categoria nominal, é um termo ou expressão que designa uma situação pertinente à saúde e pode ser influenciado pelas ações da enfermagem.

Ainda discorrendo sobre o DE, são distintas as formas como é interpretado, a exemplo de como a CIPE® e a NANDA-I apresentam seu conceito e, consequentemente, seus termos.

Na versão 1.0 da CIPE®, o conceito estava estabelecido como um dos componentes da classificação, ou seja, “o que os enfermeiros fazem em relação a certas necessidades humanas para obter determinados resultados” (CIE, 2007). A partir da versão 2.0, passou a ser definido como situações de saúde que poderiam ser influenciadas por ações da enfermagem, podendo ser classificado em DE positivo (DE+), negativo (DE-) e de melhora (CRUZ, 2010). Por sua vez, a NANDA-I (2012) apresenta o DE como interpretações científicas dos dados coletados, utilizadas para nortear o planejamento, a implementação e a avaliação dos enfermeiros. Classifica-o como DE de bem-estar, para as respostas positivas em saúde, e DE de desvios, para as respostas negativas.

A Figura 2, construída a partir de afirmações de Cruz (2010), demonstra as três formas de representação de DE, bem como sua abordagem pela CIPE® e NANDA-I.

Figura 2 – Formas de representação do DE.



Fonte: Adaptado de Cruz (2010).

Os DEs são importantes, pois traduzem as respostas humanas e as impressões mentais sobre o estado do cliente, constituindo os resultados de conclusões probabilísticas (LUNNEY, 2011a). Para Pompeo, Rossi e Galvão (2008), são fontes de conhecimento científico para a profissão, tornando-se fundamentais para o planejamento da assistência ao cliente e sendo válidos quando representam o real problema inferido pelos enfermeiros.

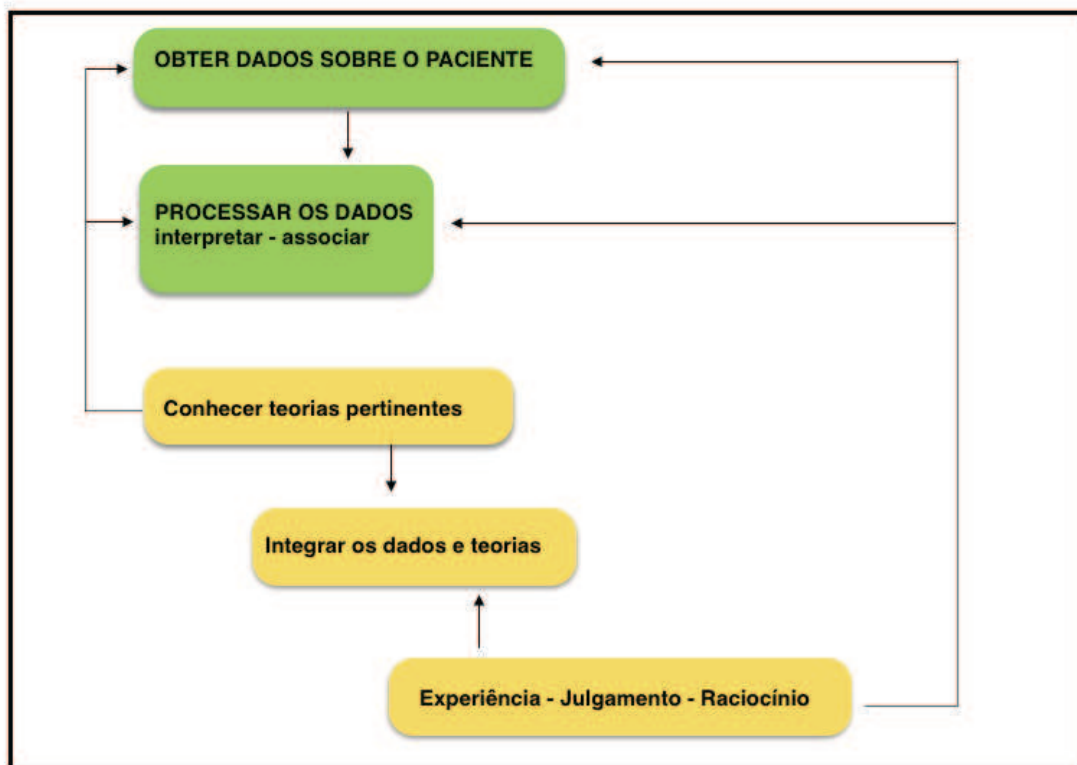
Segundo NANDA-I (2012), existem duas propostas que formam a base para o desenvolvimento de competências diagnósticas, quais sejam: a exigência, para o enfermeiro, de competências nos domínios intelectual, interpessoal e técnico e do desenvolvimento de subsídios pessoais fortes de tolerância à ambiguidade; e o uso da prática da reflexão.

Para o raciocínio do processo diagnóstico, é necessário aplicar os seguintes requisitos que auxiliam a conduta da tomada de decisão (LÓPEZ, 2001):

- a) Obtenção de um conjunto de dados relevantes, fidedignos e suficientes sobre o cliente.
- b) Processamento dos dados coletados, interpretação e combinação em consenso com as relações reais. Tal processo deve recorrer às teorias científicas pertinentes, à experiência, ao julgamento e ao raciocínio clínico, de modo a integrar os dados com as teorias para alcançar um diagnóstico efetivo.

A Figura 3 representa os requisitos aplicados a esse processo.

Figura 3 – Requisitos do processo diagnóstico.



Fonte: Adaptado de López (2001).

Cruz (2010) conclui que desenvolver habilidades, comportamentos e atitudes para um processo diagnóstico eficaz é um desafio a ser enfrentado na prática clínica da enfermagem.

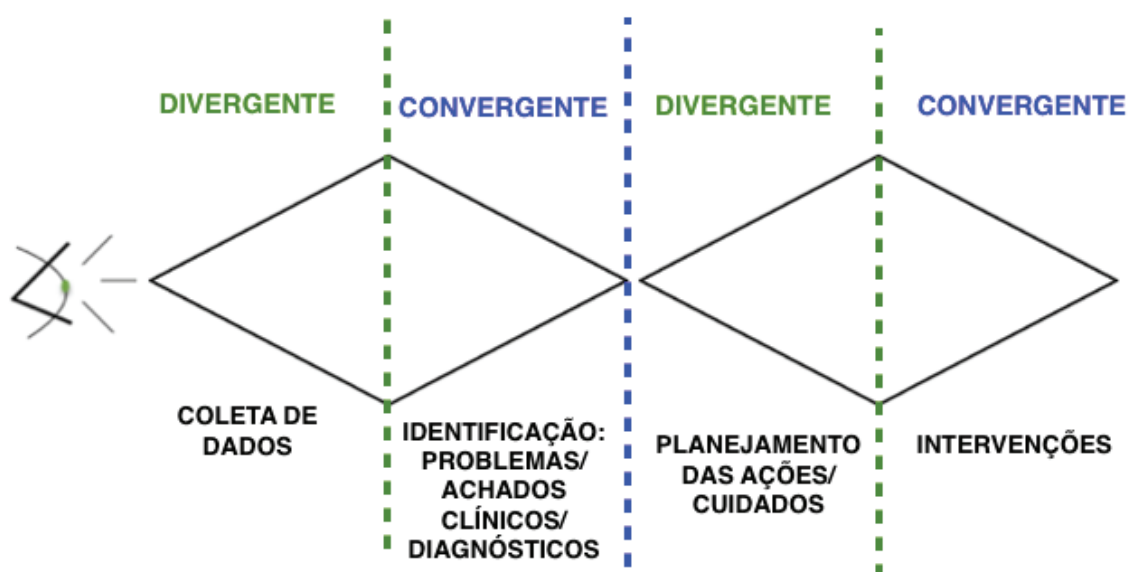
O início do planejamento dá-se pela priorização dos DEs e determinação de quais problemas ou necessidades do cliente precisam de ações imediatas e quais intervenções serão necessárias em médio e longo prazo (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Portanto, pode ser compreendido como um modo de pensar ações, organizar, alcançar resultados e efetivar metas (LANZONI et al., 2009).

O raciocínio ou julgamento clínico está presente em todas as atividades e decisões assistenciais do enfermeiro, tais como: diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados obtidos (CERULLO; CRUZ, 2010). Nesse processo, observa-se diferença de rapidez, complexidade, acurácia, eficiência e desempenho entre profissionais iniciantes e mais experientes, devido às diferenças nos processos cognitivos, conhecimentos e experiências prévias (CRUZ, 2010). Ademais, a capacidade de diferenciar o verdadeiro do falso, bem como aplicar corretamente a razão para julgar ou raciocinar sobre um caso em particular, é uma das

características importantes na tomada de decisão (LÓPEZ, 2001), na qual o profissional utiliza três tipos de análise: a indutiva, a dedutiva e a intuitiva⁷, permeados pela ética e utilizados fundamentalmente na prática de enfermagem (CERULLO; CRUZ, 2010).

Diante do exposto, pode-se afirmar que o enfermeiro utiliza diferentes tipos de conhecimento para tomar decisões frente às necessidades do cliente. Para respaldá-las, faz-se necessário um processo sistematizado de coleta e interpretação de dados ancorados em evidências. Para tanto, o profissional necessita aplicar o mesmo olhar para o mesmo caso, porém por ângulos diferentes, ora convergentes, ora divergentes, conforme demonstra a Figura 4. Essa estratégia propicia o pensamento crítico em relação aos problemas identificados, bem como desenvolve o raciocínio clínico, pois auxilia a selecionar os dados com maior relevância e, assim, priorizar os DEs e as IEs.

Figura 4 – Diferentes ângulos aplicados ao raciocínio clínico.



Fonte: A autora (2016).

⁷ Indução é um processo mental que parte de dados particulares e infere uma verdade geral ou universal não evidenciada na amostra geral, sendo suas conclusões prováveis; por sua vez, o conhecimento dedutivo é aquele que utiliza a dedução como forma de raciocínio, ou seja, é um processo de raciocínio que utiliza uma ou mais premissas aceitas como verdadeiras; já o intuitivo é aquele que efetiva um conhecimento de maneira direta e imediata, sem recorrer a inferências ou categorizações conceituais (DICIONÁRIO..., 20--?).

Como estratégia para proporcionar maior sustentação nas tomadas de decisão e auxiliar no processo de pensamento crítico, são empregadas Práticas Baseadas em Evidências (PBEs), norteadas por trabalhos científicos, com o emprego de ensaios clínicos para a tomada de decisões terapêuticas, não se satisfazendo apenas com a teoria da fisiopatologia (ATALLAH; CASTRO, 1998).

As PBEs não se respaldam na intuição, observações desalinhadas ou princípios patológicos, enfatizando o uso de provas apresentadas em pesquisas que guiam a tomada de decisão clínica (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002). Nesse contexto, os líderes da enfermagem contribuem com diretores de outras disciplinas para promover uma PBE, em benefício da melhoria da qualidade do cuidado (LUNNEY, 2011b). Ademais, elas assessoram a tomada de decisão precisa; como consequência, obtêm-se intervenções bem planejadas, com possível alcance de resultados positivos em saúde, na tentativa de reintegrar o ser humano à sociedade a que pertence. Dessa forma, não há como separar o PE das PBEs.

Segundo Dal Sasso et al. (2013), o PE destaca-se como uma tecnologia do cuidado, pois orienta a sequência do raciocínio lógico, melhorando a qualidade do cuidado por meio de avaliação clínica, DEs, IEs e REs; ainda, a tecnologia possibilita trocas de saberes e diálogo entre usuários, familiares e trabalhadores (COELHO; JORGE, 2009). Amante et al. (2010), por sua vez, consideram-no uma tecnologia leve-dura, pois entendem que os saberes estruturados associados ao diálogo e à escuta sensível caracterizam a ação do enfermeiro.

As TICs têm apoiado de maneira estratégica o PE, pois permitem sua inserção em uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento, auxiliando na tomada de decisão do cuidado de enfermagem (DAL SASSO et al., 2013). De fato, a informatização na área da saúde é uma ferramenta facilitadora na tomada de decisão do enfermeiro, contribuindo com as ações gerenciais e possibilitando a comunicação entre os setores da instituição (BENITO; LICHESKI, 2009). Lunney (2011a) destaca que o uso de prontuários eletrônicos tem como vantagem um atendimento baseado na qualidade, pois, quando os eventos relacionados a clientes ficam eletronicamente registrados, seus dados podem ser agregados a outros registros de prontuários para mensurar os resultados de saúde conquistados em determinados locais e por determinadas instituições e profissionais. Ressalta, ainda, que o início dos esforços de lideranças da enfermagem para a inserção dos registros em prontuários eletrônicos está documentado no primeiro encontro para classificar

fenômenos de enfermagem para o registro informatizado, o qual ocorreu no ano de 1973 (LUNNEY, 2011a).

Visando a representar a prática de enfermagem e padronizar a linguagem profissional, possibilitando sua informatização para acompanhar os avanços tecnológicos em saúde, surgiu a CIPE[®].

3.2 CIPE[®], UMA LINGUAGEM UNIFICADA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Para representar os elementos da prática de enfermagem e, conseqüentemente, executar o PE, precisam-se adotar terminologias que incluam as situações de saúde e de doença dos indivíduos, da família ou da comunidade, as quais serão foco⁸ das ações de enfermagem. Entre as terminologias disponíveis, a CIPE[®] é referenciada pelo CIE (2007) como um sistema de linguagem unificado que possibilita a organização de DEs, REs e IEs, facilitando o desenvolvimento e o mapeamento dos termos locais e terminologias existentes.

Existem diversas necessidades relacionadas à linguagem conceitual de enfermagem, considerando a geografia, a atmosfera econômica, o local de prática, a cultura, a especialidade, entre outros (NANDA-I, 2012). Como explanado na seção 2, várias terminologias podem ser utilizadas na enfermagem, porém a CIPE[®] tem destaque em âmbito mundial, pois, além de integrar termos existentes em diferentes sistemas classificatórios, faz parte da família de classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde. Mais especificamente, a CIPE[®] utiliza a linguagem da especialidade, definida como aquela utilizada por membros de uma comunidade técnico-científica, que é padronizada do ponto de vista conceitual para facilitar a comunicação efetiva entre seus integrantes (GALVÃO, 2015).

A diferença entre a linguagem comum e a da especialidade é exemplificada por Galvão (2015), como segue: “[...] meu filho está com uma bola na garganta [...]”, afirmação que pode ser entendida profissionalmente como “o paciente está com um nódulo na garganta”, “o paciente está com infecção de garganta” ou, ainda, “o paciente engoliu um objeto”. Sendo assim, uma linguagem padronizada deve evitar ambigüidades de interpretação do termo.

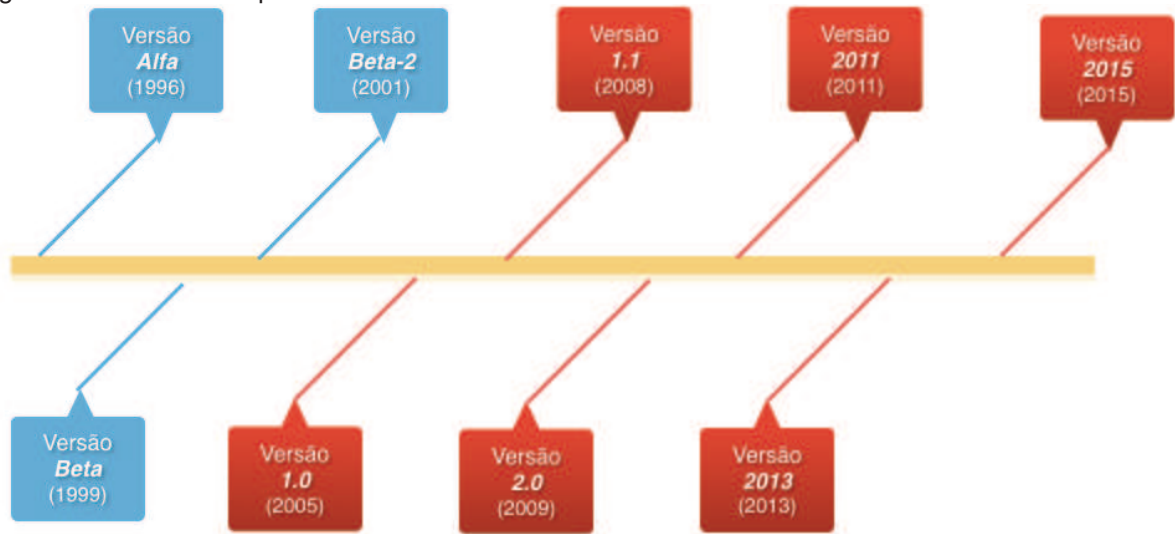
⁸ Foco é definido como área de atenção relevante para a enfermagem (CIE, 2015).

Tanto na linguagem comum quanto na especializada, utilizam-se palavras, termos e conceitos, que, *a priori*, parecem sinônimos. Contudo, conforme o banco de dados WorNet, palavra é uma unidade de linguagem que os falantes nativos podem identificar, já um termo é uma expressão usada por alguma coisa especial (COENEN; KIM, 2010). Por sua vez, conceito é definido como uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única das características (ISO, 2014). Coenen e Kim (2010) afirmam que um conceito padronizado possibilita agregar os dados do cliente de forma que médicos, administradores, investigadores e formuladores políticos possam reutilizá-los para posterior análise.

Retornando à CIPE[®], consoante Cubas, Silva e Rosso (2010), seus objetivos vão além da padronização da linguagem especial, tendo também o propósito de representar conceitos e descrições de cuidados utilizados na prática mundial, o que agrega outras intenções às descritas na versão 1.0. Em outras palavras, deve possibilitar a comparação de dados, incentivar a pesquisa, auxiliar o ensino e permitir a projeção das necessidades dos clientes.

Ela surgiu de um grupo de enfermeiros preocupados em tornar a linguagem da enfermagem unificada e melhorar a compreensão e comunicação da categoria profissional em território mundial. Em 1989, o Conselho Nacional de Representantes do CIE aprovou a resolução que previa a necessidade de uma classificação internacional dos elementos da prática de enfermagem. Em 1996, houve a divulgação, pelo CIE, da primeira versão da CIPE[®], a Alfa (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015), seguida pelas versões Beta e Beta 2, de 1999 e 2001, respectivamente. Atualmente, está na versão 2015 (Figura 5).

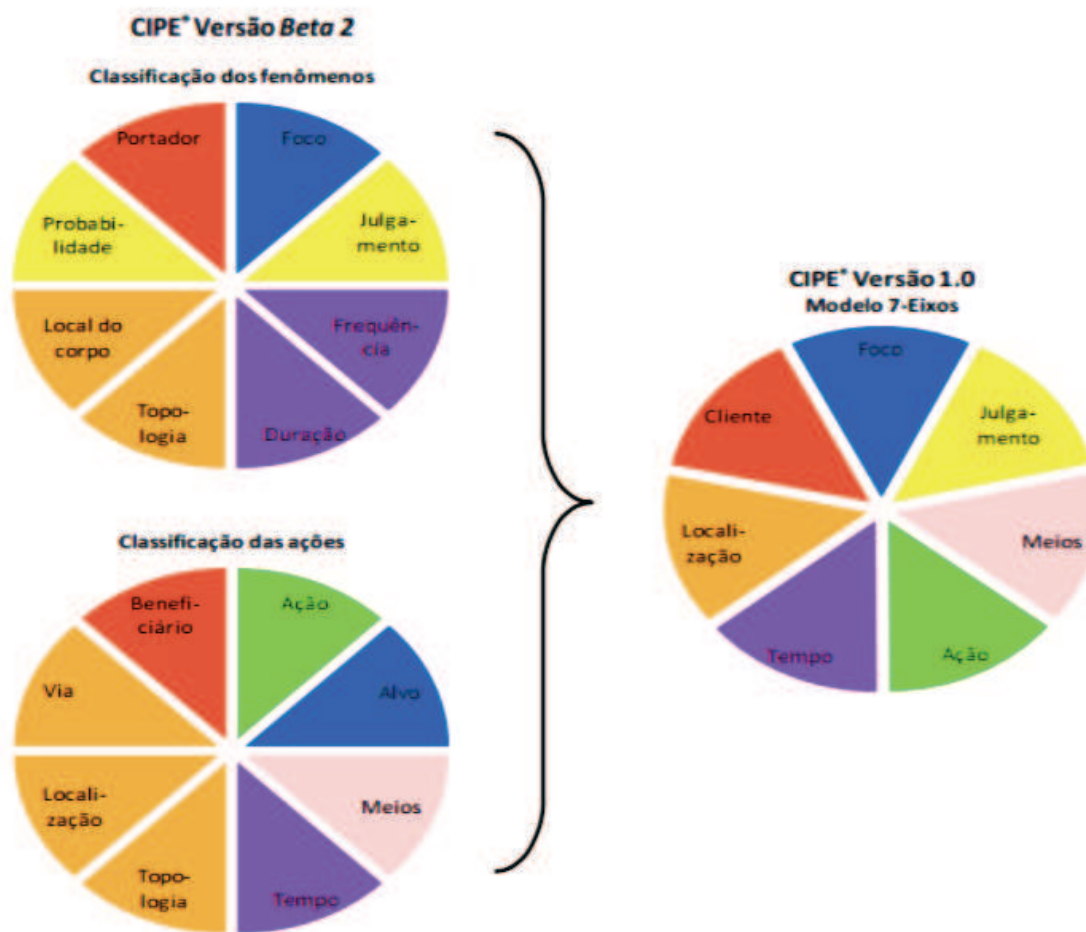
Figura 5 – Linha do tempo das diferentes versões da CIPE®.



Fonte: A autora (2016).

A versão Alfa continha duas estruturas: uma para representar fenômenos de enfermagem (alfanumérica) e outra para ações de enfermagem, subdividida em sete eixos (ação, objeto, abordagens, meios, local do corpo e tempo/lugar). As versões Beta e Beta 2 eram formadas por dois modelos de estrutura de oito eixos (CIE, 2007). A partir da versão 1.0, divulgada em 2005, a CIPE® passou a ser representada por um modelo de sete eixos (Figura 6) e agregou aspectos para sua incorporação à tecnologia computacional. Portanto, sua finalidade, além de orientar a representação de DEs e IEs, era permitir a incorporação desses elementos, para que fossem processados em computadores, por meio de um diagrama de linguagem de modelagem unificada (*Unified Modeling Language – UML*) (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Figura 6 – Reestruturação dos dois modelos multiaxiais de oito eixos da CIPE® para o modelo uniaxial de sete eixos.



Fonte: Adaptado de CIE (2007).

A definição do conceito de cada eixo da CIPE® 1.0, com exemplos, está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Definição e exemplos dos eixos da versão 1.0 da CIPE®.

Eixo	Definição	Exemplos
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem.	Dor.
Julgamento	Opinião clínica, determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem.	Melhorado, anormal.
Meios	Forma ou método de concretizar uma intervenção.	Acesso venoso central.
Ação	Processo intencional aplicado ou desempenhado por um cliente.	Acompanhar.
Tempo	O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.	Alta.
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção.	Cabeça.
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico refere-se e que é o beneficiário da intervenção.	Idoso.

Fonte: Adaptado de CIE (2015).

Para elaboração dos termos e conceitos integrantes da CIPE[®], é utilizada uma normativa da Organização Internacional de Normalização, a ISO 18104, a qual se refere a um modelo integrador de terminologia de referência na enfermagem (ISO, 2014). Essa norma internacional é fundamental para garantir o uso e manejo da terminologia de enfermagem com outros profissionais da saúde, no avanço dos registros eletrônicos na saúde (CIE, 2009). Atualizada em 2014, aborda as conclusões e recomendações feitas durante a revisão da primeira edição, de 2003 (NÓBREGA et al., 2015b).

3.3 SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE[®]

Subconjuntos (ou catálogos) da CIPE[®], segundo o CIE (2009), são enunciados de DEs, REs e IEs dispostos e organizados de forma que representem áreas de especialidades dentro da enfermagem (por exemplo, cuidados oncológicos, cuidados paliativos) ou uma área focal de enfermagem (como promoção da adesão ao tratamento, tratamento da dor, incontinência urinária). Eles surgiram com o intuito de potencializar a utilização da CIPE[®] pelos profissionais, bem como sua inserção em sistemas computacionais (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

São entendidos como uma tecnologia leve-dura, por serem instrumentos tecnológicos considerados ciência cristalizada em objetos materiais, que auxiliam na relação e transformação do homem e do mundo (NÓBREGA et al., 2015b). Importa ressaltar que eles não substituem o julgamento de enfermagem e, sim, fornecem subsídios para o parecer clínico e a tomada de decisão dos enfermeiros, pois constituem uma referência de fácil acesso nos cuidados especializados (CIE, 2009). O CIE apoia e incentiva o desenvolvimento de subconjuntos da CIPE[®], como estratégia para unificar a linguagem da enfermagem e identificar, explicar e avaliar os elementos que descrevem a prática clínica do enfermeiro (CLARES et al., 2013).

A elaboração de subconjuntos terminológicos da CIPE[®] requer atenção criteriosa, acurácia e experiência dos pesquisadores envolvidos. As recomendações para seu desenvolvimento seguem um rigor metodológico para que dados importantes não sejam perdidos e seja garantida a qualidade do produto final (CLARES; FREITAS; GUEDES, 2014). Apesar da indicação de tal rigor, revisão de literatura conduzida por Clares, Freitas e Guedes (2014), que analisou os aspectos metodológicos utilizados para elaboração desses subconjuntos em dissertações e

teses da enfermagem brasileira, excluiu 285 das 304 referências encontradas, por não apresentarem uma metodologia para construção.

Ainda, destaca-se que o desenvolvimento de subconjuntos relaciona-se com os três componentes principais de vida da CIPE®: pesquisa e desenvolvimento; manutenção e operações; e disseminação e educação (Figura 7).

Figura 7 – Relação entre o ciclo de vida da CIPE® e o desenvolvimento de subconjuntos/catálogos.

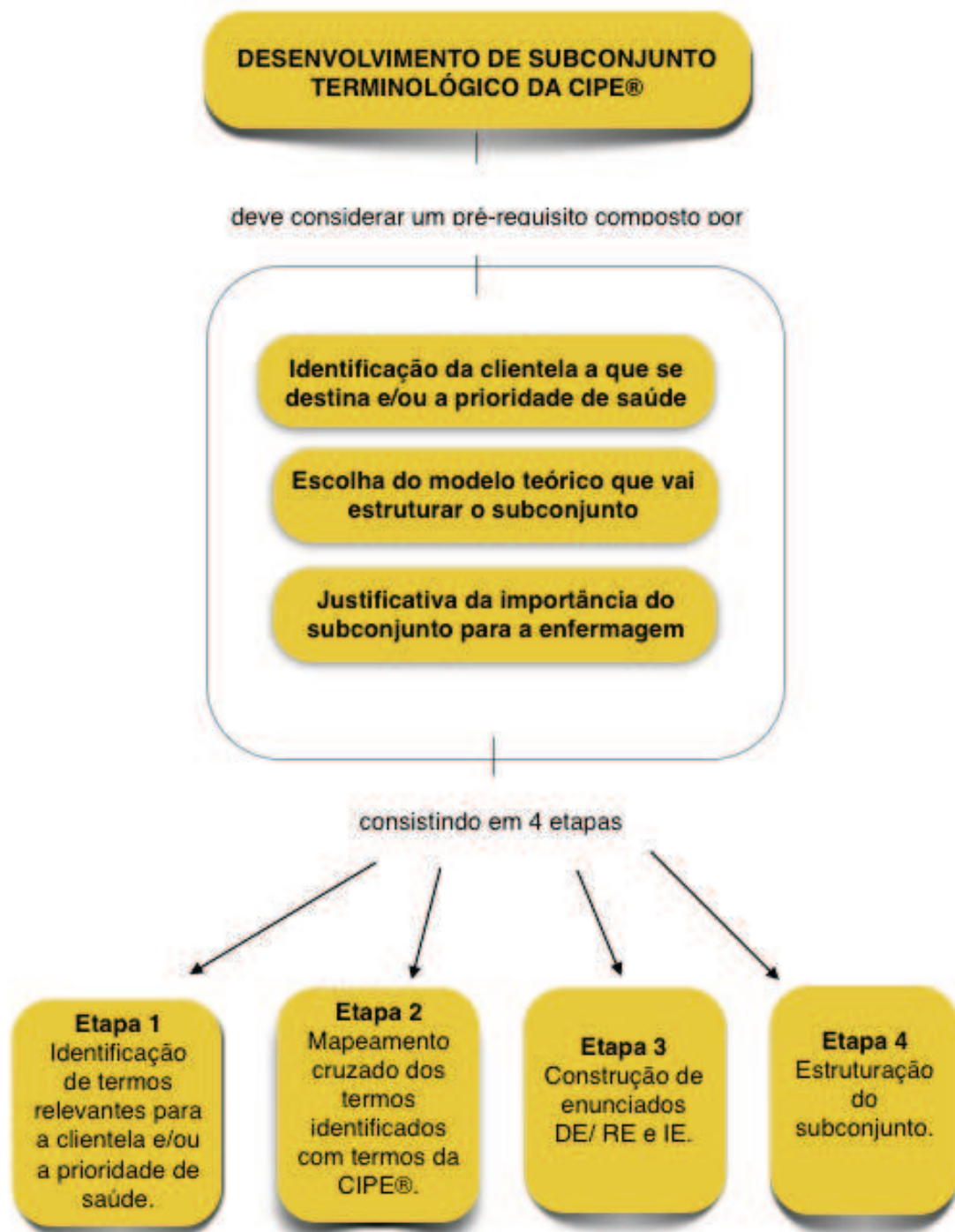


Fonte: Adaptado de Coenen e Kim (2010).

O CIE, no ano de 2009, desenvolveu um guia com as linhas de orientações para elaboração de subconjuntos, pois considera a CIPE® um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos e definições. Sendo assim, a elaboração de enunciados de DEs, REs e IEs, destinados a um grupo de clientes e prioridade de saúde, facilita e simplifica a utilização do sistema classificatório de enfermagem (CIE, 2009).

Esse processo envolve seis passos: (i) identificação do cliente e prioridade de saúde; (ii) recuperação de termos e conceitos relevantes para a prioridade; (iii) mapeamento dos conceitos identificados com a terminologia CIPE®; (iv) modelagem de novos conceitos; (v) construção de um subconjunto/catálogo; (vi) difusão desses subconjuntos/catálogos (COENEN; KIM, 2010). No Brasil, segundo Nóbrega et al. (2015a), o método é constituído por pré-requisitos e quatro etapas, conforme demonstra a Figura 8.

Figura 8 – Etapas do método para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®.



Fonte: Nóbrega et al. (2015a, p. 8).

Para padronizar a forma de representação dos conceitos inseridos em um subconjunto da CIPE®, a ISO 18104 norteia a elaboração de DEs, REs e IEs, além de definir que o enunciado de DE ou RE deve ser expresso como um julgamento

com um foco ou como uma única descoberta de achado clínico, representado por estado, estrutura, função ou comportamento alterado observado sobre um assunto de cuidados. Por sua vez, as IEs são consideradas atos intencionais aplicados a um alvo por meio de uma ação, devendo conter um descritor para ação e pelo menos um descritor para alvo (ISO, 2014).

Por fim, destaca-se que a elaboração de subconjuntos terminológicos da CIPE® é uma estratégia tecnológica importante para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que abrange os principais elementos da prática clínica, por meio de um vocabulário unificado, considerando aspectos sociais, culturais e regionais, possibilitando um meio de comunicação eficaz e destacando a autonomia profissional e compromisso social com o ser humano (CLARES et al., 2013).

Para validar os subconjuntos elaborados, o CIE (2009) determina algumas recomendações, entre elas: identificar a categoria de cliente a que será destinado o subconjunto; desenvolver aplicações de suporte ou instrumento de documentação para a população de clientes específica, como, por exemplo, estudos de caso; e testar os enunciados do subconjunto com a população de clientes e enfermeiros peritos na área especificada. Nesse sentido, Clares, Freitas e Guedes (2014) afirmam que é necessário que os subconjuntos sejam validados clinicamente, a fim de assegurar maior confiabilidade dos resultados encontrados. Medeiros et al. (2013) concluem que uma forma de validação é testar a aplicação dos subconjuntos por meio de estudos de caso clínicos, verificando a utilização de uma linguagem única para a documentação da assistência de enfermagem.

3.4 ESTUDOS DE CASO COMO INSTRUMENTO DE SUPORTE PARA SUBCONJUNTOS DA CIPE®

O estudo de caso pode ser entendido sob duas vertentes: como método de ensino e como método de pesquisa (YIN, 2015). Ventura (2007) afirma que descrever e caracterizar estudos de caso não é uma tarefa fácil, pois são utilizados de modos diferentes, com abordagens quantitativas e qualitativas, não só na prática educacional, mas também como modalidade de pesquisa.

Como ferramenta de ensino, os estudos de caso podem ser manipulados para fins instrucionais e sua proposta é estabelecer uma estrutura para discussão, bem

como proporcionar um debate entre os alunos (YIN, 2015). No espaço do ensino, Galdeano, Rossi e Zago (2003) observam que os termos “exploração detalhada” e “estudo profundo” aparecem nas definições de estudo de caso, com o objetivo de ressaltar o rigor da coleta de dados de um ou vários casos, visando a fornecer um relatório organizado das variáveis, facilitando, dessa forma, a análise dos dados e as tomadas de decisão.

Em seu artigo, Garvin (2003) faz um resgate histórico e enfatiza a importância da aplicação de estudos de caso no preparo dos alunos e futuros profissionais para o mundo real. Descreve que Christopher Columbus Langdell, professor e reitor da Faculdade de Direito da Universidade de Harvard, foi o pioneiro do método, no ano de 1870. Langdell entendia a lei como uma ciência; sendo assim, reuniu um conjunto representativo de decisões judiciais e formou o primeiro *casebook* jurídico. No princípio, houve certa resistência de alunos sobre o novo modo de ensino, evidenciada pelo *deficit* de 48 estudantes num período de três anos.

Garvin (2003) expõe que o método de estudo de caso foi posteriormente reconhecido e, assim, se propagou em outras faculdades, como na Escola de Negócios, a qual foi incentivada pela reitoria de Harvard a fazer um *casebook*, no ano de 1920. Apesar da temporalidade do uso de *casebook*, a Faculdade de Medicina começou a utilizar o método apenas em 1985. Em cada uma dessas profissões, Harvard tornou-se missionária do método, sendo disseminadora dessa inovação em todo o mundo, estando o estudo de caso firmemente estabelecido na Lei de Harvard.

Ventura (2007) ressalva que, por mais que a origem dos estudos de caso esteja ligada à ciência jurídica, sua difusão deve-se à prática psicoterapêutica, bem como ao trabalho de assistentes sociais junto aos indivíduos, grupos e comunidades. Na enfermagem, Florence Nightingale exigia que seus alunos registrassem os casos que julgavam excepcionalmente importantes em um caderno, pois seriam interrogados posteriormente, a fim de avaliar o aprendizado, esboçando, dessa forma, um método semelhante aos estudos de caso utilizados atualmente no ensino (HEIDGERKEN, 1963 apud GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003). No Brasil, os estudos de caso no ensino começaram a ser utilizados em 1934, sendo dispostos da seguinte forma: história, sintomas objetivos e subjetivos, exames, diagnóstico médico e social, tratamento médico e de enfermagem, complicações e alta (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

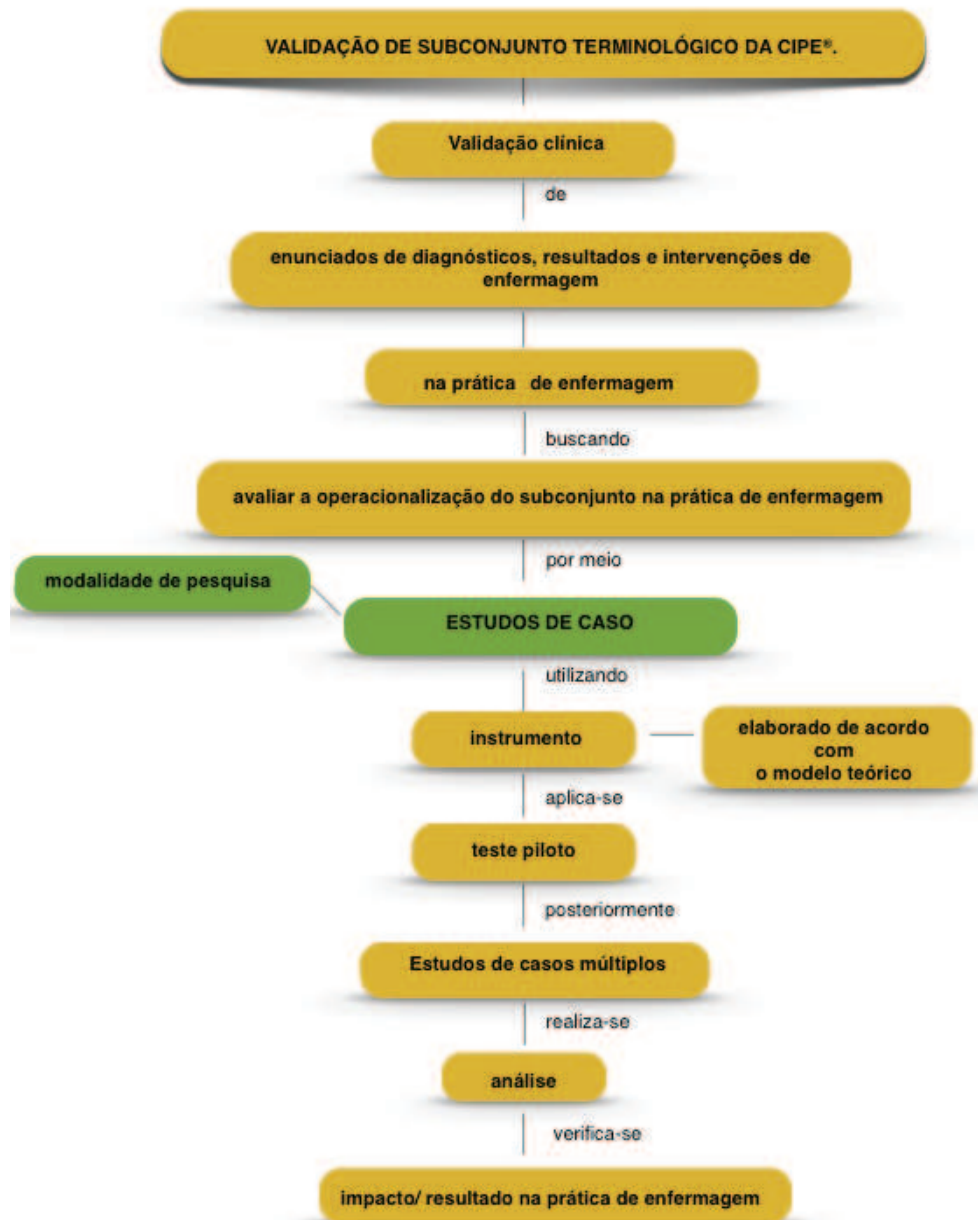
Em revisão integrativa realizada por Crosseti et al. (2009) sobre estratégias de ensino para desenvolver habilidades do pensamento crítico, o estudo de caso ficou entre as estratégias mais citadas no ensino da prática clínica, pois entende-se que sua aplicação propicia a formação de profissionais mais críticos e reflexivos, buscando uma visão holística e, assim, estimulando e aprimorando sua capacidade para a tomada de decisão. Outra pesquisa, publicada em 2016, aborda sua utilização como metodologia ativa no ensino superior, concluindo ser importante na contribuição da aprendizagem, principalmente no que tange à expressão do conhecimento, à curiosidade, à autonomia do aluno e ao trabalho em equipe (HERZER et al., 2016).

Por sua vez, como método de pesquisa, Yin (2015) considera que o estudo de caso deve seguir procedimentos metodológicos formais, ligando todas as descobertas a evidências explícitas. O mesmo autor pontua que, para a pesquisa, é uma investigação empírica que explora um fenômeno contemporâneo (também chamado caso) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto podem não ser claramente evidentes. Descreve, ainda, que pode apresentar caráter único ou múltiplo, assim como formas de abordagem qualitativas e quantitativas, porém o utilizado nas ciências sociais e médicas é de abordagem qualitativa.

Quanto ao tipo, os estudos de caso únicos são os que possuem foco em uma unidade/indivíduo, sendo vistos como casos singulares; já os múltiplos são estudos conduzidos simultaneamente: vários indivíduos, várias organizações, entre outros conjuntos (VENTURA, 2007). Ademais, Ventura (2007) explana que existe um equívoco em relação à sua aplicação: o entendimento de que, por utilizarem poucas unidades, representam uma pesquisa fácil de ser realizada. No entanto, tal afirmativa não leva em consideração o nível de complexidade envolvido nessa modalidade de pesquisa, assim como o rigor científico necessário ao seu planejamento, análise e interpretação.

Para Nóbrega et al. (2015b), o estudo de caso como instrumento de suporte para validação de subconjuntos terminológicos deve ser trabalhado como modalidade de pesquisa, estando seu fluxo apresentado na Figura 9.

Figura 9 – Fluxo das etapas para validação de subconjuntos terminológicos da CIPE®.



Fonte: Adaptado de Nóbrega et al. (2015b).

Galdeano, Rossi e Zago (2003), Stake (1994) e Yin (2015) reconhecem que desenvolver estudos de caso como modalidade de pesquisa exige um rigor metodológico. Como tal, eles são aplicados a diversas situações, a fim de contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos relacionados (YIN, 2015).

No mesmo sentido, Ventura (2007), ao avaliar definições de diferentes autores, conclui que o estudo de caso como modalidade de pesquisa pode ser entendido como uma metodologia definida pelo interesse em casos individuais,

visando à investigação de um caso particular, bem delimitado, contextualizado em um tempo e lugar, permitindo uma busca circunstanciada de informações. De forma complementar, Stake (1994) disserta que, à medida que o leitor faz uma analogia do caso descrito com situações anteriormente vivenciadas, consegue estabelecer generalizações⁹ naturalísticas, dando-se a analogia por meio de conhecimento tácito¹⁰.

Em seu artigo, Galdeano, Rossi e Zago (2003) apresentam o estudo de caso em sete etapas: (i) questão norteadora; (ii) identificação (do local ou pessoa em estudo); (iii) resumo dos problemas ou alterações identificados; (iv) fundamentação teórica; (v) alternativas ou propostas; (vi) ações implementadas ou recomendadas; (vii) discussão. O objetivo desse roteiro é construir um manual de orientação para guiar o profissional ou aluno, assegurando que nenhum dado essencial seja esquecido ou omitido do caso a ser elaborado.

Por outro lado, Ventura (2007) identifica que o delineamento do estudo de caso no modo de investigação possui quatro fases em seu processo: (i) delimitação do caso; (ii) coleta de dados; (iii) análise e interpretação dos dados; (iv) elaboração dos resultados finais (relatórios).

Por fim, Nóbrega et al. (2015b) enfatizam que os estudos de caso não possuem roteiros rígidos, de modo que a elaboração de estudos de caso clínicos utilizados como instrumento para validação de subconjuntos da CIPE[®] tem utilizado as fases do PE, tendo como fundamentação teórica o modelo conceitual empregado no desenvolvimento do subconjunto.

No caso específico desta dissertação, os estudos de caso elaborados seguem o rigor metodológico exigido como modalidade de pesquisa. Após sua conclusão, poderão ser utilizados no ensino, a fim de promover educação continuada e proporcionar generalizações naturalísticas para auxiliar na tomada de decisão dos enfermeiros, favorecendo a PBE, e, consequentemente, garantir uma maior qualidade da assistência aos clientes da neurocirurgia.

⁹ Segundo Melrose (2009), generalização naturalística é um processo que ocorre quando os leitores obtêm *insights* a partir de reflexões sobre os detalhes e descrições apresentados nos estudos de caso.

¹⁰ Para Nonaka e Takeuchi (1997), conhecimento tácito é difícil de ser expresso por meio de palavras, por essência é prático e geralmente advém de longa experiência. Exemplificam-no com o ato de andar de bicicleta.

3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CLIENTES DA NEUROCIRURGIA

A especialidade de neurocirurgia é um ramo da cirurgia destinado aos clientes com acometimento do sistema nervoso central, constituído pelo encéfalo (hemisférios cerebrais, cerebelo e tronco encefálico) e pela medula espinhal (SOUZA; VALADARES, 2011). Atende a clientes com etiologias clínicas e vítimas de traumas; entre essas etiologias, estão: doenças vasculares encefálicas (Acidente Vascular Encefálico – AVE e insuficiência vascular cerebral); aneurismas intracranianos; tumores cerebrais e de coluna; hérnias discais; artrodese de coluna; implantes de válvulas cerebrais; traumatismos cranioencefálicos; concussões, entre outras (NETTINA, 2011).

Os traumas ganham relevância por serem considerados parte do grupo das chamadas causas externas no Brasil, que representam a segunda causa de morte em território brasileiro (GONSAGA et al., 2012). Em 2010, foram registradas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 69.609 internações decorrentes de traumas em motociclistas devido a acidentes de transporte, o que gerou um gasto hospitalar de R\$ 85.602.906,68 (BRASIL, 2011). Lesch (2011) considera assustadora a quantidade anual de vítimas fatais relacionados a acidentes de trânsito; são cerca de 40.000 no Brasil e 1.300.00 no mundo, sendo a relação de uma morte/11 indivíduos com sequela permanente/38 internações hospitalares/380 atendimentos em emergência, o que compromete R\$ 30 bilhões por ano no Brasil.

Entre os anos de 2011 e 2013, foram identificadas 134.056 mortes por acidentes de transporte e 1.378 sequelas por causas externas (DATASUS, 2016). Estudo realizado em um centro de reabilitação do Sul do Brasil concluiu que a maioria das vítimas de acidentes de trânsito que procuram atendimento o faz devido a sequelas caracterizadas como extremamente graves, a exemplo de traumatismos cranioencefálicos e traumas raquimedulares, e sequelas muito graves, como amputação de membros inferiores (SCHOELLER et al., 2012).

Na maioria dos acidentes de trânsito, ocorre comprometimento do sistema nervoso central, representado por contusões ou concussões do cérebro (traumatismo cranioencefálico e/ou trauma da medula espinhal, também conhecido como traumatismo raquimedular). Ao analisar as principais causas de internamento em unidade de terapia intensiva de um hospital do Paraná no ano de 2012, Carvalho et al. (2013) verificaram que as causas mais prevalentes foram neurológicas (32%)

seguidas de traumas (25%); entre os traumas, 79% tinham relação com acidentes automobilísticos. Essas lesões requerem atenção no que concerne à avaliação clínico-funcional pós-trauma, para garantir uma reabilitação motora adequada (ABREU; LIMA; FIGUEIRÓ, 2003).

Pesquisa conduzida por Cafer et al. (2005) com os objetivos de identificar os DEs e propor IEs para clientes vítimas de traumas raquimedulares evidenciou 15 DEs, sendo os mais prevalentes: mobilidade física prejudicada (100%); *deficit* no autocuidado para banho e higiene (100%); *deficit* no autocuidado para vestir-se e arrumar-se (100%). Para as IEs, foi proposto um total de 26 cuidados, focados principalmente no ensino e auxílio do autocuidado.

Por sua vez, trabalho realizado por Souza et al. (2014) com o intuito de validar termos da linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação físico-motora apontou que houve um aumento significativo no número de pessoas com doenças crônico-degenerativas e que sobrevivem a lesão neurológicas, como o AVC e o trauma cranioencefálico. Ainda, os autores enfatizam a valorização dos subconjuntos propostos pelo CIE, bem como almejam, com a conclusão do estudo, contribuir para a construção de um subconjunto para o grupo de clientes e especialidade estudados.

Alcântara e Marques (2009), por fim, afirmam que cuidados de enfermagem inadequados podem piorar o quadro geral dos clientes neurológicos, agravando sua situação e podendo levá-los à morte. Assim, os enfermeiros precisam estar atentos, com vigilância constante para poder executar intervenções necessárias para a recuperação.

Diante disso, verifica-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar capacitada para atender a clientes das especialidades de neurocirurgia, sendo parte desse grupo composto por profissionais da enfermagem. Cabe ao profissional enfermeiro identificar as alterações que podem ocorrer nos clientes, pois grande parte da sua assistência é baseada na observação constante, para que sua avaliação e ação sejam assertivas (ALCÂNTARA; MARQUES, 2009).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa caracteriza-se como metodológica, com abordagem quantitativa. Para Lima (2011), pesquisas metodológicas têm como finalidade averiguar métodos para a coleta e organização dos dados, favorecendo o encaminhamento de investigações com um rigor relevante. Na pesquisa quantitativa, as variáveis são medidas utilizando a estatística e a técnica de coleta mais comum é o questionário, composto por questões fechadas previamente estabelecidas e codificadas (LANDIM et al., 2006).

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O universo amostral do estudo foi composto por 50 enfermeiros, oriundos de dez diferentes instituições hospitalares brasileiras, selecionadas por serem hospitais universitários, representantes das regiões do Brasil. O critério de escolha foi a similaridade (em porte) com o Hospital Universitário Cajuru (HUC).

O HUC, quando inaugurado, em 1958, pertencia à União dos Ferrovieiros. No ano de 1977, foi adquirido pela Associação Paranaense de Cultura e, atualmente, faz parte da área da saúde do Grupo Marista Sul. Tem como missão a excelência na prestação de serviços à comunidade e o contínuo desenvolvimento do ensino e pesquisa. Fez-se pioneiro no Programa de Residência Médica na área de Cirurgia Geral e Trauma, sendo hoje campo de aprendizado para as Escolas de Medicina e de Ciências da Vida da PUCPR. Possui caráter filantrópico, seu atendimento destina-se exclusivamente a clientes do SUS e é um hospital geral, sem maternidade, com aproximadamente 300 leitos de internamento, sendo 20 de cuidados intensivos e nove de cuidados intermediários. Em 2006, tornou-se referência de alta complexidade em ortopedia, traumatologia e unidade de transplante renal (HUC, 2016).

Sendo assim, as instituições de origem dos enfermeiros previamente selecionadas foram:

- a) Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- b) Hospital de Clínicas do Paraná;

- c) Hospital Universitário da Universidade de São Paulo;
- d) Hospital das Clínicas da Universidade de Minas Gerais;
- e) Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás;
- f) Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro);
- g) Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Bahia);
- h) Hospital Universitário Lauro Wanderley (Paraíba);
- i) Hospital Universitário Getúlio Vargas (Amazonas);
- j) Hospital Universitário João de Barros Barreto (Pará).

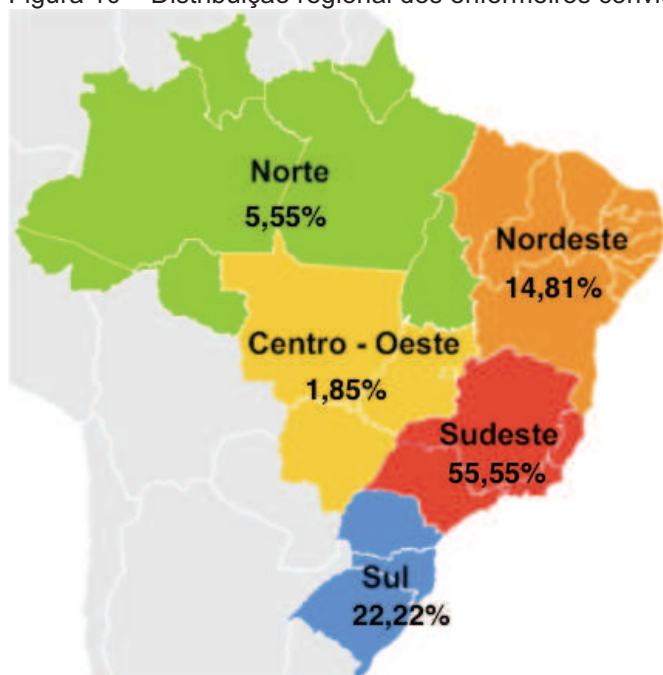
A seleção dos enfermeiros foi iniciada pela indicação de um professor do corpo docente da Escola de Enfermagem da universidade ligada ao hospital, com pesquisas ou produções na área de SAE constantes em seu currículo Lattes. Para o docente, foi solicitada a indicação mínima de três enfermeiros, com respectivo contato eletrônico, para os quais foi encaminhada uma carta-convite (Apêndice A). Esses enfermeiros, por sua vez, indicaram outros por meio da técnica bola de neve (*snowball*)¹¹ (DEWES, 2013), até o alcance da amostra total.

O critério de inclusão dos enfermeiros foi estar no mínimo há cinco anos em trabalho direcionado à assistência direta a clientes adultos, preferencialmente, na especialidade de neurocirurgia. Não houve critério de exclusão.

O contato com os participantes deu-se por convite eletrônico. Após aceite da pesquisa, o enfermeiro recebeu um *link* para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e o instrumento de coleta de dados. A distribuição regional dos enfermeiros convidados para o estudo está representada na Figura 10.

¹¹ Na técnica bola de neve ou *snowball*, o pesquisador começa por um indivíduo, que indica um ou mais indivíduos para compor o total da amostra desejada, geralmente formado por uma rede de amizades. É utilizada quando se trata de uma amostra populacional específica e de pequeno número de integrantes. Esse método também é conhecido como cadeia de referência.

Figura 10 – Distribuição regional dos enfermeiros convidados para participação no estudo.



Fonte: A autora (2016).

Foram indicados pelos docentes 54 enfermeiros, dos quais 35 aceitaram participar da pesquisa (66,03%); destes, seis não a responderam (17,14% de perda amostral). Sendo assim, 29 enfermeiros responderam à pesquisa.

4.3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Foram elaborados três estudos de caso clínicos direcionados aos clientes da especialidade de neurocirurgia, com uso:

- a) Do banco de termos do HUC, organizado por Gomes (2014), que possui 2.638 termos preferenciais, dos quais foram selecionados os 300 mais prevalentes (Apêndice C).
- b) Dos termos atômicos e moleculares¹², incluídos no modelo de sete eixos da CIPE® 2015¹³.

A elaboração foi realizada por três pesquisadores, de modo independente. Na sequência, os estudos foram avaliados pelos componentes do Grupo de Estudos e

¹² Para Garcia e Nóbrega (2013), conceito atômico é um conceito simples que, ao combinar com outro, se torna um conceito mais complexo, chamado molecular. Por exemplo, o conceito de sono é atômico e, quando combinado com o conceito de perturbado, torna-se molecular (sono perturbado).

¹³ Disponível em: <<http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>>. Acesso em: fev. 2016.

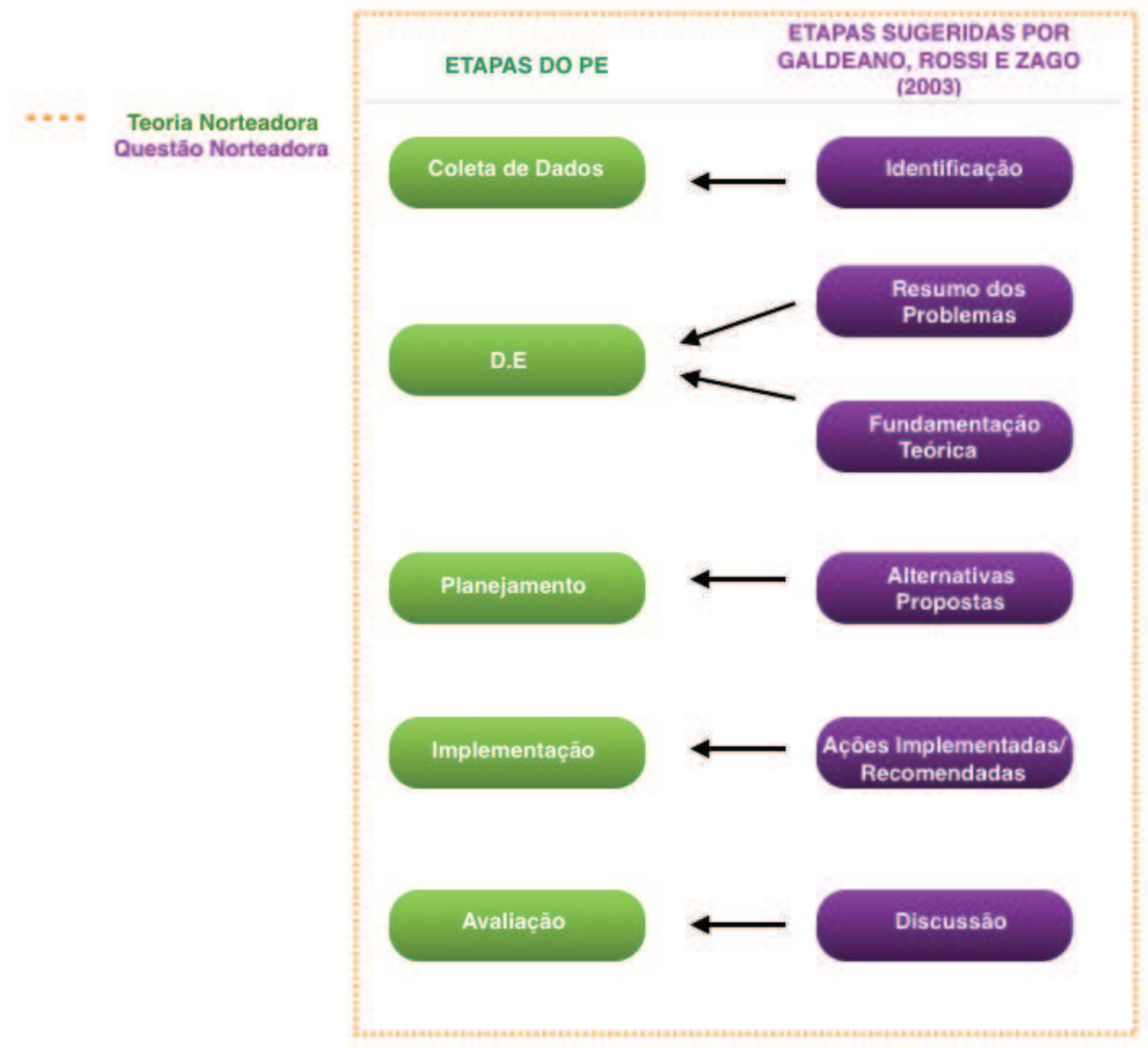
Pesquisa em Informática em Saúde do PPGTS da PUCPR, de modo a adequá-los; finalmente, foram padronizados pela investigadora principal desta dissertação.

Os itens que compuseram as etapas dos estudos foram descritos por Galdeano, Rossi e Zago (2003) para elaboração e delineamento de estudos clínicos, a saber:

- a) Estabelecimento de questões norteadoras para o estudo.
- b) Identificação da pessoa ou do grupo de estudo.
- c) Resumo dos problemas ou alterações identificados, com agrupamento e interpretação dos principais dados coletados e categorização de acordo com a teoria de enfermagem escolhida.
- d) Fundamentação teórica, agregando conhecimentos da fisiologia e fisiopatologia, de modo a justificar e sustentar os problemas identificados.
- e) Alternativas propostas, identificadas à luz da literatura, estratégias ou alternativas para a resolução do problema identificado para sustentar a tomada de decisão.
- f) Ações implementadas ou recomendadas, de modo a justificar a escolha da ação recomendada e acompanhá-la ao longo do tempo.
- g) Discussão, incluindo a avaliação do caso com outros profissionais, para incentivar o processo de pensamento e a troca de experiências, resultando num ciclo de decisão e avaliação.

Entretanto, conforme observado por Nóbrega et al. (2015b), o desenvolvimento dos estudos de caso para validação de subconjuntos segue as etapas do PE e usa a teoria de enfermagem (ou outra) como norteadora. Assim, os estudos de caso foram elaborados seguindo as etapas sugeridas por Galdeano, Rossi e Zago (2003), condizentes com as etapas do PE, conforme demonstrado na Figura 11.

Figura 11 – Equivalência entre as etapas do PE e as etapas para desenvolvimento dos estudos de caso de Galdeano, Rossi e Zago (2003).



Fonte: A autora (2016).

Em consonância com o projeto matriz, a teoria de enfermagem que ancora o estudo de caso é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), de Horta (1979). A autora conceitua enfermagem como o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento e da assistência prestada. Ainda, considera que, para a área, as necessidades humanas básicas são classificadas em três grandes grupos: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979). Em linhas gerais, a teoria afirma que o desequilíbrio de uma ou mais necessidades manifesta-se por meio de problema de saúde; por exemplo, o desequilíbrio da necessidade de amor pode ser expresso pela ansiedade, angústia, desafeto, entre outros.

A TNHB foi objeto de estudo de várias pesquisas ao longo de sua existência (LINS et al., 2013; PIRES, 2007; SANTOS, 2014; VIEIRA et al., 2012). Alguns autores revisaram a classificação das necessidades humanas básicas, conceituando-as. Entre eles, Benedet e Bub (2001) fizeram uma relação entre as necessidades humanas básicas de Horta (1979) e os diagnósticos inseridos na NANDA-I, enquanto Garcia e Cubas (2012) revisaram os conceitos das necessidades humanas, incluindo as necessidades sociais.

Por ser a revisão mais atual, foi utilizada a classificação proposta por Garcia e Cubas (2012), incluindo cada grande grupo, a saber:

- a) Necessidades psicobiológicas: referem-se à necessidade de oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercícios e atividades físicas; sexualidade; segurança física e do meio ambiente; cuidado ambiental e corporal; integridade física; regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional; regulação: térmica, vascular, neurológica e hormonal; sensopercepção; terapêutica e de prevenção.
- b) Necessidades psicossociais: comunicação; gregaria; recreação e lazer; segurança emocional; amor; aceitação; autoestima; autoconfiança; autorrespeito; liberdade e participação; educação para a saúde e aprendizagem; autorrealização; espaço; criatividade; garantia de acesso à tecnologia.
- c) Necessidades psicoespirituais: religiosa e espiritualidade.

Na Figura 12, está a demonstração da forma de organização das etapas dos estudos de caso, considerando o método do PE, o método proposto por Galdeano, Rossi e Zago (2003) e a TNHB, de Horta (1979).

Figura 12 – Forma de organização das etapas dos estudos de caso.

IDENTIFICAÇÃO/ COLETA DE DADOS

Descrição do histórico primário, dados vitais e achados clínicos.

RESUMO DOS PROBLEMAS/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/ DE e RE

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS		
PROBLEMAS	JUSTIFICATIVA	DE/ RE
		DE: RE:
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
PROBLEMAS	JUSTIFICATIVA	DE/ RE
		DE: RE:
NECESSIDADES PSIOESPIRITUAIS		
PROBLEMAS	JUSTIFICATIVA	DE/ RE
		DE: RE:

PLANEJAMENTO/ ALTERNATIVAS PROPOSTAS

AÇÕES IMPLEMENTADAS/ RECOMENDADAS

AVALIAÇÃO

Referências Bibliográficas

Fonte: A autora (2016).

A operacionalização do método descrito por etapas, com a respectiva base empírica utilizada, está descrita no Quadro 2.

Quadro 2 – Etapas, operacionalização e base empírica dos estudos de caso.

Etapas	Operacionalização	Base empírica
Estabelecimento de questões norteadoras para o estudo/teoria norteadora	Escolha da teoria de enfermagem que norteou as etapas seguintes e orientou o processo de investigação e decisório.	TNHB.
Identificação e coleta de dados	Descrição do histórico primário, dados vitais e achados clínicos.	Termos do banco de termos do HUC.
Resumo dos problemas	Agrupamento e interpretação dos principais dados coletados e categorização de acordo com a TNHB.	CIPE®.
Fundamentação teórica	Agregação de conhecimentos da fisiologia e fisiopatologia para justificar e sustentar os problemas identificados.	TNHB, artigos e livros técnicos relacionados ao tema.
Alternativas propostas/planejamento	Alternativas para a resolução do problema identificado, para sustentar a tomada de decisão.	CIPE®, artigos e livros técnicos relacionados ao tema.
Ações implementadas ou recomendadas/ implementação de cuidados	Ações planejadas anteriormente e colocadas em prática por meio das prescrições de enfermagem.	CIPE®.
Discussão/avaliação	Avaliação e debate do caso com outros profissionais, resultando num ciclo de decisão e avaliação.	Artigos e livros técnicos relacionados ao tema e CIPE®.

Fonte: A autora (2016).

O estudo de caso 1 diz respeito a cliente com tumor cerebral; o 2, a cliente com lesão raquimedular; e o 3, à vítima de traumatismo cranioencefálico.

A justificativa de escolha do primeiro estudo de caso, relacionado a tumor cerebral, ancora-se na estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2016), que descreve que grande parte dos tumores do sistema nervoso central origina-se no cérebro, nervos cranianos e meninges. A mesma fonte de dados destaca que, de todos os tumores malignos no mundo, cerca de 2% correspondem ao câncer do sistema nervoso central. A mesma estimativa traz evidências de que a incidência e a mortalidade de câncer do sistema nervoso central têm aumentado durante os últimos anos e vincula que parte desse aumento deve-se à melhoria da tecnologia, principalmente no que tange aos exames menos invasivos, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a tomografia por emissão de pósitrons.

O segundo caso explicita as necessidades de cliente vítima de lesão raquimedular. Segundo artigo publicado por Pereira e Jesus (2011), no *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, a lesão raquimedular é a principal razão de morbimortalidade na população mundial e apresenta média de internamento de 23 dias, sendo o mergulho raso uma das principais causas evidenciadas. A maior

prevalência é observada em indivíduos do sexo masculino, com faixa etária entre 21 e 30 anos; quanto ao estado civil, a maioria possui união estável (MORAIS et al., 2013).

O terceiro estudo de caso aborda o traumatismo cranioencefálico e sua justificativa relaciona-se ao fato de que esse agravo à saúde, além de ser a principal causa de morte de pessoas de um a 44 anos, é, entre os traumas, o principal determinante de morbidade, incapacidade e mortalidade no Brasil, sendo o acidente automobilístico a causa mais comum (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

4.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

O questionário de coleta de dados foi composto por nove perguntas, com quatro opções de resposta, utilizando a escala Likert: 1 – relevante/representativo; 2 – pequena revisão para ser relevante/representativo; 3 – grande revisão para ser relevante/representativo; 4 – não relevante/representativo (Apêndice D). Para auxiliar no processo de coleta e organização dos dados, foi inserido no *software* Qualtrics¹⁴.

Foi realizado um teste-piloto com 12 participantes, sendo eles: uma pesquisadora da área de informática; uma professora da graduação em Enfermagem; três doutorandos; um mestrando; quatro enfermeiros de campo; e duas alunas da graduação em Enfermagem. A média de tempo para respondê-lo foi de 15 minutos por estudo de caso. As sugestões apresentadas pelos participantes, bem como a justificativa para adequação, estão apresentadas no Quadro 3. Por sua vez, a tabulação do resultado encontra-se no Apêndice E.

¹⁴ Por meio desse *software*, o questionário pode ser acessado e respondido por *smartphone*, *tablet*, *notebook* ou qualquer outro aparelho eletrônico com acesso à internet.

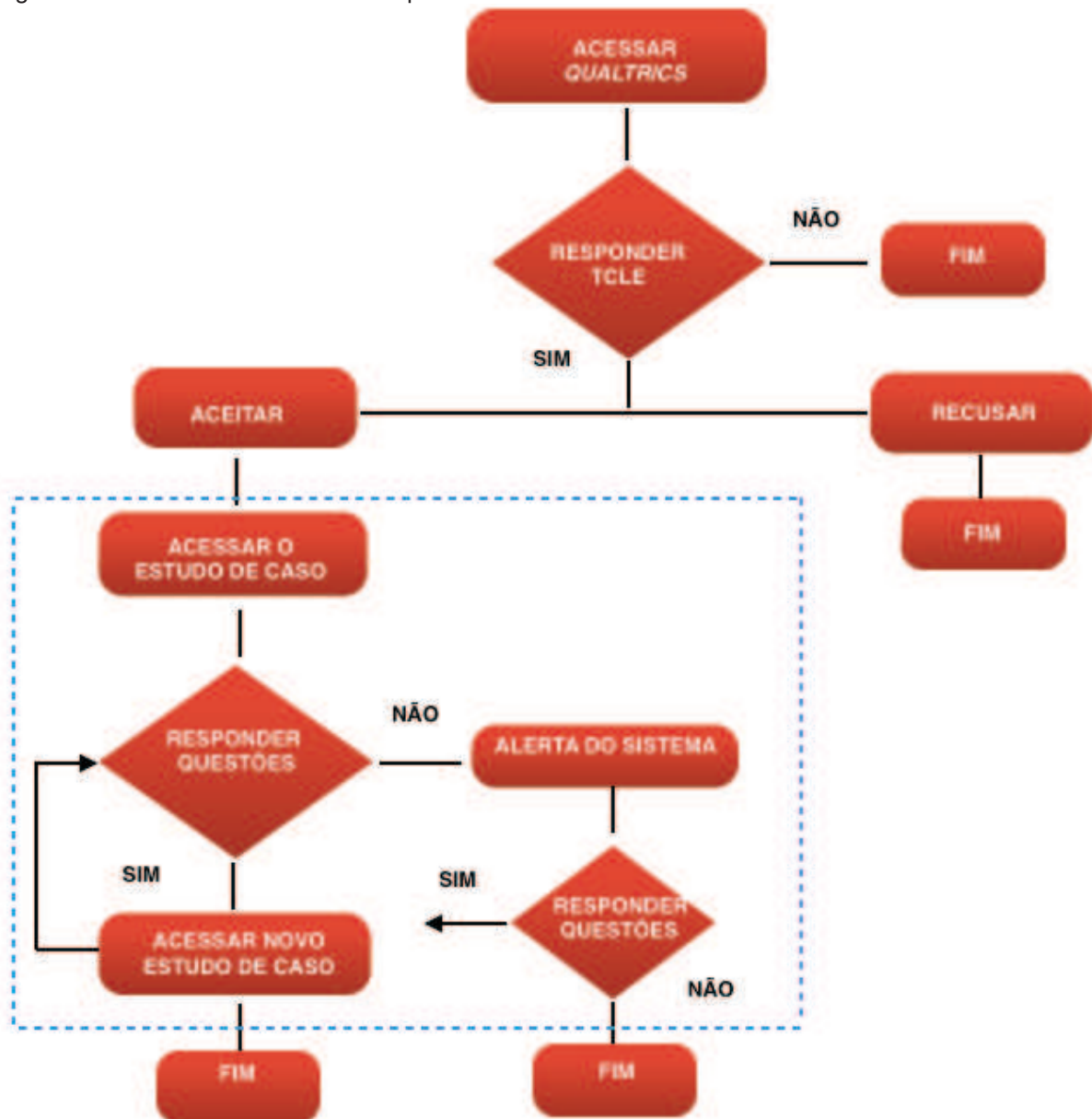
Quadro 3 – Sugestões dos participantes do teste-piloto em relação aos itens que compuseram o instrumento de coleta de dados, com *status* da modificação e justificativa.

Item	Sugestão	Status	Justificativa
Estrutura	Inserir uma explicação antes da apresentação dos estudos.	Inserido.	
Campo livre	Inserir campo livre para explicação em caso de não concordância com o item.	Não aceito.	Não se encaixa na proposta do estudo.
Justificativas	Reformular as justificativas, de modo que fiquem mais sucintas.	Reformuladas.	
Tempo de atuação	Inserir campo livre para digitar tempo de atuação assistencial.	Inserido.	
Formatação	Destacar o texto referente às perguntas e respostas.	Destacado.	

Fonte: A autora (2016).

O questionário inserido no Qualtrics foi organizado da seguinte maneira: ao responder à primeira pergunta, o sistema submete a segunda pergunta e assim sucessivamente, até serem respondidos os três estudos de caso. O participante era alertado da necessidade de resposta, não sendo permitidas respostas em branco (Figura 13).

Figura 13 – Fluxo de coleta de dados pelo *software* Qualtrics.



----- Estrutura de repetição, ocorre para os 3 estudos de casos.

Fonte: A autora (2016).

Após a adequação das sugestões pertinentes à pesquisa, o *link* de acesso ao questionário *on-line* foi encaminhado aos 35 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, dos quais 29 responderam ao estudo de caso 1; 28, ao estudo de caso 2; e 27, ao estudo de caso 3.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de participantes que estão em concordância com aspectos apresentados no instrumento, bem como seus itens, e permite analisar o item individualmente e o instrumento como um todo. Seu *score* é calculado pela soma de concordância dos itens marcados como 3 ou 4 pelos especialistas; já os itens 1 ou 2 devem ser revisados ou descartados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A fórmula é assim descrita:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}} \quad (1)$$

Para a avaliação do instrumento como um todo, é dividido o número total de itens considerados relevantes pelo número total de itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011), tendo sido considerados válidos os estudos de caso com IVC geral $\geq 0,80$.

Os dados foram apresentados em estatística descritiva e analisados à luz da literatura sobre o tema.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCPR, sob o número 1.531.577, atendendo à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

5 RESULTADOS

A escolha dos temas e cenários trabalhados nos estudos de caso ocorreu por meio do grau de prevalência, representatividade e acometimento social, baseado na experiência prática profissional dos pesquisadores envolvidos na sua elaboração. Na construção dos estudos, foi utilizado o seguinte quantitativo de termos do banco de termos do HUC, organizados por Gomes (2014): para o estudo de caso 1 foram utilizados dezenove termos; para o estudo de caso 2 foram utilizados dezessete termos e para o estudo de caso 3 foram utilizados dezesseis termos.

Os estudos de caso construídos foram dispostos e organizados seguindo os passos do método e são apresentados a seguir.

5.1 ESTUDO DE CASO 1: CLIENTE PORTADOR DE TUMOR CEREBRAL

5.1.1 Identificação e coleta de dados

B.G., sexo feminino, 33 anos, solteira, reside com os pais, trabalha há cinco anos como engenheira elétrica em uma empresa privada da cidade. Estava em tratamento domiciliar há um mês, devido a um tumor no cérebro. Refere que, nas últimas semanas, sente dor de cabeça com intensidade 10 na escala numérica, sem melhoras com o uso de analgésicos; ainda, não consegue evacuar há três dias. Nega problemas miccionais e alergias. Trouxe de casa exame de ressonância magnética de crânio, com laudo de progressão do tamanho e estadiamento do tumor. Relatório médico: pressão intracraniana aumentada.

Admitida na unidade de internamento com plano cirúrgico de craniotomia, não possui acompanhante no momento, mas relata ter um bom relacionamento familiar. Sem comorbidades anteriores, nega tabagismo e alcoolismo. Antecedentes: avó materna faleceu devido a câncer de mama.

Uso de medicações: cloridrato de tramadol a cada oito horas.

Ao exame físico, Sinais Vitais (SSVV): Pressão Arterial (PA) = 100 x 60 mmHg; Pulsação (P) = 90 bpm; Temperatura (T) = 36,5 °C; Frequência Respiratória (FR) = 18 rpm. Sonolenta, lúcida, orientada e normocorada, reflexo pupilar presente. Acuidade visual e auditiva preservada. Eupneica, pulmões livres. Ausculta cardíaca rítmica, normofonética, sem sopros. Abdome plano, flácido, com ruídos hidroaéreos

diminuídos, indolor à palpação. Membros superiores com mobilidade preservada. Acesso venoso periférico em mão direita, sem sinais flogísticos. Membros inferiores com mobilidade preservada.

5.1.2 Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE

Quadro 4 – Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.

Necessidades psicobiológicas	
Problemas	Justificativa
Dor de cabeça, pressão intracraniana aumentada, dor de intensidade 10 na escala numérica, sem melhoras com o uso de analgésicos.	O tumor cerebral aumenta a pressão intracraniana, que é a pressão exercida pelo líquido cefalorraquidiano no espaço subaracnoide e nos ventrículos cerebrais. O valor normal da pressão intracraniana varia de 5 a 15 mmHg. A presença de tumor cerebral pode ocasionar aumento da pressão intracraniana, pois ocupa espaço e, dessa forma, produz efeito de massa quando localizado no parênquima cerebral, região intraventricular ou ventrículos cerebrais. A cefaleia é um dos sintomas mais comuns da hipertensão intracraniana. Esforço realizado no momento da evacuação é chamado manobra de Valsalva e pode ocasionar aumento transitório da pressão intracraniana em até 60 mmHg.
Uso contínuo de cloridrato de tramadol, constipação intestinal, ruídos hidroaéreos diminuídos.	Um dos efeitos colaterais comumente observados nos clientes em uso crônico do cloridrato de tramadol é a constipação intestinal.
Acesso venoso periférico em mão direita.	Cateteres com lúmen podem propiciar colonização extraluminal, formando biofilmes e podendo ocasionar infecções na corrente sanguínea.
Necessidades psicossociais e psicoespirituais	
Problemas	Justificativa
Não evidenciados.	

Fonte: A autora (2016).

5.1.3 Planejamento e alternativas propostas para os DEs prioritários

- a) Monitorar a condição neurológica.
- b) Avaliar a dor de cabeça utilizando escala numérica.
- c) Proporcionar ambiente calmo e tranquilo.
- d) Verificar com o médico assistente a possibilidade de troca de analgésico.
- e) Monitorar a ingestão de alimentos e a eliminação intestinal.
- f) Incentivar a ingestão de alimentos com fibras.
- g) Incentivar a ingestão de líquidos.
- h) Administrar emolientes fecais, conforme prescrição e necessidade.
- i) Orientar deambulação acompanhada.
- j) Monitorar sinais de infecção no acesso venoso periférico.
- k) Trocar curativo do acesso venoso, conforme rotina.

5.1.4 Ações implementadas/recomendadas

- a) Monitorar a condição neurológica.
- b) Avaliar a dor de cabeça utilizando escala numérica.
- c) Proporcionar ambiente calmo e tranquilo.
- d) Verificar com o médico assistente a possibilidade de troca de analgésico.
- e) Monitorar a ingestão de alimentos e a eliminação intestinal.
- f) Incentivar a ingestão de alimentos com fibras.
- g) Incentivar a ingestão de líquidos.
- h) Administrar emolientes fecais, conforme prescrição e necessidade.
- i) Orientar deambulação acompanhada.
- j) Monitorar sinais de infecção no acesso venoso periférico.
- k) Trocar curativo do acesso venoso, conforme rotina.

5.1.5 Avaliação

Cliente encontra-se no quinto dia de pós-operatório de craniotomia para exérese de tumor.

Recebeu alta após sete dias de internamento. Relata ausência de dor de cabeça, com melhora significativa após o segundo dia do pós-operatório, quando

ganhou alta da unidade de terapia intensiva. Refere evacuação normal nos últimos três dias. A pressão intracraniana encontra-se com os parâmetros normais.

Ao exame físico, SSVV: PA = 120 x 70 mmHg; P = 86 bpm; T = 36,0 °C; FR = 15 rpm. Acordada, lúcida e orientada. Mucosas normocoradas. Curativo limpo e seco da incisão cirúrgica na região parietal direita. Reflexo pupilar presente. Acuidade visual e auditiva preservada. Eupneica, pulmões livres. Ausculta cardíaca rítmica, normofonética, sem sopros. Abdome plano, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes.

Retirado acesso venoso periférico do membro superior esquerdo, sem sinais flogísticos de infecção no local da punção. Mobilidade preservada nos membros superiores e membros inferiores.

DE: dor de cabeça ausente; eliminação intestinal eficaz. Risco de infecção ausente.

5.1.6 Referências

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARPENITO, Lynda Juaall. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. 2015. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download/>>. Acesso em: 3 maio 2015.

TORRES, Analuiza Cândido; DICCINI, Solange. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 397-404, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a14>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

5.2 ESTUDO DE CASO 2: CLIENTE COM LESÃO RAQUIMEDULAR

5.2.1 Identificação e coleta de dados

M.R., sexo masculino, 35 anos, casado, sem filhos. Acompanhado pela esposa. Pedagogo, leciona em escola pública. Terceiro dia de internamento na

unidade de terapia intensiva, devido à lesão raquimedular na quinta vértebra cervical (C5), ocasionada após um mergulho raso em cachoeira. Segundo dia de pós-operatório para fixação de lesão na C5.

Nega tabagismo. Consome bebida alcóolica nos fins de semana em pouca quantidade. Refere não conseguir movimentar o corpo, apenas a cabeça, além de preocupação relacionada à dependência de outra pessoa para realizar as atividades de vida diária. Tinha a esperança de que, após a cirurgia, seus movimentos voltassem ao normal gradativamente, mas até o momento não percebeu melhora. Diz estar em conflito com sua fé, deixando de acreditar em Deus.

Ao exame físico, SSVV: PA = 100 x 70 mmHg; P = 80 bpm; T = 36,8 °C; FR = 18 rpm. Lúcido, acordado, comunicativo. Mucosas normocoradas. Curativo limpo e seco em incisão cirúrgica, com dreno de sucção apresentando drenagem de 10 ml de líquido serossanguinolento nas 24 horas. Pulmões livres. Ausculta cardíaca rítmica, normofonética, sem sopros. Acesso venoso central em subclávia direita. Membros superiores e inferiores sem mobilidade ou sensibilidade. Abdome plano, flácido, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Diurese em cateter vesical de demora, apresentando débito com coloração límpida e clara de 1.500 ml nas 24 horas.

5.2.2 Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE

Quadro 5 – Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.

Necessidades psicobiológicas	
Problemas	Justificativa
Ausência de mobilidade e sensibilidade em membros superiores e inferiores.	As lesões medulares causadas por carga vertical (como nos acidentes de mergulho) traumatizam a medula devido à compressão da coluna espinhal. Dependendo da extensão e local do dano, o indivíduo perde os movimentos da região do corpo pela qual a inervação da medula é responsável.
Cateter vesical de demora, cateter em subclávia, incisão cirúrgica em região de C5, com dreno de sucção.	A utilização de cateteres uretrais, intravenosos e drenos associa-se a fatores de risco de infecção devido à colonização nas inserções. Os cateteres e drenos propiciam uma porta de entrada facilitada para microrganismos. O tempo de utilização interfere diretamente no aumento da incidência de infecção. A cirurgia de correção de fratura de C5 é classificada como cirurgia limpa, a qual possui uma estimativa esperada para desenvolver infecção em torno de 5% .
Necessidades psicossociais	
Problemas	Justificativa
Preocupação, depender de outra pessoa para realizar as atividades de vida diária.	A preocupação está relacionada à incerteza do prognóstico sobre o estilo de vida e ao futuro desconhecido.
Necessidades psicoespirituais	
Problemas	Justificativa
Esperança de que, após a cirurgia, os movimentos voltassem ao normal gradativamente, mas até o momento não houve melhora. Conflito com sua fé. Deixar de acreditar em Deus.	Estudo de relato de experiência abordando cuidados a clientes paraplégicos hospitalizados aponta o estreitamento e o conflito dos clientes com a fé, relacionados à tristeza da disfunção da mobilidade física (CARVALHO; DAMASCENO, 2003).

Fonte: A autora (2016).

5.2.3 Planejamento e alternativas propostas para os DEs prioritários

- a) Alternar decúbito no leito a cada hora.
- b) Manter a pele hidratada com ingestão constante de líquido e uso de hidratantes.
- c) Massagear, de forma circular, durante o banho de leito.
- d) Incentivar a adesão às atividades da fisioterapia.
- e) Manter o leito em semi-Fowler.
- f) Monitorar T, frequência cardíaca e FR.
- g) Monitorar condição neurológica.
- h) Monitorar balanço hídrico.
- i) Realizar troca de curativo, conforme rotina.
- j) Controlar aspecto da drenagem.
- k) Esclarecer as esperanças sobre o prognóstico, estilo de vida e dependência, de acordo com o atual estado de saúde.
- l) Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos.
- m) Encorajar a família a apoiar o enfrentamento da condição do cliente.
- n) Proporcionar o acompanhamento familiar.
- o) Proporcionar momentos de meditação e espiritualidade.
- p) Oferecer apoio espiritual e religioso.

5.2.4 Ações implementadas/recomendadas

- a) Alternar decúbito no leito a cada hora.
- b) Manter a pele hidratada com ingestão constante de líquido e uso de hidratantes.
- c) Massagear, de forma circular, durante o banho de leito.
- d) Incentivar a adesão às atividades da fisioterapia.
- e) Manter o leito em semi-Fowler.
- f) Monitorar T, frequência cardíaca e FR.
- g) Monitorar condição neurológica.
- h) Monitorar balanço hídrico.
- i) Realizar troca de curativo, conforme rotina.
- j) Controlar aspecto da drenagem.

- k) Esclarecer as esperanças sobre o prognóstico, estilo de vida e dependência, de acordo com o atual estado de saúde.
- l) Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos.
- m) Encorajar a família a apoiar o enfrentamento da condição do cliente.
- n) Proporcionar o acompanhamento familiar.
- o) Proporcionar momentos de meditação e espiritualidade.
- p) Oferecer apoio espiritual e religioso.

5.2.5 Avaliação

Cliente internado na instituição há 28 dias e submetido à fixação da C5, tendo recebido alta médica. Durante o período de internamento, apresentou SSVV estáveis, necessitou de antibioticoterapia para tratamento de infecção respiratória (enterobactéria sensível ao Rocefin); após um ciclo do antibiótico, houve melhora clínica e laboratorial, não sendo necessárias novas doses.

Teve acompanhamento familiar durante todo o internamento. Refere estar ciente do seu estado de saúde e apresenta-se colaborativo ao tratamento. A família foi orientada quanto aos cuidados com o cateter de alívio e a pele, na mudança de decúbito, na mobilidade no leito e fora dele, com os exercícios motores e respiratórios. Também foi encorajado a realizar atividades conforme suas perspectivas e foi discutido sobre as adequações do ambiente domiciliar. Durante o período de internamento, solicitou ajuda espiritual. No momento, não relata conflito com a fé.

Ao exame físico, SSVV: PA = 100 x 80 mmHg; P = 85 bpm; T = 36,5 °C; FR = 20 rpm. Acordado, orientado no tempo e espaço. Alimenta-se bem por via oral. Incisão cirúrgica cicatrizada. Retirado acesso venoso periférico após medicação. Local de inserção sem sinais flogísticos. Membros superiores e inferiores sem mobilidade. Pele íntegra e hidratada. Diurese por meio de cateter vesical de alívio (a cada quatro horas), com débito de 300 ml de urina clara, sem grumos. Evacuação presente em fralda.

5.2.6 Referências

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAFER, Cléia Regina et al. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenção para pacientes com lesão medular. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 347-353, 2005.

CARPENITO, Lynda Juaall. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal em pacientes paraplégicos hospitalizados: relato de experiência. **Ciencia y Enfermeria**, v. 9, n. 2, p. 77-94, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. 2015. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download/>>. Acesso em: 3 maio 2015.

5.3 ESTUDO DE CASO 3: CLIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

5.3.1 Identificação e coleta de dados

R.B., 20 anos, sexo masculino, pedestre vítima de atropelamento por automóvel. Atendido pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate) no local da ocorrência. Traumatismo cranioencefálico frontal em Glasgow 9. Admitido no pronto-socorro em tábua rígida e com colar cervical. Acesso venoso periférico em fossa cubital esquerda. Segundo relato do familiar, solteiro, reside com os pais, sem vícios, alergias ou doenças. O acidente ocorreu a caminho da autoescola do bairro em que reside.

Ao exame físico, SSVV: PA = 165 x 78 mmHg; P = 48 bpm; FR = 28 rpm; T = 36,5 °C; saturação de oxigênio (SpO₂) = 85%; Glasgow 7. Lesão contusa em couro cabeludo, pupilas anisocóricas, vias aéreas pervias, respiração abdominal, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas, abdome flácido.

Instalada ventilação mecânica em tubo orotraqueal. Realizada tomografia de crânio (evidenciado hematoma intraparenquimatoso). Raios X de cervical, tórax e

pelve, tomografia de abdome, todos sem alterações. Aguarda avaliação da neurocirurgia.

5.3.2 Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE

Quadro 6 – Resumo dos problemas, fundamentação teórica, DE e RE.

Necessidades psicobiológicas	
Problemas	Justificativa
Glasgow 7.	Em trauma cranioencefálico, evidencia-se alteração da consciência causada por danos cerebrais, associados à fratura de crânio e ao hematoma.
FR = 28 rpm; SpO ₂ = 85%.	Oxigenação inadequada do sangue circulante.
Acesso venoso periférico, tubo orotraqueal.	Dispositivos invasivos com lúmen podem propiciar colonização extraluminal, formando biofilmes e podendo ocasionar infecções nas correntes sanguínea e respiratória. O risco de desenvolver infecção aumenta a cada dia de utilização.
P = 48 bpm; PA = 165 x 78 mmHg; lesão contusa em couro cabeludo; pupilas anisocóricas.	A hipertensão arterial, associada à bradicardia, pode ser indicação de hematoma intracraniano em expansão. A presença de hematoma cerebral pode ocasionar aumento da pressão intracraniana.
Necessidades psicossociais e psicoespirituais	
Problemas	Justificativa
Não evidenciados.	

Fonte: A autora (2016).

5.3.3 Planejamento e alternativas propostas para os DEs prioritários

- a) Manter a imobilização até liberação da neurocirurgia.
- b) Manter decúbito dorsal em 30° após retirada de tábua.
- c) Monitorar nível de consciência a cada 15 minutos.
- d) Assegurar transporte seguro, com cabeceira em acline.
- e) Manter T corporal do cliente em torno de 33 °C.

5.3.4 Ações implementadas/recomendadas

- a) Manter a imobilização até liberação da neurocirurgia.
- b) Manter decúbito dorsal em 30° após retirada de tábua.
- c) Monitorar nível de consciência a cada 15 minutos.
- d) Assegurar transporte seguro, com cabeceira em acline.
- e) Manter T corporal do cliente em torno de 33 °C.

5.3.5 Avaliação

Após 24 horas de internamento em unidade de terapia intensiva, ao exame físico, SSVV: PA = 123 x 75 mmHg; P = 73 bpm; FR = 16 rpm; T = 35,8 °C; SpO₂ = 99%. Ramsay 3, sutura limpa e seca em lesão de região frontal do crânio, pupilas anisocóricas, vias aéreas pervias sob ventilação mecânica, bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas, sem sopros. Ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. Abdome flácido, com ruídos hidroaéreos presentes. Acesso venoso periférico sem sinais flogísticos, com perfusão periférica preservada. Sedação em bomba de infusão. Cabeceira a 30°. Aguarda tomografia de crânio para controle do hematoma.

DE: consciência prejudicada; troca de gases eficaz; risco de infecção; risco diminuído de pressão intracraniana aumentada.

5.3.6 Referências

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARPENITO, Lynda Juaall. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. 2015. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download/>>. Acesso em: 3 maio 2015.

FEITOZA, Daniela de Souza; FREITAS, Maria Célia; SILVEIRA, Rita Edna. Traumatismo crânio-encefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 223-233, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

MORTON, Patrícia Gonce; FONTAINE, Dorrie. **Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem**: uma abordagem holística. Tradução de Maiza Ritomy Ide. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

5.4 VALIDAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 1: CLIENTE PORTADOR DE TUMOR CEREBRAL

Para o estudo de caso 1, houve 29 respondentes, tendo o IVC geral atingido o valor máximo em seis dos nove itens (66,66%). A Tabela 1 apresenta a frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros para cada um dos itens, com respectivo IVC.

Tabela 1 – Distribuição da frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros, com IVC por item e geral para o estudo de caso 1 (N = 261) – Curitiba-PR – 2016.

Item do estudo de caso	Parecer dos enfermeiros				IVC
	Representativo /relevante	Pequena revisão	Grande revisão	Não representativo/ relevante	
Dados descritos na coleta de dados	24	5	0	0	1,00
Problemas de saúde identificados no estudo de caso	24	4	1	0	0,96
Fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas descritos	23	6	0	0	1,00
DEs elaborados para o estudo de caso	27	2	0	0	1,00
Propostas de REs para o estudo de caso	25	3	1	0	0,96
Alternativas de outros DEs ou REs para o caso descrito	23	4	1	1	0,93
Intervenções implementadas ou recomendadas	27	2	0	0	1,00
Descrição da avaliação do cliente	27	2	0	0	1,00
Conjunto de questões norteadoras para resolução do estudo de caso	28	1	0	0	1,00
Total geral	228	29	3	1	0,98

Fonte: A autora (2016).

O item de menor IVC foi alternativas de outros DEs e REs para o caso descrito.

Ao analisar o total de respostas em porcentagem, nota-se que 87,35% dos itens foram considerados representativos/relevantes para a realidade da prática; 11,11% apontaram a necessidade de pequena revisão, enquanto 1,14%, a necessidade de grande revisão; 0,38% considerou o item não representativo/relevante para a realidade da prática assistencial. Sendo assim, o estudo de caso 1 atingiu o IVC geral de 0,98.

5.5 VALIDAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 2: CLIENTE VÍTIMA DE LESÃO RAQUIMEDULAR

Para o estudo de caso 2, houve 28 respondentes, tendo o IVC geral atingido o valor máximo em cinco dos nove itens (55,55%). A Tabela 2 apresenta a frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros para cada um dos itens, com respectivo IVC.

Tabela 2 – Distribuição da frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros, com IVC por item e geral para o estudo de caso 2 (N = 252) – Curitiba-PR – 2016.

Item do estudo de caso	Parecer dos enfermeiros				IVC
	Representativo /relevante	Pequena revisão	Grande revisão	Não representativo/ relevante	
Dados descritos na coleta de dados	25	3	0	0	1,00
Problemas de saúde identificados no estudo de caso	25	1	2	0	0,92
Fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas descritos	27	1	0	0	1,00
DEs elaborados para o estudo de caso	25	2	1	0	0,96
Propostas de REs para o estudo de caso	25	2	1	0	0,96
Alternativas de outros DEs ou REs para o caso descrito	22	5	1	0	0,96
Intervenções implementadas ou recomendadas	21	7	0	0	1,00
Descrição da avaliação do cliente	22	6	0	0	1,00
Conjunto de questões norteadoras para resolução do estudo de caso	26	2	0	0	1,00
Total geral	218	29	5	0	0,98

Fonte: A autora (2016).

O item de menor IVC foi problemas de saúde identificados no estudo de caso.

Ao analisar o total de respostas em porcentagem, nota-se que 86,50% dos itens foram considerados representativos/relevantes para a prática; 11,50% indicaram a necessidade de pequena revisão; 1,98% apontou a necessidade de grande revisão; e não houve pontuação para não representativo/relevante para o estudo. Sendo assim, o estudo de caso 2 atingiu o IVC geral de 0,98.

5.6 VALIDAÇÃO DO ESTUDO DE CASO 3: CLIENTE VÍTIMA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Para o estudo de caso 3, houve 27 respondentes, tendo o IVC geral atingido o valor máximo em dois dos nove itens (22,22%). A Tabela 3 apresenta a frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros para cada um dos itens, com respectivo IVC.

Tabela 3 – Distribuição da frequência absoluta das respostas indicadas pelos enfermeiros, com IVC por item e geral para o estudo de caso 3 (N = 243) – Curitiba-PR – 2016.

Item do estudo de caso	Parecer dos enfermeiros				IVC
	Representativo /relevante	Pequena revisão	Grande revisão	Não representativo/relevante	
Dados descritos na coleta de dados	22	4	1	0	0,96
Problemas de saúde identificados no estudo de caso	23	2	2	0	0,92
Fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas descritos	22	5	0	0	1,00
DEs elaborados para o estudo de caso	25	1	1	0	0,96
Propostas de REs para o estudo de caso	24	2	1	0	0,96
Alternativas de outros DEs ou REs para o caso descrito	23	3	1	0	0,96
Intervenções implementadas ou recomendadas	17	9	1	0	0,96
Descrição da avaliação do cliente	21	5	1	0	0,96
Conjunto de questões norteadoras para resolução do estudo de caso	25	2	0	0	1,00
Total geral	202	33	8	0	0,96

Fonte: A autora (2016).

O item de menor IVC foi problemas de saúde identificados no estudo de caso.

Ao analisar o total de respostas em porcentagem, nota-se que 83,12% dos itens foram considerados representativos/relevantes para a prática; 13,58% indicaram a necessidade de pequena revisão; 3,29% apontaram a necessidade de grande revisão; e não houve pontuação para não representativo/relevante para o estudo. Sendo assim, o estudo de caso 3 atingiu o IVC geral de 0,96.

5.7 VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS QUE COMPÕEM O ESTUDO DE CASO

A Tabela 4 apresenta o ICV geral dos nove itens avaliados nos três estudos de caso, tendo os itens “fundamentação teórica” e “conjunto de questões norteadoras” obtido pontuação máxima no IVC. O item relacionado aos problemas de saúde identificados no estudo de caso apresentou o menor índice.

Tabela 4 – Distribuição da frequência absoluta dos itens, com IVC por item e geral dos três estudos de caso (N = 756) – Curitiba-PR – 2016.

Item dos estudos de caso	Parecer dos enfermeiros				IVC
	Representativo /relevante	Pequena revisão	Grande revisão	Não representativo/ relevante	
Dados descritos na coleta de dados	71	12	1	0	0,98
Problemas de saúde identificados no estudo de caso	72	7	5	0	0,94
Fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas descritos	72	12	0	0	1,00
DEs elaborados para o estudo de caso	77	5	2	0	0,97
Propostas de REs para o estudo de caso	74	7	3	0	0,95
Alternativas de outros DEs ou REs para o caso descrito	68	12	3	1	0,95
Intervenções implementadas ou recomendadas	65	18	1	0	0,98
Descrição da avaliação do cliente	70	13	1	0	0,98
Conjunto de questões norteadoras para resolução do estudo de caso	79	5	0	0	1,00
Total geral	648	91	16	1	0,97

Fonte: A autora (2016).

Ao avaliar de modo relativo o total de respostas, nota-se que 85,71% dos itens foram considerados representativos/relevantes para a prática; 12,03% indicaram a necessidade de pequena revisão; 2,11% apontaram a necessidade de grande revisão; e 0,13% dos itens foram considerados não representativos/relevantes para a realidade prática. Dessa forma, o IVC atingiu 0,97 na pontuação geral.

6 DISCUSSÃO

O desenvolvimento e utilização de um método para desenvolver estudo de caso como instrumento de suporte para subconjunto da CIPE® sustentaram a construção dos estudos, tendo respaldo na avaliação dos pesquisadores, a qual validou todos os itens componentes.

As pontuações referentes ao IVC por item e geral, nos diferentes estudos, não apresentaram diferença significativa. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de enfermeiros com experiência assistencial terem oportunidades de vivenciar e identificar diversas necessidades de seus clientes, podendo parte dessas experiências ter coincidido com os panoramas apresentados nos estudos de caso. As generalizações naturalísticas estão relacionadas às experiências pessoais e também conseguem avaliar como os detalhes particulares e histórias apresentados em estudos de caso podem ser aplicáveis às suas próprias situações (MELROSE, 2009).

Os itens que atingiram pontuação máxima nos três estudos foram: fundamentação teórica e questão norteadora, o que os torna componentes importantes nos estudos de caso.

A fundamentação teórica é discutida por Vasconcelos et al. (2015), que afirmam que uma das qualidades fundamentais a ser considerada nos estudos de caso é a existência de contornos bem definidos, amparados por um eixo de desenvolvimento teórico. Os autores também apontam que a iniciativa de delimitar o objeto a ser analisado por meio dos estudos de caso viabiliza a especialização da abordagem e o melhor aproveitamento da experiência.

Por sua vez, Alcântara et al. (2011) afirmam que é de suma importância que os enfermeiros conheçam as teorias de enfermagem antes de realizar uma proposta de implementação do PE, pois o uso de uma teoria sustenta as funções dos profissionais na prática cotidiana, proporcionando qualidade e desempenho profissional, bem como direciona a produção de conhecimento. A sabedoria com que os enfermeiros agregam as teorias de enfermagem ao cotidiano assistencial faz com que a enfermagem solidifique-se como profissão e ciência, bem como possibilita um caráter científico à profissão (DOURADO; BEZERRA; ANJOS, 2014; MELEIS, 2012). O cuidado humanizado, pautado em teorias de enfermagem, facilita

o entendimento do ser humano e do profissional da enfermagem como um todo (PICCOLI et al., 2015).

Ao considerar a questão norteadora, Araújo, Pimenta e Costa (2015) garantem que o fazer acadêmico, assim como a prática social, deve ser organizado em etapas padronizadas, devido à necessidade de materializá-los em gêneros textuais, a fim de que pesquisadores organizem seus fazeres. Dessa forma, pode-se afirmar que a questão norteadora utilizada nos estudos de caso, como também as que norteiam os diversos tipos de pesquisa científica, auxilia na sua organização, delineamento e compreensão, fato que foi comprovado pela validação do item pelos enfermeiros respondentes da pesquisa.

Já os itens que obtiveram pontuação semelhante foram: dados coletados, DEs, intervenções e avaliação do cliente, todos diretamente ligados às etapas do PE.

Benedet et al. (2016) identificaram que os enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar fragmentam a execução do PE, dividindo-o em turnos de trabalhos distintos, a fim de não sobrecarregar o responsável por determinado turno. As autoras exemplificam que a etapa do histórico de enfermagem é onerosa em relação ao tempo necessário para executá-la, de modo que fica sob responsabilidade dos plantões vespertino e noturno, quando não são comuns rotinas médicas. Nesse contexto, consideram que, apesar de a rotina ser consolidada, é necessário repensar o processo de trabalho, pois as rotinas da enfermagem são estabelecidas em função da necessidade de adequação aos horários e costumes dos profissionais médicos, desconsiderando as necessidades dos clientes. Ainda, destacam que, embora existam justificativas dos enfermeiros quanto à divisão na execução do PE, essa quebra da sequência dificulta a realização de um raciocínio lógico, induzindo o risco de desmerecê-lo por mera execução de rotina, descaracterizando-o como um processo científico.

Embora Benedet et al. (2016) tenham indicado esses limites, o resultado desta pesquisa leva ao entendimento de que as fases do PE são itens importantes para elaboração de um estudo de caso.

No que tange aos dados coletados, apenas o estudo de caso 3 não obteve pontuação máxima. Como não foi solicitado aos participantes que justificassem sua resposta, não há indicativo para o fato de esse item ter recebido IVC menor no caso citado. Entretanto, ao reanalisar o texto do estudo, percebe-se que um estudo de

caso é um recorte de uma situação; portanto, não reproduz fielmente a realidade. De fato, Marques et al. (2014), ao analisar históricos de enfermagem, concluíram que eles não contemplavam, na totalidade, os dados mínimos necessários para o histórico do cliente.

No item referente ao DE, nota-se que os DEs utilizados no primeiro estudo de caso foram reconhecidos como relevantes pela totalidade dos respondentes; já no segundo e terceiro estudos de caso, os participantes apontaram a necessidade de grande revisão. Especificamente no segundo estudo de caso, os DEs foram: mobilidade na cama prejudicada, risco de infecção, enfrentamento prejudicado e crença espiritual conflituosa. Tanto risco de infecção quanto mobilidade física prejudicada foram encontrados em estudo com pessoas com lesões na medula espinhal (VASCONCELOS et al., 2015), enquanto mobilidade no leito prejudicada e mobilidade física prejudicada foram prevalentes em clientes vítimas de diversos tipos de trauma (BERTONCELLO; CAVALCANTI; ILHA, 2013).

Segundo a taxonomia da NANDA-I (2012), as características definidoras do DE mobilidade no leito prejudicada são descritas como: capacidade prejudicada de mover-se entre posição prona e supina, capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada e supina, capacidade prejudicada de mover-se entre a posição sentada prolongada, capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama, capacidade prejudicada para virar-se de um lado para outro. Já as características descritas para mobilidade física prejudicada são: alterações na marcha, desconforto, dificuldade para virar-se, dispneia ao esforço, engajamento em substituições de movimento, instabilidade postural, movimentos descoordenados, movimentos espásticos, movimentos lentos, redução na amplitude de movimentos, redução nas habilidades motoras grossas, tempo de resposta diminuído, tremor induzido pelo movimento.

Por sua vez, a CIPE® (CIE, 2015), ao abordar o termo “mobilidade na cama prejudicada”, apresenta definição que remete à expressão “mobilidade na cama”, a qual é entendida como capacidade para mobilizar-se. Por fim, o termo “mobilizar” é definido como executar ou tornar alguma coisa móvel. Portanto, esse pode ser um fator de confusão para o item. Entretanto, em face do conjunto de dados descritos no estudo, aliado às características da NANDA-I e da CIPE®, o DE mais apropriado é mobilidade na cama prejudicada.

O enfrentamento prejudicado e a crença espiritual conflituosa identificados no cliente com trauma raquimedular são DEs pertencentes às necessidades psicossociais e psicoespirituais, respectivamente. Os termos utilizados para compor esses DEs não estão presentes no banco de termos de Gomes (2014), pois, ao analisar o banco de termos do HUC, não se encontraram termos relacionados às necessidades citadas. Tal evidência é reforçada por Benedet et al. (2016), que mostram que a maioria dos enfermeiros, no espaço hospitalar, identifica com mais frequência as necessidades psicobiológicas ligadas à dimensão biológica dos sujeitos do cuidado.

Campos et al. (2013) destacam que os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos pelas pessoas portadoras de condições crônicas ao longo de seu processo de evolução constituem um dos principais focos de interesse na enfermagem. A crença possui uma forte influência na qualidade de vida de pessoas com lesões medulares, de modo que saber reconhecê-la faz com que os enfermeiros proponham ações de promoção da saúde, pois tais estratégias promovem um *empowerment* psicológico, fortalecem a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, desenvolvem mecanismos de autoajuda, entre outros fatores que contribuem para a readequação ao novo estilo de vida (MAGALHÃES et al., 2015).

No estudo de caso 3, direcionado ao cliente vítima de trauma cranioencefálico, foram elencados os seguintes DEs: consciência prejudicada, troca de gases prejudicada, risco de infecção, risco de pressão intracraniana aumentada. Pereira et al. (2011) sinalizam que alterações de consciência, hipertensão craniana e alterações no padrão respiratório são sinais e sintomas encontrados em vítimas de traumatismo cranioencefálico. Esses sinais e sintomas relatados pelas autoras podem ser considerados problemas de enfermagem que convergem para os DEs descritos no estudo de caso. Ainda, os autores apontam a escassez de literatura sobre o tema e sinalizam que os cuidados ao cliente com trauma cranioencefálico requerem do enfermeiro multiplicidade de conhecimentos para ancorar as tomadas de decisão (PEREIRA et al., 2011).

Quanto a intervenções propostas e descrição da avaliação do cliente, foi evidenciada a necessidade de grande revisão, estando ambos os itens relacionados ao estudo de caso referente ao traumatismo cranioencefálico.

Gentile et al. (2011) descrevem que, entre as condutas com clientes vítimas de trauma de crânio, estão: manutenção de vias aéreas, monitoramento da pressão intracraniana e nível de consciência, manutenção da T abaixo de 38 °C, abordagem cirúrgica quando necessário e elevação da cabeceira a 30°. De modo complementar, Rosa, Lima e Inoue (2013) afirmam que esses clientes requerem cuidados ágeis, uma vez que a demora nas intervenções pode acarretar prejuízos irreversíveis ao indivíduo, à sua família e à sociedade.

A avaliação do cliente do estudo de caso 3 foi realizada após sua transferência do pronto atendimento para a unidade de terapia intensiva. O manejo de cuidados intensivos de clientes com traumatismo cranioencefálico grave é um processo dinâmico, iniciado no período pré-hospitalar, no local do acidente. Durante os estágios iniciais do atendimento hospitalar, os clientes podem ser atendidos em vários setores, incluindo a emergência, a radiologia, a unidade de terapia intensiva e o centro cirúrgico (HADDAD; ARABI, 2012). Nesse contexto, as propostas de intervenção, bem como a avaliação descrita no estudo de caso, são prioritárias para a estabilização da hemodinâmica do cliente, estando tais propostas em consonância com pesquisas de Gentile et al. (2011) e Haddad e Arabi (2012).

Referente aos itens “propostas de REs” e “alternativas de outros DEs ou REs”, houve a indicação da necessidade de grande revisão de ambos nos três estudos de caso, sendo que o último foi considerado não representativo/relevante no estudo de caso 1.

A CIPE® (CIE, 2015) define RE como o estado de um DE em diferentes pontos de tempo, após uma IE. Estabelecer apenas o DE é insuficiente para tratar as necessidades do cliente, pois, para obter os resultados esperados, se faz necessário relacionar intervenções e estabelecer metas a ser alcançadas para cada DE (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

Existem diversas ferramentas que auxiliam o enfermeiro a determinar os resultados da sua prática, como a citada por Johnson et al. (2016), a escala de classificação dos problemas de Omaha System (MARTIN, 2005) e o *Outcome Assessment Information Set* (OASIS) (CENTERS, 2009). Observa-se que, por mais que existam diversas ferramentas que auxiliem na definição de REs, pesquisas que abordam a temática ainda são consideradas incipientes no Brasil e no âmbito internacional (ALMEIDA et al., 2014; O’CONNOR; DAVITT, 2012). Uma vez que são escassas as publicações que retratam o conhecimento sobre os REs, esse fato pode

ter contribuído para que os enfermeiros indicassem a necessidade de grande revisão do item.

As alternativas de outros DEs ou REs foram reconhecidas como relevantes pela maioria dos respondentes. Lopes, Silva e Araújo (2013) citam que pode haver confusão no reconhecimento de diagnósticos, uma vez que os elementos que os compõem (como indicadores clínicos e fatores etiológicos) necessitam de maior direcionamento para a análise e validação do conceito. Uma vez que os dados descritos na coleta de dados, a fundamentação teórica das justificativas e os DEs elaborados foram completamente validados pelos respondentes da pesquisa, o alinhamento observado na validação desses itens pode ter contribuído para que um dos enfermeiros respondentes indicasse a não relevância do item para o estudo de caso.

O item relativo aos problemas de saúde identificados no caso obteve o menor IVC nos três estudos, estando eles intimamente ligados ao histórico do cliente, pois este tem a finalidade de retratar hábitos individuais, bem como as necessidades biopsicossociais do ser humano (OLIVEIRA et al., 2015). Nesse sentido, Kong et al. (2014) afirmam que a aprendizagem por meio de evidência de problemas pode melhorar o pensamento crítico.

Ademais, embora os enfermeiros tenham reconhecido como relevante a fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas, houve indicação de necessidade de grande revisão do item relacionado aos problemas de saúde identificados. Destaca-se que parte dos termos utilizados para a representação dos problemas de enfermagem foi extraída do banco de dados do HUC, de modo que é empregada pelos enfermeiros do hospital para representar os dados utilizados no cotidiano assistencial e registrada no campo livre de evolução do sistema de informação utilizado na instituição.

A esse respeito, Sousa, Dal Sasso e Barra (2012) referem que a informação em saúde está associada a um conjunto de dados inseridos em um determinado contexto útil e de amplo significado, enquanto Jaspers (2009) julga importante que os pesquisadores tomem ciência dos conhecimentos metodológicos e empíricos utilizados no campo da informática em saúde, para nortear as tomadas de decisão de novas pesquisas na área.

Ao analisar os problemas de saúde identificados no cenário do estudo de caso 1, observou-se que foram evidenciados problemas apenas para as

necessidades psicobiológicas do cliente. Bigatão, Carlotti Jr e Carlo (2014) garantem que clientes que se submeteram à neurocirurgia, independentemente do tipo de tumor, necessitam de cuidados que transcendem os recursos clínico-cirúrgicos para o enfrentamento da doença, visando a garantir a promoção da sua qualidade de vida. Assim, ao reavaliar a coleta de dados, foi observado que o cliente tinha uma história familiar de câncer na família, o que pode demonstrar problemas e desequilíbrio de suas necessidades psicossociais e/ou espirituais, fato que pode ter motivado a indicação de grande revisão para o item.

No estudo de caso 2, foram identificados problemas nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Ao revisar os dados coletados, observou-se a descrição de que o cliente apresentava ruídos hidroaéreos diminuídos, sinal que não foi incluído nos problemas de enfermagem. Sousa et al. (2013), ao relatar as complicações de clientes com traumatismo raquimedular, apontam esses ruídos como uma das ocorrências encontradas no intestino neurogênico, pois, após uma lesão medular, os movimentos intestinais requerem maior tempo, atenção e planejamento. Portanto, não ter considerado os ruídos hidroaéreos diminuídos um problema de enfermagem pode ter induzido os respondentes a assinalar a necessidade de grande revisão do item.

Já os problemas identificados no estudo de caso 3 foram todos condizentes às necessidades psicobiológicas do cliente vítima de trauma cranioencefálico. Na coleta de dados, foi descrito que o cliente apresentava hematoma intraparenquimatoso, detectado por meio de exame de imagem, porém esse fato não foi apresentado como um problema de enfermagem no estudo. Passos et al. (2015) expõem que um dos achados clínicos de maior prevalência em vítimas de trauma cranioencefálico diz respeito aos hematomas encontrados em diferentes regiões do encéfalo. Ainda, afirmam que a detecção prévia auxilia no diagnóstico, fisiopatologia, tratamento e prognóstico do cliente. Sendo assim, torna-se importante considerar esse achado clínico um problema de enfermagem, uma vez que existem IEs específicas para pessoas com hematoma intraparenquimatoso.

De modo geral, os três estudos de caso foram validados pelos enfermeiros representantes de várias regiões do Brasil. Os fatores que podem ter contribuído para tanto são: a escolha dos temas trabalhados nos diferentes cenários; o fato de os respondentes serem enfermeiros com cinco anos ou mais de prática assistencial; os estudos de caso terem sido construídos seguindo métodos rigorosos,

estabelecidos e utilizados na prática da enfermagem, como, por exemplo, as etapas do PE, o método descrito por Galdeano, Rossi e Zago (2003) e a teoria de Horta (1979); os DEs terem sido elaborados conforme a terminologia da CIPE®; ter sido executado teste-piloto antes de iniciar a pesquisa.

Entre os critérios de inclusão estabelecidos, os enfermeiros respondentes deveriam possuir cinco anos ou mais de assistência direta a clientes adultos. A esse respeito, estudo de Machado et al. (2016a), que procurou analisar os aspectos gerais do mercado de trabalho da enfermagem brasileira, expôs que 13,6% dos profissionais enfermeiros que participaram da pesquisa prestavam assistência hospitalar nos cuidados críticos/intensivos, centro de terapia intensiva e centro cirúrgico, perfil que vem ao encontro das características de cuidados de um cliente da neurocirurgia.

Conforme relata Létourneau (2014), as *expertises* são comumente atreladas às práticas profissionais e à experiência concreta, dita experiência de campo. Desse modo, pode-se dizer que enfermeiros com experiências profissionais tornam-se conhecedores e *experts* no conhecimento das etapas do PE, uma vez que em sua prática diária reconhecem, interpretam, executam e avaliam cuidados para as mais diversas necessidades humanas de seus clientes.

Estando a SAE devidamente regulamentada em todo o território brasileiro e considerando o PE integrante dela, isso facilita o conhecimento das etapas deste pelos enfermeiros, pois existe fiscalização dos Conselhos Regionais de Enfermagem para a verificação e cumprimento da resolução por todos os órgãos competentes. Por exemplo, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) publicou, em 2015, um guia para a prática do PE, em que refere que Horta foi quem introduziu no Brasil o PE, além de ter estabelecido a TNHb. Conforme apontam algumas pesquisas, sua teoria é utilizada por vários hospitais para auxiliar na implementação da SAE (NEVES, 2006; OLIVEIRA et al., 2012; PIRES, 2007; SANTOS; ROCHA, 2013).

Considerando o método utilizado na construção dos estudos de caso, ao comparar o IVC geral obtido em cada um, verifica-se que não houve diferença considerável, mesmo com a descrição de diferentes cenários em que se podem encontrar os clientes da especialidade de neurocirurgia.

Conforme mencionado por Cronin (2014), os estudos de caso como método de pesquisa permitem que cenários da vida real sejam estudados de maneira

sistemática e rigorosa, por meio de exemplos da prática cotidiana da enfermagem. No entanto, é preciso considerar que os cenários assistenciais vivenciados pelos enfermeiros brasileiros podem sofrer interferências devido às diversidades semânticas e culturais presentes nas diferentes regiões do Brasil.

Rodrigues e Abramowicz (2013) afirmam, nesse sentido, que a diversidade inserida na esfera da cultura esvazia a desigualdade, pois é considerada social. Também mencionam que a cultura possui abrangência semântica e analítica, de forma que comporta várias determinações, sendo uma delas considerada o espaço do universal e do local. Ademais, atentam ao fato que se devem direcionar esforços em direção aos diálogos interculturais, pois se compreende que todas as culturas encontram-se em um processo contínuo de evolução (RODRIGUES; ABRAMOWICZ, 2013).

Uma vez que os elementos da prática da enfermagem utilizados nos estudos de caso foram construídos utilizando a CIPE[®], terminologia que tem a premissa de unificá-los e representá-los no âmbito mundial, eles respeitam e, ao mesmo tempo, diminuem a diversidade semântica e cultural em que o Brasil está inserido, devido à sua extensão territorial e miscigenação de povos. De fato, Strudwick e Hardiker (2016) afirmam que as terminologias de enfermagem e sistemas de classificação foram desenvolvidas para estabelecer uma forma padronizada de articular a enfermagem. No caso da CIPE[®], ela pode ser incorporada a registros eletrônicos de saúde e, assim, gerar novos conhecimentos de enfermagem. Importa ressaltar que a revisão de literatura realizada comprovou a validação do sistema classificatório em várias áreas de atendimento geográfico e clínico.

Ademais, com a intenção de verificar se os estudos de caso construídos eram de fácil compreensão e interpretação, bem como testar a construção e a funcionalidade do questionário *on-line*, foi executado um teste-piloto, conforme descrito na seção de método desta dissertação. Para Galvão e Pereira (2014), é importante fazer testes-piloto para avaliar a viabilidade da proposta. Na mesma linha, Bekhet e Zauszniewski (2012) descrevem que diferentes olhares para o mesmo objeto de estudo contribuem para maior amplitude e sustentação dos dados, maior validade e maior compreensão dos fenômenos pesquisados.

Por sua vez, Vasconcelos et al. (2015) mencionam algumas observações a respeito de estudos de caso citadas por diferentes autores, entre elas: a elaboração de estudos de caso confiáveis depende de tempo e a morosidade na condução ou

elaboração do estudo, por ser um processo intenso, exige do pesquisador tempo de campo. Assim, apontam que essas observações confluem para a análise da importância da maturidade, disponibilidade e preparo do pesquisador para a condução de um estudo de caso.

Por fim, cabe destacar que, embora no projeto de pesquisa houvesse a proposta da representatividade regional dos enfermeiros por meio de dez diferentes hospitais brasileiros, ocorreram três situações não planejadas: a concentração de respondentes na região Sudeste, a baixa resposta na região Centro-Oeste e a quebra da amostra.

Uma das possíveis justificativas para a concentração de respondentes está no fato de que a região Sudeste é o território com o maior índice de graduação de enfermeiros (48,2%) e o Centro-Oeste, o menor (6,8%) (MACHADO et al., 2016b). Por sua vez, a quebra de amostra pode estar relacionada ao uso de instrumentos *on-line*. Pesquisa realizada por Gonçalves (2008) delimitou vantagens e desvantagens apontadas pelos pesquisadores quanto à pesquisa *on-line*; entre as desvantagens, estão: percepção de *spam*, seleção e qualidade da amostra, falta de habilidade dos respondentes, dependência de recursos tecnológicos, impessoalidade e baixa taxa de resposta (VIEIRA; CASTRO; SCHUCH JR, 2010).

Embora não seja considerado limite para esta pesquisa, indica-se que a forma de seleção dos participantes seja repensada em estudos futuros que utilizem a mesma estratégia.

7 CONCLUSÃO, CONSIDERAÇÕES E LIMITES

7.1 CONCLUSÃO

Foram elaborados três estudos de caso direcionados a clientes da neurocirurgia, seguindo os rigores metodológicos exigidos no campo da pesquisa científica. Houve a validação dos três estudos, bem como de seus itens, por enfermeiros da prática assistencial das diferentes regiões brasileiras, o que demonstra sua relevância para a aplicação de subconjuntos a clientes dessa especialidade.

7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação comprovou a importância de elaborar estudos de caso utilizando métodos rígidos que definam e delimitem questões norteadoras, pois elas facilitam o entendimento do caso, assim como auxiliam na aplicação dos subconjuntos da CIPE®, o que reflete no aprimoramento dos cuidados da enfermagem pautados na ciência e nas práticas baseadas em evidências.

De modo geral, a elaboração de estudos de caso requer do desenvolvedor tempo, conhecimento teórico sobre o caso, assim como experiência de prática assistencial. Com o decorrer da pesquisa e busca por referências, evidenciou-se que são muitas as pesquisas realizadas sobre estudos de caso aplicados ao ensino, porém poucas tratam deles como método de pesquisa. Um estudo de caso construído e trabalhado na modalidade de pesquisa pode ser utilizado posteriormente para o ensino, porém aquele construído para ensino, para se tornar uma modalidade de pesquisa, deve ser desconstruído e moldado, seguindo métodos sistemáticos de investigação.

Ainda, para realizar pesquisas com a finalidade de validação, faz-se necessário traçar estratégias que viabilizem seu entendimento, entre elas: a construção de questionários com boa descrição das indagações para que os respondentes possam interpretá-las de forma facilitada e a execução de teste-piloto para avaliar e verificar possíveis inconsistências no questionário a ser aplicado. Especificamente nesta pesquisa, a validação dos estudos de caso demonstrou que, independentemente da região do Brasil e da diversidade semântica e cultural do

lugar onde a prática ocorra, as necessidades humanas dos clientes da neurocirurgia coincidem. Desse modo, é possível a utilização de um padrão de registro baseado em uma terminologia da enfermagem, facilitando a comunicação dos enfermeiros brasileiros e auxiliando no diálogo intercultural da enfermagem.

7.3 LIMITES DA PESQUISA E PESQUISAS FUTURAS

A pesquisa apresentou limitações importantes quanto à necessidade de um campo livre no questionário para as justificativas dos respondentes. Tais justificativas auxiliariam a compreender melhor os apontamentos da necessidade de grande revisão ou não representatividade, uma vez que poderiam especificar o dado que motivou a escolha do item.

A recomendação dos respondentes da pesquisa por docentes de Escolas de Enfermagem ligadas ao hospital universitário da respectiva instituição de ensino também foi considerada um fator limitante do estudo, pois onerou o tempo da coleta de dados e limitou a amostra, tendo sido necessário, por vezes, reenviar o *e-mail* para os docentes solicitando novamente a indicação.

Diante do exposto, sugere-se a realização de rodadas posteriores, a fim de ampliar a amostra de respondentes e, assim, aumentar a representatividade da pesquisa em nível nacional.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ângela Maria Mendes; LIMA, José Mauro Braz; FIGUEIRÓ, Rachel Ferreira Savary. A mortalidade e morbidade por acidentes de trânsito: Contribuição para o estudo das lesões raquimedulares. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 97-103, 2003.

ALCÂNTARA, Marcos Roberto et al. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 2, n. 2, p. 115-132, maio/out. 2011. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99/78>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

ALCÂNTARA, Talita Ferreira Laurindo; MARQUES, Isaac Rosa. Avanços na monitorização neurológica intensiva: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 894-900, 2009.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 fev. 2016.

ALMEIDA, Miriam de Abreu et al. Validação de indicadores da *Nursing Outcomes Classification* para adultos hospitalizados em risco de infecção. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 309-317, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/106638>>. Acesso em: 8 dez. 2016.

AMANTE, Lúcia Nazareth et al. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 201-207, 2010.

ARAÚJO, Júlio; PIMENTA, Alcilene Aguiar; COSTA, Sayonara. A proposta de um quadro norteador de pesquisa como exercício de construção do objeto de estudo. **Interações**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 175-188, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.interacoes.ucdb.br/article/view/103/136>>. Acesso em: 6 dez. 2016.

ATALLAH, Alvaro Nagib; CASTRO Ademar Araujo. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática. **Revista da Imagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 5-9, 1998. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/apl/artigos/artigo_517.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

BARRA, Daniela Couto Carvalho; DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 114-149, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672011000600023&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 maio 2015.

BEKHET, Abir K.; ZAUSZNIEWSKI, Jaclene A. Methodological triangulation: an approach to understanding. **Data Nurse Researcher**, v. 20, n. 2, p. 40-43, Nov. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23316537>>. Acesso em: 6 nov. 2016.

BENEDET, Silvana Alves et al. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4780-4788, Jul./Sept. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf_1>. Acesso em: 7 dez. 2016.

BENEDET, Silvana Alves; BUD, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnósticos de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BENITO, Gladys Amélia Véles; LICHESKI, Ana Paula. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; CAVALCANTI, Cibele D'Avila Kramer; ILHA, Patrícia. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 905-9014, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a07.htm>. Acesso em: 5 dez. 2016.

BEZERRA, Selene Maria. Prontuário eletrônico do paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82, 2009. Disponível em: <<http://metaavaliacao.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/viewFile/12/7>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BIGATÃO, Marcela dos Reis; CARLOTTI JR, Carlos Gilberto; CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado de. Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com tumores cerebrais primários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000100033>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS por causas externas**. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>>. Acesso em: dez. 2016.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAFER, Cléia Regina et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 347-353, 2005.

CAMPOS, Raelly Ramos et al. Sintomas depressivos em pessoas com lesão medular traumática crônica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 433-438, jul./set. 2013.

CARPENITO, Lynda Juaall. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação**. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. 2. ed. Goiânia: AB, 1997.

CARVALHO, Naiara Zanquetta et al. Principais causas de internamento na unidade de terapia intensiva de um hospital de Maringá. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 7., 2013, Maringá. **Anais...** Maringá: Cesumar, 2013. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Naiara_Zanquetta_CARvalho.pdf> Acesso em: 21 jan. 2016.

CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Aplicação da teoria do cuidado transpessoal em pacientes paraplégicos hospitalizados: relato de experiência. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v. 9, n. 2, p. 77-94, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art08.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES. **OASIS background**. 2009. Disponível em: <<http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/OASIS/Background.html>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

CERULLO, Josinete Aparecida da Silva Bastos; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-6, 2010. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra et al. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 965-970, 2013.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra; FREITAS, Maria Célia; GUEDES, Maria Vilani. Percurso metodológico para elaboração de subconjuntos terminológicos CIPE®: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 8, p. 1119-1126, 2014. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

COENEN, Amy. The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme: advancing a unifying framework for nursing. **Online Journal of Issues**, 2003. Disponível em: <http://nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_8.htm>. Acesso em: dez. 2016.

COENEN, Amy; KIM, Tae Youn. Development of terminology subsets using ICNP®. **Internacional Journal of Medical Informatics**, v. 79, p. 530-538, 2010. Disponível em: <<http://www.intl.elsevierhealth.com/journals/ijmi>>. Acesso em: 30 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 fev. 2007. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

_____. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 15 abr. 2015.

_____. Resolução n. 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 11 abr. 2015.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. Versão 1.0. Tradução de Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Argol, 2007.

_____. **Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE®**. Tradução de Hermínia Castro. [S.l.: s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. 2015. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download/>>. Acesso em: 3 maio 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Guia para a prática do processo de enfermagem**. São Paulo, 2015.

CRONIN, Camille. Using case study research as a rigorous form of inquiry. **Nurse Researcher**, v. 21, n. 5, p. 19-27, 2014. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nr.21.5.19.e1240>>. Acesso em: 3 nov. 2016.

CROSSETI, Maria da Graça Oliveira et al. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 732-741, 2009.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. Diagnóstico de enfermagem. In: GARCIA, Telma Ribeiro; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Integralidade da atenção ao SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 111-117.

CUBAS, Márcia Regina. **Construção de um padrão de registro de enfermagem a partir de termos da linguagem especial de enfermagem, fundamentada na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem – CIPE®**. Projeto de pesquisa. Curitiba: [s.n.], 2014.

CUBAS, Márcia Regina; NÓBREGA, Maria Mirian Lima. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CUBAS, Márcia Regina; SILVA, Sandra Honorato; ROSSO, Mariangela. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 186-194, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>. Acesso em: 1 fev. 2015.

DAL SASSO, Maria Terezinha Marcon et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para a associação da avaliação clínica, diagnóstico, intervenções e resultados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-249, 2013.

DATASUS. **Mortes por acidentes de trânsito e sequelas por causas externas**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def-dadosdatasus>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em bola de neve ou respondent-driven sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

DICIONÁRIO de Português. [S.l.]: Oxford University Press, [20--?].

DOURADO, Sandra Beatriz Pedra Branca; BEZERRA, Cleanto Furtado Caio; ANJOS, César Nogueira. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 284-291, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/9931/pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

FEITOZA, Daniela de Souza; FREITAS, Maria Célia; SILVEIRA, Rita Edna. Traumatismo crânio-encefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 223-233, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

GALDEANO, Luiza Elaine et al. Diagnóstico de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 26-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a03v40n1.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

GALDEANO, Luiza Elaine; ROSSI, Lúcia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Roteiro Instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 371-375, 2003. Disponível em: <http://http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 fev. 2015.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lúcia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. Uso de linguagens de especialidades na prática profissional. In: GARCIA, Telma Ribeiro. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 3-23.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 183-184, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2016.

GARCIA, Telma Ribeiro et al. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem. In: GARCIA, Telma Ribeiro; CUBAS, Márcia Regina. **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem**: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 15-147.

GARCIA, Telma Ribeiro; BARTZ, Claudia; COENEN, Amy. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, Telma Ribeiro. **Classificação**

Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 24-36.

GARCIA, Telma Ribeiro; CUBAS, Márcia Regina. Construção da base de dados. In: _____. **Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem**: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 7-11.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Mirian. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 142-150, 2013.

_____. Centros para pesquisa e desenvolvimento da CIPE®. In: GARCIA, Telma Ribeiro. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 39-47.

GARVIN, David. Making the case. **Harvard Magazine**, v. 106, n. 1, p. 56-66, 2003. Disponível em: <<http://harvardmag.com/pdf/2003/09-pdfs/0903-56.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2016.

GAUDÊNCIO, Talita Guerra; LEÃO, Gustavo de Moura. A epidemiologia do traumatismo crânio-encefálico: um levantamento bibliográfico no Brasil. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GENTILE, João Kleber de Almeida et al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 74-82, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

GOMES, Denilsen Carvalho. **Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário**. 2014. 235 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2014.

GONÇALVES, Daniel Infante Ferreira. Pesquisas de marketing pela internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 70-88, nov./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ram/v9n7/a04v9n7.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

GONSAGA, Alessandro Teixeira et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-267, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912012000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jan. 2016.

HADDAD, Samir; ARABI, Yaseen M. Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. **Emergency Medicine**, v. 20, p. 12, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298793/pdf/1757-7241-20-12.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

HERZER, Mathias et al. Avaliação da utilização de metodologias ativas no ensino superior: estudo de caso na disciplina de gestão da produção aplicada. **Espacios**, Caracas, v. 37, n. 2, p. E-3, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a16v37n02/163702e3.html>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (HUC). **Apresentação**. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/saude/alianca/cajuru/>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 18104**: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. 2. ed. Geneva, 2014.

JASPERS, Monique W. M. A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: methodological aspects and empirical evidence. **International Journal of Medical Informatics**, n. 78, p. 340-353, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505608001809>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

JOHNSON, Marion et al. **NOC – classificação dos resultados de enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

KONG, Ling-Na et al. The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis. **Internacional Journal of Nursing Studies**, v. 51, n. 3, p. 458-469, Mar. 2014. Disponível em: <[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(13\)00191-0/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(13)00191-0/abstract)>. Acesso em: 8 nov. 2016.

LANDIM, Fátima Luna Pinheiro et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/961/2123>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et al. Planejamento de enfermagem e saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 430-435, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a23.pdf>> Acesso em: 26 dez. 2015.

LESCH, Osvandré. Trauma ortopédico *multitasking*. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 46, supl. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbort/v46s1/02.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LÉTOURNEAU, Alain. O problema da expertise e as questões da governança

ambiental. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 535-548, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ss/v12n3/07.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

LIMA, Dalmo Valério Machado. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. **Online Brazilian of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1-14, 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/enfermagemdotrabalho/desenhos%20de%20pesquisa.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

LINS, Silvia Maria de Sá Basílio et al. Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 180-189, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/05.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins da; ARAÚJO, Thelma Leite de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 5, p. 649-655, set./out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/02.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

LÓPEZ, Mario. A lógica e o raciocínio diagnóstico. In: _____. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte, ética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 28-40.

LUNNEY, Margaret. Raciocínio diagnóstico das respostas humanas. In: LUNNEY, Margaret et al. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de casos em enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 41-55.

LUNNEY, Margaret. Uso do pensamento crítico para o alcance de resultados positivos de saúde. In: LUNNEY, Margaret et al. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de casos em enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-39.

MACHADO, Maria Helena et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. esp. p. 35-62, fev. 2016a.

_____. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. esp., p. 15-34, fev. 2016b.

MAGALHÃES, Samira Rocha et al. Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 792-800 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-2015000620014.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2016.

MANUAL de emergências de traumas. Lisboa: INEM, 2012. Disponível em: <<http://www.inem.pt/files/2/documentos/2014010817232160071.pdf>>. Acesso em: 27

fev. 2016.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MARIN, Heimar de Fátima; PERES, Heloisa Helena Ciqueto; DAL SASSO, Grace Terezinha Marcon. Análise da estrutura categorial da norma ISO 18104 na documentação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 299-306, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 mar. 2014.

MARQUES, Daniela Karina Antão et al. Conjunto internacional de dados mínimos de enfermagem: estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 4, p. 588-593, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/a2bba8a7feceec3cefa3bc120ffe8222/1?pq-origsite=gscholar>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

MARTHA, Amilton Souza; BARRA, Paulo Sergio; CAMPOS, Carlos José Reis. **Recuperação de informações em textos livres de prontuários do paciente**. 2011. Disponível em: <<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/636.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

MARTIN, Karen. **The Omaha System: a key to practice, documentation, and information management**. 2. ed. Omaha: Health Connections Press, 2005.

MATSUDA, Laura Misue et al. Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

MEDEIROS, Ana Cláudia Torres et al. Nursing diagnoses for the elderly using the Internacional Classification for Praticce and the actives of living model. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 523-530, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0523.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MELEIS, AI. **Theoretical nursing: development and progress**. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELROSE, Sherri. Naturalistic generalization. **Encyclopedia of Research**, 2009. Disponível em: <http://auspace.athabascau.ca/bitstream/2149/2315/1/Melrose_Naturalistic_Generalization_Self%2520Archive.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2016.

MERHY, Elias Emerson. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

MOORHEAD, Sue; JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MORAIS, Dionei Freitas et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 149-152, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/coluna/v12n2/12.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MORTON, Patrícia Gonce; FONTAINE, Dorrie. **Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem**: uma abordagem holística. Tradução de Maiza Ritomy Ide. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NANDA INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014. Tradução de Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____. **Qual é a diferença entre um diagnóstico médico e um diagnóstico de enfermagem?** Disponível em: <<http://nanda.host4kb.com/article/AA-00404/93/Português/Perguntas-Frequentes/Diagnóstico-De-Enfermagem/Diagnóstico-De-Enfermagem-x-Diagnóstico-Médico/Qual-é-a-diferença-entre-um-diagnóstico-médico-e-um-diagnóstico-de-enfermagem.html>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

NETTINA, Sandra. **Prática de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 556-559, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a16v59n4.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing**: what it is, and what is not. Bookseller to the Queen. London: [s.n.], 1859. Disponível em: <<https://itun.es/br/mm6BE.I>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

NÓBREGA, Maria Mirian Lima et al. Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: CUBAS, Márcia Regina; NÓBREGA, Maria Mirian Lima. **Atenção primária em saúde**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015a. p. 3-24.

_____. Reflexões sobre a validação dos subconjuntos terminológicos da CIPE®. In: CUBAS, Marcia Regina; NÓBREGA, Maria Mirian Lima. **Atenção primária em saúde**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015b. p. 25-35.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

O'CONNOR, Melissa; DAVITT, Joan K. The Outcome and Assessment Information Set (OASIS): a review of validity and reliability. **Home Health Care Serv Q.**, v. 31, n. 4, p. 267-301, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529994/pdf/nihms-710444.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

OLIVEIRA, Célia Maria et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 258-263, abr./jun. 2012. Disponível em: <www.reme.org.br/exportar-pdf/527/v16n2a15.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2016.

OLIVEIRA, Roberto Santos et al. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v. 8, n. 20, p. 350-362, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/1912/pdf_298>. Acesso em: 8 dez. 2016.

PASSOS, Mérilin Sampaio da Cruz et al. Perfil clínico e sociodemográfico de vítimas de traumatismo cranioencefálico atendidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, São Paulo, v. 34, p. 274-279, 2015. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0035-1564886.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

PEREIRA, Carlos Umberto; JESUS, Rafaela Mota. Epidemiologia do traumatismo raquimedular. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 26-31, 2011.

PEREIRA, Nicole et al. O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 60-65, jul./ago./set. 2011. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev4_v4n3.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

PICCOLI, Talita et al. Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 437-442, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37891/25558>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

PIRES, Sandra Maria Bastos. **Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação**. 2007. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2008.

RODRIGUES, Tatiane Cosentino; ABRAMOWICZ, Anete. O debate contemporâneo sobre a diversidade e a diferença nas políticas e pesquisas em educação.

Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 15-30, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v39n1/v39n1a02.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2016.

ROSA, Natalina Maria da; LIMA, Jamile Fernanda; INOUE, Kelly Cristina. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre neurointensivismo e a influência da educação contínua. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 112-120, jan./mar. 2013. Disponível em:

<<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15031/pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

SABA, Virginia. **Clinical Care Classification – CCC system manual**. São Paulo: Algol, 2008.

SAITO, Danielle Yuri Takauti et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_21.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

SANTOS, Reginaldo Passoni; ROCHA, Daniele Lais Brandalize. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso, portador de insuficiência renal crônica, hospitalizado. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 237-253, 2013. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/19747/14632>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

SANTOS, Sérgio Ribeiro; PAULA, Adenylza Alves; LIMA, Josilene Pereira. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2003. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

SANTOS, Wanysson Noleto. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management Primary Health Care**, v. 6, n. 2, p. 160-168, 2014. Disponível em:

<www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/197/144>. Acesso em: 26 fev. 2016.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas em um centro de referência estadual no Sul do Brasil. **Acta Fisiátrica**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 141-145, 2012. Disponível em:

<http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=63>. Acesso em: 21 jan. 2016.

SEGANFREDO, Deborah Hein; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 7-8, jan./fev. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_06.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2016.

SOUSA, Érica Patrícia Dias de et al. principais complicações do traumatismo raquimedular nos pacientes internados na unidade de neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 321-330, 2013. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2013Vol24_4_2_PrincipaisComplicacoesTraumatismo.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira. Prefácio. In: CUBAS, Márcia Regina; NÓBREGA, Maria Mirian Lima. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. xi- xiv.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira; DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon; BARRA, Daniela Couto Carvalho. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/30.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SOUZA, Angeli Soares de; VALADARES, Glaucia Valente. Desvelando o saber/fazer sobre diagnósticos de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 890-897, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a14v64n5.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

SOUZA, Danyelle Rodrigues Pelegrino de et al. Termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 209-215, 2014.

STAKE, Robert. Case studies. In: DEZIN, Norman; LONCOLN, Yvona. **Handbook qualitative research**. California: Sage, 1994. p. 236-247. Disponível em: <https://elearning.uky.edu/bbcswebdav/pid-3033959-dt-content-rid-19157540_2/courses/AAD750-DEV-201499/PDF%20Documents/Case%20studies_R.E.Stake.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2016.

STRUDWICK, Gillian; HARDIKER, Nicholas. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: a case study using the International Classification for Nursing Practice®. **Internacional Journal of Medical Informatics**, v. 94, p. 215-221, Oct. 2016. Disponível em: <<http://www.ijmijournal.com/action/showFullTextImages?pii=S1386-5056%2816%2930141-1>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. Planejamento dos resultados esperados. In: _____. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 83-91.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria; CARVALHO, Daclé Vilma. O processo de enfermagem. In: TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 25-29.

TORRES, Analuiza Cândido; DICCINI, Solange. Constipação intestinal em pacientes com tumores intracranianos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 397-404, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a14>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

VASCONCELOS, Yumara Lúcia et al. Método de estudo de caso como estratégia de ensino, pesquisa e extensão. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 49-59, jan. 2015. Disponível em: <www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensino/article/download>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VENTURA, Maria Magda. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VIEIRA, Henrique Corrêa; CASTRO, Aline Eggres; SCHUCH JR, Vitor Francisco. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. In: SEMINÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO, 13., 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2010. Disponível em: <<http://www.josenorberto.com.br/josenorberto/O%20uso%20de%20questionários%20via%20email%20em%20pesquisas%20acadêmicas%20sob%20a%20ótica%20dos.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

VIEIRA, Taiane Soares et al. Caracterização da produção científica sobre a teoria das necessidades humanas básicas. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAP**, Teresina, v. 5, n. 3, p. 52-57, jul./set. 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Tradução de Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE

Prezado (a) Enfermeiro (a):

O Sr (a) foi selecionado (a), a partir da indicação de um docente da Universidade a qual sua instituição hospitalar faz parte, para participar da pesquisa de mestrado intitulada “Estudos de caso como instrumento de suporte para subconjunto da CIPE® direcionado às necessidades dos clientes da especialidade de neurocirurgia”, da pós-graduanda Enfermeira Cláudia Regina Biancato Bastos, orientada pela Prof. Dr^a Márcia Regina Cubas, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Trata-se de uma pesquisa cujo objetivo é elaborar estudos de caso direcionados para a especialidade de neurocirurgia como instrumento de validação de subconjunto da CIPE®, bem como validar os itens componentes dos estudos de caso elaborados a partir de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário.

A pesquisa é composta de três (3) estudos de caso, cada estudo de caso contempla as cinco etapas do processo de enfermagem. O questionário *online* é composto por nove questões fechadas com quatro alternativas de respostas cada. O Sr. (a) poderá responder o questionário *online*, utilizando um aparelho eletrônico (como exemplo: Smartphone, Celular, Tablete, Notebook, Computador) com acesso à internet e e-mail.

A pesquisa utiliza a Técnica Bola de Neve ou *snowball* (quando o pesquisador começa por um indivíduo, que indica um ou mais indivíduos para compor o total da amostra desejada, geralmente formado por uma rede de amizades). Desta forma, solicitamos que o Sr (a) responda o questionário, bem como nos indique outros enfermeiros (as) que tenham no mínimo cinco (5) anos de assistência direta à clientes adultos, preferencialmente, na especialidade da neurocirurgia. Se não houver esta especialidade no hospital universitário, poderão indicar quaisquer enfermeiros que atendam o critério de inclusão.

Gostaríamos de contar com sua valiosa participação para a concretização desta pesquisa, por acreditarmos o Sr. (a) poderá contribuir na avaliação do método de desenvolvimento dos estudos de caso, bem como se os itens que os compõem

são relevantes para enfermeiros que atuam na área para a qual o subconjunto é aplicado, neste caso, para a especialidade da neurocirurgia.

Assim, caso concorde em participar do estudo, gostaríamos de solicitar que o Sr (a) responda este e-mail para que possamos enviar link de acesso para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário *online*.

Agradecemos sua atenção e nos colocamos ao seu dispor para qualquer dúvida ou esclarecimento. O contato com a pós-graduanda Cláudia Regina Biancato Bastos poderá ser feito por e-mail cbiancato@yahoo.com.br ou pelo telefone 42/91288485.

Atenciosamente

Enfermeira Cláudia Regina Biancato Bastos – Pós-Graduanda.

Professora Dr^a Márcia Regina Cubas – Orientadora.

APÊNDICE B – TCLE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do “Estudos de caso como instrumento de suporte para subconjunto da CIPE® direcionado às necessidades dos clientes da especialidade de neurocirurgia” e que tem como objetivo elaborar estudos de caso direcionados para a especialidade de neurocirurgia como instrumento de validação de subconjuntos e validar os itens componentes dos estudos de caso elaborados a partir de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário. Acreditamos que ela seja importante porque embora o Conselho Internacional de Enfermeiros (órgão responsável pelo desenvolvimento da CIPE®) sugira a utilização de estudos de caso como suporte para a validação de subconjuntos, as pesquisas nesta área são escassas e não detalham o método para elaboração dos estudos de caso.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A minha participação no referido estudo será de no sentido de responder, por meio de um formulário digital, questões relacionadas aos itens que compõem três estudos de caso disponíveis no formulário, apontando minha opinião sobre as questões em uma escala de respostas. Terei acesso ao formulário por meio de um *link* e poderei responder as questões em horário que melhor me convier, dentro do prazo solicitado pelos pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios indiretos, tais como agregar o exercício do raciocínio clínico à minha prática diária, possibilitado pelo desenvolvimento da avaliação dos estudos de caso.

Recebi, também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos indiretos como dispendir um tempo de meu dia para me dedicar a avaliação das questões dos estudos de caso, em média 15 minutos por estudo.

SIGILO E PRIVACIDADE

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Enfermeira Mestranda Cláudia Regina Biancato Bastos; Professora Dra. Marcia Regina Cubas, ambas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Com elas poderei manter contato pelos telefones (42) 9128-8485 ou (41) 3271-1657.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de

Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail nep@pucpr.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

APÊNDICE C – TERMOS DE MAIOR PREVALÊNCIA (N = 300) NO BANCO DE GOMES (2014)

Quadro 7 – Termos de maior prevalência (N = 300) no banco de termos.

Termo HUC 01-100	Termo HUC 101-201	Termo HUC 202- 300
Cateter urinário	Bom	Cânula
Pupilas	Ferida cirúrgica	Medida
Consciência	Acordado	Negar
Dor	Intercorrência	Sala
Presença	Defecação	Admitir
Quantidade	Pele	Bilateral
Ausculata	Troca	Dispneia
Ar	Parâmetros	Posição
Plano	Afebril	Comunicar
Ruído hidro aéreo	Incisão	Multiparâmetros
Apresentar	Drenagem	Sonolência
Período pós-cirúrgico	Membro inferior esquerdo	Cateter venoso
Isocoria	Diminuído	Internar
Dietoterapia	Entubação	Fêmur
Manter	Orientar	Calmo
Acesso intravenoso	Fratura	Oxigenoterapia
Venoso	Úlcera	Precaução de contato
Soroterapia	Realização	Episódio
Uso	Internamento	Dificuldade
Eupneico	Eliminação	Coletor de urina
Ronco	Corado	Grau
Realizar	Aguardar	Fio
Monitorar	Curativo	Encontrar
Periférica	Verbalizar	Flanco
Respiração	Lesão	Pressão intracraniana
Edema	Hipocorado	Livre
Ventilação mecânica	Lúcido	Liberação
Cateter	Sacro	Normotenso
Débito	Pressão	Volta
Paciente	Retirar	Pouco
Queixa	Deambular	Manhã
Fotorreagente	Foto	Íntegro
Infusão	Barreira	Hipotensão
Cliente	Cuidado	Contínuo
Repouso	Difuso	Cérebro
Flácido	Queda	Hospital
Palpação	Antebraço	Transporte
Contato	Solicitar	Amostra
Unidade de terapia intensiva	Vítima	Bolsa

Tórax	Sinal vital	Higiene
Bomba infusora	Amarelado	Liberar
Ambiente	Punção	Mecânico
Abertura	Ausência	Hemodiálise
Murmúrio vesicular	Agitação	Alta
Sinal	Crânio	Entrar
Direita	Sedação	Tecido
Hidratação	Capacete	Bilioso
Dreno	Retorno	Hemático
Procedimento	Oral	Básico
Jejum	Prescrição	Esforço
Saturação	Indolor	Lábio
Espontâneo	Infundir	Regime de nutrição parenteral
Esquerda	Rima	Normocorado
Tubo endotraqueal	Auxílio	Mobilizar
Suporte	Nível	Parada cardiorrespiratória
Aceitação	Relatar	Massa
Médico	Externo	Inserção
Via oral	Medicação	Cervical
Oxímetro de pulso	Comunicação	Rebaixamento
Membro superior direito	Hematoma	Contenção
Orientação	Sucesso	Pressão sanguínea
Limpo	Estável	Tala
Face	Coloração	Concentração
Região	Precaução	Entrada
Subclávia	Dorso	Hipertensão
Membros superiores	Unidade	Trauma
Frequência respiratória	Avaliação	Puncionar
Cirurgia	Alerta	Maca
Encaminhar	Fixador	Pequeno
Plantão	Membro	Efetivo
Membro superior esquerdo	Base	Funcionante
Exame	Tratamento	Vesical
Aspecto	Cefaleia	Muco
Bulhas cardíacas	Fechar	Couro cabeludo
Perfusão	Confusão	Cardíaco
Aspiração	Normocardio	Artéria
Jugular	Flogístico	Respiratório
Seca	Quadro	Ativo
Pulmão	Estímulo	Escoriação
Frequência cardíaca	Hemodinamicamente	Entubar
História	Clínica	Ferida por arma de fogo
Cabeceira	Enfermagem	Duplo
Ventilação	Fralda	Responsivo

Extremidades	Derivação ventricular externa	Plantonista
Globoso	Família	Hidratar
Central	Urina	Pico
Névoa úmida	Evolução	Elevar
Centro cirúrgico	Mão	Coletar
Seguir	Mucosa	Administrar
Pulso	Estase	Comando
Cateter venoso central	Receber	Instalar
Nariz	Pedido	Modalidade
Referir	Ocular	Volume
Salinizar	Sangramento	Crescimento
Período	Leito	Úmido
Passagem	Máscara	Emergência
Filtro de barreira	Simétrico	Pé
Permanecer	Melhorado	Monitoração cardíaca
Médio	Rádio	Admissão
Membro inferior direito	Solicitação	Leve

Fonte: Adaptado de Gomes (2014).

Notas: Os termos em destaque não constam na CIPE®.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO

1. Os dados apresentados na coleta de dados:

- são representativos da realidade da prática
- necessitam de pequena revisão para serem representativos da realidade da prática
- necessitam de grande revisão para serem representativos da realidade da prática
- não são representativos da realidade da prática

2. Os problemas de saúde identificados no estudo de caso:

- são representativos da realidade da prática
- necessitam de pequena revisão para serem representativos da realidade da prática
- necessitam de grande revisão para serem representativos da realidade da prática
- não são representativos da realidade da prática

3. A fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas descritos:

- é relevante para o estudo
- necessitam de pequena revisão para ser relevante para o estudo
- necessitam de grande revisão para ser relevante para o estudo
- não é relevante para o estudo

4. Os Diagnósticos de enfermagem elaborados, com base na CIPE® :

- são representativos para o estudo
- necessitam de pequena revisão para serem representativos para o estudo
- necessitam de grande revisão para serem representativos para o estudo
- não são representativos

5. As propostas de resultados de enfermagem:

- são representativas
- necessitam de pequena revisão para serem representativas
- necessitam de grande revisão para serem representativas
- não são representativas

6. As alternativas de outros diagnósticos ou resultados de enfermagem:

- são representativas para o estudo
- necessitam de pequena revisão para ser representativas para o estudo
- necessitam de grande revisão para serem representativas
- não são representativas

7. As intervenções implementadas ou recomendadas:

- são relevantes para os diagnósticos apresentados
- necessitam de pequena revisão para serem relevantes para os diagnósticos
- necessitam de grande revisão para serem relevante para os diagnósticos apresentados
- não são relevantes para os diagnósticos apresentados

8. A avaliação apresentada:

- é relevante para o estudo
- necessita de pequena revisão para ser relevante para o estudo
- necessita de grande revisão para ser relevante para o estudo
- não é relevante para o estudo

9. O conjunto de questões norteadoras (descritas acima) para resolução de um estudo de caso:

- são relevantes para o estudo
- necessitam de pequena revisão para serem relevantes para o estudo
- necessitam de grande revisão para serem relevante para o estudo
- não são relevantes para o estudo

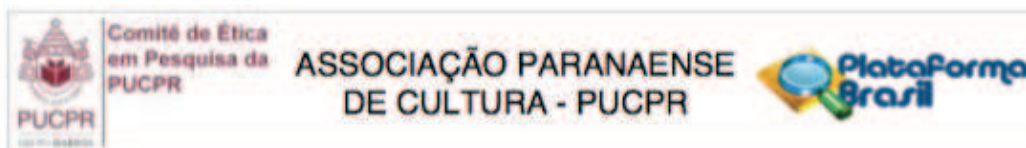
APÊNDICE E – TABULAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE-PILOTO

Tabela 5 – Resultado do IVC do teste-piloto, realizado em 23 de maio de 2015, às 14 horas, nas dependências da PUCPR.

Item do estudo de caso	IVC			IVC geral
	Estudo de caso 1	Estudo de caso 2	Estudo de caso 3	
Os dados descritos na coleta de dados	0,91	1,00	0,91	0,94
Os problemas de saúde identificados no estudo de caso	1,00	0,91	1,00	0,97
A fundamentação teórica apresentada nas justificativas dos problemas descritos	1,00	1,00	1,00	1,00
Os DEs elaborados para o estudo de caso	1,00	0,91	0,91	0,94
As propostas de REs para o estudo de caso	1,00	0,91	1,00	1,00
As alternativas de outros DEs ou REs para o caso descrito	0,91	1,00	0,91	0,94
As intervenções implementadas ou recomendadas	1,00	1,00	0,91	0,97
A descrição da avaliação do cliente	1,00	1,00	0,83	0,94
O conjunto de questões norteadoras para resolução do estudo de caso	1,00	1,00	1,00	1,00
Total	0,99	0,98	0,95	0,96

Fonte: A autora (2016).

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO PELO CEP DA PUCPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos de caso como instrumento de suporte para subconjuntos da CIPE direcionados às necessidades dos clientes das especialidades de ortopedia e neurocirurgia

Pesquisador: MARCIA REGINA CUBAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55364316.3.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP
CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.531.577

Apresentação do Projeto:

O projeto é voltado a realização de um estudo de caso utilizando métodos padronizados de enfermagem para as áreas de ortopedia e neurocirurgia. Ela foi motivada pela escassez de pesquisas que abordam um método padronizado para o desenvolvimento de um estudos de caso nas áreas consideradas.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar estudos de caso direcionados para as especialidades de neurocirurgia e ortopedia, como instrumento de suporte para subconjuntos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®); e validar os itens que compõe estudos de caso elaborados a partir de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital universitário.

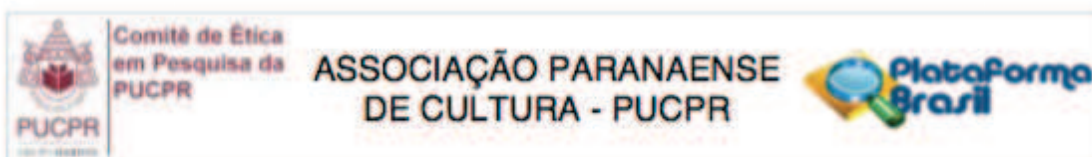
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se identificam riscos diretos da pesquisa. Os enfermeiros participantes deverão dispor de tempo qualitativo e quantitativo para responder ao questionário, o que, indiretamente, poderá gerar desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito bem escrita, clara, e com toda documentação requerida para que seja conduzida

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.531.577

de forma satisfatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa envolve entrevista com uso de questionário e foi apresentado TCLE. Pesquisa não fará uso de bases de dados e dispensa apresentação de TCUD. Orçamento foi apresentado e justificado de forma clara. Questionário foi devidamente anexado em documento separado. Folha de rosto apresenta todas as assinaturas necessárias para a condução da pesquisa.

Recomendações:

Revisar texto por completo, incluindo TCLE, pois aprensetam pequenos erros de escrita que não comprometem a compreensão do documento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691499.pdf	18/04/2016 10:05:29		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	18/04/2016 10:04:26	MARCIA REGINA CUBAS	Aceito
Outros	questionario.pdf	11/04/2016 12:13:17	Cláudia Regina Biancato Bastos	Aceito
Outros	Exemploestudodecaso.pdf	11/04/2016 12:12:52	Cláudia Regina Biancato Bastos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/04/2016 12:11:11	Cláudia Regina Biancato Bastos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.pdf	11/04/2016 12:10:53	Cláudia Regina Biancato Bastos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

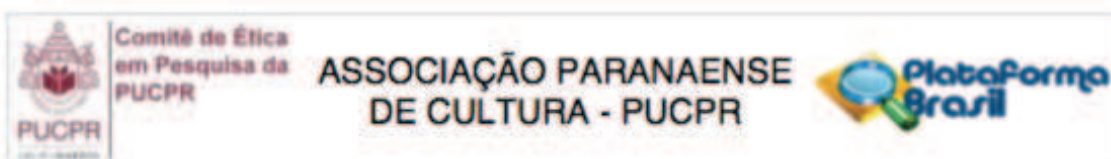
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.531.577

CURITIBA, 05 de Maio de 2016

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br