

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRÍCIA CARLA VIANNA

**Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas**

Ribeirão Preto

2022

PATRÍCIA CARLA VIANNA

**Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas**

**Versão Original**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Ciências em Tecnologia

Orientadora: Profa. Dra. Soraia Assad Nasbine Rabeh

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vianna, Patricia Carla

Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas. Ribeirão Preto, 2022.

136 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar.

Orientadora: Profa. Dra. Soraia Assad Nasbine Rabeh

VIANNA, Patrícia Carla

Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Área de Concentração: Ciências em Tecnologia, Programa de Pós- Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em \_\_/\_\_/2022

Comissão Julgadora

Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Ribeirão Preto

2022

# *Dedicatória*

*Aos indivíduos com lesão medular, pela oportunidade de conhecer seus problemas e me sensibilizar com suas condições e desafios da vida, os quais me inspiraram a desenvolver esse trabalho.*

*Em memória a minha afilhada e sobrinha **Luana Vianna Costa**, que adorava estudar e que teve seus sonhos interrompidos em virtude de um Linfoma. Afinal, aquilo que amamos sempre fará parte de nós.*

*Ao meu pai, **Decio Vianna**, por todo apoio e incentivo em todos os desafios e conquistas da minha vida, pela paciência e compreensão pelos momentos de ausência para que eu conseguisse concluir minha pesquisa.*

**TE AMO**

# *Agradecimentos*

À **Deus** que me permitiu realizar este tão desejado sonho, iluminou e direcionou meus passos, pelas oportunidades e conquistas em minha vida. Pela força e coragem durante toda essa caminhada.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Soraia Assad Nasbine Rabeh** pelos ensinamentos transmitidos durante toda a minha jornada na área acadêmica. Obrigada pela amizade, carinho, paciência, orientação, incentivo e dedicação. Fica minha grande admiração pelo seu trabalho e pela pessoa humana que eu tive a oportunidade de compartilhar alguns momentos difíceis da minha vida durante o desenvolvimento do nosso trabalho. Muito obrigada.

Às minhas irmãs **Rita e Renata** que tenho muita admiração e por terem me ensinado tantas coisas boas da vida, por todo amor e carinho. “Vocês são meu porto seguro”.

Às minhas companheiras de pesquisa, **Juliana Nogueira Coelho e Maria Lorena Teodoro** pela amizade construída ao longo destes anos de trabalho, por todo o carinho, dedicação e colaboração. Obrigada pelos ensinamentos e momentos compartilhados.

À colega de pós-graduação **Maria Girlane Albuquerque** pela valiosa contribuição no meu trabalho.

À equipe de enfermagem do **Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**, por apoiarem minha decisão, pelo carinho, acolhimento nos meus anseios e ajuda dispensada no decorrer de toda a pesquisa.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)** e ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental** por tornar possível a realização deste estudo.

Ao **Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq)**, pela concessão da bolsa de Doutorado (processo nº 133.437/2019-1).

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)** - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

VIANNA, P.C. **Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas**. 2022. 136f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

A avaliação funcional permite acompanhar a evolução de indivíduos com Lesão Medular Espinhal (LME), em programa de reabilitação, com adaptação às diferentes fases e condições de vida. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um sistema de classificação universal, com aspectos biopsicossociais. Dentre os sistemas de classificações na prática de enfermagem, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), uma terminologia com diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. O estudo objetivou avaliar a funcionalidade dos indivíduos com LME, a partir de instrumento baseado no *Core Set* da CIF; analisar a correspondência terminológica dos sistemas de classificação CIF ao modelo da CIPE<sup>®</sup>; identificar os diagnósticos mais frequentes, descrever os resultados esperados e intervenções de enfermagem segundo a CIPE<sup>®</sup> e CIF. Estudo observacional, transversal e metodológico, realizado no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, de junho de 2019 a março de 2021, em duas etapas: 1) Aplicação do instrumento baseado no *Core Set* da CIF para a avaliação do perfil funcional dos indivíduos com Lesão Medular Aguda (LMA); 2) Análise da correspondência terminológica do Sistema de CIF ao modelo da CIPE<sup>®</sup> para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Houve predomínio de jovens do sexo masculino, de 18 a 39 anos. Acerca da funcionalidade e extensão da deficiência segundo a CIF, as categorias mais acometidas foram: b620 Funções urinárias; b640 Funções sexuais e b810 Funções protetora da pele. Nos componentes Estruturas do corpo e Atividades e participação, houve maior gravidade na categoria s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas e nas categorias referentes à mobilidade e atividades de vida diária d410 Mudar a posição básica do corpo; d420 Transferir a própria posição; d450 Andar; d510 Lavar-se; d5300 Regulação da micção; d5301 Regulação da defecação; d540 Vestir-se. No instrumento avaliado pelos indivíduos sobre a percepção quanto ao papel facilitador ou a barreira dos fatores ambientais, houve prevalência como facilitadoras as categorias e310 família imediata; e340 Cuidadores e assistentes pessoais e e355 Profissionais da saúde. Foi identificada como barreira a categoria e120, que avalia os produtos e as tecnologias para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos. Ao correlacionar o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade, o domínio atividades e participação apresentou correlação significativa ( $p < 0,05$ ), com melhor desempenho nas atividades de vida diária à medida que o tempo de reabilitação aumentava. No mapeamento cruzado identificaram-se 1.446 conceitos entre os componentes da CIF, com predomínio das categorias no componente Funções do corpo. Selecionaram-se 929 conceitos primitivos na CIPE<sup>®</sup> distribuídos por eixo, bem como 517 conceitos pré-coordenados, divididos entre diagnósticos, intervenções e resultados. A partir da aplicação do instrumento e do mapeamento cruzado entre a CIPE<sup>®</sup> e a CIF, constituiu-se um banco de dados de termos de linguagem especializada, que poderá ser utilizado na construção de um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup>, com vistas ao cuidado sistematizado ao indivíduo com LME.

**Palavras-chave:** Traumatismos do Sistema Nervoso Central, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

## ABSTRACT

VIANNA, P.C. **Individuals with Spinal Cord Injury: nursing care based on functional assessment and the Standard Language System.** 2022. 136p. Thesis. (Doctorate degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Functional assessment allows monitoring the evolution of individuals with Spinal Cord Injury (SCI) in a rehabilitation program, adapting to different stages and life conditions. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a universal classification system, with biopsychosocial aspects. Among the classification systems in nursing practice, the International Classification for Nursing Practice (ICNP<sup>®</sup>), a terminology with diagnoses, results and nursing interventions, stands out. The study aimed to evaluate the functioning of individuals with ICS, using an instrument based on the ICF *Core Set*; analyze the terminological correspondence of the ICF classification systems to the ICNP<sup>®</sup> model; identify the most frequent diagnoses, describe the expected results and nursing interventions according to the ICNP<sup>®</sup> and ICF. Observational, cross-sectional and methodological study, carried out at the Rehabilitation Center of the Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, from June 2019 to March 2021, in two stages: 1) Application of the instrument based on the ICF Core Set for the assessment of the functional profile of individuals with Acute Spinal Cord Injury (ASCI); 2) Analysis of the terminological correspondence of the ICF System to the ICNP model for the Systematization of Nursing Care. There was a predominance of young males, aged between 18 and 39 years. Regarding the functioning and extent of the disability according to the ICF, the most affected categories were: b620 Urination functions; b640 Sexual functions and b810 Protective functions of the skin. In the Body Structures and Activities and Participation components, there was greater severity in the category s120 Spinal cord and related structures and in the categories referring to mobility and activities of daily living d410 Changing basic body position; d420 Transferring oneself; d450 Walking; d510 Washing oneself; d5300 Regulating urination; d5301 Regulating defecation; d540 Dressing. In the instrument evaluated by the individuals on the perception of the facilitating role or the barrier of environmental factors, the categories e310 immediate family prevailed as facilitators; e340 Personal care providers and personal assistants and e355 Health professionals. Category e120 was identified as a barrier, which evaluates Products and technology for personal indoor and outdoor mobility and transportation. When correlating the rehabilitation time and the functionality profile, the activities and participation domain showed a significant correlation ( $p < 0.05$ ), with better performance in activities of daily living as the rehabilitation time increased. In the cross-mapping, 1,446 concepts were identified among the components of the ICF, with a predominance of categories in the Body Functions component. 929 primitive concepts were selected in ICNP<sup>®</sup> distributed by axis, as well as 517 pre-coordinated concepts, divided between diagnoses, interventions and results. From the application of the instrument and the cross-mapping between the ICNP<sup>®</sup> and the ICF, a database of specialized language terms was created, which can be used in the construction of a terminological subset of the ICNP<sup>®</sup>, with a view to systematized care in the individual with SCI.

**Key words:** Trauma, Nervous System, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), International Classification for Nursing Practice (ICNP).



## RESUMEN

VIANNA, P.C. **Individuos con Lesión Médula Espinal: cuidados de enfermería basados en la evaluación funcional y el Sistema de Lenguajes Estandarizados**. 2022. 136p. Tesis. (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

La evaluación funcional permite monitorear la evolución de las personas con Lesión Medular Espinal (LME) en un programa de rehabilitación, adaptándose a las diferentes etapas y condiciones de vida. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) es un sistema de clasificación universal, con aspectos biopsicosociales. Entre los sistemas de clasificación en la práctica de enfermería, se destaca la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®), una terminología con diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. El estudio tuvo como objetivo evaluar la funcionalidad de las personas con LME, utilizando un instrumento basado en el *Core Set* de la CIF; analizar la correspondencia terminológica de los sistemas de clasificación de la CIF con el modelo ICNP®; identificar los diagnósticos más frecuentes, describir los resultados esperados y las intervenciones de enfermería según la CIPE® y la CIF. Estudio observacional, transversal y metodológico, realizado en el Centro de Rehabilitación del Hospital das Clínicas, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, de junio de 2019 a marzo de 2021, en dos etapas: 1) Aplicación del instrumento basado en el conjunto básico de la CIF para la evaluación del perfil funcional de las personas con lesión aguda de la médula espinal (LMA); 2) Análisis de la correspondencia terminológica del Sistema CIF con el modelo de la CIPE para la Sistematización de la Atención de Enfermería. Predominó el sexo masculino joven, con edades entre 18 y 39 años. En cuanto a la funcionalidad y extensión de la discapacidad según la CIF, las categorías más afectadas fueron: b620 Funciones urinarias; b640 Funciones sexuales y b810 Funciones protectoras de la piel. En los componentes Estructuras Corporales y Actividades y Participación, hubo mayor severidad en la categoría s120 Médula espinal y estructuras afines y en las categorías referentes a la movilidad y actividades de la vida diaria d410 Alteración de la posición básica del cuerpo; d420 Transferir posición propia; d450 Piso; d510 Lavado; d5300 Regulación de la micción; d5301 Regulación de la defecación; d540 Vístete. En el instrumento evaluado por los individuos sobre la percepción del rol facilitador o la barrera de los factores ambientales, prevalecieron como facilitadores las categorías e310 familia inmediata; e340 Cuidadores y asistentes personales y e355 Profesionales de la salud. Se identificó como barrera la categoría e120, que evalúa productos y tecnologías para la movilidad y el transporte personal en ambientes interiores y exteriores. Al correlacionar el tiempo de rehabilitación y el perfil de funcionalidad, el dominio actividades y participación mostró una correlación significativa ( $p < 0,05$ ), con mejor desempeño en las actividades de la vida diaria a medida que aumentaba el tiempo de rehabilitación. En el mapeo cruzado fueron identificados 1.446 conceptos entre los componentes de la CIF, con predominio de categorías en el componente Funciones Corporales. Se seleccionaron 929 conceptos primitivos en CIPE® distribuidos por ejes, así como 517 conceptos precoordinados, divididos entre diagnósticos, intervenciones y resultados. A partir de la aplicación del instrumento y del mapeo cruzado entre la CIPE® y la CIF, se generó una base de datos de términos lingüísticos especializados, que podrán ser utilizados en la construcción de un subconjunto terminológico de la CIPE®, con miras a sistematizar la atención en el individuo con LME.

**Palabras clave:** Traumatismos del Sistema Nervioso, Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (ICNP).

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Modelo integrador da funcionalidade humana segundo a CIF .....	<b>33</b>
<b>Figura 2 -</b>	Modificações da CIPE® versão beta 2 para o modelo de sete eixos da versão 1.0 (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005) .....	<b>40</b>
<b>Figura 3 -</b>	Estrutura categorial para a composição do diagnóstico de enfermagem segundo a ISO 18.104:2014 .....	<b>43</b>
<b>Figura 4 -</b>	Representação gráfica da estrutura categorial para ações de enfermagem .....	<b>44</b>
<b>Figura 5 -</b>	Modelo dos Sete Eixos CIPE® Versão 1.0 .....	<b>57</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 –</b>	Qualificadores da CIF .....	<b>53</b>
<b>Tabela 2 –</b>	Caracterização dos participantes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas. Ribeirão Preto, 2022 .....	<b>64</b>
<b>Tabela 3 –</b>	Caracterização dos participantes em relação ao tempo de lesão na medula espinhal e ao tempo de reabilitação. Ribeirão Preto, 2022 .....	<b>66</b>
<b>Tabela 4 –</b>	Qualificadores da CIF para Fatores Ambientais. Ribeirão Preto, 2022 .....	<b>70</b>
<b>Tabela 5 -</b>	Diagnósticos/resultados de enfermagem segundo o mapeamento cruzado entre a CIPE® e CIF. Ribeirão Preto, 2022.....	<b>122</b>
<b>Tabela 6 -</b>	Intervenções de Enfermagem segundo o mapeamento cruzado entre a CIPE® e CIF. Ribeirão Preto, 2022.....	<b>128</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição e número de ocorrências de conceitos da CIPE® Versão 2019/2020 (n = 4.475) .....	<b>41</b>
<b>Quadro 2</b> – Categoria da CIF, código e título do instrumento baseado no <i>Core Set</i> resumido da CIF para LMA .....	<b>54</b>
<b>Quadro 3</b> – Regras de ligação atualizadas e refinadas para medidas de estados de saúde .....	<b>59</b>
<b>Quadro 4</b> – Caracterização dos participantes segundo o perfil funcional para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, conforme os qualificadores da CIF (Tabela 1). Ribeirão Preto, 2022 .....	<b>67</b>
<b>Quadro 5</b> – Caracterização dos participantes segundo o perfil funcional para os fatores ambientais, conforme os qualificadores da CIF (Tabela 4). Ribeirão Preto, 2022 .....	<b>69</b>
<b>Quadro 6</b> – Distribuição dos códigos e das categorias do instrumento baseado no <i>Core set</i> da CIF para LMA mais frequentes nos termos e nas definições da CIPE®. Ribeirão Preto, 2022 .....	<b>74</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Funções do corpo) .....	71
<b>Gráfico 2</b> – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Estruturas do corpo) .....	71
<b>Gráfico 3</b> – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Atividades e participação) .....	72
<b>Gráfico 4</b> – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Fatores ambientais) .....	73
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos conceitos identificados na CIPE <sup>®</sup> por componentes da CIF .....	74
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição, por eixo, do mapeamento dos conceitos primitivos (n=929) identificados entre a CIPE <sup>®</sup> e CIF .....	76
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição do mapeamento dos conceitos pré-coordenados (n=517) identificados entre a CIPE <sup>®</sup> e CIF .....	76

## **LISTA DE APÊNDICE**

<b>APÊNDICE A -</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>97</b>
---------------------	---	-----------

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> –	Versão final do Instrumento .....	<b>99</b>
<b>Anexo B</b> –	Versão final do instrumento .....	<b>107</b>
<b>Anexo C</b> -	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	<b>115</b>
<b>Anexo D</b> -	Aprovação do Comitê de Pesquisa do CER .....	<b>118</b>
<b>Anexo E</b> -	Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo o mapeamento cruzado entre a CIPE® e CIF .....	<b>122</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS -	<i>ASIA Impairment Scale</i>
AVDs –	Atividades de Vida Diária
CAPES –	Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior
CCC -	Classificação de Cuidados Clínicos
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CER –	Centro de Reabilitação
CID –	Classificação Internacional de Doenças
CIDID –	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIE –	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIF –	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE® -	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPq –	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Metodológico
CNR -	Conselho Nacional de Representantes
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
COREN –	Conselho Regional de Enfermagem
DRS –	Direção Regional de Saúde
EERP –	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HCFMRP –	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN -	<i>International Council Of Nurses</i>
LMA –	Lesão Medular Aguda
LME –	Lesão Medular Espinhal
LP –	Lesão por Pressão
MIF –	Medida de Independência Funcional
NANDA-I -	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – Internacional
NIC -	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC -	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OMS –	Organização Mundial de Saúde



OS -	Sistema Omaha
PBE -	Prática Baseada em Evidências
RAS -	Redes de Atenção à Saúde
RCPD -	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SAE –	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SC –	Sistema de Classificações
SCIM IV –	Spinal Cord Independence Measure version IV
SDDPD –	Secretaria de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SLP -	Sistema de Linguagem Padronizado
SNOMED-CT -	<i>Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms</i>
SPSS -	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP –	Universidade de São Paulo
VFQ -	<i>Vision Function Questionnaire</i>
WISCI -	<i>Walking Index for Spinal Cord Injury</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	26
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	28
3.1 A lesão da medula espinhal e suas implicações no contexto da reabilitação.....	28
3.2 A prática baseada em evidência.....	30
3.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	32
3.4 O Processo de Enfermagem e o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) .....	36
3.5 Sistemas de informações em saúde e os Catálogos CIPE® .....	46
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	51
4.1 Tipo de estudo.....	51
4.2 Local do estudo e período .....	51
4.3 População e amostra .....	51
4.4 Critérios de elegibilidade .....	51
4.4.1 Critérios de inclusão.....	52
4.4.2 Critérios de exclusão .....	52
4.5 Coleta de dados e operacionalização do estudo .....	52
4.5.1 Primeira etapa .....	52
4.5.2 Segunda etapa.....	56
4.6 Análise dos dados .....	62
4.7 Procedimentos éticos .....	62
<b>5 RESULTADOS</b> .....	64
5.1 Aplicação do instrumento baseado no <i>Core set</i> da CIF para Lesão Medular Aguda e caracterização segundo os aspectos sociodemográficos e clínicos.....	64
5.2 Caracterização do perfil de funcionalidade dos indivíduos com lesão medular aguda relacionadas aos componentes e as categorias da CIF do instrumento aplicado.....	66
5.3 Apresentação da correlação entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com lesão medular aguda relacionadas aos componentes da CIF do instrumento aplicado .....	70
5.4 Análise da correspondência terminológica dos sistemas de classificação CIF ao modelo proposto pela norma ISO 18.104:2003, a CIPE® .....	73
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	79
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	86
<b>8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	88
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90
<b>APÊNDICE</b> .....	98
<b>ANEXOS</b> .....	100

## APRESENTAÇÃO

Após a graduação em Enfermagem, em 1998, pelo Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto, ingressei no ano 2000 como enfermeira em um hospital universitário público de nível terciário em Ribeirão Preto – SP. Em novembro de 2007, fui convidada a trabalhar no Centro de Reabilitação (CER) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) com pacientes com Lesão Medular Espinhal (LME) e, em 2011, assumi a gestão do serviço de enfermagem, atuando até o presente momento na área de Reabilitação. A partir da minha experiência, despertou-me o interesse em desenvolver pesquisa nessa área temática, dada a importância de identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para o planejamento da linha de cuidados com qualidade e segurança no paciente com LME, que demanda um programa de Reabilitação Multiprofissional Especializado.

O Centro de Reabilitação (CER), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, foi criado em 2007 e dispõe de serviços especializados para diagnóstico, avaliação e tratamento de pacientes que demandam cuidados intensivos de reabilitação de alta complexidade. Em março de 2009, foi incorporado à Rede de Reabilitação Lucy Montoro, coordenada pela Secretaria de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SDDPD). A Rede de Reabilitação Lucy Montoro foi desenvolvida pelo Governo do Estado de São Paulo e tem como objetivo proporcionar o melhor e mais avançado tratamento de reabilitação para pacientes com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensório-motoras (BRASIL, 2009).

O serviço está cadastrado junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, como Centro Especializado em Reabilitação nível IV (CER IV) atribuído pelo Ministério de Saúde, sendo referência em Reabilitação Física, Visual, Auditiva, Intelectual, Ostomia e Múltiplas Deficiências, além da dispensação de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e auxílios ópticos. Em 2012, o atendimento ambulatorial de Ortopedia e Traumatologia do HCFMRP-USP foi incorporado ao Serviço de Reabilitação, ampliando a nossa linha de cuidados nas diversas especialidades da área, oncologia ortopédica, membro superior, trauma de membro inferior, afecções do pé, quadril, coluna adulta e infantil, ortopedia e traumatologia da criança e do adolescente.

O CER atende pacientes encaminhados dos diversos serviços de saúde do HCFMRP-USP e da rede pública municipal, coordenado pela Direção Regional de Saúde DRS-

XIII. Apresenta protocolos de reabilitação com objetivos específicos, de acordo com as características de cada paciente.

Os programas de reabilitação são realizados por equipes multidisciplinares, compostas por profissionais especializados em reabilitação, entre médicos fisiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos e pedagogos.

A equipe de enfermagem do CER atende aos diversos protocolos e atualmente é composta por diretor de serviço (1), enfermeiros (6), auxiliares de enfermagem (6) e técnico de enfermagem (2).

O instrumento produto desse estudo poderá ser utilizado pela equipe multiprofissional na avaliação funcional e sistemática dos pacientes com LME inseridos em protocolos de tratamento no CER. Na enfermagem, a partir da consulta de enfermagem e da coleta de dados, a utilização de Sistemas de Classificação de Linguagens Padronizadas, auxiliará efetivamente o enfermeiro na atividade inerente a sua prática profissional e na identificação dos diagnósticos mais relevantes nessa população, a fim de planejar o alcance dos resultados da assistência, em consonância com as metas da equipe multidisciplinar.

# *1 INTRODUÇÃO*

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a deficiência como um problema de saúde pública global, de direitos humanos e em desenvolvimento de prioridades. Considera-se pessoa com deficiência aquela que apresenta ao longo da vida, doença física, mental, intelectual ou deficiência sensorial, que, em interação com várias barreiras, podem impedir sua plena e eficaz participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (WHO, 2015).

Segundo a OMS, aproximadamente 15% da população mundial vive com algum tipo de deficiência. Esse número é superior ao que foi previsto em 1970, que indicava 10% da população com algum tipo de deficiência. Como fatores importantes nessa mudança, destacam-se o envelhecimento da população, o aumento de doenças crônicas e os fatores ambientais (BRASIL, 2016; WHO, 2015).

O Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, apontou 23,9% da população com algum tipo de deficiência, ou seja, aproximadamente 45,6 milhões de pessoas. Na cidade de São Paulo, esse número foi de 2.759.004 pessoas (BRASIL, 2016).

A LME é um dos eventos mais incapacitantes que pode atingir uma pessoa, podendo levar ao comprometimento das funções motoras, urinárias, intestinais, sexuais, entre outras, podendo prejudicar a autonomia, a satisfação e a participação na sociedade. Com o aumento da violência urbana, da sobrevivência das pessoas em detrimento de melhores cuidados e do risco de queda associado ao envelhecimento da população, o número de pessoas com LME tem aumentado consideravelmente na última década. Anualmente, são estimados 40 milhões de novos casos de LME no mundo (BIERING-SØRENSEN; NOONAN, 2016; NAS et al., 2015; TATE et al., 2016; ANDRADE et al., 2019; FALEIROS et al., 2020).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 13.146, de 06 de julho de 2015, instituiu a “Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência” e definiu que a avaliação da deficiência será baseada no modelo biopsicossocial da CIF, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar. A “incapacidade” é classificada como um termo abrangente para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação, denotando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e o contexto desse indivíduo (ambiental e fatores pessoais) (WHO, 2015).

Em 2013, o Ministério da Saúde propôs nas Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular Espinhal, o uso da CIF para a avaliação funcional do paciente no processo de reabilitação. O objetivo da diretriz era oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com LME, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2013, 2015).

Após a LME, os indivíduos apresentam várias limitações das funções e deficiências, que influenciam as Atividades na Vida Diária (AVD). Nesse contexto, centros de reabilitação são preconizados ao longo do *continuum* de cuidados como recursos indispensáveis para atender às necessidades e aos desafios vivenciados por essa população (FERNANDES et al., 2017; PONGPIPATPAIBOON et al., 2020; RODRIGUES et al., 2020).

A literatura recomenda que o processo de reabilitação do indivíduo com LME deva iniciar o mais precoce possível, com ações que incluem promoção à saúde, prevenção de complicações, além da redução da deficiência e incapacidade. A partir da identificação das potencialidades preexistentes torna-se possível implementar atividades que proporcionem melhor qualidade de vida, autoestima, independência funcional e reintegração social (ANDRADE, 2018; THOL et al., 2020).

No Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), pela Portaria GM/MS nº 793/2012, incluída na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, ANEXO VI, que deve garantir a atenção à saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção para pessoas com deficiência, garantindo a integralidade do cuidado. Para atender às demandas de assistência às pessoas com deficiências, estão previstos “recursos humanos especializados para prestar assistência em reabilitação física-motora”, destacando o papel do Enfermeiro na Reabilitação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017; MACHADO et al., 2018).

No processo de reabilitação dos indivíduos com LME, o enfermeiro e a equipe de enfermagem atuam como membros da equipe interdisciplinar. Em especial o enfermeiro tem como premissa básica identificar as necessidades/demandas de cuidados e elaborar diagnósticos de enfermagem, mediante adoção de métodos de trabalho específicos que nortearão a seleção de intervenções que resultem na promoção da saúde dessa população. Suas ações visam o favorecimento da recuperação e adaptação às limitações impostas pela deficiência e para o atendimento às necessidades funcionais, motoras, psicossociais e espirituais do indivíduo e de sua família (ANDRADE, 2018; ZUCHETTO, 2019; CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021).

Os registros de informações em saúde por meio de instrumentos da prática clínica, como questionários, escalas, índices, *checklists* e outros, têm sido utilizados para subsidiar o

acompanhamento das mudanças no perfil de saúde da população. Na avaliação funcional, o profissional deve considerar todas as alterações sistêmicas inerentes ao tipo de lesão e suas correlações funcionais. O uso de um sistema de classificação funcional facilita o processo de definição de metas, auxiliando os profissionais de saúde na construção do projeto terapêutico (BRASIL, 2015; SCHARAN, 2020).

Dentre os instrumentos para a avaliação da funcionalidade em indivíduos com LME, destacam-se: *ASIA Impairment Scale (AIS)*, Medida de Independência Funcional (MIF), *Spinal Cord Independence Measure version IV (SCIM IV)*, *Walking Index for Spinal Cord Injury (WISCI)*, *Walking Index for Spinal Cord Injury (WISCI-II)*, Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (BRASIL, 2015; VIANNA, 2015; SOEIRA, 2019).

A CIF publicada em 2001, pela OMS, fornece um sistema de classificação mais adequado para a descrição do cuidado em saúde e pode ser utilizada como ferramenta de referência na orientação dos serviços de Reabilitação, permitindo a unificação da linguagem utilizada pelos diferentes profissionais da equipe multiprofissional e, em especial, implantar o modelo biopsicossocial no planejamento das intervenções (STUCKI et al., 2017; BIZ; CHUN, 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), prevista na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é uma ferramenta que direciona a prática e favorece o cuidado seguro e de qualidade, além de proporcionar autonomia profissional (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2021).

A assistência de enfermagem na reabilitação se dá no âmbito da consulta de enfermagem, na perspectiva de identificar as necessidades individuais dos pacientes e o nível de independência funcional para planejar e implementar o plano de cuidados nos diferentes níveis de complexidade da rede de atenção à saúde.

Para implementar o cuidado de enfermagem, é imprescindível o uso de sistemas de classificação. Dentre os sistemas de classificação de enfermagem existentes, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), por apresentar os conceitos de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções) em padrão internacional, e possibilitar a estruturação de subconjuntos terminológicos direcionados a áreas específicas da prática clínica (CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021).

Considerando a complexidade das condições de saúde dos indivíduos com LME, compete ao enfermeiro que atua junto a equipe multiprofissional conhecer as alterações neurológicas provocadas pela LME, a fim de estabelecer a partir da avaliação clínica e



funcional, os diagnósticos e o planejamento da assistência de enfermagem, com enfoque na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

A motivação para esse estudo advém ao longo da minha experiência profissional com a reabilitação dos indivíduos com LME, assim como da oportunidade em realizar o mestrado na área de Tecnologia e Inovação em Enfermagem em 2015, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

A utilização de instrumentos de medidas de funcionalidade pela equipe multiprofissional é de extrema importância para o planejamento de metas e intervenções de reabilitação. Durante a consulta de enfermagem, especificamente na coleta dos dados, a adoção de instrumentos para a avaliação funcional e clínica para uma população específica, nesse caso os indivíduos com LME, apresenta potencial estratégia para auxiliar efetivamente o enfermeiro na atividade inerente a sua prática profissional, a fim de planejar o alcance dos resultados da assistência, em consonância com as metas da equipe multidisciplinar.

Em 2015 foi elaborado e validado um instrumento para avaliar a funcionalidade e autonomia dos pacientes com LME a partir do *Core set* da CIF para indivíduos com lesão medular aguda traumática, considerando o contexto social e ambiental (VIANNA, 2015). A partir desta experiência, buscamos empreender no doutorado, uma pesquisa que se apoiou nos pressupostos da Sistematização da Assistência de Enfermagem, aos pacientes com LME atendidos em Centro de Reabilitação, com foco na avaliação da funcionalidade, a partir do *Core set* da CIF e nas Taxonomias dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

## *2 OBJETIVOS*

---

---

## 2 OBJETIVOS

1. Caracterizar os indivíduos adultos e idosos que sofreram lesão medular aguda, considerando as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas;
2. Avaliar a funcionalidade dos indivíduos e descrever a extensão da incapacidade, a partir do instrumento baseado no *Core set* da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF;
3. Analisar a correspondência terminológica dos sistemas de classificação CIF ao modelo proposto pela norma ISO 18.104:2003, a CIPE®;
4. Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE® e CIF;
5. Descrever os resultados esperados e as intervenções de enfermagem, segundo o Sistema de Classificação CIF e a CIPE®.

## ***3 REVISÃO DA LITERATURA***

---

---

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 A lesão da medula espinhal e suas implicações no contexto da reabilitação

A LME é definida como uma interrupção temporária ou permanente da função medular. É considerado um dos eventos incapacitantes mais graves e devastadores que podem atingir uma pessoa, com severas disfunções motoras, urinárias, intestinais, sexuais, entre outras, alterando a autonomia, o estilo e a qualidade de vida, além da participação na sociedade (GUERRA et al., 2015; MOSER et al., 2020; RODRIGUES et al., 2020).

No Brasil, as principais etiologias traumáticas envolvem os acidentes automobilísticos e, como segunda causa mais comum, os ferimentos por projétil de arma de fogo, seguidas por queda e mergulho em águas rasas. Entretanto, a LME também pode ter causas não traumáticas, como tumores, doenças infecciosas, vasculares e degenerativas (THOLL et al., 2020).

Dados do Ministério da Saúde (2015) mostraram que, anualmente, surgem 8 mil novos casos de lesão medular no Brasil. Considerando que 80% da população com sequelas de lesão medular é composta por homens jovens, ativos, com idade produtiva entre 10 e 30 anos, podemos observar um importante impacto socioeconômico no país, demandando altos custos para a saúde pública (BRASIL, 2015; RODRIGUES et al., 2020).

Os indivíduos com LME apresentam importantes repercussões fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas, que requer um programa de reabilitação complexo e diversificado, visando a adaptação às mudanças pessoais e ambientais, de acordo com o potencial de recuperação funcional do indivíduo, de forma a possibilitar sua reinserção social e qualidade de vida (FERNANDES et al., 2017; RODRIGUES et al., 2020; CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021).

De acordo com a OMS, mais de 200 milhões de pessoas apresentam alterações funcionais, sendo que 92% das doenças globais podem se beneficiar dos recursos terapêuticos e tecnológicos de reabilitação (GOULART; ANDERLE, 2020; WHO, 2011).

A reabilitação é um conjunto de medidas destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade de indivíduos com determinadas condições de saúde em interação com seu ambiente, auxiliando-os a ter uma qualidade de vida aceitável, com dignidade e independência. O processo de reabilitação ocorre principalmente em centros especializados, os

quais possuem uma equipe interdisciplinar capacitada na assistência integral ao paciente (ANDRADE, 2018; WHO, 2017).

A reabilitação neurológica do indivíduo com LME é de suma importância e tem como principais objetivos prevenir complicações secundárias, desenvolver ao máximo o potencial físico, resgatar a autonomia e possibilitar a retomada de atividades ocupacionais e sociais, promovendo uma melhor qualidade de vida (FALEIROS et al., 2020; SILVA; RODRIGUES, 2020).

A assistência de enfermagem na reabilitação compreende um corpo de conhecimentos que permite auxiliar o paciente a se tornar independente ao máximo, dentro das suas incapacidades; promover e incentivar o autocuidado de intervenções educativas e treinamento das atividades de vida diária; promover a reintegração social e familiar, além de garantir uma assistência de qualidade nos vários níveis de complexidade, utilizando métodos e terapêuticas específicas (CAMPOS; RACHED, 2019; VIANNA, 2019).

Entretanto, não há um sistema de classificação especificamente direcionado à assistência de enfermagem em reabilitação, embora seja crescente o número de indivíduos a demandar essa especialidade de cuidado. No Brasil, estudos têm sido realizados no contexto da reabilitação, enfatizando a avaliação funcional de pacientes com deficiências e incapacidades e o uso de instrumentos validados.

Neves e Shimizu (2010) identificaram, em estudo realizado em uma Unidade de Reabilitação, diagnósticos de enfermagem referentes a alterações respiratórias, de termorregulação, eliminação urinária e intestinal. Destacaram a importância de adotar instrumentos para a avaliação das necessidades individuais dos pacientes e, a partir dos diagnósticos de enfermagem, proceder ao planejamento da assistência de enfermagem a pacientes em processo de reabilitação.

Silva et al. (2012), em estudo realizado com indivíduos que sofreram LME, avaliaram o ganho funcional dos participantes de um programa de reabilitação através da aplicação da escala Medida de Independência Funcional (MIF). Os resultados apontaram ganho funcional em todas as categorias de cuidados com o corpo; controle dos esfíncteres e locomoção. A partir desse estudo, concluiu-se que a reabilitação promove ganhos na independência funcional, sendo fundamental para a recuperação e autonomia dos indivíduos com lesão medular.

Rabeh, Nogueira e Caliri (2013), em estudo com adultos e idosos que sofreram LME, utilizaram a MIF para avaliar a independência funcional considerando o nível de lesão e a ocorrência de problemas no funcionamento intestinal. Foi detectada alteração no padrão de

funcionamento intestinal pós-lesão e a literatura enfatizou a importância de instituir programas de intervenção por meio de estratégias educativas para o controle do intestino neurogênico.

A literatura enfatiza a importância da identificação das características dos indivíduos com LME em termos de independência funcional, pois isso possibilita aos profissionais e aos centros de reabilitação, estruturar-se e dispor de ferramentas, que auxiliem na avaliação sistemática e efetiva dessa população.

O Sistema de Saúde visa oferecer uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, para atender os indivíduos com demandas decorrentes de deficiências (BRASIL, 2012).

Para atender às demandas de assistência à saúde aos indivíduos com LME, é imperioso que a equipe multiprofissional busque por conhecimentos atualizados, competências e habilidades para o alcance de melhores resultados na prática clínica.

### **3.2 A prática baseada em evidência**

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é definida como uma abordagem que proporciona a melhor evidência científica com a experiência clínica. É importante para fundamentar a prática profissional, bem como para alcançar a eficácia, a confiabilidade e a segurança nas práticas em saúde (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

A PBE na Enfermagem contribui para intensificar o julgamento crítico dos profissionais frente às demandas de cuidados, como também favorecer a incorporação de inovações e tomada de decisão mais segura para problemas vivenciados no cotidiano. A implementação dessa abordagem na enfermagem constitui um processo de mudança complexo, já que é dependente da interação de fatores diversos, relacionados tanto aos profissionais, quanto às instituições prestadoras de serviços e aos órgãos formadores (CAMARGO et al., 2018).

Para o planejamento da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve utilizar conhecimentos atualizados com adoção de estratégias e práticas seguras para orientar o plano de cuidados, de modo a promover a qualidade da assistência e segurança do paciente (OLIVEIRA et al., 2014).

A organização dos serviços, no contexto hospitalar, necessita de um plano de trabalho capaz de otimizar e aumentar a qualidade do cuidado prestado à população, bem como diminuir os riscos assistenciais. Como integrante da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro a participação no planejamento, na execução e na avaliação dos programas de saúde e na

elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de cuidados aos pacientes. Com isso, tem-se percebido a necessidade da utilização de instrumentos capazes de auxiliar na administração e gestão das unidades e planejamento da assistência de enfermagem (BORGES; SÁ; NEVES, 2017).

Em 2001, a OMS propôs o novo modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que foi traduzido para a língua portuguesa em 2003. A família de classificações internacionais da OMS objetiva proporcionar um sistema para a codificação de informações sobre a saúde, utilizando uma linguagem padronizada para a descrição e caracterização dos fenômenos de funcionalidade e incapacidade, visando melhorar a comunicação acerca da saúde e de cuidados em saúde em todos os países, entre diversas disciplinas e ciências (PIEXAK; VAZ; BONOW, 2019).

O modelo integrativo de funcionalidade e incapacidade humana proposto pela OMS, por meio da CIF, possibilitou à comunidade científica uma grande mudança de paradigma nas ciências da reabilitação. A CIF fornece um sistema adequado para a descrição do cuidado em saúde e pode ser utilizada como ferramenta de referência na orientação dos serviços, permitindo a unificação da linguagem utilizada pelos diferentes profissionais da equipe multiprofissional e, em especial, incorporar o modelo biopsicossocial no planejamento das intervenções (BARRETO et al., 2021; BIZ; CHUN, 2020).

Atualmente, a CIF é utilizada em contextos com diferentes fins, aplicando-se a políticas de estatística, pesquisa clínica e social e a modelos educacionais e previdenciários. Além disso, iniciativas buscando padronização de processos de avaliação em ambiente hospitalar já têm sido relatadas na literatura, mostrando gradual consistência e adesão à CIF no campo das práticas de cuidado em saúde (BARRETO et al., 2021).

No âmbito da saúde, a CIF é recomendada como um instrumento capaz de promover e facilitar o atendimento multidisciplinar, padronizando a comunicação entre os diversos profissionais da saúde na área. Dentre os profissionais, enfatiza-se o papel do enfermeiro na reabilitação e o uso imprescindível de instrumentos de medida da funcionalidade na prática clínica para o planejamento da assistência de enfermagem.



### 3.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Tal classificação originou-se da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), de 1980. O objetivo da OMS era transpor a lógica da Classificação Internacional de Doenças (CID) para o campo das lesões e da deficiência, de forma a incluir as doenças crônicas e debilitantes e sistematizar a linguagem biomédica relativa às lesões e à deficiência (COELHO, 2015; OMS, 2015).

Diferentemente da CIDID, que propunha a compreensão da deficiência por meio de um modelo baseado na doença, o termo adotado do modelo da CIF é um sistema de classificação que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, refletindo uma nova abordagem que deixa de focalizar apenas as consequências da doença, mas também classifica a saúde pela perspectiva biológica, individual e social em uma relação multidirecional (CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; BARRETO et al., 2021).

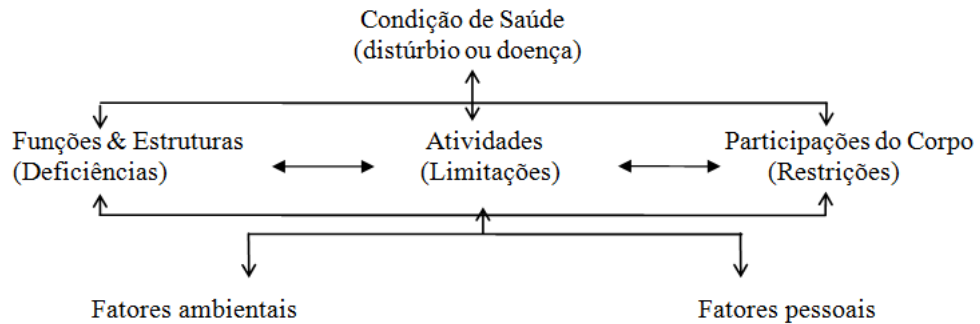
Como parte do contexto Internacional de Classificações da OMS, a CIF deve ser usada em conjunto à Classificação Internacional de Doenças (CID), complementando assim suas informações. Enquanto a CID fornece dados de mortalidade e morbidade, a CIF dispõe de informações sobre as repercussões da doença e dos componentes de saúde que interferem sobre a sua funcionalidade (OMS, 2015).

A CIF constitui um sistema de classificação com abordagem universal de um modelo de entendimento da funcionalidade humana que integra aspectos biomédicos, sociais e pessoais, além de homogeneizar a terminologia que descreve as condições incapacitantes relacionadas à saúde. Nesse contexto, a CIF é uma ferramenta criada para fornecer uma linguagem comum para descrição dos fenômenos relacionados aos estados de saúde e é o mais recente e abrangente modelo taxonômico para a funcionalidade e a incapacidade dentro de uma perspectiva universal e unificada. O novo modelo propõe uma perspectiva diferente sobre a deficiência e a incapacidade, superando assim o modelo biomédico predominante (BRASIL, 2015; CASTANEDA; BERGMANN; BAHIA, 2014; OMS, 2015).

Apresenta uma estrutura hierárquica de classificação seguindo um esquema de ramificações, constituído por componentes da funcionalidade e incapacidade (funções e estruturas do corpo, atividade e participação) e por componentes dos fatores contextuais (fatores ambientais e fatores pessoais). Os fatores pessoais, que englobam aspectos genéticos, antropométricos, hábitos e crenças, entre outros, não foram descritos e organizados na CIF, mantendo-se sem classificação (CORDEIRO; BIZ, 2017; OMS, 2015).

Os componentes do modelo integrador da funcionalidade estão descritos na Figura 1 (OMS, 2015).

Figura 1 – Modelo integrador da funcionalidade humana segundo a CIF.



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015).

Em virtude de sua complexidade, e da grande quantidade de aspectos contemplados, foi necessário desenvolver instrumentos práticos baseados na CIF. Como exemplo, foram desenvolvidos os *Core Sets* na prática clínica, que são um conjunto de categorias da CIF, as quais descrevem a funcionalidade do indivíduo com determinadas condições de saúde (RIBERTO, 2011; BIZ; CHUN, 2020).

Os *Core sets* da CIF são uma seleção de categorias da classificação que proporciona um instrumento facilitador ao usuário para a descrição da funcionalidade e incapacidade. Oferece uma lista de categorias da CIF relevantes para avaliar os pacientes com determinada condição de saúde ou em uma situação específica de atenção à saúde; porém, ele não impede o usuário de acrescentar categorias adicionais da CIF, se elas forem consideradas necessárias para os seus propósitos (RAUCH; LÜCKENKEMPER; CIEZA, 2012; BIZ; CHUN, 2020).

Os *Core Sets* para lesão medular foram estabelecidos a partir de uma sistemática descrita pelo Centro Colaborador de Pesquisa da OMS, para o desenvolvimento de classificações. Foram desenvolvidos para a situação na qual o indivíduo está sob uma lesão aguda, subaguda em programa de reabilitação e outros para o indivíduo com lesão medular há mais tempo (RIBERTO, 2011; BIZ; CHUN, 2020).

A seleção do tipo do *core set* apropriado depende muito do propósito e da situação na qual ele será utilizado. Para cada condição de saúde há *Core sets* abrangentes e *Core sets* resumidos, os *Core sets* foram desenvolvidos, de modo a obter a essência da funcionalidade e

incapacidade da pessoa (RIBERTO, 2011; RAUCH; LÜCKENKEMPER; CIEZA, 2012; BIZ; CHUN, 2020).

Na prática clínica, os *Core Sets* da CIF direcionam a avaliação e auxiliam na padronização e estruturação na descrição da funcionalidade. Desse modo, permitem por meio de informação resumida sua utilização em contexto clínico, além de agregar outros propósitos, tais como pesquisas, relatórios ou estatísticas de saúde (RAUCH; LÜCKENKEMPER; CIEZA, 2012; BIZ; CHUN, 2020).

O uso da CIF foi identificado em estudos nas áreas de reabilitação, pediatria, cuidados a idosos, doenças crônicas, acidente vascular cerebral, lesão medular e doenças mentais. Há evidências na literatura de que os enfermeiros não possuem *expertise* com os conceitos da CIF. No entanto, estudos salientam que a CIF é considerada uma ferramenta valiosa para a assistência de enfermagem na busca de melhores práticas e de resultados positivos para os pacientes (PIEXAK; VAZ; BONOW, 2019).

Vianna et al. (2019) elaborou e validou um instrumento de avaliação funcional baseado no Core set resumido da CIF para indivíduos com LME aguda, o qual poderá ser utilizado na prática clínica.

Coelho et al. (2017) desenvolveram um questionário para a avaliação funcional baseado no *Core set* da CIF, para indivíduos com LME não traumática. Os pesquisadores desenvolveram questões específicas, com alternativas de respostas detalhadas de acordo com as descrições da CIF, associando-as aos seus qualificadores.

A avaliação funcional permite acompanhar a evolução dos indivíduos com LME, em Programa de Reabilitação, promovendo adaptação às diferentes fases e condições de vida e às funções, que devido à gravidade da LME foram minimizadas ou perdidas. É nessa fase que o auxílio dos profissionais de saúde torna-se fundamental, em busca de conhecimentos acerca do regime terapêutico, minimizando riscos e eventos que impeçam a adesão e participação do indivíduo nos cuidados com a saúde (FALEIROS-CASTRO; PAULA, 2013; SILVA, 2015).

Estudos destacam que os indivíduos com LME sejam encaminhados para centros de reabilitação visando a potencialização de autonomia e maximização da reintegração na sociedade, retorno para o trabalho e, conseqüentemente, em uma melhora da qualidade de vida. Entretanto, estudos brasileiros têm demonstrado que um grande contingente dessa população ingressa em centros de reabilitação tardiamente, favorecendo o aparecimento de complicações que podem dificultar esse processo (SILVA et al., 2012; RABEH; NOGUEIRA; CALIRI, 2013; SCHOELLER et al., 2015).

O Ministério da Saúde institui que o processo de reabilitação pressupõe uma abordagem interdisciplinar com o envolvimento de profissionais, cuidadores e familiares na rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Nesse contexto, destaca-se a atuação do Enfermeiro durante todo o processo de atenção à pessoa com deficiência e sua família, da atenção primária até os serviços de alta complexidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2017; SILVA et al., 2021).

A atuação do enfermeiro na equipe multidisciplinar está centrada no processo educativo com pacientes e seus familiares, tendo como finalidade a sua independência funcional, a prevenção de complicações secundárias, sua adaptação e da família, com ênfase na integração social. As ações educativas têm sido desenvolvidas por meio de orientações ao indivíduo e à família sobre o autocuidado, com foco nas atividades de vida diária do indivíduo, sobretudo quanto à higiene corporal e aos cuidados com a pele, a alimentação, a hidratação, o vestuário, a aparência pessoal, as eliminações, as atividades do lar, a prevenção de agravos e a promoção da saúde (CAMPOS; RACHED, 2017; SILVA et al., 2021).

Um aspecto importante do arcabouço ético e legal da atribuição do enfermeiro apresenta-se na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 159/93, que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Prevista em seu artigo 1º, como atividade privativa do Enfermeiro, esta deve ser desenvolvida, em todos os níveis de assistência à saúde, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN, 2017; COREN, 2021).

A consulta de enfermagem no CER é realizada em todos os pacientes com LME inseridos em programa de reabilitação. O enfermeiro avalia, estabelece metas e implementa protocolos de tratamento que visam melhorar a funcionalidade e minimizar as incapacidades na gestão do autocuidado. Durante a consulta, além da coleta de dados clínicos e sociodemográficos, também é aplicada a escala de Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM-IV) para identificar a demanda de cuidados e estabelecer o planejamento de assistência de enfermagem direcionado para o paciente/a família.

As intervenções do enfermeiro de reabilitação junto à equipe multiprofissional podem ser potencializadas com a identificação das demandas de cuidados de enfermagem, a partir da avaliação sistematizada, pautada nas melhores evidências científicas, para a produção de assistência qualificada e segura.

### 3.4 O Processo de Enfermagem e o Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>)

O Processo de Enfermagem (PE) constitui-se em um método de trabalho para guiar a prática assistencial, organiza-se de forma sequencial, sistemática e contribui para auxiliar na organização e promoção de estratégias de atenção específicas para a clientela assistida. É permeado por etapas inter-relacionadas que se retroalimentam, tais como: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de ações, implementação do plano de cuidados proposto e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

A Resolução 358/2009, do COFEN dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de Enfermagem. É definido como um instrumento metodológico, que orienta o cuidado de enfermagem e a documentação da prática profissional (COREN, 2021; FERREIRA et al., 2016).

Os sistemas de classificações são fundamentais para documentar o Processo de Enfermagem. Nesse sentido, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) buscou a universalização da linguagem profissional visando à agilidade e prontidão na definição de diagnósticos e intervenções de enfermagem e possibilidades de diálogo no âmbito internacional, em distintos contextos culturais, sociais e de saúde (BARRA; SASSO, 2011; CAVALCANTE et al., 2016; COREN, 2021; NICHATA et al., 2012).

Há uma variedade de terminologias ou classificações aplicadas na prática de enfermagem. A *American Nurses Association* reconhece alguns deles: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – Internacional (NANDA-I), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Sistema Omaha (OS), Classificação de Cuidados Clínicos, Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória (ALI; SIELOFF, 2017; COREN, 2021; NELSON; STAGGERS, 2013).

O emprego de uma terminologia padrão na enfermagem tem sido apontado como um dos meios pelos quais a profissão busca alcançar a conformação de ciência, delineando o seu cuidado sistematizado, baseado em evidências e direcionado a prioridades de saúde inseridas no seu espectro de ação. Entretanto, somente a partir de uma linguagem própria e padronizada é que os enfermeiros poderão comprovar que desempenham um papel científico

na área dos cuidados de saúde, sendo essa linguagem utilizada nas etapas do processo de enfermagem (FÉLIX et al., 2018).

Cabe, no entanto, ressaltar que não existem classificações específicas para todas as áreas de atuação do profissional enfermeiro. Porém, sabe-se que o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), responsável pela construção da CIPE<sup>®</sup>, tem o interesse de recolher e codificar termos utilizados pela enfermagem em áreas específicas, organizando e criando catálogos CIPE<sup>®</sup> (MOLINA et al., 2012).

A CIPE<sup>®</sup> é uma terminologia internacional abrangente patrocinada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). A definição de CIPE<sup>®</sup> é uma terminologia formal, fornece um dicionário de termos e relações expressivas que os enfermeiros podem usar para descrever e relatar sua prática de maneira sistemática. Seus objetivos são: apoiar a documentação padronizada de enfermagem; coletar dados para estudar as relações entre diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem; e apoiar as melhores práticas, decisões de gestão em saúde e desenvolvimento de políticas de saúde (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2008; LIU et al., 2017).

A CIPE<sup>®</sup> é considerada, também, uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas, no âmbito mundial, contribuindo para que a prática dos profissionais de enfermagem seja eficaz e, sobretudo, que o conjunto de dados e informações armazenados possam ser utilizados no planejamento e gerenciamento do cuidado de enfermagem e na elaboração de políticas de saúde (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

Foi criada em 1989, com mais de 25 anos de desenvolvimento, como uma terminologia complexa e abrangente, incluindo milhares de termos. Ela segue a norma ISO 18.104:2003 e sua estrutura é composta por um Modelo de 7-Eixos (Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização e Cliente), a qual permite a composição de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Por seguir um padrão internacional, ela facilita a obtenção e análise de dados de Enfermagem entre populações de diversos países, o que favorece a tomada de decisão e, conseqüentemente, a melhora da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e seus familiares (ANDRADE, 2018; CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017; LIU et al., 2017).

A construção da CIPE<sup>®</sup> teve início quando foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Representantes (CNR-CIE), durante a realização do Congresso Quadrienal do CIE ocorrido em 1989, em Seul, na Coreia do Sul, uma Resolução que previa o desenvolvimento de uma

classificação internacional dos elementos da prática profissional de enfermagem, como base para a tomada de decisão clínica e prover a profissão com um vocabulário e um sistema de classificação que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados e inseri-los em políticas públicas (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; ANDRADE, 2018).

Antes do início, propriamente dito, da construção da CIPE®, foram realizados, no ano de 1991, um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às associações vinculadas ao CIE, para identificar que sistemas de classificação eram conhecidos e usados nos diferentes países; e a familiaridade que se tinha com outros sistemas de classificação, a exemplo da CID, que faz parte da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS). Objetivou-se, também, saber se havia, de fato, a necessidade de construção do sistema de classificação previsto na Resolução do CNR-CIE. Como resultado, o CIE divulgou, em 1993, o documento *Próximo Avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem CIPE (Nursing's next advance: an International Classification for Nursing Practice ICNP)*, em que foram identificados 14 sistemas de classificação de enfermagem, desenvolvidos na Austrália, na Bélgica, no Canadá, na Dinamarca, na Suécia e nos Estados Unidos da América. Além disso, constatou-se que a enfermagem, nas diversas regiões e países do mundo, valorizava a ideia do desenvolvimento de um sistema de classificação que a representasse no âmbito mundial (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

O CIE publicou em 1996 a CIPE® – Versão Alfa: um marco unificador, contendo duas classificações. A primeira, Classificação de Fenômenos de Enfermagem, era monoaxial e os termos arranjados de forma hierárquica. Já a segunda, Classificação de Intervenções de Enfermagem, era multiaxial, com termos organizados segundo seus eixos (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; ANDRADE, 2018).

Posteriormente, foram publicadas as versões Beta, em 1999, e a Beta 2, em 2001. Nessas versões, ocorreu uma mudança na denominação da Classificação de Intervenções de Enfermagem que passou a ser nomeada de Classificação de Ações de Enfermagem. Outra mudança nessa versão foi a adoção do enfoque multiaxial para ambas as classificações, sendo que cada uma passou a ter oito eixos – a Classificação de Fenômenos com os eixos: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia, local do corpo, probabilidade e portador; e a Classificação de Ações com os eixos: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário. O enfoque multiaxial proporcionou uma maior solidez à CIPE®, além de diversificar os conceitos, transformando-a em uma terminologia

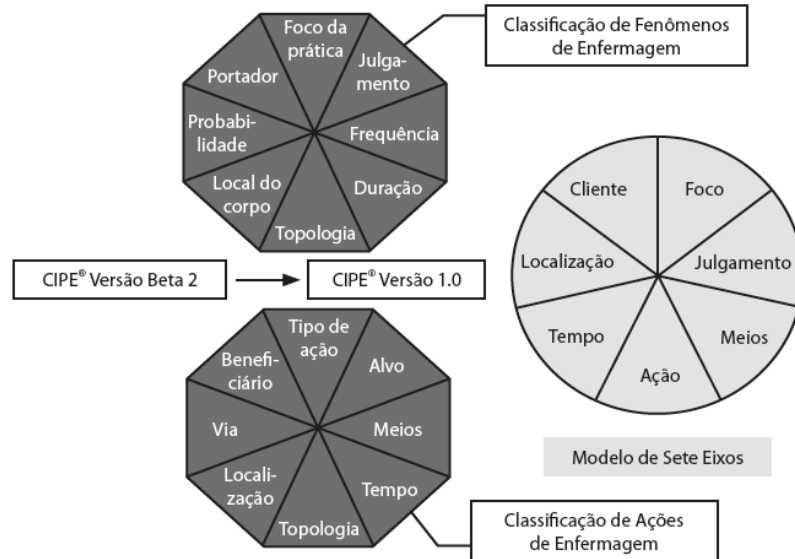
combinatória, pois os termos dos eixos são combinados para compor os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015, 2017).

Foi evidenciado, na prática profissional, que a estrutura das versões beta e beta 2 dificultava o alcance da meta de um sistema de linguagem unificada de enfermagem, além de não satisfazer as necessidades dos enfermeiros. Sendo assim, o CIE buscou assegurar que a CIPE® Versão 1.0 fosse, de fato e de direito, consistente com os vocabulários e as normas existentes. Para atender a essa exigência, nessa versão foi usado o software Protegé em um ambiente de desenvolvimento de ontologias, a *Web Ontology Language* (OWL) na sua construção. Isto simplificou a representação dos termos, diminuindo as redundâncias e ambiguidades inerentes da classificação. Essa abordagem formal e ontológica diferencia a CIPE® de outros sistemas de classificação de enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015, 2017).

Em 2005, a CIPE® Versão 1.0 foi publicada. Sua estrutura foi uma das principais novidades, pois diferentemente das versões anteriores que possuíam duas classificações com 16 eixos, a Versão 1.0 era uma classificação organizada em sete eixos, sendo foco – a área de atenção relevante para a enfermagem; julgamento – opinião clínica relacionada ao foco da prática de enfermagem; meios – uma maneira de desempenhar uma intervenção; ação – um processo intencional aplicado a um cliente; tempo – o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; localização – orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção e cliente – sujeito ao qual o diagnóstico se refere (Figura 2). A nova estrutura foi organizada de modo a eliminar as ambiguidades e as redundâncias de termos presentes nas versões anteriores (ANDRADE, 2018; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).



Figura 2 – Modificações da CIPE® versão beta 2 para o modelo de sete eixos da versão 1.0 (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005).



Fonte: International Council of Nurses (2005).

Em 2008, foi publicada a Versão 1.1, a CIPE® passou a ser uma terminologia combinatória e enumerativa. Desde então, seu desenvolvimento tem sido constante. Um fato marcante nessa evolução foi a aprovação, em dezembro de 2008, de sua inclusão na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (WHO-FIC). Esse fato expressou o reconhecimento da OMS de que a CIPE® atende aos princípios que orientam a admissão de novas classificações como membro da WHO-FIC, entre eles o de estar fundamentada em princípios científicos e taxonômicos validados, além de culturalmente apropriados e aplicáveis internacionalmente. Assim como o de fortalecer e ampliar a cobertura do domínio da prática de enfermagem, como parte essencial e complementar dos serviços profissionais de saúde (ANDRADE, 2018; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

Nesse processo de evolução contínua, tem sido divulgada uma nova versão da CIPE® a cada biênio, sendo que a partir de 2005, mais sete versões da CIPE® foram divulgadas até o momento e, mais recentemente, por ocasião do Congresso do CIE na República de Singapura, a versão 2019/2020. A nova versão contém 4.475 termos distribuídos entre 10 conceitos organizadores, 2.035 conceitos pré-coordenados (relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) e 2.430 conceitos primitivos. Mantém a representação multiaxial modelo de sete eixos para organizar os conceitos primitivos do domínio da enfermagem. O Quadro 1 ilustra a distribuição dos conceitos da CIPE® Versão 2019/2020.

Quadro 1 – Distribuição e número de ocorrências de conceitos da CIPE® Versão 2019/2020 (n = 4.475)

<b>Conceitos da CIPE® Versão 2019/2020</b>	<b>Número de ocorrências</b>
<b>Conceitos organizadores</b>	<b>10</b>
<b>Conceitos pré-coordenados</b>	<b>2.035</b>
Diagnósticos/resultados de enfermagem	867
Intervenções de Enfermagem	1168
<b>Conceitos primitivos</b>	<b>2.430</b>
Foco	1.434
Julgamento	45
Ação	235
Localização	261
Meios	353
Tempo	70
Cliente	32
<b>Total</b>	<b>4.475</b>

Fonte: Planilha de termos da CIPE® Versão 2019/2020, recebida do CIE em 05 ago. 2019, para tradução.

Na CIPE® a elaboração de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem estão embasadas nos termos do Modelo de Sete Eixos, particularmente, na ISO 18.104, da Organização Internacional para Padronização (*International Organization for Standardization*). A finalidade da ISO 18.104:2003 foi padronizar as várias terminologias usadas pelas(os) enfermeiras(os) para a documentação de dados dos pacientes, através de uma terminologia de referência que facilitaria o mapeamento dos termos de enfermagem com outras terminologias de saúde, promovendo-se, desse modo, a integração dos registros de enfermagem aos sistemas de informação em saúde (ANDRADE, 2018; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

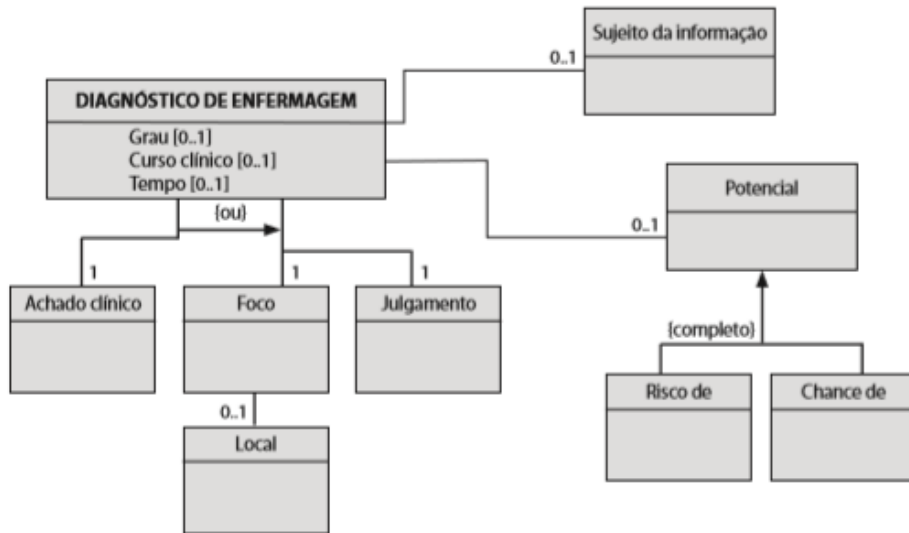
As diretrizes da norma ISO 18.104:2003 foi essencial para o desenvolvimento e padronização da CIPE® e para a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem necessárias à prática da profissão. Entretanto, no ano de 2014, foi publicada uma nova versão dessa norma, a ISO 18.104:2014, que esclarece as definições de diagnóstico e ações, de modo a estar em conformidade com os processos correntes de desenvolvimento de

terminologias e para refletir a prática contemporânea da Enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015, 2017; ANDRADE, 2018).

Para a ISO 18.104:2014, um diagnóstico de enfermagem deve ser expresso como um título atribuído a um **ACHADO CLÍNICO**, evento, situação ou outro aspecto de saúde, resultantes de uma coleta de dados. Além disso, a construção de um diagnóstico de enfermagem pode ser expressa como um **JULGAMENTO SOBRE UM FOCO**, por exemplo: mobilidade limitada, nutrição deficitária, ou como uma alteração simples de um achado clínico representando um estado, processo, estrutura, função ou um comportamento que se observou em um sujeito do cuidado, como ferida, náusea, dor e depressão. Para a expressão julgamento sobre um foco, são obrigatórios um descritor para julgamento e um descritor para o foco. O **FOCO** pode ser qualificado, ainda, pelo **LOCAL** ou **REGIÃO** em que ocorre, por exemplo: integridade tissular do calcanhar esquerdo (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

Além disso, um enunciado diagnóstico de enfermagem pode ter um **POTENCIAL ASSOCIADO**, indicando que há um **RISCO** ou uma **CHANCE** de ocorrência. Nota-se que o risco é um potencial para ocorrência de um diagnóstico negativo (por exemplo: risco de depressão, risco de lesão por pressão) e uma chance (ou oportunidade) que é um potencial para ocorrência de um diagnóstico positivo (por exemplo: chance de peso corporal reduzido, chance de interação social melhorada). Também pode estar associado a um sujeito da informação que não seja o sujeito do registro (normalmente, o paciente), como o estresse de um cuidador. Outra forma de descrever o enunciado diagnóstico de enfermagem pode ser com o uso do **GRAU** (leve, moderado, severo), **CURSO CLÍNICO** (agudo, crônico, súbito) e **TEMPO**, como: náusea matinal (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ISO, 18.104:2014). A Figura 3 contém uma representação da estrutura gráfica categorial para a composição do diagnóstico de enfermagem segundo a ISO 18.104:2014.

Figura 3 – Estrutura categorial para a composição do diagnóstico de enfermagem segundo a ISO 18.104:2014.



Fonte: Traduzida e reproduzida da ISO 18104:2014, mediante autorização expressa da ABNT.

Segundo a ISO 18.104:2014, uma ação de enfermagem é considerada um ato intencional aplicado a um ou mais alvos através de uma ação, que inclui a coleta de dados, a avaliação e o planejamento. Pode ser realizada por um enfermeiro, ou sob sua orientação, com a intenção de, direta ou indiretamente, melhorar ou manter a saúde de uma pessoa, de um grupo ou de uma população (ISO, 2014; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

Na CIPE®, o termo “intervenção de enfermagem” é utilizado, às vezes, como sinônimo de ação de enfermagem, definida como uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem para produzir um resultado. O enunciado da ação de enfermagem deve ter um descritor do eixo ação e, pelo menos, um descritor alvo, exceto quando o alvo é o sujeito do registro e está implícito no enunciado. Por exemplo, remover curativo da ferida, em que a **AÇÃO** “remover” tem como **ALVO** o “curativo da ferida”. O local também pode ser usado para especificar a posição de um alvo. As ações de enfermagem são qualificadas por meio, via e tempo: 1) **MEIO** – exemplo: alimentar com colher, em que a **AÇÃO** alimentar tem como meio a colher; 2) **VIA** – exemplo: administrar insulina subcutânea, em que a **AÇÃO** administrar insulina tem como via a subcutânea e 3) **TEMPO** – exemplo: administrar antiemético antes das refeições, em que a **AÇÃO** “administrar antiemético” tem, como

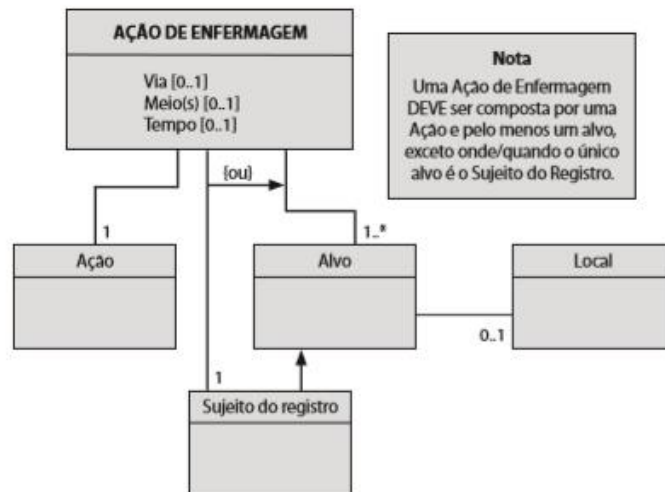
**TEMPO** em que deve ocorrer, o “período que antecede as refeições” (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; ISO, 18.104:2014).

A categoria lugar deve ser usada na elaboração de afirmativas de ações de enfermagem para especificar melhor a posição de um alvo – exemplo: remover o curativo da ferida, em que a **AÇÃO** “remover o curativo” tem, como **LOCAL** da remoção, a “ferida”. As ações são frequentemente representadas por verbos ou expressões verbais conforme descritas na Figura 4 (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; ISO, 18.104:2014).

Ainda em relação às ações de enfermagem, algumas são expressas de forma abstrata, como: tratamento bucal. Outras estão mais detalhadas, por exemplo, a remoção de suturas. Essa norma aplica-se a conceitos de ação de enfermagem em todos os níveis de abstração, onde estes estão incluídos nos sistemas de terminologia (ISO, 18.104:2014).

A Figura 4 apresenta a representação gráfica da estrutura categorial para ações de enfermagem.

Figura 4 – Representação gráfica da estrutura categorial para ações de enfermagem.



Fonte: Traduzida e reproduzida da ISO 18.104:2014, mediante autorização expressa da ABNT.

O CIE tem se referido à CIPE<sup>®</sup>, a partir da Versão Alfa, divulgada em 1996 como uma terminologia padronizada, que nomeia, classifica e vincula fenômenos que descrevem a prática de enfermagem: o que a enfermagem faz (intervenções de enfermagem), face ao julgamento sobre determinadas necessidades humanas e sociais (diagnósticos de enfermagem), para produzir resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (resultados de enfermagem) (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

Na CIPE<sup>®</sup>, os resultados são definidos em relação aos diagnósticos de enfermagem, ou seja, o resultado de enfermagem “é a medida ou status de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção”. Essa descrição corrobora com a ISO 18.104:2014, em que um resultado de enfermagem é definido como “um julgamento que identifica a extensão da mudança em um achado clínico ou diagnóstico de enfermagem, ou o alcance de metas/resultados esperados” (ICN, 2001; ISO, 18.104:2014; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

A estrutura categorial descrita na norma ISO 18.104:2014 para representar diagnósticos de enfermagem (incluindo achados clínicos) é suficiente para orientar a representação de metas e resultados de enfermagem esperados, de modo que não foi necessário o desenvolvimento de uma estrutura categorial específica, sendo uma das recomendações apresentadas na revisão da primeira edição dessa norma (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

Ao perceber a complexidade da classificação e a diversidade dos cenários para a aplicação da CIPE<sup>®</sup> na prática clínica, o CIE passou a incentivar o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos ou catálogos CIPE<sup>®</sup>. Eles são definidos como um conjunto de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, direcionados a determinadas condições de saúde, especialidades de saúde ou contextos de cuidados e fenômenos de enfermagem (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017; MOLINA et al., 2012).

Liu et al. (2017) desenvolveu e validou um catálogo de cuidados de enfermagem pré-natal de acordo com as diretrizes da CIPE<sup>®</sup>, propostas pelo CIE com o objetivo de sistematizar a documentação eletrônica padronizada de enfermagem e facilitar a coleta de dados em gestantes. O conjunto de etapas desse estudo incluiu: identificar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem relevantes para o público-alvo.

Andrade (2018) desenvolveu e validou um Catálogo CIPE<sup>®</sup> para pacientes neurológicos em uma Unidade de Reabilitação a partir do modelo teórico de adaptação de Roy. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram propostos e validados atendendo as demandas dessa população, para o planejamento e a sistematização do cuidado de enfermagem.

O enfermeiro que atua na assistência a indivíduos com deficiências e incapacidades, nos diversos níveis de atenção, tem a responsabilidade de utilizar métodos e intervenções específicas. Dada a complexidade, é oportuno enfatizar a adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como abordagem que pode permitir um conhecimento mais

completo e detalhado das condições de saúde, envolvendo o indivíduo com LME, suas reais necessidades e habilidades para o enfrentamento dos problemas (ANDRADE; CHIANCA, 2013; CAVALCANTE; MIRANDA, 2014).

### **3.5 Sistemas de informações em saúde e os Catálogos CIPE®**

Os sistemas de informação em enfermagem, onde se integram os indicadores de qualidade, têm como foco a uniformização dos registros de saúde e a consequente visibilidade da assistência segura ao paciente. O uso de Sistemas de Classificações (SC) tem sido descrito como um fator contribuinte para a qualidade da assistência, pois possibilita a continuidade do cuidado por meio da consistência na comunicação e documentação das informações. Isso, por sua vez, aumenta a segurança para pacientes e provedores. Além disso, os SC facilitam o planejamento e a avaliação orientados por resultados e objetivos do processo de enfermagem na prática clínica (NASCIMENTO et al., 2021; RABELO-SILVA, 2016).

Os Catálogos CIPE® facilitam a construção de conteúdo para os sistemas de informação em saúde, com os benefícios adicionais que advêm do uso de uma linguagem de enfermagem unificada. Podem originar dados a serem utilizados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional. Ainda têm o potencial de contribuir para a expansão do uso da CIPE® no âmbito mundial, uma vez que permitem focalizar as variações culturais e linguísticas, locais, regionais e nacionais (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2015; ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

A elaboração dos Catálogos CIPE® tem sido uma estratégia do CIE para facilitar o uso dessa classificação durante a execução e o registro do Processo de Enfermagem. Os Subconjuntos de Conceitos da CIPE® são compostos por enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que podem estar direcionados tanto a clientelas (indivíduo, família e comunidade), quanto a prioridades ou a condições específicas de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado, bem como a fenômenos específicos de enfermagem. Podem originar dados a serem usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ICN, 2008; LINS et al., 2013).

Além disso, têm o potencial de contribuir para a expansão do uso da CIPE® no âmbito mundial, uma vez que permitem focalizar as variações culturais e linguísticas, locais,

regionais e nacionais. Portanto, muitos são os benefícios que podem advir da utilização destes Subconjuntos de Conceitos: o uso de uma linguagem unificada permite o mapeamento das ações de enfermagem, bem como a descrição consistente dessas ações e dos resultados por elas gerados. Essa documentação sistemática aumenta a segurança do trabalho da Enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados (GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ICN, 2008; LINS et al., 2013).

Para a construção de um subconjunto terminológico ou catálogo CIPE<sup>®</sup>, o portal eletrônico do CIE disponibiliza um *Guideline* constituído de 07 etapas. Além de dois Catálogos contendo os termos pré-coordenados de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem, há outros, focalizando em temas específicos, para uso e validação clínica: adesão ao tratamento, cuidado de crianças com HIV e AIDS, cuidados paliativos, enfermagem comunitária, enfermagem em desastres naturais, indicadores de resultados de enfermagem, manejo da dor pediátrica e cuidado de enfermagem no pré-natal. Há, ainda, outros tipos de Catálogos CIPE<sup>®</sup> como as tabelas de equivalência entre afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> e da SNOMED-CT (*Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*); e a tabela de equivalência entre os diagnósticos de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> e a Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) de Virgínia Saba (ANDRADE, 2018; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020; ICN, 2008).

No portal eletrônico do CIE também é possível o acesso a versões preliminares de Catálogos CIPE<sup>®</sup> ainda em desenvolvimento: cuidados a clientes pediátricos hospitalizados, cuidados especiais em creche, cuidados pós-operatórios a pessoas com artroplastia total do quadril, prevenção de lesão por pressão e saúde mental de adultos hospitalizados (ANDRADE, 2018; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica a sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados a sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão. Os sistemas de saúde fornecem uma ampla gama de serviços pertinentes, para apoiar a saúde das pessoas com deficiências. Intervenções em cuidados à saúde abrangendo prevenção primária, secundária e terciária e intervenções de reabilitação são tão importantes para as pessoas com deficiência quanto o são para a população de forma mais ampla. Intervenções que objetivam restaurar, manter ou apoiar a funcionalidade humana e otimizar a participação em todos os domínios da vida são de particular importância para a pessoa com deficiência (FORTUNE; MADDEN; ALMBORG, 2018; BRASIL, 2016).



O conjunto de intervenções fornecido pelos sistemas de saúde é de extrema relevância para as pessoas com deficiências. Informações sobre intervenções de saúde são necessárias para avaliar a qualidade dos serviços, a acessibilidade, a equidade de utilização e a eficiência geral do sistema. Coletar dados consistentes e comparáveis sobre intervenções de saúde, atendendo às necessidades de diferentes grupos, dentro de uma população, é essencial para a melhoria do planejamento e dos recursos do sistema de saúde, visando o objetivo final de equidade (FORTUNE; MADDEN; ALMBORG, 2018; BRASIL, 2016).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se atualmente como estratégia fundamental para superar a fragmentação da gestão e da atenção e assegurar ao usuário o conjunto de ações de saúde com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade. No Brasil, em decorrência de sua grande diversidade, o Ministério da Saúde tem proposto a organização do SUS em regiões de saúde a partir da perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, 2017).

A visão articulada no Plano de Ação para a Deficiência Global da OMS 2014-2021 tem como objetivos: melhorar o acesso e a ampliação dos serviços e programas de reabilitação e fortalecer a coleta de dados relevantes e comparáveis internacionalmente sobre deficiência e serviços (WHO, 2015).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa contribuir na mudança do modelo assistencial, de modo a contemplar as necessidades de saúde da população de uma forma articulada e integrada. Espera-se que o cuidado integral com a saúde da pessoa com LME tenha como resultado a manutenção da sua saúde física e mental, bem como o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social (BRASIL, 2012, 2016).

O Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP é referência em reabilitação de alta complexidade para Ribeirão Preto e região. Além de assistir todo o Complexo HCRP, interage com 90 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, totalizando uma população de mais de três milhões e trezentos mil habitantes. A integração dessa rede é feita por um sistema de encaminhamento on-line, para os diversos ambulatórios especializados no CER.

Com o objetivo de padronizar os atendimentos para condições específicas de saúde, foi implantado no CER, desde 2013, o protocolo multiprofissional para pacientes com LME, na fase aguda, com até um ano de lesão. Nesse contexto, o paciente é inserido em um programa de reabilitação com objetivos terapêuticos definidos pela equipe multiprofissional. Após o alcance das metas de reabilitação, o paciente é encaminhado para outros centros de média ou baixa complexidade, dependendo de sua condição de saúde.

Sendo assim, esse estudo empreendeu a implementação do instrumento baseado no *Core set* da CIF, para indivíduos com LME aguda, elaborado e validado por Vianna (2015), para avaliar a independência funcional, de modo a identificar as demandas de cuidados de indivíduos com LME, em seguimento em Serviço de Reabilitação.

Considerando a complexidade de cuidado ao paciente com LME atendido em um Centro de Reabilitação, a pesquisa teve como foco as seguintes questões:

- Qual o grau de funcionalidade dos indivíduos atendidos em um Centro de Reabilitação no município de Ribeirão Preto, credenciados pelo SUS?
- Qual o perfil de diagnósticos de enfermagem mais frequentes?
- Qual a correspondência terminológica entre os sistemas de classificações CIF e CIPE® nos respectivos pacientes?

## *4 MATERIAL E MÉTODO*

---

---

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo de delineamento observacional, descritivo, transversal e metodológico, com abordagem quantitativa.

Segundo Dyniewicz (2009), as pesquisas descritivas objetivam observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos, buscando características, frequências, relações e associações entre variáveis. Nas pesquisas transversais, a exposição e o desfecho são aferidos no mesmo momento, não havendo período de seguimento ou observação e nem definição exata de sequência temporal.

O estudo metodológico envolve investigação de métodos de obtenção, organização e análise de dados a partir da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. A maior parte dos estudos metodológicos é de natureza não experimental e frequentemente focada no desenvolvimento de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011).

### **4.2 Local do estudo e período**

O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). A coleta de dados ocorreu durante a consulta de enfermagem, no período de 05 de junho de 2019 a 18 de março de 2021.

### **4.3 População e amostra**

Foram convidados a participar da pesquisa todos os indivíduos com diagnóstico de LMA em seguimento no ambulatório do CER do HCFMRP-USP, com até um ano de lesão, com amostragem do tipo não probabilística. A amostra foi constituída por 21 pessoas com LMA que preencheram os critérios de elegibilidade da pesquisa.

### **4.4 Critérios de elegibilidade**

#### **4.4.1 Critérios de inclusão**

Pacientes com LMA: idade maior ou igual a 18 anos, lesão medular de etiologia traumática e com tempo de lesão de até um ano.

#### **4.4.2 Critérios de exclusão**

Pacientes que não estivessem em seguimento em Centro Especializado de Reabilitação e os pacientes com alterações cognitivas que os impedissem de responder as perguntas do instrumento.

### **4.5 Coleta de dados e operacionalização do estudo**

O instrumento de coleta de dados foi aplicado após autorização escrita, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A duração média de aplicação do instrumento foi de 40 minutos.

O estudo foi operacionalizado por meio duas etapas descritas a seguir:

#### **4.5.1 Primeira etapa**

Na primeira etapa, efetuou-se a aplicação do instrumento baseado no *Core set* da CIF para a avaliação do perfil funcional dos indivíduos com LMA, elaborado por Vianna (2015) e Teodoro (2022).

O instrumento baseado no *Core Set* resumido da CIF para LMA é uma nova proposta para a utilização da CIF e dos *Core Sets* da CIF, visando facilitar sua aplicação e assegurar a reprodutibilidade dos resultados.

O instrumento apresenta duas partes:

Parte 1 – Caracterização do indivíduo com LMA, quanto às variáveis socioeconômicas demográficas e clínicas: sexo, idade, diagnósticos secundários, etiologia, tempo de lesão, acompanhamento em serviços de reabilitação e tempo de reabilitação.

Parte 2 – *Core set* resumido da CIF para indivíduos com LMA.

A CIF propõe uma escala de resposta genérica de qualificadores com definições qualitativas ou quantitativas dos problemas em cada categoria, com um total de cinco itens, que varia de 0 a 4 pontos, sendo que os itens 8 e 9, que não pontuam, foram incluídos no instrumento, como código genérico para cada categoria, para indicar a magnitude ou extensão de uma deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015):

Na Tabela 1, estão representados os qualificadores da CIF.

Tabela 1 – Qualificadores da CIF. Ribeirão Preto, 2022.

Qualificadores da CIF		
xxx.0	Nenhuma deficiência (nenhuma, ausente, escassa, ...)	0-4%
xxx.1	Deficiência leve (leve, baixa, ...)	5-24%
xxx.2	Deficiência moderado (média, regular, ...)	25-49%
xxx.3	Deficiência grave (elevada, extrema, ...)	50-95%
xxx.4	Deficiência completa (total, ...)	96-100%
xxx.8	Não especificado (a informação disponível não é suficiente para quantificar a gravidade do problema)	
xxx.9	Não aplicável (por exemplo, a categoria d760 Relações familiares não é aplicável a um paciente que não tem família)	

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015). Adaptado pela autora (2022)

O instrumento utilizado apresenta 28 categorias elaboradas e validadas a partir do *Core set* resumido da CIF para LMA, com questões correlatas e respostas dicotômicas do tipo, “sim” e “não”. Para a elaboração das questões, realizaram-se análises interpretativas dos conceitos das descrições correspondentes de cada categoria da CIF, além de pesquisas por documentos científicos na literatura nacional e internacional.

No quadro 2, constam as categorias, os respectivos códigos e títulos que compõem o instrumento, baseado no *Core Set* resumido da CIF para LMA.

Quadro 2 – Categoria da CIF, código e título do instrumento baseado no *Core Set* resumido da CIF para LMA. Ribeirão Preto, 2022.

<b>Categoria da CIF</b>	<b>Título</b>
b730	Funções relacionadas à força muscular
b620	Funções urinárias
b525	Função da defecação
b280	Sensação de dor
b440	Função respiratória
b640	Funções sexuais
b735	Funções relacionadas ao tônus muscular
b152	Funções emocionais
b810	Funções protetoras da pele
s120	Medula espinhal e estruturas relacionadas
s430	Estrutura do sistema respiratório
s610	Estrutura do sistema urinário
d420	Transferir a própria posição
d410	Mudar a posição básica do corpo
d445	Uso da mão e do braço
d520	Cuidado das partes do corpo
5300	Regulação da micção
d5301	Regulação da defecação
d550	Comer
d450	Andar
d510	Lavar-se
d540	Vestir-se
d560	Beber
e310	Família imediata
e355	Profissionais de saúde
e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos
e340	Cuidadores e assistentes pessoais

Fonte: Adaptada pela autora (VIANNA, 2015). <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

O instrumento elaborado e validado por Vianna (2019) a partir do *Core set* resumido da CIF para avaliação do perfil funcional dos indivíduos com LMA conta com um grupo de 13 categorias da CIF, distribuídos em três domínios da Funcionalidade Humana (Estrutura do corpo, Função do corpo e Atividades e Participação) (ANEXO A).

Das 25 categorias presentes no *Core set*, foram selecionadas 10 categorias de funcionalidade. As categorias selecionadas foram: **b620** Funções urinárias, **b525** Funções da defecação, **b810** Funções protetora da pele, **s610** Estrutura do sistema urinário, **d420** Transferir a própria posição, **d410** Mudar a posição básica do corpo, **d550** Comer, **d510** Lavar-se, **d540** Vestir-se, **d560** Beber.

A categoria **d530** (Cuidados relacionados aos processos de excreção), que inclui o planejamento e a execução da eliminação da excreção (menstruação, micção e defecação) e posterior limpeza, foi substituída, devido a sua abrangência, pelas categorias **d5300** (Regulação da micção) e **d5301** (Regulação da defecação), por serem mais específicas. Também foi inserida a categoria **d520** (Cuidado das partes do corpo), que inclui cuidar das partes do corpo, como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais que requerem mais do que lavar e secar.

No estudo realizado por Teodoro (2022), o instrumento foi ampliado e validado a partir das 14 categorias que complementavam o *Core set* presentes no Quadro 1: **b152** (Funções emocionais), **b280** (Sensação de dor), **b440** (Função respiratória), **b730** (Funções relacionadas à força muscular), **b735** (Funções relacionadas ao tônus muscular), **s120** (Medula espinhal e estruturas relacionadas), **s430** (Estrutura do sistema respiratório,) **d445** (Uso da mão e do braço), **d450** (Andar), **e310** (Família imediata), **e355** (Profissionais de saúde), **e115** (Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária), **e120** (Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos) **e340** (Cuidadores e assistentes pessoais). Também foi inserida a categoria **b640** (Funções sexuais), dada a importância desse tema referido pela população em estudo.

A literatura retrata que a LMA ocasiona um grande impacto na função sexual humana (FERRO; SILVA; OLIVEIRA, 2019; VIANNA, 2015).

No instrumento, foram incluídas 15 categorias da CIF, divididas em quatro domínios do modelo de funcionalidade e incapacidade humana: (b730, b280, b440, b640, b735, b152) funções do corpo; (s120, s430) estrutura do corpo; (d445, d450) atividades e participação e (e310, e355, e115, e120, e340) fatores ambientais (ANEXO B).



#### 4.5.2 Segunda etapa

A segunda etapa corresponde à análise da correspondência terminológica do Sistema de Classificação CIF ao modelo proposto pela CIPE® para a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, na atenção aos indivíduos com LMA, em acompanhamento no Centro de Reabilitação.

A partir da aplicação do instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA durante a consulta de enfermagem e do mapeamento cruzado entre o Sistema de Linguagens Padronizadas (SLP) CIF e CIPE®, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no indivíduo com LME foram estabelecidos; as intervenções de enfermagem e os resultados esperados.

Para o planejamento da assistência, foram consideradas as demandas de cuidados frente aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, passíveis da atuação do enfermeiro de reabilitação com maior autonomia, baseadas nas intervenções terapêuticas correlatas (RABEH; CALIRI; HAAS, 2009; RABEH; NOGUEIRA; CALIRI, 2013; VIANNA, 2015), CIF e CIPE® (DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS).

Realizou-se o mapeamento cruzado entre o Catálogo CIPE® de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, em sua integralidade, e os contextos relacionados à funcionalidade expressos no Instrumento baseado no *Core set* resumido da CIF para LMA, obedecendo as seguintes etapas:

**a) Leitura e análise dos conceitos de cada categoria do Instrumento baseado no *Core set* resumido da CIF para LMA de forma independente pelos pesquisadores.**

Os dois pesquisadores envolvidos nesse processo tinham *expertise* sobre o conteúdo teórico e taxonômico da CIF, bem como os componentes, os domínios e as categorias, incluindo as definições;

**b) Estratégia de busca dos conceitos contidos no Catálogo CIPE® relacionados ao Instrumento baseado no *Core set* resumido da CIF para LMA.**

Após a leitura dos conceitos de cada categoria do instrumento, realizou-se a seleção dos termos de busca, que foi estabelecido por meio da combinação entre palavras-chaves. O Catálogo CIPE® foi exportado para o *Microsoft Excel*, permitindo a busca dos termos previamente estabelecidos. O acesso aos Catálogos CIPE® aprovados pelo CIE, está disponível no portal eletrônico do Conselho (<https://www.icn.ch/what-we-doprojectsehealth-icnptm/about-icnp/icnp catalogues>).

Uma das grandes metas da CIPE® é que seu uso possa prover o intercâmbio de dados entre populações, ambientes de prestação de cuidado, linguagens e lugares geográficos distintos. Os Catálogos CIPE® podem facilitar o alcance dessa meta. Ressalte-se ainda que, com a possibilidade de inserção de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, a CIPE® passou a se caracterizar, além de combinatória, como uma terminologia enumerativa. A Versão 1.0, além dos conceitos primitivos, dispostos no Modelo de Sete Eixos, já previa a elaboração de conceitos pré-coordenados de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017; GARCIA; NÓBREGA; CUBAS, 2020).

Em relação aos conceitos da CIPE®, o que se tem observado é que, à medida que aumenta o número de conceitos pré-coordenados (diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) diminui a participação percentual de conceitos primitivos, inseridos no Modelo de Sete Eixos (Figura 5). O Modelo dos Sete Eixos proposto pela CIPE® facilita a composição de afirmativas, que podem ser organizadas de modo a se ter acesso rápido a agrupamentos de “enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem” – os Subconjuntos de Conceitos da CIPE®, anteriormente denominados Catálogos CIPE® (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017; ICN, 2008; LINS et al., 2013).

Figura 5 – Modelo dos Sete Eixos CIPE® Versão 1.0

Eixo	Definição	Exemplos de termos
<b>Foco</b>	Área de atenção relevante para a enfermagem	Dor – Eliminação – Expectativa de vida – Conhecimento
<b>Julgamento</b>	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem	Risco de – Aumentado – Interrompido – Melhorado
<b>Meios</b>	Maneira ou método de executar uma intervenção	Bandagem – Cateter urinário – Técnica de respiração
<b>Ação</b>	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente	Promover – Encorajar – Entrevistar – Aliviar
<b>Tempo</b>	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão – Período Pré-natal – Intermitente
<b>Localização</b>	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções	Anterior – Cavidade torácica – Creche – Hospital-dia
<b>Cliente</b>	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem	Criança – Pai – Família – Comunidade

Fonte: International Council of Nurses (2005).

Os Catálogos CIPE® contêm um conjunto de enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que podem ser usados em qualquer país em que se tenha traduzido

a classificação, pois os códigos para essas afirmativas são sempre os mesmos. Os diagnósticos de enfermagem não são conceituados, como ocorre em outras classificações como a NANDA-I. Entretanto, cada diagnóstico é composto por um núcleo conceitual e um conjunto mínimo de características que delimitam o conceito em si e constituem o que se denomina de atributos essenciais (ANDRADE, 2018; GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

Seguindo com as etapas:

**c) Mapeamento cruzado dos conceitos do Sistema de Linguagens Padronizadas (SLP) CIPE® e CIF.**

O procedimento de mapeamento cruzado dos conceitos identificados foi realizado, seguindo as regras de ligação da CIF atualizadas e refinadas para medidas de estados de saúde. As regras de ligação permitem o relacionamento e a comparação de conceitos significativos contidos nos instrumentos de avaliação, incluindo medidas de resultados especificamente clínicos, diagnósticos, dados de intervenção e dados qualitativos. Cada conceito significativo, ou seja, o conjunto de termos que contém as informações mais representativas que geram influência sobre alguma condição de saúde, identificada no instrumento, deve ser ligado à categoria da CIF que o represente mais precisamente (CIEZA; FAYED; BICKENBACH; BIRGIT PRODINGER, 2016).

Nos últimos dez anos, as regras de ligação foram aplicadas em muitos questionários para a avaliação do estado de saúde e várias centenas de avaliações e intervenções clínicas. No Quadro 3, constam as 10 regras de ligação da CIF atualizadas e refinadas para medidas de estados de saúde (CIEZA; FAYED; BICKENBACH; BIRGIT PRODINGER, 2016).

Quadro 3 – Regras de ligação atualizadas e refinadas para medidas de estados de saúde. Ribeirão Preto, 2022.

<b>10 Regras específicas</b>
1 – Adquirir bons conhecimentos sobre os fundamentos conceituais e taxonômicos do CIF, bem como dos capítulos, dos domínios e das categorias da classificação detalhada, incluindo definições antes de começar a vincular conceitos significativos às categorias da CIF.
2 – Identificar a proposta da informação a ser relacionada, respondendo às perguntas: Essa é a peça-chave da informação? Sobre o que é esse item?. A resposta para essas perguntas ajudará a identificar o(s) conceito(s) principal(is) mais relevantes a serem relacionados a CIF.
3 – Identificar quaisquer conceitos adicionais contidos na informação, além de o(s) conceito(s) principal(is) já identificado(s) na etapa anterior.
4 – Identificar e documentar a perspectiva contida na coleta de dados quando relacionada à CIF.
5 – Identificar e documentar a categorização das opções de resposta (frequência, intensidade, duração...). Nota: essa regra se aplica apenas a instrumentos, questionários, avaliações ou testes que contêm opções de resposta.
6 – Ligar todos os conceitos significativos, os mais relevantes e adicionais, a mais precisa categoria da CIF.
7 – Usar as categorias da CIF “outro especificado (8)” ou “não especificado (9)” conforme apropriado.
8 – Se as informações fornecidas pelo conceito significativo não forem suficientes para fazer uma decisão sobre a categoria mais precisa da CIF, atribua o conceito a “não definível” (nd). Conceitos referentes à saúde em geral, saúde física ou saúde mental (emocional) são atribuídos nd.
9 – Se o conceito significativo não estiver contido na CIF, mas for claramente um fator pessoal, conforme definido na CIF, atribua o conceito significativo “fator pessoal” (fp).
10 – Se o conceito significativo não estiver contido na CIF, atribua este conceito significativo como “não coberto” (nc).

Fonte: Cieza et al. (2016), adaptada pela autora (2022).

As regras de ligação da CIF foram desenvolvidas em 2002 e atualizadas em 2005, ambas salientavam que o conceito principal a ser escolhido deveria ser identificado antes de começar o processo de ligação. Desse modo, o processo apresentava o risco de aplicação

mecânica das regras sem considerar o contexto ou a proposta na qual a informação é coletada. Sendo assim, no refinamento das regras de ligação em 2016, propõe-se identificar a “proposta da informação” a ser ligada a uma categoria antes de identificar o conceito significativo. Propõem não apenas a identificação de um conceito significativo, mas também separar em conceito principal e conceitos adicionais de acordo com a proposta e a perspectiva da informação a ser ligada com a CIF (CIEZA; FAYED; BICKENBACH; BIRGIT PRODINGER, 2016).

O refinamento das regras de ligação propõe identificar e documentar a categorização das opções de resposta, como: intensidade, frequência, duração, confirmação ou concordância e atributos qualitativos. Essa informação é relevante apenas a questionários, avaliações ou testes que contemplem opções de respostas. É válido mencionar que existem opções de respostas em que não é possível estabelecer a ligação ou que a própria resposta contenha conceitos significativos (CIEZA; FAYED; BICKENBACH; BIRGIT PRODINGER, 2016).

As regras propostas em 2002 e atualizadas em 2005 recomendam que as categorias “outra especificada (8)” e “não especificada (9)” não fossem utilizadas. O uso dessas categorias são recomendados no refinamento, uma vez que a experiência mostrou que não utilizar essa categorização implica em perda de informação. Se um conceito é ligado à categoria 8 ou 9, informações adicionais devem ser documentadas juntamente com as categorias da CIF (CIEZA et al., 2002, 2005; CIEZA; FAYED; BICKENBACH; BIRGIT PRODINGER, 2016).

A última proposta orienta que a informação não contida na CIF deve ser atribuída a abreviação “nc” (não coberto). Embora o processo de ligação possa ser aplicado a qualquer tipo de informação em saúde, nem sempre é possível ligar uma informação a uma categoria da CIF. Esse deve ser o caso de a informação a ser ligada estar além do escopo da CIF ou talvez ser muito específica para ser ligada à classificação (CIEZA; FAYED; BICKENBACH; BIRGIT PRODINGER, 2016).

A CIF fornece o sistema mais adequado para a descrição do cuidado em saúde e pode ser utilizado como ferramenta de referência na orientação dos serviços, permitindo a unificação da linguagem utilizada pelos diferentes profissionais da equipe multiprofissional e, em especial, incorporar o modelo Biopsicossocial no planejamento das intervenções. Isso propiciaria importante mudança de paradigma no modelo assistencial vigente, passando de uma visão biomédica para uma perspectiva biopsicossocial (BIZ; CHUN, 2020).

As etapas seguintes:

**d) Identificação das categorias do instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA que representaram mais precisamente os conceitos apresentados na CIPE®, aplicando as regras de ligação conforme Quadro 3.**

Após o mapeamento cruzado dos conceitos identificados entre a CIPE® e a CIF, foi realizada a seleção das categorias do instrumento de forma independente, por duas pesquisadoras da área da Enfermagem, com a colaboração de uma terceira da área de fisioterapia para consenso final da identificação das categorias específicas. Após o consenso entre as pesquisadoras, foram estabelecidas as categorias do instrumento que mais precisamente representavam os conceitos apresentados na CIPE®.

O uso da CIF é recomendado em conjunto com ferramentas da prática clínica para valorizar as informações já coletadas e complementá-las, encorajando os profissionais a selecionar os instrumentos mais apropriados para as suas propostas clínicas (BERNADELLI et al., 2021).

**e) Seleção dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no indivíduo com LME; as intervenções de enfermagem e os resultados esperados a partir do mapeamento cruzado dos conceitos do Sistema de Linguagem Padronizado (SLP) CIPE® e CIF.**

Foram estabelecidos os enunciados de diagnósticos de enfermagem mais frequentes e passíveis da atuação do enfermeiro de reabilitação com maior autonomia no indivíduo com LME, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados com base no banco de termos elaborados e mapeamento cruzado seguindo as diretrizes CIPE®, elaboradas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), consubstanciadas na norma ISO 18.104:2014. Além dessas diretrizes, foram considerados o julgamento clínico e a experiência dos pesquisadores na área de reabilitação em indivíduos com LME, os quais possibilitaram a análise da hipótese diagnóstica quanto a sua pertinência para a prática clínica.

A CIPE® tem demonstrado ser uma tecnologia de informação que, durante a execução do Processo de Enfermagem, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente pelo profissional de enfermagem, seja em registros eletrônicos ou em sistemas manuais de registros. Os dados e as informações resultantes dessa documentação podem ser usados na elaboração de políticas de saúde e de educação em enfermagem; no planejamento e gerenciamento do cuidado de enfermagem; e na análise do impacto que as ações de enfermagem exercem sobre as condições de saúde da população (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2017).

A CIPE<sup>®</sup> tem sido considerada uma classificação versátil, pois se adapta às muitas realidades e singularidades da prática de enfermagem. Nesse sentido, acredita-se que possa ser usada por enfermeiros de reabilitação na sua prática clínica, padronizando a linguagem empregada e contribuindo com o processo de tomada de decisão, bem como a articulação e a colaboração entre os diversos níveis de saúde (ANDRADE, 2018).

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram processados e analisados usando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.0. Realizaram-se análises descritivas de frequência absoluta e relativa (variáveis nominais), de posição (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para variáveis contínuas, coeficiente de correlação de *Spearman* entre o tempo de reabilitação e os componentes da CIF.

#### **4.7 Procedimentos éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob o parecer substanciado nº 3.742.063/2019 (ANEXO C). O estudo também foi autorizado pelo Comitê de Pesquisa do CER sob o parecer substanciado nº 3.774.283/2019 (ANEXO D) para a realização da pesquisa.

## *5 RESULTADOS*

---

---



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Aplicação do instrumento baseado no *Core set* da CIF para Lesão Medular Aguda e caracterização segundo os aspectos sociodemográficos e clínicos

Dos 21 indivíduos que participaram da pesquisa, 19 (90,5%) eram do sexo masculino. A maioria eram jovens e 14 (65%) tinham idade entre 18 e 39 anos com média de  $36,4 \pm 13,9$  anos. O tempo mínimo de LME variou de cinco dias a um ano, sendo a média de  $159,2 \pm 120,5$  dias.

Todos referiram participar de programas de reabilitação e nove (42,9%) faziam reabilitação há dois meses. A média de tempo de reabilitação foi de  $100,6 \pm 100,3$  dias. Houve predomínio de LMA decorrentes de traumas por acidentes automobilísticos (47,6%). Quanto ao nível da lesão, a maior incidência foi lesão torácica (57,1%).

Em relação à formação educacional, verificou-se que 57,1% dos participantes tinham ensino fundamental I e II, 15 (71,4%) eram solteiros e recebiam entre dois e quatro salários-mínimos. No que tange ao cuidador, a mãe era a principal provedora de cuidados (42,9%), sendo que 19 (90,5%) não possuía ocupação pós-lesão e referiam receber o benefício de prestação continuada da Lei Orgânica de Assistência Social pago pelo Instituto Nacional de Seguro Social (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas. Ribeirão Preto, 2022.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	90,5
Feminino	2	9,5
<b>Cor</b>		
Branca	17	81,0
Negra	4	19,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	15	71,4
Casado	3	14,3
União estável	2	9,5
Divorciado	1	4,8

Continua

Continuação		
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental I	7	33,3
Fundamental II	5	23,8
Médio	7	33,3
Superior	2	9,5
<b>Situação profissional</b>		
Aposentado	1	4,8
Marceneiro	1	4,8
Não se aplica	19	90,5
<b>Cuidador</b>		
Mãe	9	42,9
Pessoa sem vínculo de parentesco	4	19,0
Esposa	3	14,3
Irmão	1	4,8
Filha	1	4,8
Sobrinha	1	4,8
* Nenhum	2	9,5
<b>Etiologia do trauma</b>		
Acidente automobilístico	10	47,6
Queda	5	23,8
FAF	3	14,3
FAB	2	9,5
Mergulho em águas rasas	1	4,8
<b>Nível da lesão</b>		
Cervical	8	38,1
Torácica	12	57,1
Lombar	1	4,8
<b>Tipo de lesão</b>		
Completa	13	61,9
Incompleta	8	38,1
<b>Classificação da lesão medular – ASIA</b>		
A	13	61,9
B	6	28,6
C	1	4,8
D	1	4,8
<b>Renda familiar (salários-mínimos)</b>		
1	2	9,5
2	9	42,9
3	4	19,0
4	6	28,6
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

\* Paciente independente

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 3 demonstra que a maioria dos participantes do estudo tinha de oito meses a um ano de LMA (28,6%). Quanto ao tempo de reabilitação, observou-se que a maior parte dos indivíduos tinha até dois meses de tempo de reabilitação (42,9%).

Tabela 3 – Caracterização dos participantes em relação ao tempo de lesão na medula espinhal e ao tempo de reabilitação. Ribeirão Preto, 2022.

<b>Tempo de lesão</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
até 2 meses	5	23,8
de 2 a 4 meses	5	23,8
de 4 a 8 meses	5	23,8
de 8 meses a 1 ano	6	28,6
<b>Tempo de reabilitação</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
até 2 meses	9	42,9
de 2 a 4 meses	4	19,0
de 4 a 8 meses	4	19,0
de 8 meses a 1 ano	4	19,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## **5.2 Caracterização do perfil de funcionalidade dos indivíduos com lesão medular aguda relacionadas aos componentes e as categorias da CIF do instrumento aplicado**

O instrumento aplicado permitiu avaliar o perfil de funcionalidade dos indivíduos com lesão medular aguda traumática e descrever a extensão da deficiência, a partir do *Core set* da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.

No Quadro 4, apresenta-se o perfil funcional dos 21 participantes, segundo as categorias dos componentes Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação da CIF. Observou-se que as categorias (**b620, b640, b810**) do componente Funções do Corpo foram as mais acometidas, classificando o nível de deficiência entre os indivíduos como grave e completa.

Na categoria **b620 Funções urinárias**, 13 indivíduos (61,9%) apresentavam incontinência urinária e fazia uso de cateterismo vesical intermitente para esvaziar a bexiga, sendo que dois (9,5%) faziam uso de cateter vesical de demora, não sendo possível avaliar o nível de funcionalidade dessa categoria nesses pacientes.

Nas categorias **b810 Funções protetoras da pele**, 10 indivíduos (47,7%) apresentaram Lesão por Pressão (LP) estágio 3 e 4 e **b640 Função sexual** 14 indivíduos (66,7%) apresentaram disfunção sexual.

A categoria **s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas** foi a categoria que apresentou o maior qualificador, cinco indivíduos (23,8%) foram classificados como graves, sendo que, 11 indivíduos (52,4%) não tinham laudo médico do exame radiológico no prontuário eletrônico, sendo impossível especificar a gravidade da lesão e cinco (23,8%) realizaram o exame fora da instituição onde foi realizado o estudo sem acesso ao laudo pela pesquisadora.

No componente Atividades e Participação, as categorias relacionadas à mobilidade e à realização da rotina diária: **d410 Mudar a posição básica do corpo** 17 (81%), **d420 Transferir a própria posição** 15 (71,4%), **d450 Andar** 20 (95,3%), **d510 Lavar-se** 15 (71,4%), **d5300 Regulação da micção** 13 (61,9%), **d5301 Regulação da defecação** 14 (66,7%) e **d540 Vestir-se** 16 (76,2%) apresentaram maiores deficiências no desempenho dos indivíduos avaliados.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes segundo o perfil funcional para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, conforme os qualificadores da CIF (Tabela 1).  
Ribeirão Preto, 2022.

Compo- nentes CIF	Categoria CIF	Qualificador da CIF							
		0	1	2	3	4	8	9	
		Nenhuma	Leve	Moderado	Grave	Completa	Não especificado	Não aplicável	
Funções do Corpo	b152	Funções emocionais	5 (23,8)	8(38,1)	6 (28,6)	1(4,8)	1 (4,8)		
	b280	Sensação de dor	4 (19)	2 (9,5)	6 (28,6)	7(33,3)	2 (9,5)		
	b440	Funções respiratórias	17 (81)		1 (4,8)	2 (9,5)	1 (4,8)		
	b525	Função da defecação	4 (19)	6(28,6)	7 (33,3)	4 (19)			
	b620	Funções urinárias	4 (19)	1 (4,8)	1 (4,8)	5(23,8)	8 (38,1)		2 (9,5)
	b640	Funções sexuais	4 (19)	2 (9,5)	1 (4,8)		14 (66,7)		
	b730	Funções relacionadas à força muscular	3 (14,3)	4 (19)	6 (28,6)	2 (9,5)	6 (28,6)		
	b735	Funções relacionadas ao tônus muscular	8 (38,1)	5(23,8)	2 (9,5)	3(14,3)	3 (14,3)		
	b810	Funções protetoras da pele	2 (9,5)	5(23,8)	4 (19)	1 (4,8)	9 (42,9)		

Continua

Estruturas do Corpo	s120	Medula espinhal e estruturas relacionadas				5(23,8)		11 (52,4)	5 (23,8)
	s430	Estrutura do sist. respiratório	5 (23,8)	2 (9,5)	2 (9,5)	2 (9,5)	1 (4,8)		9 (42,9)
	s610	Estrutura do sistema urinário		3(14,3)				7 (33,3)	11 (52,4)
Atividade e Participação	d410	Mudar a posição básica do corpo	2 (9,5)	1 (4,8)	1 (4,8)	8(38,1)	9 (42,9)		
	d420	Transferir a própria posição	1 (4,8)	4 (19)	1 (4,8)	4 (19)	11 (52,4)		
	d445	Uso da mão e do braço	3 (14,3)	5(23,8)	4 (19)	1 (4,8)	8 (38,1)		
	d450	Andar	1 (4,8)			1 (4,8)	19 (90,5)		
	d510	Lavar-se	1 (4,8)	3(14,3)	2 (9,5)	7(33,3)	8 (38,1)		
	d520	Cuidado das partes do corpo	6 (28,6)	5(23,8)	1 (4,8)	2 (9,5)	7 (33,3)		
	d5300	Regulação da micção	5 (23,8)	2 (9,5)	1 (4,8)	7(33,3)	6 (28,6)		
	d5301	Regulação da defecação	1 (4,8)	2 (9,5)	4 (19)	9(42,9)	5 (23,8)		
	d540	Vestir-se	4 (19)	1 (4,8)		8(38,1)	8 (38,1)		
	d550	Comer	10 (47,6)	2 (9,5)	2 (9,5)	2 (9,5)	5 (23,8)		
	d560	Beber	10 (47,6)	4 (19)	1 (4,8)	1 (4,8)	5 (23,8)		

Fonte: Elaborado pela autora.

No caso dos fatores ambientais, os qualificadores da CIF também podem ser utilizados para indicar a extensão de aspectos positivos do ambiente, sendo classificados como facilitador ou barreira, sendo utilizada uma escala 0-4 e um sinal de “+” quando este for um facilitador e a utilização de um ponto para barreira (Tabela 4).

Pode-se observar no Quadro 5, o papel que os Fatores Ambientais desempenham na funcionalidade dos indivíduos da pesquisa, sendo classificados como facilitador completo nas categorias **e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária** 11 (52,4%), **e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos** 12 (57,1%), **e310 Família imediata** 15 (71,4%), **e340 Cuidadores e assistentes pessoais** 18 (85,7%) **e355 Profissionais da saúde** 20 (95,2%). Identificou-se que o apoio da família, de membros da comunidade e dos profissionais de saúde foram constantes e fundamentais para a superação das fases mais difíceis e dos cuidados diários.

As barreiras encontradas foram na categoria **e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos** 1 indivíduo (4,8%) classificou como barreira leve e 2 (9,8%) como barreira grave.

Quadro 5 – Caracterização dos participantes segundo o perfil funcional para os fatores ambientais, conforme os qualificadores da CIF (Tabela 4). Ribeirão Preto, 2022.

Compo- nente da CIF			Qualificador da CIF								
			Facilitador				0	Barreira			
			+4	+3	+2	+1		.1	.2	.3	.4
Completo	Considerável	Moderado	Leve	Nenhum	Leve	Moderada	Grave	Completa			
Fatores Ambientais	e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	11 (52,4)	1 (4,8)	4 (19)		5 (23,8)				
	e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	12 (57,1)	5 (23,8)		1 (4,8)		1(4,8)		2(9,5)	
	e310	Família imediata	15 (71,4)	2 (9,5)		3 (14,3)	1 (4,8)				
	e340	Cuidadores e assistentes pessoais	18 (85,7)				3 (14,3)				
	e355	Profissionais de saúde	20 (95,2)	1 (4,8)							

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 4 – Qualificadores da CIF para Fatores Ambientais. Ribeirão Preto, 2022

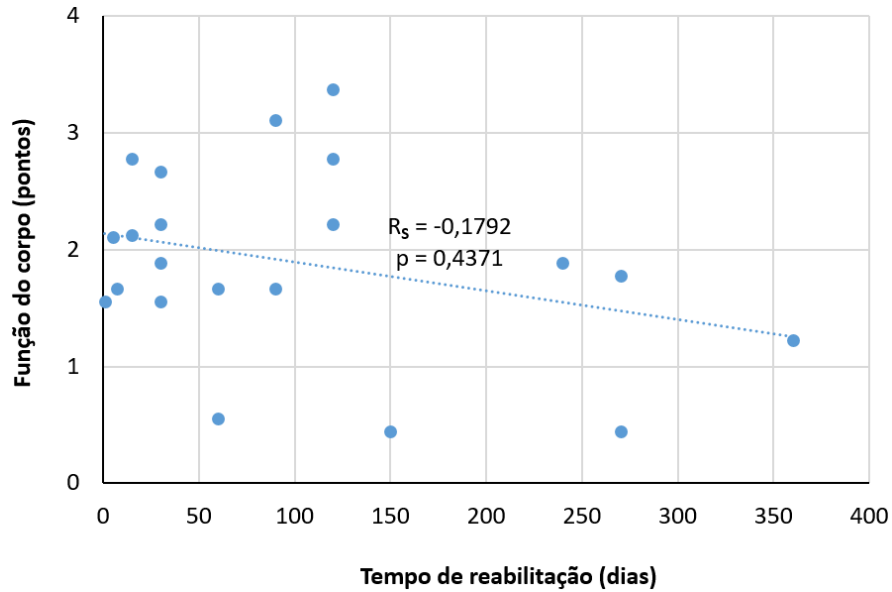
Qualificadores da CIF			
xxx.0	Nenhuma barreira	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4%
xxx.1	Barreira leve	(leve, baixa...)	5-24%
xxx.2	Barreira moderada	(média, regular...)	25-49%
xxx.3	Barreira grave	(alta, extrema...)	50-95%
xxx.4	Barreira completa	(total...)	96-100%
xxx+0	Nenhum facilitador	(nenhum, ausente, escasso...)	0-4%
xxx+1	Facilitador leve	(leve, baixo...)	5-24%
xxx+2	Facilitador moderado	(médio, regular...)	25-49%
xxx+3	Facilitador considerável	(alto, extremo...)	50-95%
xxx+4	Facilitador completo	(total...)	96-100%
xxx.8	Barreira não especificada		
xxx+8	Facilitador não especificado		
xxx.9	Não aplicável		

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015). Adaptada pela autora (2022).

### 5.3 Apresentação da correlação entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com lesão medular aguda relacionadas aos componentes da CIF do instrumento aplicado

O instrumento aplicado permitiu avaliar o perfil de funcionalidade dos indivíduos com lesão medular aguda traumática em relação ao tempo de reabilitação. Os Gráficos 1 e 2 mostram coeficiente de correlação de  $R_s = -0,1792$  ( $p = 0,4371$ ) para o componente “Funções do corpo” e de  $R_s = -0,1817$  ( $p = 0,5301$ ) para o componente “Estruturas do corpo”. Essas correlações inversas, obtidas a partir da aplicação do instrumento baseado no *Core set* da CIF, mostram que à medida que o tempo de reabilitação do paciente aumenta há uma tendência em diminuir a pontuação na CIF, sugerindo melhora na independência funcional do indivíduo.

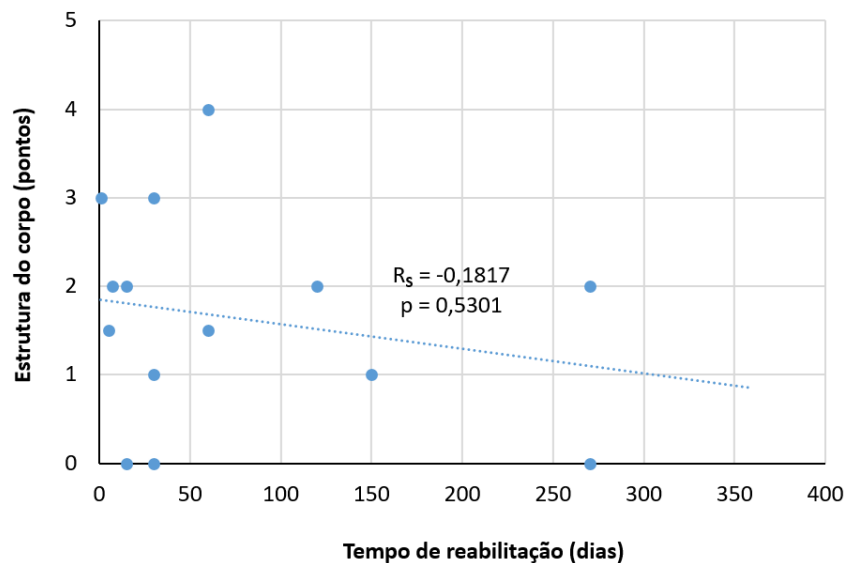
Gráfico 1 – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Funções do corpo). Ribeirão Preto, 2022.



$p > 0,05$  (ns).

Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 2 – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Estruturas do corpo). Ribeirão Preto, 2022.



$p > 0,05$  (ns).

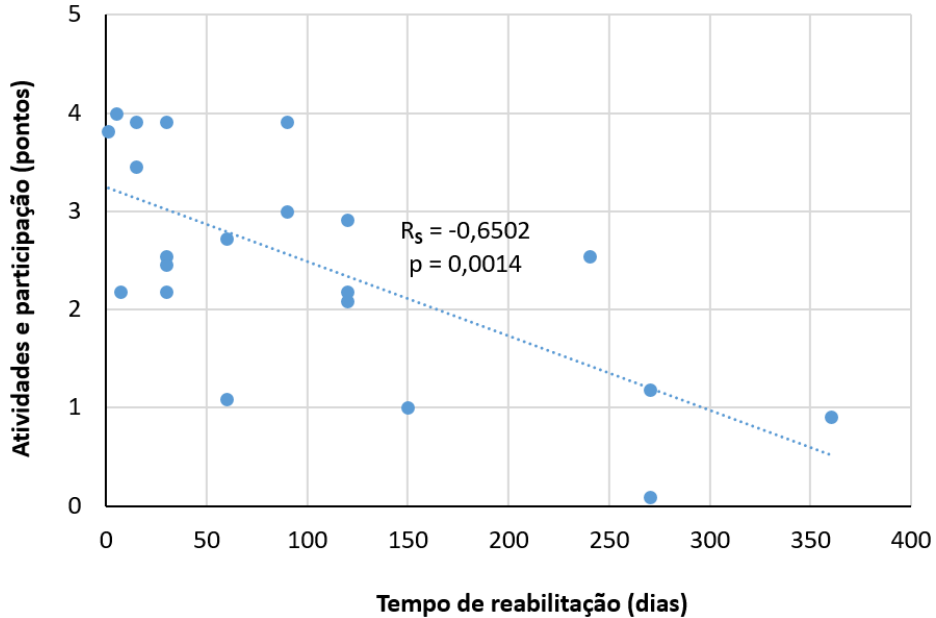
Fonte: Elaborado pela autora.

No Gráfico 3, observa-se um coeficiente de correlação de  $R_s = -0,6502$  ( $p = 0,0014$ ) para o componente “Atividades e Participação” da CIF, que avalia a independência funcional do indivíduo em relação a mobilidade e as atividades de vida diária. Esse componente do instrumento apresentou correlação inversa estatisticamente significativa, ou seja, os indivíduos



apresentam menor pontuação nas categorias do instrumento à medida que o tempo de reabilitação aumenta.

Gráfico 3 – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Atividades e participação). Ribeirão Preto, 2022.

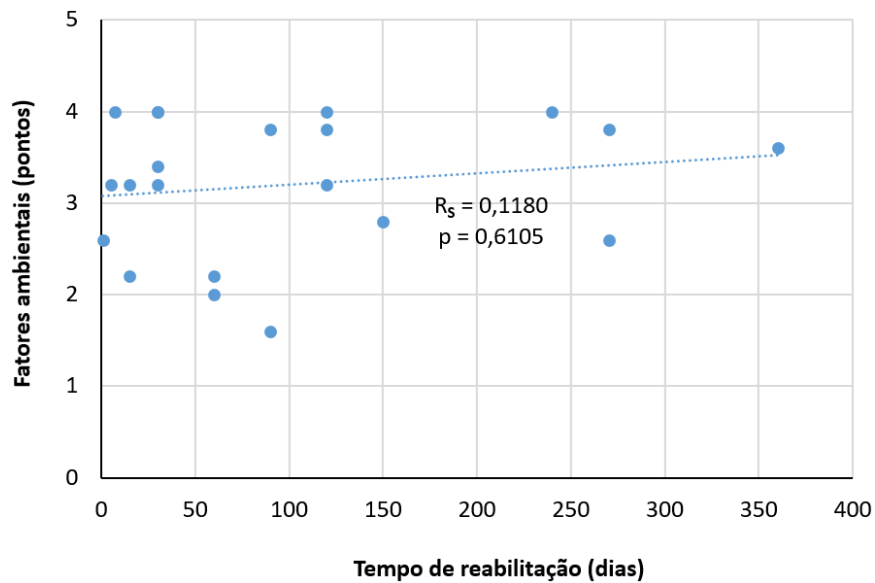


$p < 0,05$  (\*\*).

Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico 4 apresenta um coeficiente de correlação de  $R_s = 0,1180$  ( $p = 0,6105$ ) para o componente “Fatores Ambientais” da CIF. Nesse componente do instrumento, diferente dos outros, não se observou melhora da pontuação do perfil funcional da amostra em estudo à medida que aumentava o tempo de reabilitação.

Gráfico 4 – Diagrama de dispersão entre o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos com LME em relação ao componente da CIF (Fatores ambientais). Ribeirão Preto, 2022.



$p > 0,05$  (ns).

Fonte: Elaborado pela autora.

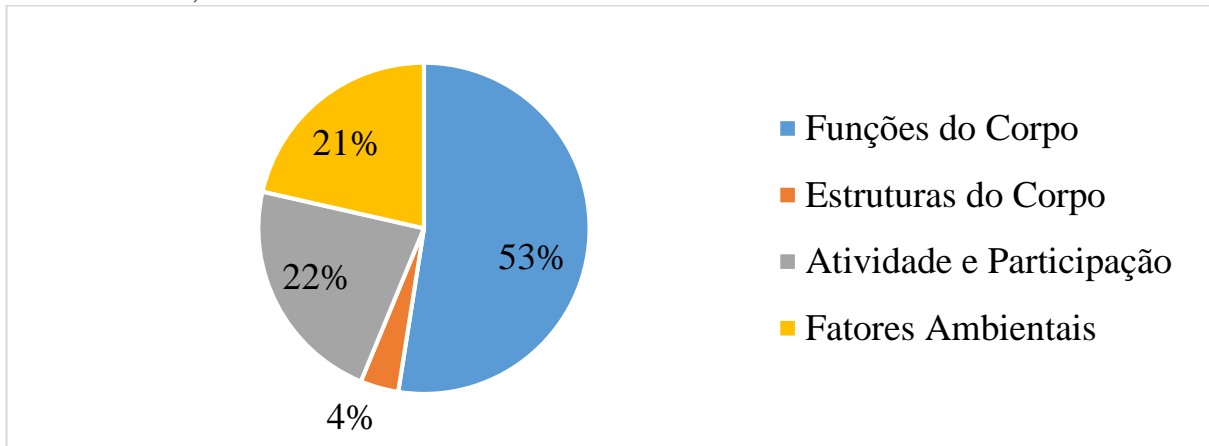
#### 5.4 Análise da correspondência terminológica dos sistemas de classificação CIF ao modelo proposto pela norma ISO 18.104:2003, a CIPE®

Identificaram-se 1.446 conceitos distribuídos em 803 termos e 643 definições da CIPE® nos códigos e nas categorias por componentes da CIF conforme apresentado no Quadro 6.

Também foram identificados no componente Funções do Corpo 17 conceitos nos códigos: b1528 (2); b298 (9); b1528 (6) com “outras especificações (8)” e ainda 60 conceitos nos códigos: b299 (1); b499 (1); b5259 (11); b6209 (10); b7309 (17); b849 (20) classificados como “não especificados (9)”. Não foram identificados 1.314 conceitos na CIF, denominados conceitos significativos “não coberto (nc)”.

No Gráfico 5, é possível visualizar o predomínio de códigos e categorias CIF do componente “Funções do corpo” 759 (53%), seguido do componente “Atividade e participação” 323 (22%), “Fatores ambientais” 310 (21%) e “Estrutura” 54 (4%).

Gráfico 5 – Distribuição dos conceitos identificados na CIPE<sup>®</sup> por componentes da CIF. Ribeirão Preto, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

O instrumento baseado no *Core set* da CIF para indivíduo com LMA apresenta um total de 28 códigos e categorias da CIF, divididos nos componentes Funções do Corpo (9), Estruturas do Corpo (3), Atividades e Participação (11) e Fatores Ambientais (5). Dos 28 códigos do instrumento, as categorias identificadas no mapeamento cruzado com maior frequência por componente foram: b810 Funções protetora da pele 268 (18,5%) com uma maior prevalência; s430 Estrutura do sistema respiratório 29 (2,0%); d5300 Regulação da micção 59 (4,1%) e e340 Cuidadores e assistentes pessoais 94 (6,5%). O Quadro 6 apresenta a distribuição dos códigos e das categorias do instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA mais frequentes nos termos e nas definições da CIPE<sup>®</sup>.

Quadro 6 – Distribuição dos códigos e das categorias do instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA mais frequentes nos termos e nas definições da CIPE<sup>®</sup>. Ribeirão Preto, 2022.

Componentes CIF		Categoria CIF	Termo	Definição	Total	%
Funções do Corpo	b152	Funções emocionais	8	24	32	2,2
	b280	Sensação de dor	85	78	163	11,3
	b440	Funções respiratórias	32	43	75	5,2
	b525	Função da defecação	47	29	76	5,3
	b620	Funções urinárias	64	49	113	7,8
	b640	Funções sexuais	3	5	8	0,6
	b730	Funções relacionadas à força muscular	9	4	13	0,9
	b735	Funções relacionadas ao tônus muscular	2	9	11	0,8
	b810	Funções protetoras da pele	155	113	268	18,5
		<b>Total</b>		<b>405</b>	<b>354</b>	<b>759</b>

Continua

Continuação

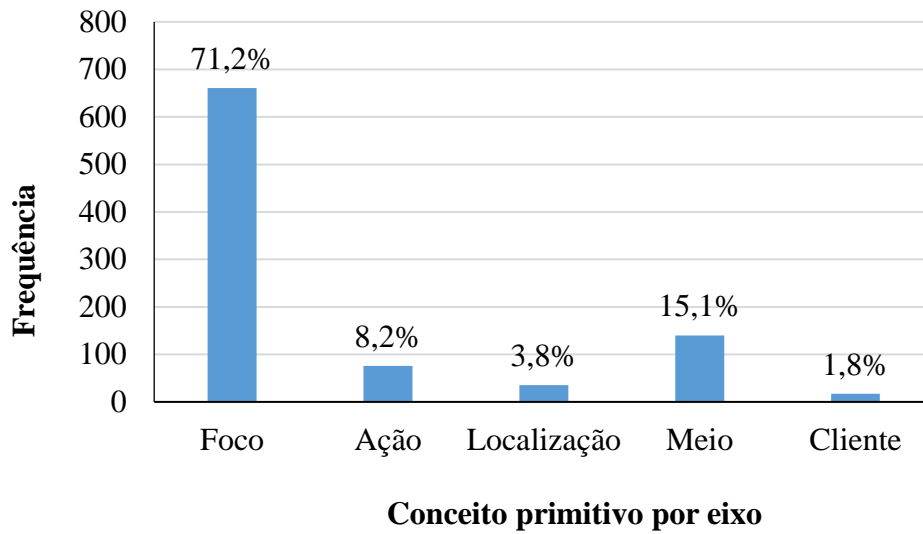
Estruturas do Corpo	s120	Medula espinhal e estruturas relacionadas	0	6	6	0,4
	s430	Estrutura do sistema respiratório	14	15	29	2,0
	s610	Estrutura do sistema urinário	10	9	19	1,3
		<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>54</b>	<b>3,7</b>
Atividade e Participação	d410	Mudar a posição básica do corpo	13	19	32	2,2
	d420	Transferir a própria posição	15	15	30	2,1
	d445	Uso da mão e do braço	1	2	3	0,2
	d450	Andar	11	12	23	1,6
	d510	Lavar-se	13	14	27	1,9
	d520	Cuidado das partes do corpo	25	21	46	3,2
	d5300	Regulação da micção	43	16	59	4,1
	d5301	Regulação da defecação	35	12	47	3,3
	d540	Vestir-se	14	11	25	1,7
	d550	Comer	14	12	26	1,8
	d560	Beber	1	4	5	0,3
		<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>138</b>	<b>323</b>	<b>22,4</b>
Fatores Ambientais	e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	20	14	34	2,4
	e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	29	19	48	3,3
	e310	Família imediata	34	19	53	3,7
	e340	Cuidadores e assistentes pessoais	62	32	94	6,5
	e355	Profissionais de saúde	44	37	81	5,6
		<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>121</b>	<b>310</b>	<b>21,5</b>
		<b>Total Geral</b>	<b>803</b>	<b>643</b>	<b>1446</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

A CIPE® apresenta um total de 4.465 conceitos, sendo 2.430 conceitos primitivos e 2.035 conceitos pré-coordenados. Identificou-se com o mapeamento cruzado entre a CIF e a CIPE® um total de 1.446 conceitos, sendo 929 conceitos primitivos e 517 conceitos pré-coordenados.

No Gráfico 6 consta a quantidade de conceitos primitivos distribuídos por eixo na CIPE®, com uma maior prevalência no eixo foco 661 (71,2%), seguido do eixo meio 140 (15,1%), ação 76 (8,2%), localização 35 (3,8%) e cliente 17 (1,8%).

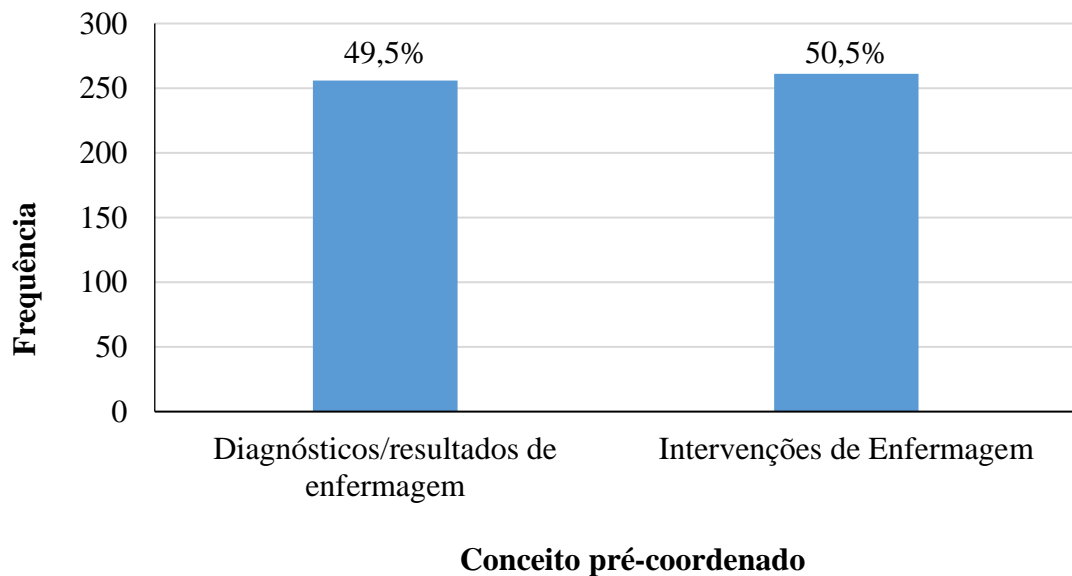
Gráfico 6 – Distribuição, por eixo, do mapeamento dos conceitos primitivos (n=929) identificados entre a CIPE® e CIF. Ribeirão Preto, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

O Gráfico 7 apresenta a quantidade de conceitos pré-coordenados, distribuídos entre diagnósticos/resultados de enfermagem 256 (49,5%), com maior pontuação nas intervenções de enfermagem 261 (50,5%).

Gráfico 7 – Distribuição do mapeamento dos conceitos pré-coordenados (n=517) identificados entre a CIPE® e CIF. Ribeirão Preto, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

No ANEXO E, estão listados em ordem alfabética, em virtude da extensão e dimensão das Tabelas 6 e 7, os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem mais frequentes no indivíduo com LMA, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE<sup>®</sup> e CIF.

## *6 DISCUSSÃO*

---

---

## 6 DISCUSSÃO

A LMA é uma condição neurológica grave, que promove mudanças substanciais na vida de pacientes e cuidadores. Os comprometimentos funcionais afetam o desempenho das habilidades das atividades da vida diária e predispõe o paciente a um quadro de incapacidade funcional, além de provocar vários graus de dependência, principalmente no tocante à mobilização, aos cuidados de higiene pessoal, à alimentação e à realização das atividades domésticas (ALIZADEH; DYCK; KARIMI-ABDOLREZAEI, 2019; SANTOS et al., 2018).

Na avaliação da funcionalidade dos indivíduos com LME, são aplicados instrumentos de avaliação de desempenho que medem de forma rápida e simples, que quantificam o nível de dependência em atividades fundamentais e apontam ações terapêuticas que podem ser adotadas como tratamento. Tais instrumentos permitem detectar as limitações da capacidade funcional, identificar as demandas de cuidados, assim como planejar o tratamento e as intervenções necessárias para um bom prognóstico (CARVALHO et al., 2014).

O instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA é uma nova proposta de avaliação da funcionalidade e contribuirá no planejamento das intervenções de reabilitação pela equipe multidisciplinar. Destaca-se que a CIF visa homogeneizar as terminologias na área da saúde, permitindo a comparação de dados entre diferentes contextos do indivíduo com determinada condição de saúde (DINIZ et al., 2018).

A utilização da CIF nas pessoas com LME justifica-se pela necessidade de compreender e descrever a funcionalidade dessa população, uma vez que a finalidade da CIF é desenvolver as habilidades e as potencialidades dos indivíduos avaliados. Por se tratar de uma condição complexa no que se refere à gravidade, à intensidade e aos diferentes tipos de alterações funcionais decorrentes da LME, acredita-se que o acompanhamento de cada indivíduo seja fundamental para o desenvolvimento de uma reabilitação promissora, bem como uma estratégia para reinserção social das pessoas com lesão medular (DINIZ et al., 2018).

No estudo em tela, identificou-se um perfil majoritário de homens jovens, devido aos acidentes automobilísticos, com lesões na região torácica. Estudo consultado corrobora o perfil evidenciado para pessoas com lesão medular (ROGRIGUES et al., 2020).

Em relação ao perfil de funcionalidade dos indivíduos com LMA, no componente Funções do corpo, identificou-se uma maior deficiência nas categorias (b620, b810, b640), com destaque para a categoria b620, relativa às funções urinárias dos pacientes, devido à incontinência urinária e ao uso de cateterismo urinário intermitente.



As repercussões urológicas causadas pela LME constituem umas das maiores preocupações para a equipe de reabilitação. As alterações no padrão de funcionamento vesical podem levar ao quadro denominado bexiga neurogênica, caracterizado por arreflexia, hipocontratilidade ou hiperatividade detrusora, com perda ou redução da sensibilidade de repleção vesical e esvaziamento vesical incompleto, predispondo o paciente ao risco aumentado para infecção do trato urinário, litíase vesical, refluxo vesicoureteral e complicações renais (CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021; BRASIL, 2015).

Na categoria b810 Funções protetoras da pele também houve uma maior pontuação, bem como na categoria b640 Funções sexuais. Esse é um achado preocupante, dado que, em pessoas com LME, as LP são a causa mais comum de complicação, cuja incidência varia entre 7,5% e 31,7% em unidades de reabilitação. Existem diversos fatores de risco para as LP nessa população, de modo que na fase aguda da LME estão mais relacionados ao gerenciamento do cuidado e ao tempo de internação, enquanto na fase crônica estão intimamente ligados às características sociodemográficas, neurológicas, cutâneas e comportamentais (ANJOS et al., 2021; CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021).

Ademais, a função sexual também é um aspecto bastante acometido após a lesão medular, em que o indivíduo pode apresentar alterações no desejo sexual e na disfunção relacionada à ereção, à ejaculação e ao orgasmo, porém a gravidade depende do nível e da complexidade da lesão (FERRO; SILVA; OLIVEIRA, 2019; VIANNA, 2015).

Nos componentes Estruturas do corpo e Atividades e participação, os indivíduos apresentaram maior gravidade na categoria s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas, ou seja, 61,9% dos indivíduos apresentaram níveis neurológicos mais altos, com comprometimento do ponto de vista motor e sensorial e nas categorias referentes à mobilidade e às atividades de vida diária (d410 Mudar a posição básica do corpo; d420 Transferir a própria posição; d450 Andar; d510 Lavar-se; d5300 Regulação da micção; d5301 Regulação da defecação; d540 Vestir-se).

Estudo de escopo similar identificou que, entre as categorias e subcategorias mais comprometidas das funções corporais, destaca-se a continência urinária do domínio funções urinária. Um alto grau de comprometimento foi observado quando avaliadas as subcategorias do domínio funções sexuais: excitação sexual, fase sexual preparatória, fase orgásmica e fase de resolução sexual, corroborando os achados do presente estudo (DINIZ et al., 2018).

No que tange aos itens do instrumento avaliados pelos indivíduos sobre a percepção quanto ao papel facilitador ou a barreira dos fatores ambientais após a LME, é importante destacar que houve maior prevalência como facilitadoras as categorias e310 Família imediata;

e340 Cuidadores e assistentes pessoais e e355 Profissionais da saúde. Na pesquisa de Diniz e colaboradores (2018), o papel da família apresentou um índice ligeiramente superior daqueles que mencionaram como barreiras, referindo-se à família como pessoas que contribuíram para sua plenitude em todos os aspectos da vida.

Os participantes da atual pesquisa, quando avaliados sobre a tecnologia e acessibilidade aos ambientes internos e externos, a maioria afirmou ser um facilitador. Esse achado pode ter relação com o fato de que muitos dos participantes tinham acesso à tecnologia (órtese, cadeira de banho cadeira de rodas), porém relataram dificuldade de mobilidade, pela falta de planejamento de espaços urbanos e privados para o indivíduo com deficiência (falta de asfalto ou asfalto desalinhado ou com buracos, falta de rampas e barras de apoio).

Pesquisa que avaliou a funcionalidade em 10 indivíduos com LME segundo a CIF revelou que a maioria dos participantes classificou a acessibilidade aos ambientes internos e externos, como moderado e de difícil acesso. Dentre os principais motivos, foram relatados: calçamentos irregulares nos espaços urbanos, obtendo como alternativa sair de casa sempre acompanhado por familiares ou amigos; barreira grave no uso do transporte público, pela superlotação. No domicílio (ambiente interno), todos relataram não terem nenhum tipo de adaptação ergonômica (SANTOS et al., 2018).

Ao correlacionar o tempo de reabilitação e o perfil de funcionalidade dos indivíduos avaliados a partir dos componentes do instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA, observou-se que à medida que aumentava o tempo de reabilitação havia uma melhora na independência funcional dos indivíduos e na pontuação final da aplicação da CIF. O domínio atividades e participação foi o componente do instrumento que apresentou a correlação estatisticamente mais significativa, ou seja, os indivíduos apresentavam melhor desempenho nas categorias que avaliavam as atividades de vida diária à medida que o tempo de reabilitação aumentava.

No componente “Fatores ambientais”, não houve correlação da melhora da pontuação do perfil funcional dos indivíduos quando comparada ao tempo de reabilitação. A amostra avaliada referiu esse fato às barreiras arquitetônicas (falta de barras de apoio, rampas, asfalto inadequado), que são produtos e tecnologias para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, categoria e120, que avalia a acessibilidade no domínio de mobilidade da CIF, dentro e fora de edifícios.

No estudo de Coelho (2015), foi realizada a correlação do perfil funcional dos indivíduos avaliados a partir do *Core set* da CIF para LME crônica de etiologia não traumática, com outras escalas de avaliação funcional (Escala de Disfunção Motora de Osame e SCIM-III).

A autora identificou que apenas o componente Atividades e Participação da CIF apresentou correlação de magnitude adequada em comparação com escalas de funcionalidade. Nos Fatores Ambientais, houve correlação fraca nas barreiras, que são produtos e tecnologias usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público e privado. Houve também uma correlação fraca com os facilitadores na Escala de Osame, no uso de dispositivos tecnológicos e de apoio para andar com os produtos e as tecnologias para o uso pessoal na vida diária (e115), família imediata (e310) e os profissionais de saúde (e355).

Após a aplicação do instrumento baseado no *Core set* da CIF para LMA, efetuou-se o procedimento de mapeamento cruzado para a análise da correspondência terminológica dos sistemas de classificação CIF e CIPE®. Houve um total de 1.446 conceitos identificados na CIPE®, distribuídos entre os componentes da CIF, com maior predominância dos códigos e das categorias no componente Funções do corpo, seguido do componente Atividades e participação, Fatores ambientais e Estrutura.

Pesquisa efetuada por Mendonça (2016), acerca do mapeamento cruzado entre o instrumento *Vision Function Questionnaire* (VFQ-25) para a avaliação da qualidade de vida e a funcionalidade de idosos com catarata na perspectiva da CIF, evidenciou um total de 78 códigos referentes ao componente “Função”, “Estrutura”, “Atividades e participação”, e “Ambiente”, sugerindo que o instrumento VFQ-25 possui relação e aplicabilidade abrangente da CIF, podendo ser utilizado nessa perspectiva pelos profissionais de saúde na prática clínica para a avaliação funcional dos indivíduos com catarata em uma abordagem holística e integrada.

O instrumento baseado no *Core set* da CIF para indivíduos com LMA em sua versão final (ANEXO A e B) apresenta um total de 28 categorias distribuídas entre os componentes Funções do corpo (9), Estruturas do corpo (3), Atividades e participação (11) e Fatores ambientais (5). As categorias do instrumento identificadas nos termos e nas definições CIPE® com maior frequência por componente da CIF foram: b810 (Funções protetora da pele); s430 (Estrutura do sistema respiratório); d5300 (Regulação da micção) e 340 (Cuidadores e assistentes pessoais).

Dos 2.430 conceitos primitivos presentes na CIPE® versão 2019/2020, foram identificados com o mapeamento entre a CIPE® e CIF um total de 929 conceitos primitivos distribuídos por eixo, com maior frequência no eixo foco, seguida dos eixos meio, ação, localização e cliente. Não houve conceitos significativos relacionados ao eixo julgamento e tempo.

Estudo consultado que desenvolveu um banco de termos de linguagem através do mapeamento cruzado, infere que a construção de um banco de termos pode contribuir com a

construção do subconjunto de terminologia CIPE<sup>®</sup> para os indivíduos com LME, com organização de diagnósticos e intervenções de enfermagem, além dos resultados esperados, os quais servirão de suporte para o cuidado de enfermagem sistematizado, científico e baseado em evidências a essa clientela (CLARES et al., 2019).

Outro estudo de escopo similar corrobora que a realização de mapeamento cruzado com a CIPE<sup>®</sup> é capaz de coadjuvar a utilização de linguagem padronizada na Enfermagem, trazendo relevância e benefícios à prática da profissão (MOURA *et al.*, 2020).

Destaca-se que dos 2.035 conceitos pré-coordenados da CIPE<sup>®</sup>, foram selecionados um total de 517 conceitos pré-coordenados entre a CIPE<sup>®</sup> e CIF, divididos entre diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, com maior prevalência nas intervenções de enfermagem.

Clares, Guedes e Freitas (2021) realizaram a construção de 92 diagnósticos de enfermagem através do mapeamento cruzado de termos com base na CIPE<sup>®</sup> relevantes ao cuidado do indivíduo com LME em reabilitação, segundo o Modelo de Adaptação de Roy. Os diagnósticos de enfermagem identificados retrataram a demanda de cuidados de enfermagem aos indivíduos com LME e contribuíram para o direcionamento das ações de enfermagem de forma sistemática, individualizada e resolutive.

A partir da aplicação do instrumento elaborado e validado baseado no *Core set* da CIF para LMA e do processo de mapeamento cruzado dos conceitos significativos entre a CIPE<sup>®</sup> e CIF, foi possível selecionar na população em estudo os diagnósticos/resultados esperados e as intervenções de enfermagem mais frequentes (ANEXO E), com vistas à definição de metas e ao planejamento da assistência de enfermagem com segurança e qualidade dos indivíduos atendidos nos protocolos de reabilitação do CER.

Importante apresentar algumas limitações do estudo, como a pandemia causada pelo coronavírus, que impactou no número de participantes para a pesquisa, pois foram incluídos na amostra somente indivíduos com LME de etiologia traumática, o que limita a capacidade de generalização dos achados. Ademais, publicações não foram evidenciadas nas bases de dados, o que impossibilitou a condução de revisão integrativa e/ou sistemática da literatura sobre a temática do estudo.

Tais limites requerem estudos futuros, que possam replicar a pesquisa em outras localizações geográficas e com amostra de pacientes para verificar se os resultados aqui apresentados se replicam. Além disso, espera-se que os serviços de reabilitação possam se

apropriar desse material e implementá-lo na prática clínica, para prover um cuidado sistematizado e científico às pessoas com lesão medular.

## *7 CONCLUSÃO*

---

---

## 7 CONCLUSÃO

A aplicação do instrumento baseado no *Core set* da CIF para pacientes com LMA, durante a consulta de enfermagem visa contribuir com a equipe multiprofissional para uma assistência de qualidade, com maior efetividade e eficiência das atividades de enfermagem, para descrever a capacidade funcional do indivíduo com LME, monitorar e avaliar os resultados da reabilitação e, dessa forma, adotar medidas padronizadas para o atendimento das necessidades referentes às atividades da vida diária.

Em atendimento ao objetivo deste estudo, apresentou-se um banco de dados de termos de linguagem especializada de enfermagem para o cuidado à pessoa com LME, constituído por 1.446 termos constantes na CIPE® Versão 2019/2020. Esses termos poderão ser utilizados para a construção de um subconjunto terminológico da CIPE®, com enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, que servirão de base para o cuidado de enfermagem sistematizado a essa clientela.

*8 IMPLICAÇÕES PARA A  
PRÁTICA CLÍNICA*

---

---



## **8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Na prática clínica, a utilização de instrumentos de medidas de funcionalidade pela equipe multiprofissional é de extrema importância para o planejamento de metas e intervenções de reabilitação.

Os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem selecionados a partir deste estudo retratam o foco de atenção para o cuidado de enfermagem aos indivíduos com LME em reabilitação, com base em referencial teórico da CIPE® e em linguagem padronizada, contribuindo para direcionar as ações da assistência de enfermagem de forma sistematizada, individualizada e resolutiva. Outros diagnósticos poderão ser incluídos nessa nomenclatura, a partir das demandas de necessidades individuais de cada pessoa.

Isso se deu pelo fato de que os participantes da pesquisa tinham acesso à tecnologia (órtese, cadeira de banho, cadeira de rodas), porém relataram dificuldade de mobilidade, pela falta de planejamento de espaços urbanos e privados para o indivíduo com deficiência (falta de asfalto ou asfalto desalinhado ou com buracos, falta de rampas).

## *REFERÊNCIAS*

---

---

## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: fundamento para o raciocínio clínico**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALI, S.; SIELOFF, C. L. *Nurse's use of power to standardise nursing terminology in electronic health records*. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 5, p. 346-53, 2017.
- ALIZADEH, A.; DYCK, S. M.; KARIMI-ABDOLREZAEI, S. *Traumatic Spinal Cord Injury: An Overview of Pathophysiology, Models and Acute Injury Mechanisms*. *Frontiers in Neurology*, v. 10, n. 282, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967837/>. Acesso em: 04 jul. 2022.
- ANDRADE V.S.; FALEIROS F.; BALESTRERO L. M.; ROMEIRO V.; SANTOS C.B. *Social participation and personal autonomy of individuals with spinal cord injury*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rTHTtpcqfpLH8sygzjM7RMv/?lang=en>. Acesso em: 04 jul. 2022.
- ANDRADE, L.; CHIANCA, T. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 688-93, 2013.
- ANDRADE, L.T. **Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018. 329 f
- ANJOS, J. F.; DOS SANTOS, E. C. S.; DE MORAES, S. A. S.; BATISTA, K. A. N. M.; Recursos Terapêuticos Físicos no Tratamento de Lesões por Pressão em Pacientes com Lesão Medular: Uma Revisão Sistemática. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 47, n. 1, 2021.
- BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1141-9, 2011.
- BARRETO, M. C. A.; ANDRADE, F. G.; CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. **Acta Fisiátrica**, v. 28, n. 3, p. 207-213, 2021.
- BERNADELLI, R.S. *et al.* Aplicação do refinamento das regras de ligação da CIF à Escala Visual Analógica e aos questionários Roland Morris e SF-36. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n3/1137-1152/>. Acesso em: 04 jul. 2022.
- BIERING-SØRENSEN F, NOONAN VK. *Standardization of data for clinical use and research in spinal cord injury*. **Brain Sciences**, v.6, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039458/>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BIZ, M.C.P.; CHUN, R.Y.S. *Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center*. **Revista CoDAS**, v. 32, n. 2, 2020. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822020000200301&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822020000200301&script=sci_abstract&tlng=en). Acesso em: 04 jul. 2022.

BORGES, T.A.C.; SÁ, R. C.; NEVES, M. G. C. Planejamento da Assistência em Enfermagem: proposta para implementação de um instrumento administrativo-assistencial. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 28, n. ¾, p. 413-418, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 53.979, de 28 de janeiro de 2009. [Dispõe sobre a integralidade da Rede de Reabilitação Lucy Montoro ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: cap. 1. Brasília, 28 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular** [Internet]. 2 ed. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada; 2015 p.70. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_lesao\\_medular\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf). Acesso em: 09 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3**, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, cap. 1, 24 abr. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília, 2013.

CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H.; GALVÃO, C. M.; PEREIRA, G. A.; ANDRADE, R. B.; MASSO, G. C. *Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2148 – 2156, 2018.

CAMPOS, M.S.V.; RACHED, R.D.V.A. O papel da enfermagem na reabilitação física. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/116>. Acesso em: 04 jul. 2022.

CARVALHO, C. M. G.; CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. Método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®: limites e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n.2, p. 449 - 454, 2017.

CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. *The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 17, v. 2, p. 437 – 451, 2014.

CAVALCANTE, E. S.; MIRANDA, F. A. N. Trauma da medula espinhal e cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, n.16, v.1, p. 125 – 32, 2014.

CAVALCANTE, M. D. M. A. *et al.* Terminologia de enfermagem como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem**, n. 50, v. 4, p. 610 – 16, 2016.

CIEZA, A.; BROCKOW, T.; EWERT, T.; *et al.* *Linking health-status measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health.* **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 34, n. 5, p. 205 – 210, 2002.

CIEZA A, GEYH S, CHATTERJI S, *et al.* *ICF Linking Rules: an update based on lessons learned.* **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 37, n. 4, p. 212 – 218, 2005.

CIEZA, A.; FAYED, N.; BICKENBACH, J.; PRODINGER, B. *Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information.* **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 5, p. 574 – 583, 2016.

CLARES, J. W. B.; FERNANDES, B. K. C.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. *Specialized nursing terminology for the care of people with spinal cord injury.* **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n7mDp8XNRc69W5ZSLJkxhH/?lang=en>. Acesso em: 04 jul. 2022.

CLARES, J. W. B.; GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C. *Construction of nursing diagnoses for people with spinal cord injury in rehabilitation.* **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/190516>. Acesso em: 04 jul. 2022.

COELHO, J. N. *et al.* Development of an ICF Core Set Based Instrument for Individuals with Non-traumatic Spinal Cord Injury. **International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 5, n.5, p. 432-36, 2017.

COELHO, J. N. **A funcionalidade dos indivíduos com lesão medular de etiologia não traumática – uma proposta para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015, 147 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. São Paulo: **Processo de enfermagem: guia para a prática**, 2. ed., 2021..Disponível em: <file:///C:/Users/UFA024367/Desktop/Doutorado%2023.01.20/Planilha%20resultados/Artigos%20recentes/SAE-web-COREN%202021.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. São Paulo: **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**, 2017. Disponível em:<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 07 set. 2018.

CORDEIRO, E. S.; BIZ, M. C. P. **Implantado a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: Wak Editor, 2017

DINIZ, E. R. S. Avaliação da funcionalidade das pessoas com lesão medular segundo a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). **Fiep Bulletin**, v. 88, n. 01, 2018.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Paulo: Difusão, 2009.

FALEIROS, F. *et al.* Qualidade de vida e lesão medular traumática: um estudo com uso de data sets internacionais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56256>. Acesso em: 22 jun. 2022.

FALEIROS-CASTRO, F. S.; PAULA, E. D. *Constipation in patients with quadriplegic cerebral palsy: intestinal reeducation using massage and a laxative diet*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.4, p.836 - 42, 2013.

FÉLIX, N. D. C. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 507 - 15, 2018.

FERNANDES, R. J. *et al.* Análise da capacidade de autocuidado para higiene de pessoas com lesão medular. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 04, p. e1070-e1070, 2017.

FERREIRA, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. **Revista da Rede de Informática do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 86 - 92, 2016. Disponível em: [https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo\\_Eric.pdf](https://ensinosaude.medicina.ufg.br/up/151/o/artigo_Eric.pdf). Acesso em: 07 set. 2018.

FERRO, J. K. O.; SILVA, C. P.; OLIVEIRA, D. A. Associação entre sintomas depressivos e disfunção sexual em homens com lesão medular traumática. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 03, p. 161 – 166, 2019.

FIGUEIREDO-CARVALHO, Z. M.; GOMES-MACHADO, W.; ARAÚJO-FAÇANHA, D. M.; ROCHA-MAGALHÃES, S.; ROMERO-RODRIGUES, A. S.; CARVALHO-E-BRITO, A. M. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan**, v. 14, n. 02, p. 148 – 158, 2014.

FORTUNE, N.; RICHARD MADDEN, R.; ALMBORG, A. *Use of a New International Classification of Health Interventions for Capturing Information on Health Interventions Relevant to People with Disabilities*. **International Journal of Environmental Research on Public Health**, v. 15, n. 145, p. 1-10, 2018.

GARCIA, T. R.; BARTZ, C. C.; COENEN, A. M. CIPE®: Uma Linguagem Padronizada para a Prática Profissional. In: GARCIA, T. R. (Org.) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**, Porto Alegre: Artmed, 2017.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CUBAS, M. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2019/2020** (recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed, 2020.

GARCIA, TR; BARTZ, CC; COENEN, A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, TR. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Aplicação à Realidade Brasileira** Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

GOULART, B. N. G.; ANDERLE, P. *Rehabilitation: a rising demand that calls for action*. **CoDAS**, v. 32, n. 02, p. 1-2, 2020.

GUERRA, C. S.; DIAS, M. D.; FERREIRA-FILHA, M. O.; ANDRADE, F. B.; REICHERT, A. P. S.; ARAÚJO, V. S. *From the dream to reality: experience of mothers of children with disabilities*. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 24, n. 02, p. 459 – 466, 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Guidelines for ICNP® catalogue development*. Genova: ICN, 2008. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/Guidelines%20for%20ICNP%20Catalogue%20Development%202018.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *International Classification for Nursing Practice-Version 1.0*. Genova: ICN, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *International Classification for Nursing Practice: ICNP®. Beta 2*. Genova: ICN, 2001.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. *Health informatics:integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104*. Genova: ISO, 2003.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. *Health informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS ISO 18104:2014)*. Genova: ISO, 2014.

LINS, S. M. S. B. *et al.* Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 02, p. 180 – 9, 2013.

LIU, L. *et al.* *Developing a pre natal nursing care International Classification for Nursing Practice catalogue*. **International Nursing Review**, v. 64, n. 03, p. 371 – 78, 2017.

MACHADO, W. C. A.; PEREIRA, J. S.; SCHOELLER, S. D.; JÚLIO, L. C.; MARTINS, M. M. F. P. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 03, p. 1-9, 2018.

MENDONÇA, A. I. **Avaliação da funcionalidade visual de idosos com catarata na perspectiva da CIF**. Trabalho de Conclusão de Curso Universidade de Brasília (UNB), Faculdade de Ceilândia (FCE). Brasília, 2016.

MOLINA J. G. *et. al.* Processo de enfermagem: o que isso significa para as enfermeiras de Santa Cruz (Bolívia), **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 21, n. 04, p. 973 – 79, 2012.

MOSER,G. A. S.; AGUIAR, D. C. M.; GELBKE, L.; SCHOELLER, S. D.; CASTRO, F. S.; MAIER, S. O.; SUDRÉ, G. A. O cuidado em saúde no ambiente hospitalar: interferência na

reabilitação da pessoa com lesão medular. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, 2020.

MOURA, R. A. M.; BESERRA, P. J. F.; MEDEIROS, F. A. L.; NÓBREGA, M. M. L. *Cross-mapping of nursing diagnoses/ outcomes using ICNP®: a methodological study*. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 01, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206226>. Acesso em: 04 jul. 2022.

NAS, K.; YAZMALAR, L.; ŞAH, V.; AYDIN, A.; ÖNEŞ, K. *Rehabilitation of spinal cord injuries*. *World Journal of Orthopedics*, v. 06, n. 01, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.8>. Acesso em: 09 abr. 2020.

NASCIMENTO, T. *et al.* *The challenges of nursing information systems: a narrative review of the literature*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 505 - 510, 2021.

NELSON, R.; STAGGERS, N. *Health Informatics: Na Inter professional Approach*. Elsevier: St. Louis, 2013.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 222 - 9, 2010.

NICHIATA, L. Y. I. *et al.* *The International Classification of Public Health Nursing Practices – CIPESC®: a pedagogical tool for epidemiological studies*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 759 - 64, 2012.

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Revista Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122 – 129, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2015.

PIEXAK, D. R.; CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A.; *et al.* Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma Análise de Conteúdo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 02, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Tipos específicos de pesquisa. *In:\_\_\_\_\_*. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed., Porto Alegre: Artmed, p.316 - 38, 2011.

PONGPIPATPAIBOON, K.; MELISSA, S.; APICHANA, K.; BIRGIT, P. *Toward a framework for developing an ICF-based documentation system in spinal cord injury-specific rehabilitation based on routine clinical practice: a case study approach*. **Spinal Cord Series and Cases**, v. 6, n. 33, p. 1-9, 2020.

RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinhal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n. 4, p. 173 - 78, 2009.



RABEH, S. A. N.; NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L. Funcionamento intestinal e a relação com a independência funcional de indivíduos com lesão medular. **Coluna/Columna**, v. 12, n. 2, p.153 - 6, 2013.

RABELO-SILVA, E. R. *et al.* *Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC)*. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, p. 379 – 387, 2016.

RAUCH, A.; LUCKENKEMPE, M.; CIEZA, A. O uso dos Core Sets da CIF na prática clínica. *In: JEROME, B.; CIEZA, A.; RAUCH, A.; STUCKI, G. Manual for clinical practice*. Hoegrefe: Gottingen, Germany, 2012, p. 22 – 31.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 938 - 46, 2011.

RODRIGUES *et al.* *Epidemiological Profile of Spinal Cord Injury Individuals Assisted at Manaus City*. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, v. 22, n. 2, p. 225 - 236, 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência**. São Paulo, 2016.

SANTOS, P. C. R. I.; SILVA, A. C. V.; RIBEIRO, P. D. M.; SILVA, L. V. C. *Functionality of paraplegic patients according to International Classification of Functionality*, **Disability and Health Journal**, 2018.

SCHARAN, K. O. *et al.* Instrumentos da prática clínica com versão em português e a abrangência de seus conteúdos usando a CIF como referência: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, n. 03, p. 236 – 254, 2020.

SCHNEIDER, L. A.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. *Evidence-based practice in the context of Primary Health Care*. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. 118, p. 594 - 605, 2018.

SCHOELLER, S. D. *et al.* *Knowing to care: characterization of individuals with spinal cord injury treated at a rehabilitation center*. **Fisioterapia em Movimento**, v. 28, n. 1, p.77 - 83, 2015.

SILVA, J. B.; RODRIGUES, M. C. S. *Pressure ulcers in individuals with spinal cord injury: risk factors in neurological rehabilitation*. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 21, 2020.

SILVA, G. **A independência funcional da pessoa com Lesão Medular: do trauma à primeira internação**. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015, 212 p.

SILVA, G. A. *et al.* Avaliação Funcional de pessoas com lesão medular: utilização da Escala de Independência Funcional (MIF). **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 929 - 36, 2012.

SILVA, N. R. N. *et al.* Atuação do enfermeiro na reabilitação da saúde da pessoa com deficiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 02, 2021.

SOEIRA, T. P. **Tradução e validação do Spinal Cord Independence Measure versão IV para o português no Brasil**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019, 104 p.

STUCKI, G.; ZAMPOLINI, M.; JUOCEVICIUS, A.; NEGRINI, S.; CHRISTODOULOU, N. *Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine*. **European Journal of Physical Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 02, p. 299 – 307, 2017.

TATE, D. G.; FORCHHEIMER, M.; RODRIGUEZ, G.; CHIODO, A.; CAMERON, A.P.; MEADE, M. *et al.* *Risk factors associated with neurogenic bowel complications and dysfunction in spinal cord injury*. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 97, n. 10, p. 1679 – 86, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.019>. Acesso em: 09 abr. 2020.

TEODORO, M. L. *Elaboração e Validação de Instrumento baseado no Core Set da Classificação Internacional da Funcionalidade para indivíduos com Lesão Medular Aguda*. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto, 2022. 107 f.

THOLL, A. D.; NITSCHKE, R. G.; BELLAGUARDA, M. L. R.; VIEIRA, C. M. A. M.; SILVA, A.; BUSANA, J. A.; *Cuidado de Enfermagem no Cotidiano da Reabilitação de Pessoas com Lesão Medular e suas Famílias*. **Revista Nursing**, v. 23, n. 270, p. 4836 – 4860, 2020.

VIANNA, P. C., RABEH, S. A. N.; COELHO, J. N.; RIBERTO, M.; CASTRO, F. F. S.; TEODORO, M. L. *Core set da Classificação Internacional da Funcionalidade para lesão medular: construção e validação de instrumento*. **Acta Fisiátrica**, v. 26, n. 01, p. 19 – 24, 2019.

VIANNA, P. C. **Validação do instrumento baseado no Core set resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para Indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015, 142 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rehabilitation 2030: a call for action: meeting report**. Switzerland: WHO, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/patyc\\_000/Contacts/Downloads/9789240007208-eng.pdf](file:///C:/Users/patyc_000/Contacts/Downloads/9789240007208-eng.pdf). Acesso em: 02 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Disability Action Plan 2014–2021**. Genova: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Disability**. Genova: WHO, 2011.

ZUCHETTO, M. A. **Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciência da Saúde. Florianópolis, 2019, 202 p.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Indivíduo com Lesão Medular Aguda

Meu nome é Patricia Carla Vianna sou enfermeira e aluna do Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas”, sob a orientação da Profª Drª Soraia Assad Nasbine Rabeih.

Assim, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, que tem por objetivos, identificar dados como idade, sexo, escolaridade, o grau de independência para as atividades de vida diária.

Esse estudo trará contribuições para melhorar o planejamento do trabalho da equipe de saúde, junto aos pacientes, em relação ao cuidado e a assistência direta aos pacientes com lesão medular aguda em processo de reabilitação.

Para atingir os objetivos desse estudo, caso o Senhor (a) aceite participar, faremos a leitura do seu prontuário médico e após, gostaríamos de pedir sua colaboração para responder a um questionário com perguntas como: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, entre outros. Nós vamos usar um roteiro de perguntas que foi desenvolvido no Brasil, a partir de um questionário internacional. Essas perguntas vão verificar como está o seu corpo, as atividades que você consegue fazer ou não, e ainda, quais são as coisas no meio ambiente que ajudam ou atrapalham no seu dia-a-dia.

Para responder as questões será necessário aproximadamente trinta minutos, período em que o pesquisador lerá as questões e anotará suas respostas, em um local reservado. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado ao entrevistado pelo pesquisador, que receberá o consentimento por assinatura da sua participação, sendo que uma via deste termo ficará com o Senhor (a) e outra com o pesquisador, que também assinará todas as páginas deste termo.

Há o risco de você se sentir constrangido durante a pesquisa, se isso acontecer o preenchimento do formulário será interrompido imediatamente e será oferecido a você apoio emocional.

No decorrer da pesquisa caso venha a sofrer algum desconforto você poderá ser acolhido e se necessário encaminhado a receber assistência integral e imediata, de forma gratuita, pela equipe multiprofissional ou profissional específico do ambulatório de Lesão Medular do Centro de Reabilitação (CER). O seu direito de ser indenizado caso haja ocorrência de danos decorrentes da sua participação está guardado.

Rubrica pesquisador	Rubrica participante	Pag. 1/2
		VERSÃO03 TCLE OUTUBRO/2019

A participação neste estudo não acarretará nenhuma despesa ou gastos ao Senhor (a), nem haverá remuneração pela sua participação, portanto não haverá nenhum tipo de reembolso ou recompensa financeira. Todos os custos na realização do estudo serão de responsabilidade do pesquisador.

O Senhor (a) tem toda liberdade em participar ou não da entrevista, de desistir da participação do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo por sua decisão, por exemplo: sua recusa em participar não implicará em nenhuma modificação no atendimento oferecido.

Ao longo do estudo e após seu término, o Senhor (a) terá o direito de receber informações ou esclarecimentos relacionados a pesquisa.

Esclareço ainda que o Senhor (a) não será identificado, ou seja, suas respostas não serão relacionadas à sua pessoa, sendo preservado o seu anonimato. As informações levantadas serão exclusivamente para fins de pesquisa, sendo a divulgação dos resultados em aulas, palestras, encontros ou publicação em revistas de pesquisa, sem a identificação do participante.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa bem como assegurar o sigilo do mesmo, sendo esta uma orientação da CONEP.

Caso queira pedir esclarecimentos o Senhor (a) poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas pelo telefone (16) 3315-9197.

Se necessitar de mais informações também poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo (Patricia Carla Vianna e Profª Drª Soraia Assad Nasbine Rabeih) durante quaisquer de suas etapas, no endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, localizada à Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário (USP), CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto-SP ou a qualquer momento pelo Telefone: (16) 99787-0290.

Caso o Senhor (a) esteja impossibilitado de assinar o termo, o mesmo será assinado pelo seu representante legal.

Desde já agradeço pela colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter entendido as informações sobre o estudo que me foram dadas pelo pesquisador e consinto em participar desta pesquisa.

Rubrica pesquisador	Rubrica participante	Pag. 2/2
		VERSÃO03_TCLE_OUTUBRO/2019

## ANEXO A – Versão final do instrumento

<b>Instrumento baseado no <i>Core set</i> resumido da CIF para indivíduos com Lesão Medular Aguda Traumática</b>	
Nome do paciente: _____	
Registro: _____	Data da coleta: ____/____/____
Diagnósticos secundários: _____	
Data do trauma: ____/____/____	Etiologia do trauma: _____
Nível da lesão: _____ ( ) completa ( ) incompleta	Classificação (AIS): _____
Faz acompanhamento em programa de reabilitação? ( ) sim ( ) não	
Há quanto tempo? _____	

**b810 Funções protetoras da pele** (Funções da pele relacionadas à proteção do corpo contra ameaças físicas, químicas e biológicas)

- ( ) **0:** Pele íntegra: hidratada, textura lisa e firme, com espessura fina e uniforme, coloração homogênea, temperatura corporal bilateral com variação de 36 °C a 38 °C e boa elasticidade. Não apresenta alteração na pele.
- ( ) **1:** Apresenta alteração na pele como ressecamento com ou sem descamação; alteração de pigmentação; e/ou úlcera por pressão estágio I (*pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor*).
- ( ) **2:** Apresenta alteração na pele como formação calosa; cicatrizes; pele frágil com diminuição de espessura; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio II (*perda parcial de espessura dérmica, apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida*).
- ( ) **3:** Apresenta alteração na pele como endurecimento; perda da continuidade e/ou úlcera por pressão estágio III (*perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível sem exposição do osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis*) ou suspeita de lesão tissular profunda (*dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento*).
- ( ) **4:** Apresenta perda da continuidade da pele e/ou úlcera por pressão estágio IV (*perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamentos e túneis*) ou não classificada (*lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo e/ou escara*).

**b620 Funções urinárias** (Funções de eliminação da urina da bexiga urinária)

- a) Controla a eliminação da urina?  
 sim: *0 ponto*                       não: *3 pontos*
- b) Qual é a frequência de eliminação da urina?  
 0 a 2 micções/dia: *1 ponto*                       3 a 7 micções/dia: *0 ponto*  
 8 ou mais micções/dia: *2 pontos*                       não elimina urina voluntariamente (perdas): *3 pontos*
- c) Sente quando a bexiga está cheia?  
 sim: *0 ponto*                       às vezes: *1 ponto*                       não: *3 pontos*
- d) Utiliza manobras para eliminar a urina? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)  
 não utiliza: *0 ponto*                       manobra de valsalva / prensa abdominal: *1 ponto*  
 crede: *2 pontos*                       cateterismo urinário intermitente limpo (CUIL): *3 pontos*
- e) Utiliza dispositivos auxiliares externos de drenagem para manejo de perda urinária (coletor urinário, fralda descartável)?  
 não utiliza: *0 ponto*                       sim: *3 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 15).

- 0:** Sem deficiência, de 0 a 2 pontos.  
 **1:** Deficiência leve, de 3 a 5 pontos.  
 **2:** Deficiência moderada, de 6 a 8 pontos.  
 **3:** Deficiência grave, de 9 a 12 pontos.  
 **4:** Deficiência completa, de 13 a 15 pontos.  
 **9:** Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomia, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).

**b525 Funções de defecação** (Funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas)

- a) Controla a eliminação das fezes?  
 sim: *0 ponto*                       não: *5 pontos*
- b) Qual é a frequência de evacuação?  
 diariamente ou em dias alternados: *0 ponto*                       a cada 3 ou 4 dias: *1 ponto*  
 a cada 5 ou 6 dias: *2 pontos*                       a cada 7 dias ou mais: *5 pontos*
- c) Sente vontade de evacuar?  
 sim: *0 ponto*                       às vezes: *2 pontos*                       não: *5 pontos*
- d) Qual é a consistência das fezes?  
 moldada: *0 ponto*                       pastosa: *1 ponto*                       líquida: *2 pontos*  
 ressecada: *3 pontos*                       cíbalas ou fecalitos: *5 pontos*
- e) Elimina gases intestinais?  
 sim: *0 ponto*                       excessivo: *2 pontos*                       não: *5 pontos*
- f) Utiliza manobras para auxiliar na eliminação das fezes? (mais de uma opção pode ser assinalada, utilizar a maior pontuação)  
 não utiliza: *0 ponto*                       massagem abdominal: *1 ponto*  
 manobra de Valsalva/prensa abdominal: *2 pontos*                       estímulo dígito anal: *3 pontos*  
 extração manual de fezes: *5 pontos*
- g) Utiliza medicamentos para auxiliar na eliminação das fezes?  
 não: *0 ponto*                       supositório de glicerina: *1 ponto*                       mini enema: *2 pontos*  
 fleet enema: *3 pontos*                       medicação laxante: *4 pontos*                       lavagem intestinal: *5 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 35).

- 0:** Sem deficiência, de 0 a 6 pontos.  
 **1:** Deficiência leve, de 7 a 13 pontos.  
 **2:** Deficiência moderada, de 14 a 20 pontos.  
 **3:** Deficiência grave, de 21 a 28 pontos.  
 **4:** Deficiência completa, de 29 a 35 pontos.  
 **9:** Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).

**s610 Estrutura do sistema urinário** (Uretrocistografia Injetora/Miccional e Ultrassonografia – vias urinárias)

- a) Alterações Renais (mais de uma opção pode ser assinalada, somar os pontos das opções assinaladas)
- ausente: *0 ponto*
  - presença de dilatação pielocalicinal: *1 ponto*
  - presença de alterações no parênquima renal: *2 pontos*
  - não se aplica: *0 ponto*
- b) Capacidade vesical
- normal: *0 ponto*
  - reduzida: *1 ponto*
  - ausente: *4 pontos* (pós-cirúrgico, vesicostomia) – se sim, não aplicar o último item
  - não se aplica: *0 ponto*
- c) Avaliação morfológica da bexiga
- paredes finas e lisas conteúdo anecoico: *0 ponto*       presença de debris ecogênicos: *1 ponto*
  - espessamento parietal: *2 pontos*       presença de divertículos: *3 ponto*
  - não se aplica: *0 ponto*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 7).

- 0:** Sem deficiência, 0 ponto.
- 1:** Deficiência leve, 1 ou 2 pontos.
- 2:** Deficiência moderada, de 3 ou 4 pontos.
- 3:** Deficiência grave, de 5 ou 6 pontos.
- 4:** Deficiência completa, 7 pontos.
- 8:** Não especificado.
- 9:** Não aplicável.

**d410 Mudar de posição básica do corpo** (Adotar e abandonar uma posição corporal e mover-se de um lado para outro, como levantar-se de uma cadeira para deitar-se na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado e agachado)

- 0:** Realiza todas as tarefas.
- 1:** Realiza as atividades com ajuda de apoios físicos como barras e móveis ou incentivo, orientação e supervisão de outra pessoa.
- 2:** Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.
- 3:** Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.
- 4:** Necessita de ajuda para todas as tarefas.

**d420 Transferir a própria posição** (Mover-se de uma superfície para outra, como escorregar em um banco ou mover-se da cama para cadeira de rodas, sem mudar a posição do corpo)

- 0:** Mover-se de uma posição sentada ou deitada para outra no mesmo nível ou em nível diferente, transfere-se da cama para a cadeira ou de uma cama para outra com segurança. Em cadeira de rodas: aproxima-se da cama ou cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio de braços, se necessário; transfere-se (realizando deslizamento) e retorna com segurança.
- 1:** Transferir-se da cama ou da cadeira com o uso de dispositivos tecnológicos (prótese, órtese, barra de transferência, prancha de transferência, andador, muletas, trapézio). Utiliza um tempo maior que o razoável para realizar a transferência. Não precisa da ajuda de outra pessoa.
- 2:** Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão), preparação (posicionando os equipamentos móveis, tábuas para transferência, órtese, ajustando os pedais da cadeira de rodas) para realizar as transferências. Precisa de ajuda para operar equipamentos mecanizados para a transferência (elevador de pacientes).
- 3:** Necessita de apoio físico de uma pessoa para conseguir transferir-se de uma superfície para outra.
- 4:** Necessita de auxílio total para transferência.

**d510 Lavar-se** (Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e materiais ou métodos de limpeza e secagem apropriadas, como tomar banho em banheira e chuveiro, lavar mãos e pés, face e cabelo; e secar-se com uma toalha)

- ( ) **0:** Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa e sem adaptações.
- ( ) **1:** Lava e seca todo o corpo sem ajuda de outra pessoa, podendo fazer uso de adaptações ou em locais adaptados (piso antiderrapante, com barras, na cadeira, prótese e órtese). Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas.
- ( ) **2:** Lava-se com supervisão, necessita de equipamento especializado (cadeiras, barras, adaptadores, órteses e próteses) e necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar pernas e pés.
- ( ) **3:** Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar/secar além das pernas e pés.
- ( ) **4:** Necessita de ajuda de outra pessoa para lavar e secar todo o corpo.

**d520 Cuidado das partes do corpo** (Cuidar das partes do corpo como pele, face, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar ou secar)

- ( ) **0:** Realiza atividades sem o uso de dispositivos de adaptação, como lavar as mãos e rosto, maquiar-se, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital.
- ( ) **1:** Realiza atividades como lavar as mãos e rosto, maquiar-se, escovar os dentes, passar hidratante na pele, pentear o cabelo, aparar e limpar as unhas, inspecionar e lavar genital com o uso de dispositivos de adaptação ou com supervisão. Leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas. Necessita de ajuda de outra pessoa para 1 tarefa.
- ( ) **2:** Necessita de ajuda de outra pessoa para 2 ou 3 tarefas.
- ( ) **3:** Necessita de ajuda de outra pessoa para 4 ou 5 tarefas.
- ( ) **4:** Necessita de ajuda para todas as tarefas.

**d5300 Regulação da micção** (Coordenar e gerenciar a micção, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para urinar, manipular a roupa antes e após urinar e limpar-se após urinar)

- a) Consegue segurar a urina até chegar ao banheiro?  
 ( ) sim: *0 ponto*                      ( ) às vezes: *1 ponto*                      ( ) não: *2 pontos*
- b) Vai sozinho ao banheiro para esvaziar a bexiga no vaso sanitário?  
 ( ) sim: *0 ponto*                      ( ) não: *2 pontos*
- c) Realiza o cateterismo urinário intermitente limpo?  
 ( ) não se aplica: *0 ponto*                      ( ) sozinho (autocateterismo): *1 ponto*                      ( ) assistido: *2 pontos*
- d) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)?  
 ( ) sim: *0 ponto*                      ( ) não: *2 pontos*
- e) Limpa-se sozinho(a) após esvaziar a bexiga?  
 ( ) sim: *0 ponto*                      ( ) não: *2 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 10).

- ( ) **0:** Sem deficiência, 0 ou 1 ponto.
- ( ) **1:** Deficiência leve, 2 ou 3 pontos.
- ( ) **2:** Deficiência moderada, 4 ou 5 pontos.
- ( ) **3:** Deficiência grave, de 6 a 8 pontos.
- ( ) **4:** Deficiência completa, 9 ou 10 pontos.
- ( ) **9:** Não aplicável (Cateter vesical de demora, Vesicostomina, Mitofanoff e outras derivações urinárias alternativas).



**d5301 Regulação da defecação** (Coordenar e gerenciar a defecação, como indicar a necessidade, adotar a posição adequada, escolher e ir a um lugar apropriado para defecar, manipular a roupa antes e após defecar e limpar-se após defecar)

- a) Consegue segurar a evacuação até chegar ao banheiro?  
 sim: *0 ponto*                       às vezes: *1 ponto*                       não: *2 pontos*
- b) Tem horário regular para evacuação?  
 sim: *0 ponto*                       não: *2 pontos*
- c) Vai sozinho ao banheiro para evacuar no vaso sanitário?  
 sim: *0 ponto*                       não: *2 pontos*
- d) Realiza as manobras de eliminação das fezes (massagem abdominal, manobra de Valsalva/prensa abdominal, estímulo dígito anal e extração manual de fezes)?  
 não se aplica: *0 ponto*                       sozinho: *1 ponto*                       assistido: *2 pontos*
- e) Tira e coloca roupa íntima sozinho(a)?  
 sim: *0 ponto*                       não: *2 pontos*
- f) Limpa-se sozinho(a) após evacuar?  
 sim: *0 ponto*                       não: *2 pontos*

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 12).

- 0:** Sem deficiência, 0 ou 1 ponto.  
 **1:** Deficiência leve, de 2 a 4 pontos.  
 **2:** Deficiência moderada, de 5 a 7 pontos.  
 **3:** Deficiência grave, de 8 a 10 pontos.  
 **4:** Deficiência completa, 11 ou 12 pontos.  
 **9:** Não aplicável (Malone, colostomia e outras derivações fecais alternativas).

**d540 Vestir-se** (Realizar as ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos)

- 0:** Veste e tira as roupas, sem adaptações ou locais adaptados, com segurança.  
 **1:** Veste as roupas sem botões, zíperes e calçados, mas necessita de dispositivos de adaptações ou locais adaptados. Leva mais tempo que o habitual para realizar esta tarefa.  
 **2:** Necessita de supervisão de outra pessoa para vestir e tirar as roupas das partes superiores e inferiores do corpo. Usa dispositivos de adaptação para botões, zíperes e calçados.  
 **3:** Necessita de ajuda de outra pessoa, para vestir e tirar as roupas da parte inferior do corpo, dispositivos de adaptação e locais adaptados.  
 **4:** Necessita de ajuda de outra pessoa para vestir e tirar as roupas.

**d550 Comer** (Executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, atividades relacionadas com refeições, banquetes e jantares)

- 0:** Come o alimento, usa garfo ou colher para levar o alimento até a boca, abre as embalagens e corta o alimento sem adaptações.  
 **1:** Utiliza dispositivo de adaptação (talheres adaptados, uso de órteses) para cortar e levar o alimento à boca. Utiliza um tempo acima do razoável.  
 **2:** Necessita de supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou aplicação de órtese por outra pessoa; ou ajuda para abrir embalagens e cortar o alimento. Leva o alimento até a boca sem ajuda.  
 **3:** Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Leva o alimento até a boca com ajuda.  
 **4:** Necessita de ajuda para abrir embalagens, cortar o alimento e manusear talheres, copos e outros utensílios. Não leva o alimento até a boca.

**d560 Beber** (Pegar a bebida, levar à boca e consumir de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar)

- ( ) **0:** Prepara/consome a bebida, leva o líquido até a boca, mistura, mexe, abre garrafas e latas de bebidas sem adaptações.
- ( ) **1:** Serve a bebida para si próprio ou bebe com adaptações. Necessita de algum tipo de dispositivo de adaptação (como uso de canudos longos, copos adaptados, uso de órtese). Consome a bebida, mas utiliza um tempo acima do razoável.
- ( ) **2:** Serve a bebida para si próprio ou bebe com supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo), ou com a aplicação de órtese por outra pessoa. É necessária ajuda de alguém para abrir as garrafas e latas de bebidas. Leva o líquido até a boca sem ajuda.
- ( ) **3:** Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Leva o líquido até a boca com ajuda.
- ( ) **4:** Necessita de ajuda para abrir garrafas, latas de bebidas e manusear copos, canudos e outros utensílios. Não leva o líquido até a boca.

## BIBLIOGRAFIA

BARACHO, E. Incontinência Urinária. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap. 26, p. 280-290.

BARÚA, R.L.; BERENDSON-SEMINARIO, R. Grandes Síndromes Gastrointestinales: Flatulencia. **Revista de Gastroenterología del Perú**, v. 29, n. 2, p. 171-173, 2009.

COGGRAVE, M.; MCCREATH, A. Bowel Management Following Spinal Cord Injury. **National Spinal Injuries Centre**. Aylesbury, 2007. Disponível em: <http://www.buckshealthcare.nhs.uk/Downloads/PatientleafletsNSIC/Bowel%20management%20following%20spinal%20cord%20injury.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2015.

D'ARCONA, C.A.; JÚNIOR, N.R.N. **Aplicações Clínicas da Urologia**. São Paulo: Atheneu, 2001.

DROSSMAN, D.A. et al. **Rome III: the functional gastrointestinal disorders**. 3th ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2006.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcer: quick reference guide**. Washington: NPUAP, 2009.

FONTE, N. Cuidado Urológico do Paciente com Lesão Medular Espinhal. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, v. 35, n. 3, p. 323-31, 2008.

FURLAN, M.L.S.; CALIRI, M.H. Complicações do Funcionamento Intestinal e Práticas de Autocuidado com Lesão de Medula Espinhal. Diretrizes para uma Prática Baseada em Evidências. **Coluna/Columna**, v. 4, n. 2, p. 102-5, 2005.

GÉO, M. S. et al. Bexiga Hiperativa. In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4 edição, Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. cap. 31, p. 361-388.

JARVIS, C. Pele, Pelos e Unhas. In: \_\_\_\_\_. **Exame Físico e Avaliação de Saúde para Enfermagem**. 6 edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 12, p. 203-250.

NAISH, W. Intermittent Self-catheterisation for Managing Urinary Problems. **Professional Nurse**, v. 18, n. 10, p. 585-7, 2003.

MARTINEZ, A.P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1-7, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Tradução de Fundamentos of nursing., 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RABEH, S.A.; CALIRI, M.H.; HAAS, V.J. Prevalência de Úlcera por Pressão em Indivíduos com Lesão Medular Espinhal e a Relação com a Capacidade Funcional Pós-Trauma. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n. 4, p. 173-8, 2009.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência da Medula Espinhal III. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 6, p. 439-44, 2014.

ROCHA, F. E.; GOMES, C. M. Bexiga Neurogênica. In: FILHO, M. Z.; NARDOZZA, A. J.; REIS, R. B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. p. 240-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Bexiga Urinária: cateterismo Intermitente**. Brasília, 10 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/8-volume/12-Bexiga.pdf>. Acesso em: 16 março de 2015.

SPINAL CORD INJURY CENTERS OF THE UNITED KINGDOM AND IRELAND. **Guidelines for Management of Neurogenic Bowel Dysfunction after Spinal Cord Injury**. London: coloplast, 2009. Disponível em: [https://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/253036/CV453N\\_full\\_doc.pdf](https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0019/253036/CV453N_full_doc.pdf). Acesso em: 17 de março de 2015.

THOMPSON, W. G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v. 45, p. 43-47, 1999.

VAHR, S. et al. **Evidence-Based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care**. Catheterisation: urethral intermittent in adults. European Association of Urology Nurses, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013\\_EAUN\\_Guideline\\_Milan\\_2013Lr\\_DEF%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/IRLM/Downloads/2013_EAUN_Guideline_Milan_2013Lr_DEF%20(8).pdf). Acesso em: 17 de março de 2015.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. **Practice Guidelines**. Constipação: uma perspectiva mundial, 2010.

WYNDAELE, J. J. Practical Management of Neurogenic Bladder in the Spinal Patients. **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, suppl. 51, p. 1-7, 2005.

## ANEXO B – Versão final do instrumento

**b152 Funções emocionais** (Funções mentais específicas relacionadas ao sentimento e aos componentes afetivos dos processos mentais)

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)				
Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/ a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/ a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a- ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3

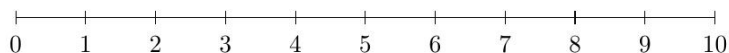
Referência: Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas (1999), com um subsídio educacional da Pfizer Inc.

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 27).

- ( ) **0:** Se a pontuação final for igual a 0 ou 1.
- ( ) **1:** Se a pontuação final estiver entre 2 e 6.
- ( ) **2:** Se a pontuação final estiver entre 7 e 13.
- ( ) **3:** Se a pontuação final estiver entre 14 e 26.
- ( ) **4:** Se a pontuação final for igual a 27.

**b280 Sensação de dor** (Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo)

Escala numérica



- ( ) **0:** 0 (nenhuma, ausente, insignificante)
- ( ) **1:** 1 ou 2 (dor leve)
- ( ) **2:** 3 ou 4 (dor moderada)
- ( ) **3:** 5 a 9 (dor grave)
- ( ) **4:** 10 (dor insuportável)

Local/região da dor:

Referência: Escala numérica de dor.

**b440 Funções respiratórias** (Funções relacionadas à inalação de ar para os pulmões, à troca de gases entre o ar e o sangue e à expulsão do ar)

- ( ) 0: Respira espontaneamente sem a necessidade de assistência ou dispositivo.
- ( ) 1: Respira espontaneamente com a necessidade de suplementação de oxigênio.
- ( ) 2: Respira espontaneamente com a necessidade de suplementação de oxigênio e de ventilação mecânica não invasiva intermitente e esporádica.
- ( ) 3: Não respira espontaneamente e necessita de suplementação de oxigênio e de ventilação mecânica não invasiva contínua.
- ( ) 4: Não respira espontaneamente e necessita de ventilação mecânica invasiva.

Referência: Adequações feita por uma validadora do comitê de juízes.

**b640 Funções sexuais** (Funções mentais e físicas relacionadas ao ato sexual, incluindo as fases de excitação, preparatória, orgásmica e de resolução)

As funções sexuais foram alteradas?

- ( ) 0: Apresenta excitação sexual, ereção, lubrificação vaginal, sensações, ejaculação sem alterações.
- ( ) 1: Apresenta alteração no tempo para excitação e/ou orgasmo e/ou ejaculação.
- ( ) 2: Apresenta alteração no tempo para excitação e/ou orgasmo e é necessário o uso de medicamentos via oral ou de aplicação tópica, para ereção ou para lubrificação vaginal.
- ( ) 3: Apresenta alteração no tempo para excitação e/ou orgasmo; ausência de ejaculação e/ou orgasmo; uso de prótese peniana e/ou instrumentos para obter ereção, orgasmo ou lubrificação.
- ( ) 4: Não apresenta qualquer função sexual.
- ( ) 9: Não aplicável.

Referência: Autores da pesquisa.

**b730 Funções relacionadas à força muscular** (Funções relacionadas à força gerada pela contração de um músculo ou grupos de músculos)

**ASIA**  
**CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA PADRÃO DE LESÃO MEDULAR**

**MOTOR**  
MÚSCULO CHAVE

NÍVEL	D	E
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

0 = PARALISIA TOTAL.  
1 = CONTRAÇÃO PALPÁVEL OU VISÍVEL.  
2 = MOVIMENTO ATIVO, GRAVIDADE ELIMINADA.  
3 = MOVIMENTO ATIVO, CONTRA A GRAVIDADE.  
4 = MOVIMENTO ATIVO, CONTRA ALGUMA RESISTÊNCIA.  
5 = MOVIMENTO ATIVO, CONTRA GRANDE RESISTÊNCIA.  
NT = NÃO AVALIADO.

CONTRAÇÃO ANAL VOLUNTÁRIA (SIM/NÃO)

TOTAIS  +  =  **ÍNDICE MOTOR**

LEVE TOQUE      AGULHA

NÍVEL	D	E
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4-5		

0 = AUSENTE  
1 = COMPROMETIDO  
2 = NORMAL  
NT = NÃO AVALIADO

QUALQUER SENSACÃO ANAL (SIM/NÃO)

TOTAIS  +  =  **ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM AGULHA (MÁX: 112)**  
TOTAIS  +  =  **ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM LEVE TOQUE (MÁX: 112)**

**SENSITIVO**  
PONTO CHAVE DA SENSIBILIDADE

0 = AUSENTE  
1 = COMPROMETIDO  
2 = NORMAL  
NT = NÃO AVALIADO

ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM AGULHA (MÁX: 112)  
ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM LEVE TOQUE (MÁX: 112)

NÍVEL NEUROLÓGICO	D		E		COMPLETO OU INCOMPLETO?	ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL	D		E	
	SENSITIVO	MOTOR	SENSITIVO	MOTOR			SENSITIVO	MOTOR	SENSITIVO	MOTOR

**ASIA IMPAIRMENT SCALE**

Utilizar a escala parcialmente, apenas a parte de avaliação Motora.

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 100).

- ( ) 0: Se a pontuação final estiver entre 96 e 100.
- ( ) 1: Se a pontuação final estiver entre 50 e 95.
- ( ) 2: Se a pontuação final estiver entre 25 e 49.
- ( ) 3: Se a pontuação final estiver entre 5 e 24.
- ( ) 4: Se a pontuação final estiver entre 0 e 4.

**b735 Funções relacionadas ao tônus muscular** (Funções relacionadas à tensão presente nos músculos em repouso e à resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente)

Escala Modificada de Ashwoth Classificação da Espasticidade	
Grau	Descrição
0	Sem aumento do tônus muscular.
1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão.
1+	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento.
2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados.
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão.

Bohannon, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interavaliadores do *Modified Ashworth Scale*, de espasticidade muscular, *Physical Therapy*, 67, pág. 207, Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.

	Direito	Esquerdo
Flexores do cotovelo		
Extensores do cotovelo		
Extensores do punho		
Flexores do quadril		
Extensores do joelho		
Dorsiflexores do tornozelo		
Flexores plantares do tornozelo		

Legenda para pontuações:  
 Grau 0: 0 ponto  
 Grau 1: 1 ponto  
 Grau 1+: 2 pontos  
 Grau 2: 3 pontos  
 Grau 3: 4 pontos  
 Grau 4: 5 pontos

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 70).

- ( ) **0**: Se a pontuação final estiver entre 0 e 3.
- ( ) **1**: Se a pontuação final estiver entre 4 e 17.
- ( ) **2**: Se a pontuação final estiver entre 18 e 34.
- ( ) **3**: Se a pontuação final estiver entre 35 e 67.
- ( ) **4**: Se a pontuação final estiver entre 68 e 70.

Referência: Escala de Ashwoth Modificada.

**s120 Medula espinhal e estruturas relacionadas**

Ressonância magnética da coluna	
Alteração de sinal da medula espinhal visto nas sequências T2 (sagital)	( ) Ausente: <i>0 ponto</i> ( ) Presente: <i>1 ponto</i>
Extensão da alteração de sinal no eixo crânio caudal	( ) Zero: <i>0 ponto</i> ( ) Menor que 1 corpo vertebral: <i>1 ponto</i> ( ) Entre 1 e 2 corpos vertebrais: <i>2 pontos</i> ( ) Maior que 2 corpos vertebrais: <i>3 pontos</i>
Diâmetro da medula espinhal	( ) Normal: <i>0 ponto</i> ( ) Reduzido (atrofia): <i>1 ponto</i>

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 5).

- ( ) **0:** Nenhuma deficiência, 0 ponto.  
 ( ) **1:** Deficiência leve, 1 ponto.  
 ( ) **2:** Deficiência moderada, 2 pontos.  
 ( ) **3:** Deficiência grave, 3 ou 4 pontos.  
 ( ) **4:** Deficiência completa, 5 pontos.  
 ( ) **8:** Não específico.

Referência: Autores da pesquisa.

**s430 Estruturas do sistema respiratório**

Radiografia de tórax	
Expansão torácica (Hipoinflado se a contagem dos arcos anteriormente for menor que 6 à direita)	( ) Adequada: <i>0 ponto</i> ( ) Hipoinflada: <i>1 ponto</i> ( ) Lesões pulmonares não permitem a contagem: <i>2 pontos</i>
Presença de opacidades pulmonares ou consolidações	( ) Ausente: <i>0 ponto</i> ( ) Presente unilateral: <i>1 ponto</i> ( ) Presente bilateral: <i>2 pontos</i> ( ) Opacificação de todo hemitórax: <i>3 pontos</i> ( ) Opacificação completa de ambos hemitóraces: <i>4 pontos</i>

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a 6).

- ( ) **0:** Nenhuma deficiência, 0 ponto.  
 ( ) **1:** Deficiência leve, 1 ponto.  
 ( ) **2:** Deficiência moderada, 2 ou 3 pontos.  
 ( ) **3:** Deficiência grave, 4 ou 5 pontos.  
 ( ) **4:** Deficiência completa, 6 pontos.  
 ( ) **8:** Não específico.

Referência: Autores da pesquisa.



**d445 Uso da mão e do braço** (Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como virar maçanetas de portas ou jogar apanhar um objeto)

Realiza atividades como virar a maçaneta, jogar ou apanhar um objeto?

- ( ) **0:** Consegue virar maçanetas de portas, ou jogar ou apanhar um objeto, sem necessidade de assistência e não precisa de dispositivos de adaptação ou locais adaptados.
- ( ) **1:** Consegue virar maçaneta de portas, ou jogar ou apanhar objeto, sem necessidade de assistência, mas pode levar mais tempo do que o habitual.
- ( ) **2:** Consegue virar maçaneta de portas, ou jogar ou apanhar objeto, com auxílio de dispositivos de adaptação ou locais adaptados.
- ( ) **3:** Necessita de assistência de outra pessoa para virar maçanetas de portas ou jogar ou apanhar um objeto.
- ( ) **4:** Não consegue virar maçanetas ou jogar ou apanhar um objeto, necessita de assistência total.

Referência: Autores da pesquisa.

**d450 Andar** (Mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para frente, para trás ou para o lado)

Consegue se mover sobre uma superfície a pé, andar para frente, para trás ou para o lado?

- ( ) **0:** Marcha normal. A deambulação é completamente normal tanto em distância como em aparência.
- ( ) **1:** Marcha comunitária independente: os pacientes são capazes de deambular em todos os tipos de superfícies irregulares. Conseguem percorrer uma distância considerável, até mesmo irrestrita.
- ( ) **2:** Marcha domiciliar: a deambulação só é possível num ambiente fechado, em superfícies planas e, geralmente, em um ambiente conhecido e controlado, como em casa.
- ( ) **3:** Marca terapêutica, não funcional. O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.
- ( ) **4:** Não realiza marcha; incapacidade absoluta para a deambulação, mesmo com auxílio externo.

Referência: Classificação Funcional da Marcha Modificada (CFMM).

**e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária** (Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades diárias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados na, sobre ou perto da pessoa que os utiliza)

Qual o papel dos seguintes produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária?	Itens de uso pessoal	Ajuda	Indiferente	Atrapalha
Alimentação: talhares, pratos, copos, panelas.	<input type="checkbox"/> adaptado** <input type="checkbox"/> sem adaptação <input type="checkbox"/> ausente	+1	0	-1
Vestuário: calças, camisa de botão, meias, sapatos.	<input type="checkbox"/> adaptado <input type="checkbox"/> sem adaptação <input type="checkbox"/> ausente	+1	0	-1
Banho: sabonete, esponja de banho, cadeira de banho.	<input type="checkbox"/> adaptado <input type="checkbox"/> sem adaptação <input type="checkbox"/> ausente	+1	0	-1
Higiene pessoal: escova de dente, escova de cabelo, fio dental.	<input type="checkbox"/> adaptado <input type="checkbox"/> sem adaptação <input type="checkbox"/> ausente	+1	0	-1
Uso de sistemas de comunicação: celular, telefone, computador, controle remoto.	<input type="checkbox"/> adaptado <input type="checkbox"/> sem adaptação <input type="checkbox"/> ausente	+1	0	-1

Referência: Autores da pesquisa.

\*\*Adaptado: foi necessário algum ajuste no item material para facilitar o uso.

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a +5 ou de 0 a -5):

- 0:** Nem facilitador, nem barreira; indiferente, 0 ponto.
- +1:** Facilitado leve, +1 ponto.
- .1:** Barreira leve, -1 ponto.
- +2:** Facilitador moderado, +2 pontos.
- .2:** Barreira moderada, -2 pontos.
- +3:** Facilitador considerável, +3 ou +4 pontos.
- .3:** Barreira grave, -3 ou -4 pontos.
- +4:** Facilitador completo, +5 pontos.
- .4:** Barreira completa, -5 pontos.

**e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes interno e externo** (Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados pelas pessoas nas atividades de deslocamento dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados, situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza)

Qual o papel das órteses, cadeiras de rodas, macas, veículos adaptados para o deslocamento em ambientes externos?

- ( ) **0:** Não necessita de nenhum equipamento, produto ou tecnologia para mobilidade.
- ( ) **+1:** Facilitador leve: a utilização dos equipamentos, produtos ou tecnologias passa a ser um facilitador leve, pois nem todos os ambientes são adaptados, o que ocasiona dificuldade ao indivíduo para ter acesso a ambientes internos e externos.
- ( ) **.1:** Barreira leve: ao locomover-se em ambientes internos e externos, o uso dos equipamentos, produto ou tecnologia pode atrapalhar (ex., degrau com uso de bengala ocasionando a perda de equilíbrio).
- ( ) **+2:** Facilitador moderado: desloca-se com equipamentos, produtos ou tecnologias com auxílio de outra pessoa.
- ( ) **.2:** Barreira moderada: desloca-se com equipamentos, produtos ou tecnologias com auxílio de outra pessoa, mas não precisa de ajuda de outra pessoa para manejo da cadeira de rodas.
- ( ) **+3:** Facilitador considerável: precisa de auxílio de outra pessoa para se deslocar, ajuda para manejar a cadeira de rodas, pois nem todo ambiente está adaptado a suas necessidades.
- ( ) **.3:** Barreira grave: precisa de auxílio de outra pessoa para se deslocar, ajuda para manejar a cadeira de rodas, pois não é todo ambiente que está adaptado a suas necessidades, fazendo com que o indivíduo tenha grande dificuldade para ter acesso aos ambientes internos e externos.
- ( ) **+4:** Facilitador completo: desloca-se para dentro e fora de ambientes, sem ajuda de terceiros.
- ( ) **.4:** Barreira Completa: atrapalha completamente a locomoção do indivíduo (por exemplo: cadeira de rodas inadequada, macas com problemas (sem rodas), muletas mal adaptadas).
- ( ) **9:** Não aplicável.

**e310 Família imediata** (Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura, como família nuclear, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós)

Qual é o papel da família em relação a:	Ajuda	Indiferente	Atrapalha
Para a comunicação	+1	0	-1
Para a realização de suas atividades da vida diária	+1	0	-1
Com relação ao dinheiro	+1	0	-1
Com relação ao suporte emocional	+1	0	-1
Com relação ao transporte – para sua locomoção	+1	0	-1

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a +5 ou de 0 a -5).

- ( ) **0:** Nem facilitador e nem barreira; indiferente, 0 ponto.
- ( ) **+1:** Facilitador leve, +1 ponto.
- ( ) **.1:** Barreira leve, -1 ponto.
- ( ) **+2:** Facilitador moderado, +2 pontos.
- ( ) **.2:** Barreira moderada, -2 pontos.
- ( ) **+3:** Facilitador considerável, +3 ou +4 pontos.
- ( ) **.3:** Barreira considerável, -3 ou -4 pontos.
- ( ) **+4:** Facilitador completo, +5 pontos.
- ( ) **.4:** Barreira completa, -5 pontos.

Referência: Autores da pesquisa.

**e340 Cuidadores e assistentes pessoais** (Indivíduos que fornecem os serviços necessários para dar suporte a outros indivíduos em suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, na educação ou em outra situação da vida, fornecidos por meio de recursos públicos ou privados, ou em base voluntária, como provedores de suporte para construção e manutenção de casas, assistentes pessoais, assistentes de transporte, ajuda paga, babá ou outros que prestam cuidado)

O cuidador pode ser um familiar, um voluntário ou pessoa contratada.

Qual é o papel dos cuidadores em relação:	Ajuda	Indiferente	Atrapalha
Suporte das atividades básicas de vida diária (tomar banho, se vestir, escovar os dentes)	+1	0	-1
Manutenção de atividades em casa e no trabalho	+1	0	-1
Realização e/ou suporte de suas atividades educação	+1	0	-1
Locomoção, transferência e transporte	+1	0	-1

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a +4 ou de 0 a -4).

- ( ) **0:** Nem facilitador e nem barreira; indiferente, 0 ponto.
- ( ) **+1:** Facilitador leve, 1 ponto.
- ( ) **.1:** Barreira leve, -1 ponto.
- ( ) **+2:** Facilitador moderado, 2 pontos.
- ( ) **.2:** Barreira moderada -2 pontos.
- ( ) **+3:** Facilitador considerável, 3 pontos.
- ( ) **.3:** Barreira grave, -3 pontos.
- ( ) **+4:** Facilitador completo, 4 pontos.
- ( ) **.4:** Barreira completa, -4 pontos.
- ( ) **9:** Não aplicável.

Referência: Autores da pesquisa.

**e355 Profissionais de saúde** (Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protéticos, assistentes sociais da área médica)

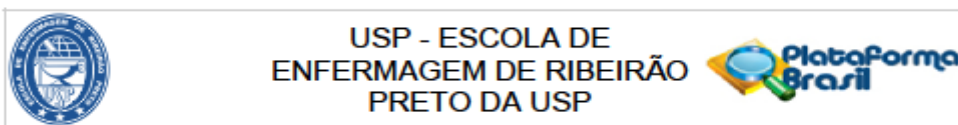
Qual é o papel dos profissionais da saúde em relação:	Ajuda	Indiferente	Atrapalha
Aos medicamentos	+1	0	-1
Para realização de exames e diagnóstico	+1	0	-1
A reabilitação motora e psicológica	+1	0	-1
A orientação	+1	0	-1

O qualificador total é definido pela somatória dos itens acima (de 0 a +4 ou de 0 a -4).

- ( ) **0:** Nem facilitador e nem barreira; indiferente, 0 ponto.
- ( ) **+1:** Facilitador leve, 1 ponto.
- ( ) **.1:** Barreira leve, -1 ponto.
- ( ) **+2:** Facilitador moderado, 2 pontos.
- ( ) **.2:** Barreira moderada -2 pontos.
- ( ) **+3:** Facilitador considerável, 3 pontos.
- ( ) **.3:** Barreira grave, -3 pontos.
- ( ) **+4:** Facilitador completo, 4 pontos.
- ( ) **.4:** Barreira completa, -4 pontos.
- ( ) **9:** Não aplicável.

Referência: Autores da pesquisa.

## ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas

**Pesquisador:** PATRICIA CARLA VIANNA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16318119.3.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.742.083

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se da avaliação das respostas às pendências.

**Objetivo da Pesquisa:**

Sem alterações

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem alterações

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem alterações

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

O TCLE foi adequado de acordo com as solicitações presentes no parecer nº 3.627.055

**Recomendações:**

Não há

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

Não há óbices éticos para o desenvolvimento da pesquisa

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer apreciado ad referendum.

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.742.063

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1387981.pdf	25/10/2019 13:26:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	25/10/2019 13:24:11	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Outros	Instrumento2.pdf	01/10/2019 10:30:03	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto250919.pdf	01/10/2019 10:29:25	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	01/10/2019 10:28:52	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Outros	oficio.pdf	01/10/2019 10:28:17	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	18/06/2019 13:36:45	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores.pdf	18/06/2019 13:31:09	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BRN3C2AF484F91D_001038.pdf	06/06/2019 08:38:30	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BRN3C2AF484F91D_001036.pdf	06/06/2019 08:38:13	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BRN3C2AF484F91D_001034.pdf	06/06/2019 08:37:49	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BRN3C2AF484F91D_001039.pdf	06/06/2019 08:37:31	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/06/2019 17:34:34	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/06/2019 17:31:02	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/06/2019 17:30:27	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 3.742.063

Não

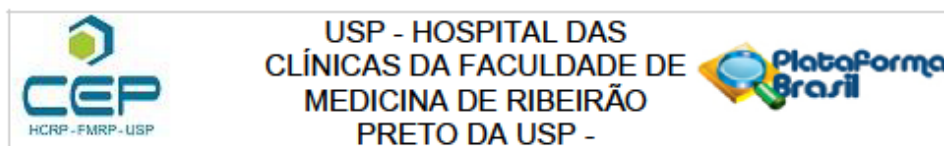
RIBEIRAO PRETO, 03 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**RONILDO ALVES DOS SANTOS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900  
**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

## ANEXO D - Aprovação do Comitê de Pesquisa do CER



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Indivíduos com Lesão Medular: assistência de enfermagem baseada na avaliação funcional e no Sistema de Linguagens Padronizadas

**Pesquisador:** PATRICIA CARLA VIANNA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16318119.3.3001.5440

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.774.283

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da instituição proponente USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP. O HCFMRP\_USP será uma coparticipante da pesquisa.

#### Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da instituição proponente.

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

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados na Plataforma Brasil e estão de acordo com as normas éticas vigentes. Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

#### Recomendações:

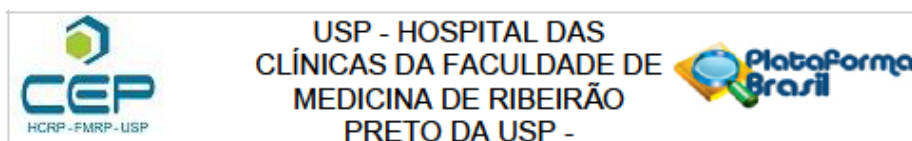
Não há.

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

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da instituição proponente, e aprova o HCFMRP-USP

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br





Continuação do Parecer: 3.774.283

como coparticipante da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 486/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	25/10/2019 13:24:11	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Outros	Instrumento2.pdf	01/10/2019 10:30:03	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto250919.pdf	01/10/2019 10:29:25	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	01/10/2019 10:28:52	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Outros	oficio.pdf	01/10/2019 10:28:17	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/06/2019 17:34:34	PATRICIA CARLA VIANNA	Aceito

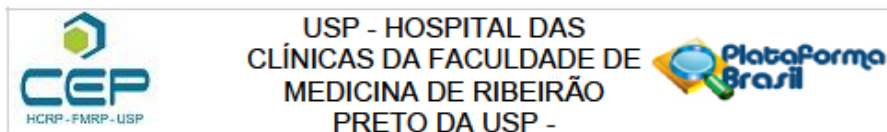
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.774.283

RIBEIRAO PRETO, 16 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Marcelo Riberto**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

**ANEXO E - Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo o mapeamento cruzado entre a CIPE® e CIF.**

Tabela 5- Diagnósticos/resultados de enfermagem segundo o mapeamento cruzado entre a CIPE® e CIF.  
Ribeirão Preto, 2022.

CIPE	Termo	CIF
10045702	Apoio Familiar, Positivo	e310
10025629	Atitude do Cuidador, Conflituosa	e340
10025638	Atitude do Cuidador, Positiva	e340
10035414	Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada	e340
10000902	Capacidade Familiar para Gerenciar o Regime, Prejudicada	e310
10029650	Capacidade para Preparar Alimentos, Prejudicada	d550
10000956	Capacidade para Tomar Banho, Prejudicada	d410
10047266	Capacidade para Usar o Vaso Sanitário e Higienizar- se, após Evacuar e Urinar, Melhorada	d5300, d5301
10027578	Capacidade para Vestir-se, Prejudicada	d540
10028333	Capaz de Andar (Caminhar)	d450
10050500	Capaz de Comunicar-se sobre Dor	b280
10029240	Capaz de Mover-se na Cama	d420
10030137	Capaz de Preparar Alimentos	d550

10028224	Capaz de Tomar Banho	d410
10028322	Capaz de Transferir-se	d420
10028314	Capaz de Usar o Vaso Sanitário e de Higienizar-se, após Evacuar e Urinar	d5301
10028211	Capaz de Vestir-se	d540
10028207	Capaz de Vestir-se e Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa)	d540, d520
10035096	Cicatrização de Ferida, Eficaz	b810
10033745	Condição Geniturinária, Eficaz	b620
10033784	Conhecimento sobre Cuidados com Ferida	b810
10033750	Conhecimento sobre Manejo (Controle) da Dor	b280
10000567	Constipação	b525
10027741	Continência Intestinal	b525
10027836	Continência Urinária	b620
10025831	Controle da Dor	b280
10039910	Controle da Dor, Inadequado	b280
10035405	Cuidador Capaz de Executar o Cuidado	e340
10040731	Dificuldade de Enfrentamento da Dor	b280
10023130	Dor	b280
10043953	Dor, Abdominal	b280
10000454	Dor, Aguda	b280
10047104	Dor, Artrítica	b280
10051555	Dor, Aumentada	b280

10029008	Dor, Ausente	b280
10000546	Dor, Crônica	b280
10047115	Dor, Cutânea	b280
10039906	Dor, Fantasma	b280
10047127	Dor, por Fratura	b280
10027917	Dor, Reduzida	b280
10040749	Enfrentamento da Dor	b280
10034838	Enfrentamento do Cuidador, Eficaz	e340
10034770	Enfrentamento Familiar, Eficaz	e310
10034789	Enfrentamento Familiar, Prejudicado	e310
10027773	Estresse do Cuidador	e340
10027794	Estresse do Cuidador, Reduzido	e340
10022473	Falta de Apoio Familiar	e310
10040016	Falta de Conhecimento sobre Manejo (Controle) da Dor	b280
10023148	Ferida Cirúrgica	b810
10030019	Ferida Maligna	b810
10029737	Ferida por Queimadura	b810
10030088	Ferida Traumática	b810
10047250	Fezes, nos Limites Normais	b525
10046695	Frequência Urinária	b620
10028160	Função do Sistema Respiratório, Eficaz	b440

10023362	Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	b440
10028615	Função do Sistema Urinário, Eficaz	b620
10001359	Função do Sistema Urinário, Prejudicada	b620
10027718	Incontinência Intestinal	b525
10025686	Incontinência Urinária	b620
10026797	Incontinência Urinária de Esforço	b620
10026811	Incontinência Urinária de Urgência	b620
10026778	Incontinência Urinária Funcional	b620
10026914	Incontinência Urinária por Transbordamento	b620
10026784	Incontinência Urinária Reflexa	b620
10026807	Incontinência Urinária Total	b620
10028501	Integridade da Pele, Eficaz	b810
10028517	Integridade da Pele, Melhorada	b810
10001290	Integridade da Pele, Prejudicada	b810
10029936	Lesão	b810
10033594	Lesão Elétrica, Ausente	b810
10029678	Lesão Física Decorrente de Abuso	b810
10029374	Lesão Perioperatória, Ausente	b810
10033616	Lesão por Laser, Ausente	b810
10023111	Lesão por Posicionamento Perioperatório	b810
10033628	Lesão por Posicionamento Perioperatório, Ausente	b810

10038545	Lesão por Queda, Ausente	b810
10033637	Lesão por Radiação, Ausente	b810
10030074	Lesão por Transferência	b810
10033659	Lesão por Transferência, Ausente	b810
10033587	Lesão Química, Ausente	b810
10033644	Lesão Térmica, Ausente	b810
10028966	Lesão, Ausente	b810
10001046	Marcha (Caminhadar), Prejudicada	d450
10047245	Micção, Eficaz	b620
10021790	Micção, Prejudicada	b620
10001363	Mobilidade em Cadeira de Rodas, Prejudicada	e120
10047073	Pele, Seca	b810
10033853	Perfusão da Ferida, Eficaz	b810
10025232	Processo Familiar, Eficaz	e310
10023078	Processo Familiar, Prejudicado	e310
10030128	Respiração Ofegante	b440
10041334	Respiração, Eficaz	b440
10001316	Respiração, Prejudicada	b440
10034654	Retenção Urinária	b620
10015053	Risco de Constipação	b525
10027787	Risco de Estresse do Cuidador	e340

10037346	Risco de Função do Sistema Respiratório, Prejudicada	b440
10045453	Risco de Função do Sistema Urinário, Prejudicada	b620
10026848	Risco de Incontinência Urinária, de Urgência	b620
10015237	Risco de Integridade da Pele, Prejudicada	b810
10015146	Risco de Lesão	b810
10023107	Risco de Lesão Perioperatória	b810
10015263	Risco de Lesão por Posicionamento Perioperatório	b810
10038521	Risco de Lesão por Queda	b810
10046449	Risco de Lesão por Radiação	b810
10032408	Risco de Lesão por Transferência	b810
10027337	Risco de Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10040118	Satisfação com Manejo (Controle) da Dor	b280
10027993	Troca de Gases, Eficaz	b440
10001177	Troca de Gases, Prejudicada	b440
10025798	Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10029065	Úlcera (Lesão) por Pressão, Ausente	b810
10000994	Uso do Vaso Sanitário e Higienização, por si próprio, após Evacuar e Urinar, Prejudicados	d5300, d5301
10000960	Vestir-se e Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Prejudicado	d540, d520

---



Tabela 6- Intervenções de Enfermagem segundo o mapeamento cruzado entre a CIPE® e CIF. Ribeirão Preto, 2022.

CIPE	Termo	CIF
10023084	Administrar Medicação para Dor	b280
10030486	Aplicar Meias Elásticas	d540
10044701	Apoiar Continência Intestinal	b525
10044698	Apoiar Continência Urinária	b620
10024570	Apoiar Cuidador	e340
10032828	Apoiar Cuidador durante Treinamento de Uso do Vaso Sanitário e Higienização, após Evacuar e Urinar	d5300, d5301
10032837	Apoiar Cuidador, durante o Desmame	e340
10032844	Apoiar Família	e310
10032859	Apoiar Processo Familiar de Enfrentamento	e310
10051442	Auxiliar a Lavar-se	d410
10050268	Auxiliar a Vestir-se	d540
10036520	Auxiliar na Marcha (Caminhada) com Uso de Dispositivo	e120, d450
10023531	Auxiliar no Uso do Vaso Sanitário e na Higienização, após Evacuar e Urinar	d5300, d5301
10030809	Auxiliar o Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde	e355
10007218	Avaliar Cicatrização da Ferida	b810
10034011	Avaliar Condição Geniturinária	b620
10034053	Avaliar Resposta ao Manejo (Controle) da Dor	b280
10007148	Avaliar Resposta Psicossocial à Instrução sobre Dor	b280
10007124	Avaliar Resposta Psicossocial à Instrução sobre Ferida	b810

10030884	Cateterizar Bexiga Urinária	d5300
10043163	Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso	e340
10043995	Colaborar com Equipe Interprofissional nos Cuidados com Ferida	b810
10052179	Colaborar com Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde	e355
10043116	Colaborar com Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde na Aquisição de Medicação	e355
10043562	Colaborar com Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde na Reconciliação Medicamentosa	e355
10042970	Colaborar com Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde no Regime Medicamentoso	e355
10039831	Colaborar no Plano de Manejo (Controle) da Dor	b280
10005029	Consultar o Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde	e355
10024331	Consultar para Manejo (Controle) de Dor	b280
10043233	Consultar Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde sobre Efeitos Colaterais da Medicação	e355
10032757	Cuidados com a Pele	b810
10033347	Cuidados com Ferida	b810
10046412	Cuidados com Ferida Aberta	b810
10032863	Cuidados com Ferida Cirúrgica	b810
10046034	Cuidados com Ferida Fechada	b810
10031690	Cuidados com Ferida Maligna	b810
10033208	Cuidados com Ferida Traumática	b810
10042818	Cuidados com os Pés	d410
10032420	Cuidados com Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10032567	Encaminhar a Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde	e355

10043128	Encaminhar para Assistente Social	e340
10040419	Encaminhar para Enfermeira(o) Estomaterapeuta	e355
10046788	Encaminhar para Nutricionista	e355
10044554	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde	e355
10024019	Encaminhar para Terapia Física	e355
10026415	Encaminhar para Terapia Ocupacional	e355
10051913	Encaminhar para Terapia Respiratória	e355
10051125	Facilitar a Atividades de Vida Diária	e115
10051173	Facilitar a Higiene, por si próprio	e115, d510
10026616	Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	b152
10041427	Gerenciar Defecação (ou Eliminação Intestinal)	d5301
10031776	Gerenciar Dispositivo	e115
10042530	Gerenciar Dispositivo de Continência	d5300
10011660	Gerenciar Dor	b280
10046301	Gerenciar Incontinência Intestinal	d5301
10031879	Gerenciar Incontinência Urinária	d5300
10035238	Gerenciar Micção	d5300
10050769	Gerenciar Dispositivo para Alimentação	d550
10009654	Identificar Atitude em Relação à Dor	b280
10034179	Identificar Condição Geniturinária, antes de Cirurgia	b620
10009872	Implementar Guia de Conduta para Dor	b280

10051367	Implementar Regime de Cuidados com a Pele	d520
10051604	Implementar Regime de Cuidados com as Unhas	d520
10051765	Implementar Regime de Cuidados com os Cabelos	d520
10041188	Irrigar Bexiga	b620, d5300
10044803	Lavar o Paciente	d510
10035293	Manter Integridade da Pele	b810
10051712	Monitorar a Integridade da Pele	b810
10042936	Monitorar Cicatrização de Ferida	b810
10038929	Monitorar Dor	b280
10032068	Monitorar Enfrentamento Familiar, Prejudicado	e310
10037211	Monitorar Motilidade Intestinal	b525
10046607	Obter Dados de Conhecimento sobre Cicatrização de Ferida	b810
10046598	Obter Dados de Conhecimento sobre Cuidados com Ferida	b810
10039104	Obter Dados de Conhecimento sobre Dor	b280
10039041	Obter Dados de Conhecimento sobre Manejo (Controle) da Dor	b280
10041126	Obter Dados sobre a Pele	b810
10038891	Obter Dados sobre Alodinia	b280
10030589	Obter Dados sobre Apoio Emocional	e310
10024298	Obter Dados sobre Apoio Social	e310
10038917	Obter Dados sobre Capacidade para Andar (Caminhar)	d450
10030536	Obter Dados sobre Capacidade para Preparar Alimentos	d550

10046816	Obter Dados sobre Comportamentos do Cuidador	e340
10036475	Obter Dados sobre Condição Intestinal	b525
10036499	Obter Dados sobre Condição Urinária	b620
10033876	Obter Dados sobre Conhecimento do Cuidador	e340
10046918	Obter Dados sobre Conhecimento do Cuidador a respeito de Material Instrucional	e340
10030558	Obter Dados sobre Continência Intestinal	b525
10030781	Obter Dados sobre Continência Urinária	b620
10002710	Obter Dados sobre Controle da Dor	b280
10046828	Obter Dados sobre Crenças do Cuidador	e340
10030562	Obter Dados sobre Cuidador	e340
10026119	Obter Dados sobre Dor	b280
10024222	Obter Dados sobre Estresse do Cuidador	e340
10030799	Obter Dados sobre Ferida	b810
10050172	Obter Dados sobre Fezes	b525
10038889	Obter Dados sobre Hiperalgisia	b280
10033922	Obter Dados sobre Integridade da Pele	b810
10033933	Obter Dados sobre Integridade da Pele, antes de Cirurgia	b810
10042943	Obter Dados sobre Lesão	b810
10044032	Obter Dados sobre Lesão Elétrica	b810
10044169	Obter Dados sobre Lesão por Laser	b810
10044045	Obter Dados sobre Lesão por Radiação	b810

10044050	Obter Dados sobre Lesão por Transferência	b810
10044021	Obter Dados sobre Lesão Química	b810
10050164	Obter Dados sobre Micção	b620
10040538	Obter Dados sobre Pele Periestomal	b810
10038964	Obter Dados sobre Resposta Psicológica à Dor	b280
10030656	Obter Dados sobre Retenção Urinária Usando Ultrassom	b620
10030723	Obter Dados sobre Risco de Lesão por Transferência	b810
10030710	Obter Dados sobre Risco de Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10040847	Obter Dados sobre Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10033135	Orientar Autocateterismo	d5300
10033086	Orientar Cuidador	e340
10019518	Orientar Cuidador Familiar sobre Procedimento Cirúrgico, antes de Cirurgia	e340
10033093	Orientar Cuidador sobre Treinamento de Uso do Vaso Sanitário e Higienização, após Evacuar e Urinar	d5300, d5301
10038337	Orientar Família sobre Manejo (Controle) da Dor	b280, e310
10033029	Orientar sobre Autocuidado com a Pele	b810
10034974	Orientar sobre Cicatrização da Ferida	b810
10040615	Orientar sobre Complicações da Pele Periestomal	b810
10034961	Orientar sobre Cuidados com Ferida	b810
10042825	Orientar sobre Cuidados com os Pés	d520
10044218	Orientar sobre Cuidados com Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10032902	Orientar sobre Dispositivo	e115

10037474	Orientar sobre Dispositivo para Mobilização	e120, d420
10039115	Orientar sobre Dor	b280
10045482	Orientar sobre Eliminação	b525
10045196	Orientar sobre Função do Sistema Urinário	b620
10045203	Orientar sobre Irrigação da Bexiga Urinária	b620
10019489	Orientar sobre Manejo (Controle) da Dor	b280
10045261	Orientar sobre Manejo (Controle) da Incontinência Urinária	b620
10036861	Orientar sobre Prevenção de Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10050965	Orientar sobre Serviço de Saúde	e355
10045226	Orientar sobre Treinamento de Bexiga	b620, d5300
10043558	Orientar sobre Treinamento Intestinal	d5301
10045149	Orientar sobre Troca de Cobertura de Ferida (ou Curativo)	b810
10006028	Planejar Alta por Cuidador Familiar	e340
10015484	Preparar a Pele, antes de Cirurgia	b810
10040224	Prevenção de Úlcera (Lesão) por Pressão	b810
10046454	Prevenir Constipação	b525
10015654	Prevenir Lesão Elétrica	b810
10015683	Prevenir Lesão Mecânica	b810
10015665	Prevenir Lesão por Laser	b810
10015696	Prevenir Lesão por Radiação	b810
10015631	Prevenir Lesão Química	b810

10015704	Prevenir Lesão Térmica	b810
10036078	Promover Apoio Familiar	e310
10041157	Promover Capacidade para Transferir-se, por si próprio	d420
10036066	Promover Comunicação Familiar, Eficaz	e310
10036717	Promover Eliminação Intestinal, Eficaz	b525
10036729	Promover Eliminação Urinária, Eficaz	b620
10032483	Promover Higiene Oral (ou Bucal)	d520
10038469	Promover Manejo (Controle) de Sintoma, por si próprio	e120
10037636	Promover Marcha (Caminhada) com uso de Dispositivo	e120
10037379	Promover Mobilidade Física	d420
10050366	Promover o Banho, por si próprio	d510
10052105	Promover o Dispositivo para Mobilização	e120
10036218	Promover Papel de Cuidador	e340
10036084	Promover Processo Familiar, Eficaz	e310
10037689	Promover Rotina Intestinal	d5301
10037691	Promover Rotina Vesical	d5300
10050321	Promover Uso do Vaso Sanitário e Higienização, por si próprio, após Evacuar e Urinar	d5300, d5301
10046973	Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio ao Cuidador para Manejo (Controle), por si próprio	e340
10027051	Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	e310
10027046	Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Social	e310
10042645	Relatar Condição a Equipe Interprofissional	e355



10033188	Transferir Paciente	d420
10033231	Tratar Condição da Pele	b810
10044729	Tratar Constipação	b525
10033220	Tratar Lesão	b810
10045131	Trocar Cobertura de Ferida (ou Curativo)	b810
10045219	Utilizar Técnica de Treinamento de Bexiga	b620, d5300

---

