

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta
tese será disponibilizado
somente a partir de

24/02/2024.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Patrícia Helena Corrêa Alegre

**ATUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE APLICATIVO DE
SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE® EM
SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Botucatu

2022

Patrícia Helena Corrêa Alegre

**ATUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE APLICATIVO DE
SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE® EM SAÚDE DA MULHER
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Jensen

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Alegre, Patricia Helena Correa.

Avaliação do subconjunto terminológico da Cipe® para saúde da mulher na atenção básica / Patricia Helena Correa Alegre.
- Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Rodrigo Jensen

Capes: 40406008

1. Atenção primária à saúde. 2. Diagnóstico de enfermagem.
3. Saúde da mulher.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Diagnóstico de enfermagem; Saúde da mulher.

Patrícia Helena Corrêa Alegre

**ATUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE APLICATIVO DE
SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE® EM SAÚDE DA MULHER
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para defesa de tese no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso Doutorado Acadêmico.

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Rodrigo Jensen (Orientador)
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Profa. Dra. Candida Caniçali Primo
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Profa. Dra. Anna Paula Ferrari
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Dra. Fernanda Cristina Manzini Sleutjes

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me guiado e me protegido, durante todo meu caminho. Proporcionando essa realização na minha vida, pois o que um dia parecia ser impossível, hoje se torna uma realidade. Muito obrigado ó Pai, por essa graça alcançada!

Agradeço à minha família: minha mãe Helena, meu pai Wanderley e minha irmã Vitória por estarem sempre ao meu lado, pelo amor incondicional e por todo o incentivo. Principalmente meus pais por todos os esforços e batalhas durante toda a minha vida, para que nunca me faltasse nada, me incentivando nos estudos sempre e por todo o apoio e amor.

As minhas amigas Marcelli e Maiara que conheci no doutorado e que ficarão para sempre em minha vida, uma amizade que espero que dure para sempre. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.

Meu namorado Cleiton por estar sempre ao meu lado, nos momentos bons e ruins. Por toda paciência, apoio, carinho, companheirismo e amor durante todo esse período e por todos os anos em minha vida. Amo você!

Meu professor e orientador Rodrigo Jensen, por aceitar me orientar e por ter me passado muitos ensinamentos e conhecimentos. Eu agradeço por toda paciência, todo apoio, ajuda e disposição sempre que precisei. Obrigada por me ajudar a realizar esse sonho.

Agradeço a todos os participantes de minha banca por aceitarem participar, foram escolhidas com muito carinho e sei que nos trarão grandes contribuições.

A todos os profissionais enfermeiros que participaram desta pesquisa.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da FMB/UNESP por todos os ensinamentos e a toda equipe de servidores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida durante o período do doutorado.

À Banca, por ter aceitado participar de minha qualificação, foram escolhidas com muito carinho e sei que nos trarão grandes contribuições.

APRESENTAÇÃO

Nos tempos da graduação em enfermagem, na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP (2009-2012), confesso que eu gostava mais da área hospitalar e não me via na atenção primária a saúde. Gostava de unidades de terapia intensiva, clínica médica e pronto-socorro. No entanto, nos estágios voltados à atenção primária à saúde gostava muito do atendimento de saúde da mulher na área ginecológica e também no atendimento de gestantes realizando o pré-natal.

Quando me formei, meu sonho era fazer residência. Fui fazer residência no Hospital Sírio Libanês em enfermagem Clínico-cirúrgica, que era uma área com a qual eu me identificava. Jamais imaginava que durante minha residência passaria novamente na atenção primária a saúde, mas durante três meses passamos em unidades da atenção primária, no segundo ano da residência me afluindo um novo sentimento em relação à essa área observando a importância da atenção primária sendo a porta de entrada para atenção aos usuários.

Vi então outra realidade, diferente do que havia vivido na graduação. Fazíamos várias visitas domiciliares, atendíamos muitos moradores de rua e como enfermeira residente eu tinha mais autonomia nas unidades. Isso me fez ter outra visão da atenção primária à saúde, de sua importância para os usuários, de sua complexidade e também ver a importância do enfermeiro e sua autonomia nos serviços.

Concomitante a isso, com a discussão de casos, ensinamento dos tutores durante a residência, comecei a pesquisar sobre o enfermeiro na área do ensino e pesquisa, e com o passar do tempo fui tomando essa decisão. Não ficaria trabalhando no hospital após finalizar a residência e me dedicaria ao ensino e pesquisa.

Entrei em contato com professores da clínica médica, pois era a área que eu estava me especializando na residência. Em março de 2015 finalizei minha residência e comecei o mestrado em Fisiopatologia em Clínica Médica, gostei muito, porém era algo muito fora da área da enfermagem e durante o mestrado comecei a sentir necessidade de estar mais relacionada à enfermagem.

Durante todo o mestrado, cursei várias disciplinas no Programa de Pós-graduação em enfermagem para estar mais próxima da área e tive aulas sobre processo de enfermagem e sobre a CIPE.

Confesso que eu nunca havia tido contato com a CIPE durante a graduação e residência, mas frequentando as aulas conheci e comecei a pesquisar sobre essa

classificação. Tive aulas com o professor Rodrigo e comecei a me identificar com o tema. Foi então que tomei a decisão de procurá-lo para desenvolver uma pesquisa em enfermagem no doutorado. Decidimos então trabalhar com a CIPE, que era uma classificação nova para mim, mas que me despertou um interesse muito grande pela facilidade do uso comparado a outras classificações e por ser uma das linhas de pesquisa do meu orientador resolvemos então fazer nosso projeto sobre a CIPE e escolhermos a área de saúde da mulher e pré-natal e pós-parto.

Quando tive contato com os subconjuntos construídos pelos docentes em parceria com enfermeiros e com a secretaria da saúde, pude perceber a importância deles para os enfermeiros no auxílio do processo de enfermagem e a partir disso iniciamos esta pesquisa.

RESUMO

Alegre, PHC. Atualização e Avaliação de Subconjuntos Terminológicos da CIPE® em Saúde da Mulher na Atenção Primária à Saúde [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. 2022.

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE) auxilia o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado, assim como formar hábitos de raciocínio clínico e habilidades ao pensamento crítico. O uso de terminologias é considerado imprescindível e necessário para a transferência e divulgação de informações científicas, tecnológicas e profissionais, permitindo a uniformidade do significado e a eficácia na comunicação. No contexto da atenção primária à saúde, as etapas do PE são realizadas na consulta de enfermagem. Na atenção à saúde da mulher, a integralidade é compreendida como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. A CIPE® promove o desenvolvimento tecnológico e científico da profissão, favorece o reconhecimento profissional decorrente do registro e da qualidade do atendimento na prática, principalmente quando direcionada a áreas específicas do cuidado em enfermagem, representadas pelos subconjuntos terminológicos; estes são constituídos por conjuntos de termos e afirmativas para a construção de diagnósticos (DE), resultados e intervenções (IE). O desenvolvimento de dispositivos móveis e de novas tecnologias constituem fortes aliados para o cuidado de enfermagem e os aplicativos vem ganhando espaço e importância, sendo então necessárias a avaliação de sua usabilidade. **Objetivos:** Atualizar os subconjuntos terminológicos em saúde da mulher, construir definições operacionais dos enunciados de diagnósticos de enfermagem e avaliar a usabilidade do aplicativo CIPE-APS em consultas de enfermagem em saúde da mulher. **Métodos:** Trata-se de estudo metodológico, que percorreu as etapas: (i) revisar subconjuntos terminológicos e atualizar os diagnósticos para versão CIPE® 2019/2020; (ii) construir definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem; (iii) validar por consenso as definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados por enfermeiros experts; e (iv) avaliar a usabilidade do aplicativo CIPE-APS para os subconjuntos de saúde da mulher e pré-natal e pós-parto. **Resultados:** Foi realizado o levantamento da frequência dos DE e IE utilizados nas consultas de enfermagem durante o processo de revisão e atualização dos subconjuntos. No subconjunto de saúde da mulher, foram construídas 228 definições operacionais aos enunciados de diagnósticos que foram avaliadas pelos experts, dessas 223 (97,80%) obtiveram percentual $\geq 80\%$ na primeira rodada de avaliação. Das 255 definições operacionais do subconjunto terminológico de pré-natal e pós-parto, avaliadas pelos experts, 248 (97,25%) obtiveram percentual $\geq 80\%$ na primeira rodada de avaliação. Na avaliação da usabilidade, o aplicativo obteve média de escore de 84 (DP 11,1) pontos e foi classificado como melhor imaginável (49%), excelente (30%) e bom (22%). **Conclusão:** O levantamento dos principais DE e IE durante o processo de revisão e de atualização corroborou com os resultados encontrados em estudos mostrando que a construção do subconjunto terminológico traz o perfil das mulheres atendidas não somente no local do estudo mas em âmbito nacional. As definições operacionais dos DE e IE, construídas nesse estudo, alcançaram um significativo percentual de concordância na validação, segundo a avaliação dos experts. Isso dá ênfase à relevância clínica dos subconjuntos terminológicos de saúde da mulher e de pré-natal e pós-parto. Com relação ao aplicativo CIPE-APS, a avaliação da usabilidade do aplicativo atingiu escore alto e assim conclui-se que este é eficiente e satisfatório aos usuários, assim como, propicia a

informatização da assistência, contribui para a assistência ao paciente, melhora a prática assistencial da enfermagem, favorece a implementação do PE, possibilita alcance à terminologia padronizada de enfermagem de forma mais rápida e acessível durante as consultas de enfermagem.

Descritores: Classificação; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Processo de enfermagem; Tecnologia da Informação, Atenção Primária a Saúde; Saúde da Mulher

ABSTRACT

Alegre, PHC. Updating and Evaluation of the CIPE® terminological Subsets in Women's Health in Primary Health care. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. 2022.

Introduction: The Nursing Process helps nurses to organize and prioritize care, as well as how to form clinical reasoning habits and critical thinking skills. The use of terminologies is considered essential and necessary for the transfer and dissemination of scientific, technological and professional information, allowing uniformity of meaning and effectiveness in communication. In the context of primary health care, the stages of the nursing process are carried out in the nursing consultation. In women's health care, comprehensiveness is understood as the concretization of care practices that guarantee women's access to resolute actions built according to the specificities of the female life cycle and the context in which the needs are generated. CIPE® promotes the technological and scientific development of the profession, favors or professional recognition according to the registration and the quality of care in practice, mainly when directed to specific areas of nursing care, represented by terminological subsets; these are constituted by sets of terms and affirmatives for the construction of diagnoses, results and interventions. The development of mobile devices and new technologies constitute strong allies for the care of patients and the applications are gaining space and importance, being therefore necessary to assess their usability. **Objectives:** To update the terminological subsets in women's health, build operational definitions of nursing diagnoses and evaluate the usability of the CIPE-APS application in nursing consultations in women's health. **Methods:** This is a methodological study, which covered the steps: (i) reviewing terminological subsets and updating the diagnoses to the CIPE® 2019\2020 version; (ii) build operational definitions of nursing diagnoses/outcomes; (iii) validate by consensus the operational definitions of the statements of diagnoses/results by expert nurses; and (iv) to evaluate the usability of the CIPE-APS application for the subsets of women's health and prenatal and postpartum health. **Results:** A survey was carried out on the frequency of the nursing diagnosis and nursing interventions used in nursing consultations during the process of reviewing and updating the subsets. Were constructed 228 operational definitions to the statements of diagnoses. No subset of women's health, out of 228 operational definitions assessed by experts, 223 (97.80%) obtained a percentage $\geq 80\%$ in the first round of assessment. Of 255 operational definitions of the terminological subset of prenatal and postpartum, assessed by experts, 248 (97.25%) obtained a percentage $\geq 80\%$ in the first round of assessment. **Conclusion:** The survey of the main nursing diagnosis and nursing interventions during the review and update process corroborated the results found in studies showing that the construction of the terminological subset brings the profile of the women served not only at the study site but at the national level. The operational definitions of two nursing diagnoses and nursing interventions, constructed in this study, reached a significant percentage of agreement in validation, based on the assessment of two experts. This emphasizes the clinical relevance two terminological subsets of women's health and prenatal and postpartum. In relation to the CIPE-APS application, the appraisal of the usability of the application had a high score and it was also concluded that it is efficient and satisfies users, as well as favors computerization of care, contributes to patient care, improves practice Nursing care, favors the implementation of the nursing process and makes it possible to reach standardized nursing terminology more quickly and easily during nursing consultations.

Descriptors: Classification; Nursing care; Standardized Nursing Terminology; Nursing process; Information Technology; Women's Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência humana adquirida
APS	Aplicativo
APPMS	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CSE	Centro de Saúde Escola
CTD-CAPES	Catálogo de Teses e Dissertações CAPES
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DUSI	Drug Use Screening Inventory
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma vírus humano
GOe	<i>Global Observatory for eHealth</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Intervenções de Enfermagem
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
LILACS	Base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da saúde
NANDA	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Procedimento de enfermagem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
RMN	Risco de Mortalidade Neonatal
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema único de saúde
SUS (ESCALA)	System Usability Scale
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs)
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) publicados (artigos, dissertações e teses) no Brasil entre 2011 e 2021. Botucatu, SP, Brasil, 2021	35
Quadro 2 – Critérios para a seleção dos expertos	49
Quadro 3 - Escala de usabilidade System UsabilityScale	52
Quadro 4 - Grau de concordância da escala System UsabilityScale	49
Quadro 5- Diagnósticos utilizados durante as consultas de enfermagem em saúde da mulher. Botucatu, SP, 2016.	54
Quadro 6 – Intervenções de enfermagem utilizadas durante as consultas de enfermagem em saúde da mulher. Botucatu, SP, 2016.	57
Quadro 7- Diagnósticos utilizados durante as consultas de enfermagem de pré-natal e pós-parto. Botucatu, SP, 2016.	58
Quadro 8 – Intervenções de enfermagem utilizadas durante as consultas de enfermagem de pré-natal e pós-parto. Botucatu, SP, 2016.	60
Quadro 9 - Perfis/Classificação dos enfermeiros que participaram do teste de usabilidade do aplicativo. Botucatu, SP, 2021.	63
Quadro 10 – Respostas da questão dissertativa não obrigatória. Botucatu, SP, 2021.	64
Quadro 11 – Definição operacional de diagnósticos de enfermagem do subconjunto terminológico de saúde da mulher avaliados em segunda rodada e terceira rodada. Botucatu, SP, 2021.	65
Quadro 12 – Definição operacional de diagnósticos de enfermagem do subconjunto terminológico de pré-natal e pós-parto avaliados em segunda rodada e terceira rodada. Botucatu, SP, 2021.	76
Quadro 13 – Diagnósticos de enfermagem em saúde da mulher, segundo as Necessidades Psicobiológicas, definição operacional e porcentagem de concordância (Pc) entre os expertos. Botucatu, SP, 2021.	80
Quadro 14 – Diagnósticos de enfermagem em saúde da mulher, segundo as Necessidades Psicossociais, definição operacional e porcentagem de concordância (Pc) entre os expertos. Botucatu, SP, 2021.	81
Quadro 15 – Diagnósticos de enfermagem em pré-natal e pós-parto, segundo as Necessidades Psicoespirituais, definição operacional e porcentagem de concordância (Pc) entre os expertos. Botucatu, SP, 2021.	95
Quadro 16 – Diagnósticos de enfermagem em pré-natal e pós-parto, segundo as Necessidades Psicobiológicas, definição operacional e porcentagem de concordância (Pc) entre os expertos. Botucatu, SP, 2021.	100
Quadro 17 – Diagnósticos de enfermagem em pré-natal e pós-parto, segundo as Necessidades Psicossociais, definição operacional e porcentagem de concordância (Pc) entre os expertos. Botucatu, SP, 2021.	101
Quadro 18 – Diagnósticos de enfermagem em pré-natal e pós-parto, segundo as Necessidades Psicoespirituais, definição operacional e porcentagem de concordância (Pc) entre os expertos. Botucatu, SP, 2021.	102
Quadro 19- Porcentagem de concordância das definições operacionais dos Diagnósticos de Enfermagem em saúde da mulher, segundo as necessidades. Botucatu, SP, 2021.	103
Quadro 20- Porcentagem de concordância das definições operacionais dos Diagnósticos de Enfermagem em pré-natal e pós-parto, segundo as necessidades. Botucatu, SP, 2021.	105

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Diagrama de fluxo da revisão com as bases de dados, registros da busca e inclusão dos estudos 34
- Figura 2 - Classificação do aplicativo segundo a escala System Usability Scale. Botucatu, SP, 2021. 102

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	16
1.1 Referencial Teórico	30
1.1.1 Referencial das Necessidades Humanas e Sociais.....	31
3.2 Revisão da literatura	32
2. OBJETIVOS	45
3. MATERIAIS E MÉTODOS	45
3.1 Desenho do estudo	45
3.2 Cenário do estudo	45
3.3 Revisão dos subconjuntos terminológicos e atualização	46
3.4 Construção de definições operacionais dos enunciados de diagnósticos de enfermagem	48
3.5 Validação das definições operacionais	48
3.6 Avaliação de usabilidade do aplicativo CIPE-APS	50
4. RESULTADOS	54
4.1 Revisão e Atualização dos Subconjuntos Terminológicos CIPE®	54
4.2 Construção de definições operacionais dos enunciados de diagnósticos de enfermagem	62
4.3 Validação das definições operacionais	62
4.4 Avaliação da usabilidade do aplicativo CIPE–APS	102
5. DISCUSSÃO	105
6. CONCLUSÃO	115
7. REFERÊNCIAS	117
8. ANEXOS	139

INTRODUÇÃO

As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) devido a maior consciência sobre os cuidados com a saúde e por adoecerem com maior frequência que os homens. Estas frequentam os serviços de saúde para o próprio atendimento e para o acompanhando de familiares, vizinhos e amigos de todos os gêneros e idade ⁽¹⁾.

O Ministério da Saúde (MS), considerando a saúde da mulher uma prioridade, visto os dados epidemiológicos da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no ano de 2004 ⁽²⁾.

A PNAISM tem como objetivos gerais: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, garantindo os direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir na redução da morbi-mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. O PNAISM visou a inclusão da assistência à mulher desde adolescência até a terceira idade, passando a respeitar e comprometer-se com os seus direitos ⁽²⁾.

Em seguida, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), no período 2013-2015, foi proposto a partir da realização de três Conferências Nacionais (2004, 2007 e 2011), e tem sido ferramenta orientadora de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades de gênero presentes nos vários níveis, setores e atividades do país. Segundo o PNPM, as mulheres conformam um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde destas. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS um especial olhar para este segmento da população ⁽³⁾.

Em 2011 foi instituído pelo MS, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, um complemento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), sendo

estratégia que visa implementar uma rede de cuidados assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, assim como, reduzir a morbimortalidade materno-fetal através do acompanhamento do binômio mãe-bebê, buscando o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio ⁽⁴⁾. Os componentes da Rede Cegonha são: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico (transporte sanitário e regulação) ⁽³⁾.

De 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos, sendo que aproximadamente 67% foram decorrentes de causas obstétricas diretas (complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério) devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As causas obstétricas diretas que se destacaram nesse período foram: hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. Já as causas obstétricas indiretas predominantes foram: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, AIDS e doenças infecciosas e parasitárias maternas ⁽⁵⁾.

Entre 2017 e 2018 o Brasil conseguiu reduzir em 8,4% a razão de mortalidade materna (RMM), ainda assim, o país está acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU). O Ministério da Saúde (MS) reforça que a redução do óbito materno é uma das prioridades da pasta e tem investido em ações para isso ⁽⁵⁾.

O Brasil foi convocado a eliminar a mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030 através de uma iniciativa da ONU, chamada Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) cuja meta é diminuir a RMM mundial para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos ⁽⁵⁾. O MS então tem implementado políticas para fortalecer e qualificar as ações no atendimento às gestantes, na melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério ⁽⁵⁾.

Apesar da redução da mortalidade no Brasil ainda há um número expressivo de mortes que ocorrem por causas evitáveis, relacionadas às ações dos serviços de saúde como a atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido. A causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal são a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial, que mantém incidência elevada mesmo com a ampliação da cobertura do

acompanhamento pré-natal. Com o objetivo de reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil foi instituída a Rede Cegonha ⁽⁶⁾.

Os princípios da Rede Cegonha são: humanização do parto e nascimento; organização dos serviços de saúde; acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; gestante não peregrina; e realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno ⁽⁶⁾.

Dentre as situações peculiares ao ser feminino na vida da mulher, destaca-se o período gravídico-puerperal, que se estende até ao pós-parto, também chamado como puerpério. O pós-parto é um período complexo pelo entrelaçamento dos aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais, relacionais, socioculturais, econômicos e por questões de gênero. Torna-se então necessário uma assistência qualificada e realizada de forma holística ⁽⁷⁾.

A equipe de enfermagem é importante na atenção à saúde da população, e especificamente às mulheres, atuando na promoção, prevenção, reabilitação e na assistência, nos contextos pessoal, familiar e social ⁽⁸⁾. A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, e desenvolve-se a partir do PE, através do raciocínio clínico e método científico são identificadas situações de saúde e doença, realizadas prescrições e implementação de medidas de Enfermagem para a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, sendo o enfermeiro capaz de chegar a conclusões efetivas a respeito das necessidades humanas afetadas ⁽⁸⁾.

Na consulta de enfermagem à mulher, o enfermeiro necessita realizar uma aproximação cuidadosa, utilizando de habilidade de relacionamento interpessoal, atenção a comunicação não verbal, não impor valores pessoais e não emitir juízos de valor sobre o que ouvir, não interromper as respostas durante a entrevista para coleta de dados e nem direcionar com perguntas fechadas; aceitar seus valores e lembrar que ela faz parte de um núcleo familiar ⁽⁸⁾.

Segundo o Caderno de Atenção Básica número 32 de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, é atribuição dos enfermeiros na APS: orientar mulheres e famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação; consulta de pré-natal de gestação de

baixo risco intercalada com a presença do médico; solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal; orientar a vacinação das gestantes; identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos; orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidades; orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar ⁽⁶⁾.

Com relação às ações na APS no controle dos cânceres do colo do útero e da mama, são atribuições do enfermeiro: atender as usuárias de maneira integral; realizar consulta a coleta do exame citopatológico de acordo com a faixa etária e quadro clínico; solicitar exames de acordo com os protocolos estabelecidos; examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e de mama; avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, encaminhar para os serviços de referência; prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como infecções sexualmente transmissíveis, na oportunidade do rastreamento; realizar cuidado paliativo de acordo com as necessidades da usuária; avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência; contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde ⁽⁹⁾.

As atribuições dos enfermeiros em saúde sexual e reprodutiva são: proporcionar condições que favoreçam o estabelecimento de vínculo com o usuário; qualificar e sensibilizar os profissionais envolvidos no atendimento, reforçando o conceito amplo da sexualidade; realizar visita domiciliar ou consulta de enfermagem com escuta qualificada; identificar grupos de risco, abuso de substâncias químicas, álcool e tabagismo; pesquisar e identificar comorbidades existentes; encaminhar para grupos de apoio, psicólogo, assistente social, serviços secundários para o tratamento de álcool e drogas; realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis e a

prevenção das mesmas; orientar e oferecer preservativos; realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima, qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados; ofertar, indicar, prescrever e realizar exames de rastreamento de câncer de mama, útero, colo de útero, conforme idade e recomendação do MS; ofertar e realizar testes rápidos diagnósticos, observando comportamento de risco e vulnerabilidade; monitorar e avaliar a aderência ao tratamento de pacientes já diagnosticados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis e hepatites virais; realizar e orientar quanto às atitudes para redução de danos, ofertando insumos e condições disponíveis no município, podendo encaminhar aos programas existentes dentro da rede de saúde; aconselhamento reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos, incentivando a participação na decisão individual ou do casal, caso essa seja a escolha; verificar indícios de violência ou sofrimento psíquico, orientando e encaminhando aos serviços de apoio, assim como o tipo e as condições de moradia e sustento; identificar a existência do desejo de adotar ou ter filhos, indicando exames necessários e encaminhando ao serviço social para melhor orientação e, caso necessário, encaminhar para o serviço de reprodução assistida; acompanhar o processo de preconcepção e pré-natal; envolver a família no cuidado e atenção à saúde, formando pontos de apoio familiar, quando expresso esse desejo ⁽⁸⁾.

Atribuições do enfermeiro no período de climatério e menopausa podem ser citadas: realizar a consulta de enfermagem; prescrever cuidados de enfermagem; realizar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, tal como ocorre na coleta de exame citopatológico; solicitar exames e prescrever medicamentos estabelecidos em protocolos ou normas técnicas aprovadas pela instituição e gestor local; realizar práticas integrativas e complementares em saúde dentre as ações de cuidado, se detentor de formação especializada com registro do título no conselho regional; conduzir e coordenar grupos terapêuticos; participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente; efetuar a referência e contra referência das usuárias; desenvolver e atualizar protocolos relativos à atenção de enfermagem; desenvolver ações de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem⁽⁸⁾.

Durante a consulta de enfermagem, destaca-se a etapa do diagnóstico de enfermagem, que envolve a análise e a interpretação das informações obtidas para a tomada de decisão

sobre a avaliação de saúde da mulher, utilizando terminologia de enfermagem ⁽⁸⁾.

A enfermagem como profissão, reconhecida desde a segunda metade do século XIX, vem expandindo seu campo de atuação profissional em diversos países e o grande contingente numérico destes profissionais também demonstra o reconhecimento social da profissão. Entretanto, a profissão ainda apresenta alguns desafios quanto à autonomia profissional, o reconhecimento social e o domínio de um campo específico/próprio de conhecimento ⁽¹⁰⁾.

Para isso a enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos, com metodologia própria de trabalho, propondo novas alternativas de assistência, respaldadas por base teórico-científica e sustentadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ^(11,12).

A teórica Wanda de Aguiar Horta. Esta, em meados de 1970, introduziu no Brasil o Processo de Enfermagem (PE) e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) que propôs um modelo fundamentado nas necessidades humanas, visando assegurar um processo adequado para a assistência de enfermagem ⁽¹³⁾.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização das etapas do Processo de Enfermagem” ⁽¹⁴⁾. O PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e também a documentação da prática; visto que a operacionalização e documentação do PE evidenciam a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional ⁽¹⁴⁾.

O PE auxilia o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado, formar hábitos de raciocínio clínico e habilidades ao pensamento crítico ⁽¹⁵⁾. De acordo com a Associação Americana de Enfermagem (*American Nurses Association*), o PE sustenta grande parte dos modelos de cuidado, forma a base para a tomada de decisão e serve como modelo de pensamento crítico, visando a promoção de um nível competente de cuidado de enfermagem ^(15,16).

As principais dificuldades para a implementação do PE na atenção primária à saúde relacionam-se à gestão dos serviços de saúde. As dificuldades identificadas não estão associadas apenas à resistência do enfermeiro, mas também a interesses políticos e

administrativos que contrapõem a prática da profissão ⁽¹⁷⁾. Estudo⁽¹⁸⁾ realizado com gestores verificou que há necessidade de ampliar a visão dos enfermeiros gestores, quanto ao conceito e à importância do PE enquanto metodologia assistencial. Além disso, é preciso se mobilizar para a qualificação dos profissionais sobre como implementar o PE e assim oferecer uma assistência de enfermagem que busque excelência no cuidado do paciente. Outro estudo⁽¹⁹⁾ aponta que os enfermeiros estão conscientes da relevância do PE, no entanto alguns desafios dificultam sua realização. Entre esses desafios destacam-se, a grande demanda de usuários que extrapola o quantitativo de profissionais de enfermagem preconizado para cada equipe, o tempo limitado para o atendimento e acompanhamento dos usuários, a sobrecarga de trabalho e a ausência de atualização profissional.

Nesse contexto, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) tem desenvolvido programas de capacitação profissional baseados na implementação do PE, a fim de evitar a lacuna no processo de formação dos profissionais ⁽¹⁹⁾. O COFEN, por meio da Resolução 358/2009, preconiza a implementação do PE, realizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem ⁽¹⁴⁾. Estabelece ainda que o PE seja realizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Essas cinco etapas são a coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação de enfermagem ⁽¹⁴⁾.

Na etapa do diagnóstico de enfermagem, realizado durante o PE, os dados coletados são agrupados e interpretados levando à tomada de decisão às respostas da pessoa, família ou coletividade em um certo momento do processo saúde e doença⁽²⁰⁾. Assim, o diagnóstico constitui a base para realizar a seleção das ações ou intervenções, com o objetivo de alcançar os resultados esperados ⁽¹⁴⁾. O diagnóstico de enfermagem permite traçar o perfil de uma determinada população e, com isso, podem ser implementados programas de promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação, a fim de que as necessidades detectadas sejam evitadas, minimizadas ou suprimidas ^(21,22). Os diagnósticos são validados e incorporados à prática clínica utilizando sistemas de linguagem padronizada de enfermagem, com o objetivo de padronizar a linguagem usada pelos profissionais de enfermagem ⁽²³⁾.

Para a realização da padronização da linguagem é fundamental o uso de um vocabulário próprio, representado por classificações de enfermagem. A enfermagem tem

buscado o fortalecimento da sua prática clínica por meio da consolidação científica e para isso tem se tornado fundamental o uso de um vocabulário próprio⁽²⁴⁾. As classificações têm a finalidade de estabelecer uma linguagem comum para os fenômenos da enfermagem. Dentre as vantagens do uso das classificações observa-se a comparação dos dados entre populações, áreas geográficas e tempos diferentes, o estímulo às pesquisas de enfermagem devido à articulação de dados, a influência da prática clínica e decisões sobre o cuidado de enfermagem, a provisão de recursos humanos e materiais, a expectativa de tempo gasto e custo para a realização de atividades de enfermagem, entre outros, sendo favorecido no uso de prontuários eletrônicos⁽²⁵⁾.

O uso de terminologias é considerado imprescindível e necessário para a transferência e divulgação de informações científicas, tecnológicas e profissionais, permitindo a uniformidade do significado e a eficácia na comunicação. Como citado, o uso de terminologias é bastante significativo, por ainda se debater a fragilidade da enfermagem em relação a visibilidade dos cuidados nas estatísticas, indicadores e relatórios de saúde. A organização de uma terminologia revela o conhecimento acerca de determinada área^(10,26).

Os sistemas de linguagem padronizada predominantes na assistência de enfermagem brasileira são a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)^(24,27). Dentre os sistemas de linguagem padronizada, a CIPE® vem se destacando na Atenção Primária à Saúde no cenário nacional. Além disso, o PE também deve estar baseado num suporte teórico para que se oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que dessa forma também forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

A CIPE® foi proposta pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE)⁽²⁵⁾, em 1989, com a finalidade de desenvolver uma classificação internacional dos elementos da prática profissional para padronizar a linguagem da Enfermagem, conseguir a obtenção de registros confiáveis e também a formulação de políticas de saúde. Por ser um instrumento dinâmico e mutável, sua evolução se apresenta em 11 versões diferentes até o momento (Alfa, Beta, Beta 2, Versão 1.0, Versão 1.1, Versão 2, Versão 2011, Versão 2013, Versão 2015 e Versão 2017 e versão 2019). O Modelo de Sete Eixos, apresentado

na versão 1.0, de 2005, foi mantido nas versões subsequentes, assim como os conceitos primitivos e pré-coordenados, sendo então considerada uma terminologia combinatória e enumerativa^(26,28).

A CIPE[®] promove o desenvolvimento tecnológico e científico da profissão, favorece o reconhecimento profissional decorrente do registro e da qualidade do atendimento na prática, principalmente quando direcionada a áreas específicas do cuidado em enfermagem, representadas pelos subconjuntos terminológicos; estes são constituídos por conjuntos de termos e afirmativas para a construção de diagnósticos, resultados e intervenções^(27,29). O CIE apoia que centros de pesquisa, a partir destes termos, construam subconjuntos terminológicos para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, nos diversos cenários assistenciais, acolhendo a participação de enfermeiros no âmbito nacional para o desenvolvimento e validação de subconjuntos terminológicos da CIPE[®]⁽²⁶⁾.

O programa CIPE[®] envolve três componentes que atuam articulados: Pesquisa e Desenvolvimento; Manutenção e Operação; e Disseminação e Educação. Esses componentes dão sustentação ao ciclo de vida da terminologia⁽³⁰⁻³⁴⁾.

O componente Pesquisa e Desenvolvimento compreende os estudos que estão sendo realizados no mundo, que envolvem os processos de validação de conceitos, análises semânticas, aplicação e utilidade prática da CIPE[®]. Enquanto, o componente Manutenção e Operações centra-se na prática baseada em evidências e na melhoria da qualidade do conteúdo^(30, 32).

Na Disseminação e Educação considera-se que a única maneira de avaliar o potencial e a qualidade de uma tecnologia de informação, no caso uma terminologia, é a partir da familiaridade que se demonstre com seu uso na prática profissional^(30, 32).

A CIPE[®] define diagnóstico de enfermagem como um “título atribuído pelo enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é foco de intervenções de enfermagem”. Os resultados de enfermagem são definidos como a “medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos no tempo, após uma intervenção de enfermagem”, portanto, são decisões tomadas sobre um fenômeno já julgado anteriormente, de modo a se concluir se um novo diagnóstico de enfermagem está presente ou se o estado do fenômeno se encontra inalterado, a despeito das intervenções realizadas. As intervenções de enfermagem são definidas como “ação tomada em resposta

a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem”
(25,28).

Frente ao incentivo do CIE na implementação do uso dos subconjuntos terminológicos, nas diversas áreas da saúde, este estudo volta-se à área de atenção à saúde da mulher, pré-natal e pós-parto. O gênero feminino, designado nesse estudo como mulher, representa, de acordo com o Censo demográfico publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a maioria da população brasileira e tem uma expectativa de vida superior à do gênero masculino, que está designado nesse estudo como homem ⁽³⁵⁾.

Conforme citado anteriormente, embora seja reconhecida a importância e a obrigatoriedade legal do PE verifica-se que sua implementação no cenário nacional ainda encontra dificuldades, principalmente, no âmbito da atenção primária. As experiências de implementação do PE têm ocorrido de forma retraída e se restringem, na maioria das vezes, a setores da área hospitalar ⁽³⁶⁾. No contexto da atenção primária à saúde, as etapas são realizadas na consulta de enfermagem que deve estar baseada num suporte teórico orientando na coleta de dados, na realização dos diagnósticos de enfermagem e no planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados^(14,29).

Frente a este panorama e considerando o aumento da fiscalização dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), com ações de autuação a serviços de saúde, houve a iniciativa de um grupo de docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – Universidade Estadual Paulista (UNESP) e da coordenação de Atenção Básica do município de Botucatu em desenvolverem ações à implementação do PE na APS. Devido às dificuldades relatadas pelos enfermeiros na atribuição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, o emprego de ferramentas como os subconjuntos terminológicos auxiliam os profissionais na tomada de decisão clínica. Assim, a partir de um projeto de extensão universitária¹ que teve início em 2015, foi proposta, com base na CIPE® versão 2013 e 2015, a construção de subconjuntos terminológicos como ferramenta de apoio à prática clínica do enfermeiro

¹Projeto de extensão universitária (com apoio da Pró-Reitoria de Extensão Universitária da UNESP) “Processo de Enfermagem na Atenção Básica”, coordenador Prof. Dr. Rodrigo Jensen.

na atenção primária. Os subconjuntos tiveram como foco a consulta de enfermagem nas áreas: saúde da mulher; pré-natal e pós-parto; saúde da criança; e saúde do adulto e idoso.

Foram organizados grupos de trabalho (GT) contando com docentes da UNESP e enfermeiros das redes de saúde previamente citadas. A partir da CIPE[®], cada GT construiu uma lista de diagnósticos e intervenções de enfermagem às áreas específicas. Essa tarefa representa a primeira etapa proposta pela CIE na construção de subconjuntos terminológicos⁽³⁷⁾. Foram também realizadas ações educativas de capacitação dos enfermeiros da rede em PE. Essas iniciativas foram reconhecidas por órgãos de representação, com o convite para que o projeto fosse apresentado na reunião da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da Associação Brasileira de Enfermagem durante o Congresso Brasileiro de Enfermagem (2015), também na reunião da Câmara Técnica da Atenção Básica no COREN-SP (2015).

A construção dos subconjuntos ocorreu entre os anos de 2015 e 2016; estes foram organizados sob a teoria das Necessidades Humanas Básicas, com exceção do subconjunto de Saúde da Criança. O processo de implantação nos serviços ocorreu a partir de outubro de 2016, para serem utilizados na prática clínica dos enfermeiros dos serviços da APS do município de Botucatu.

A elaboração de subconjuntos terminológicos requer acurácia, atenção criteriosa, e experiência dos pesquisadores, tendo sempre a recomendação de serem seguidos os padrões metodológicos, evitando assim, a perda de dados importantes e garantindo a qualidade. Além disso, a elaboração de novas afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem são fundamentais para a evolução da CIPE[®], que requer um processo criativo por parte dos autores⁽³⁴⁾.

A partir desse processo, foi proposta a construção de definições operacionais dos enunciados de DE presentes nos subconjuntos de saúde da mulher e de pré-natal e pós-parto. As definições operacionais são importantes pois contribuem para a assistência e a documentação da prática profissional, além disso asseguram uma assistência de qualidade, promovendo então a confiabilidade e a validade dos dados relacionados aos DE, ajudam na replicação de pesquisas e facilitam as relações dos novos achados com estudos anteriores⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Com o desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e o uso de equipamentos móveis como *smartphones* e *tablets* com acesso à internet, houve

o surgimento de uma gama de aplicativos e expansão do *mobile health* (mHealth) ou saúde móvel ⁽⁴¹⁾. Para facilitar o acesso dos enfermeiros aos subconjuntos terminológicos CIPE[®] propostos, foi construído um aplicativo para dispositivos móveis, a fim de permitir que os enfermeiros tivessem acesso ao subconjunto em seu dispositivo de uso pessoal⁽³⁷⁾. Nesse momento, a lista de diagnósticos de enfermagem dos subconjuntos foi re-categorizada segundo a teoria das Necessidades Humanas e Sociais⁴. Foi utilizado o banco de dados do subconjunto para a modelagem de um aplicativo para uso em dispositivos móveis, *smartphone* e *tablet*, nas plataformas *Android* e *iOS* dos sistemas operacionais da *Google* e *Apple*, que será utilizado neste estudo. O aplicativo, denominado de CIPE-APS, é de uso livre, aberto e funciona sem a necessidade de conexão com a internet (*offline*). Assim, para o uso do aplicativo é preciso fazer a instalação no dispositivo (*download*) e manter as atualizações de novas versões. O público alvo do aplicativo são profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, professores e estudantes ⁽³⁷⁾.

O uso das TICs vem crescendo de forma rápida, apresentando desenvolvimento contínuo, incluindo a internet, dispositivos ambientais e sistemas inteligentes de computação ⁽⁴²⁾.

As TICs influenciam as relações sociais, econômicas e políticas. Novos hábitos foram adquiridos e alteraram os costumes, a forma de consumo e a relação e comunicação entre os indivíduos na sociedade com o avanço tecnológico. As organizações cada dia mais têm buscado inovação, e a área de saúde vem acompanhando essa mesma realidade, incorporando o uso das TICs nas mais diversas aplicações, sendo utilizada para aumentar a qualidade da atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade, tornando o custeio dos sistemas de saúde mais sustentáveis e a medicina cada vez mais precisa e personalizada. Por meio das TICs, pacientes podem ter acesso à informações sobre patologias, medicamentos e como correm os tratamentos, adquirindo percepções e informações sobre a saúde ^(42,43).

O uso das TIC em saúde vem sendo disseminado em cursos à distância, em encontros e congressos de saúde, que vem discutindo as TICs no campo do trabalho, com a introdução dos prontuários eletrônicos, Programa Telessaúde Brasil, Universidade Aberta, entre outros; fortalecendo sua utilização como uma ferramenta também de formação profissional. Os avanços fazem com que profissionais cada vez mais detenham

conhecimento sobre tecnologia, para melhorar e aumentar a acessibilidade dos usuários aos serviços, qualificando o trabalho e contribuindo para o progresso social ^(44,45).

O desenvolvimento de dispositivos móveis e a adoção de novas tecnologias fizeram com que os aplicativos conquistassem espaço, pois são ferramentas que fazem parte do cotidiano através dos smartphones, sem restrição de tempo e espaço, proporcionando agilidade e a precisão das informações.

Os aplicativos de eHealth e mHealth fornecem oportunidades e soluções para melhorar o acesso aos serviços de saúde para usuários vulneráveis e de comunidades remotas, sendo empregado cada vez mais em países da região do Pacífico Ocidental visando alcançar a cobertura universal de saúde ⁽⁴⁶⁾. Os dispositivos móveis se destacam pela facilidade de utilização e familiaridade do usuário, tornando o uso de aplicativos um meio eficaz de atingir o público-alvo; porém, para que seu uso e aproveitamento sejam eficazes é necessário que suas interfaces tenham funcionalidades que permitam o mínimo possível de dificuldades na utilização e uma boa experiência pelo usuário ^(47,48).

A proposta de viabilizar o uso dos subconjuntos terminológicos construídos no município de Botucatu, de forma prática e de fácil acesso aos enfermeiros da APS, para uso em dispositivos móveis, motivou a construção do aplicativo CIPE-APS. Esta partiu da hipótese de que o uso de material impresso pudesse ser restritivo ao acesso do conteúdo dos subconjuntos. Assim, foi construído o aplicativo CIPE-APS, para que pudesse ser utilizado por enfermeiros de língua portuguesa, e apoiar o fortalecimento da implementação do PE na APS. As telas e ferramentas do aplicativo são apresentadas no Anexo 1 ⁽⁴⁹⁾.

Apesar do crescente interesse de pacientes e profissionais de saúde, ainda há uma lacuna quanto à orientação de como os aplicativos para mHealth devem ser utilizados a melhorar e agregar valor ao atendimento ao paciente, incluindo melhorias na rapidez e precisão de diagnósticos, tratamentos, aconselhamento, educação ou acesso melhorado a terapias estabelecidas⁽⁵⁰⁾.

Devido a isso, destaca-se a importância da avaliação de usabilidade, pois por meio dela é possível identificar problemas que podem acarretar perda de tempo, duplo sentido e confusão, decisões erradas, retrabalho, perdas financeiras e de credibilidade e uma produtividade abaixo do esperado ⁽⁶¹⁾.

Na avaliação da usabilidade há a possibilidade de melhorar pontos como uma rapidez no uso do sistema, maior eficiência e eficácia, satisfação do usuário, redução de custos com treinamentos e correções de erro ⁽⁵¹⁾.

A usabilidade é um dos principais parâmetros usados para permitir avaliação de um aplicativo pelos usuários, permitindo que atinjam seus objetivos especificados. A avaliação da usabilidade é um conjunto de atributos que garantem a qualidade e aceitação do aplicativo, visto que os requisitos eficiência, eficácia e satisfação são fatores determinantes na experiência do usuário^(52,53), dentre esses requisitos a satisfação do usuário é uma medida de percepção que se destaca como o mais importante item de avaliação de usabilidade. A usabilidade é considerada boa quando um sistema consegue atingir seus objetivos e satisfação em seu uso ⁽⁵¹⁾.

Segundo Nielsen 2007, “a usabilidade funciona porque revela como o mundo funciona. Depois de descobrir como as pessoas interagem com seu projeto, você pode torná-lo melhor que o do seu concorrente” ⁽⁵⁴⁾.

Na literatura é possível encontrar diversos métodos de avaliação da usabilidade, dentre eles se destacam no requisito eficiência os questionários como instrumentos para coletar dados qualitativos autor referidos ou medidas subjetivas de usabilidade. Além disso, os questionários apresentam baixo custo por não necessitarem de equipamentos; produzindo resultados de acordo com a opinião dos usuários, sobre os pontos fortes e fracos de um produto ou serviço ⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾.

Nesse âmbito, tem-se a escala de usabilidade *System Usability Scale* (SUS), instrumento desenvolvido no ano de 1986 por John Brooke ⁽⁶⁸⁾, com o objetivo de mensurar a usabilidade de diversos produtos e serviços, sendo capaz de fornecer a visão do usuário sobre o objeto estudado, apresentando resultados confiáveis, independentemente do sistema ou das tarefas ⁽⁵⁹⁾. A SUS é um instrumento versátil, robusto e agnóstico; apresenta como vantagem ser independente de tecnologia, poder ser usado em uma ampla gama de tecnologias de interfaces como websites, hardware, sistemas multimodais, sistemas de comando de voz, aplicativos móveis e sistemas clínicos; e através de questionário rápido e fácil consegue trazer como resultado uma medida de pontuação simples composta por uma escala facilmente entendida ⁽⁵¹⁾.

Para se conduzir a avaliação de usabilidade, uma das técnicas utilizadas é o uso de questionário de escala de usabilidade em sistemas. Estudo⁽⁵⁹⁾ ressalta a importância do questionário de escala de usabilidade de sistemas *System UsabilityScale* (SUS), que é de fácil manuseio, apresenta resultados confiáveis e fornece a visão do usuário sobre o objeto estudado^(51,59).

Contudo, frente às dificuldades dos enfermeiros na atribuição de diagnósticos, intervenções e resultados utilizando terminologia de enfermagem, o uso de aplicativos pode auxiliar os profissionais na tomada de decisão clínica e no uso das classificações. Considera-se assim, a importância de também avaliar a usabilidade do aplicativo CIPE-APS, quanto à agilidade, mobilidade e diagnóstico.

1.1 Referencial Teórico

Para se realizar o PE é necessário que haja fundamentação teórica. Este estudo parte do referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

O conceito de Diagnóstico de Enfermagem (DE) foi introduzido no Brasil, em 1967, por Horta, tendo como base a Teoria da Motivação Humana de Maslow⁽¹³⁾. A proposta da SAE por Horta é composta em seis fases, sendo o DE uma delas. Segundo Horta:

“Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem”⁽¹³⁾.

O DE é a segunda fase do PE, ao se analisar os dados levantados e identificar os problemas de enfermagem, é possível a identificação das necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem para seu julgamento⁽¹³⁾.

As necessidades humanas básicas são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Estados de equilíbrio correspondem à fase de latência das necessidades humanas básicas, e os estados de desequilíbrio correspondem às manifestações das alterações das necessidades humanas básicas (condição ou situação apresentada pelo indivíduo, família ou comunidade que exige uma resolução para retorno ao estado de equilíbrio). As

Esperamos que o aplicativo CIPE-APS possa contribuir cada vez mais para a assistência de enfermagem, ensino e gestão não somente do município, mas em âmbito nacional. E que mais pesquisas sejam desenvolvidas a fim de cada vez mais aprimorar as tecnologias em saúde.

7. REFERÊNCIAS

1. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, 133 p.
2. Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher: Princípios E Diretrizes / Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério Da Saúde, 2004. 82 P.: Il. – (C. Projetos, Programas E Relatórios) ISBN 85-334-0781-5
3. Brasil. Presidência Da República. Secretaria De Políticas Para As Mulheres. Plano Nacional De Políticas Para As Mulheres. Brasília: Secretaria De Políticas Para As Mulheres, 2013. 114p.
4. Brasil. Ministério Da Saúde. Cadernos Humanizaus - Humanização do parto e do nascimento. volume 4. Brasília - DF; 2014. 467 P.
5. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de atenção primária da saúde (SAPS). Data De Publicação: 28/05/2020.
<https://Aps.Saude.Gov.Br/Noticia/8736#:~:Text=No%20Brasil%2C%20de%201996%20a,A%20uma%20cadeia%20de%20eventos>
6. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Atenção Ao Pré-Natal De Baixo Risco [Recurso Eletrônico] / Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. – 1. Ed.

Rev. – Brasília: Editora Do Ministério Da Saúde, 2013. 318 P.: Il. – (Cadernos De Atenção Básica, N° 32

7. Mazzo MHSN. Elaboração e validação de instrumento para consulta de enfermagem à puérpera no âmbito da atenção básica (Tese, Doutorado Em Assistência À Saúde) . Natal-RN: Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. 2013; 178p.

8. Protocolo De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde Módulo 1: Saúde Da Muher. Conselho Regional De Enfermagem De São Paulo – COREN. 2019

9. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção básica. controle dos cânceres do colo do útero e da mama / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento De Atenção Básica. – 2. Ed. – Brasília : Editora Do Ministério Da Saúde, 2013. 124 P.: Il. (Cadernos De Atenção Básica, N. 13).

10. Pires D. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rer Bras Enferm. 2009; 62(5): 739-44.

11. Silva VS, Barbosa Filho ES, Queiroz SMB, Abreu, Rita DC. Neuma utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros Cogitare Enferm. 2013; 18(2):351-357

12. Paans W, Roos MB, Cees N, Schans PV, Sermeus W. What Factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? a systematic literature review. J Clinical Nurs. 2011;1(20):2386–403.

13. Horta, WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

15. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 272 p.

16. International Council of Nurses. Guidelines for ICNP Catalogue Development. Geneva: The Association; 2008.

17. Kletemberg DF, Siqueira MD, Montavani MF. A history of the nursing process in Brazilian Nursing Magazine's publications in the period of 1960-1986. Esc Anna Nery Rer Enferm. 2006;10(3):478-486.

18. Diniz IA, Cavalcante RB, Otoni A, Mata LRF. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. *Ver Bras Enferm.* 2015 68(2):206-213
19. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP. 2015.p. 1-113.
20. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti M, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem Artigo de Revisão. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):335-45. DOI: 10.1590/S0080-623420140000200020
21. Tannure MC, Gonçalves AMP. Segunda etapa do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem. In: Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 64 p.
22. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do Cuidar em Enfermagem. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; 2008.
23. Ferreira CJ, Campos DCS, Castro FG de, Silva FWA et al. Nursing diagnosis identified in the elderly assisted in the primary care in Brazil. *Rev Enferm UFPE.* 2010;4(3):962-971
24. Abreu RMD, Stacciarini TSG, Paula GFD, Camargo F, Garcia L, Pereira G. Produção científica da equipe de enfermagem de um hospital público de ensino. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social.* 2017;3. DOI:10.18554/REFACS.V5I3.2136Corpus ID: 80431808
25. Medeiros ACT. Validação do subconjunto terminológico da CIPE para a pessoa idosa [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014. 113p.
26. Furtado LG, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Terminological subset of the international classification for nursing practice: an integrative review. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013; 12 (1): 178-93. Disponível em: [Http://Www.Objnursing.Uff.Br/Index.Php/Nursing/Article/View/3932](http://Www.Objnursing.Uff.Br/Index.Php/Nursing/Article/View/3932)
27. Querido DL, Christoffel MM, Nóbrega MML, Almeida VS, Andrade M, Esteves APVS. Terinological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03522. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>

28. Garcia TR. Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015. 264 p.
29. Medeiros ACT, Nóbrega MML, Rodrigues RAP, Fernandes MGM. Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):1-8.
30. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41:793-798.
31. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. *Int J Med Informatics*. 2010;79(7):530-8.
32. Garcia TR. Avanços no conhecimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® (1989-2017). In: I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: Raciocínio Clínico e Era Digital. São Paulo, 2017.
33. Internacional Council of Nurses. ICNP Bulletin [online]; 2010 [acesso em 14/08/2016]. Disponível em: http://www.twna.org.tw/frontend/un07_international/file/ICNP%20Bulletin%20June%202010.pdf
34. Clares JWB, Freitas MC, Guedes MVC. Percurso metodológico para elaboração de subconjuntos terminológicos CIPE®: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2014;48(6):1119-26.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). XII Censo demográfico brasileiro, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo.html>
36. Cavalcante RB, Otoni A, Bernardes MFVG, Cunha SGS, Santos MS, Silva PC. Experiences care system nursing in Brazil: a bibliographic study. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(3):461-471.
37. Fonseca PR. Revisão e atualização de subconjuntos terminológicos cipe® para saúde da mulher, pré-natal e pós-parto e proposta de construção de aplicativo para dispositivos móveis [Dissertação]. Botucatu-SP: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2020. 90 p.
38. Carneiro CS, Lopes CT, Lopes JL, Santos VB, Bachion MM, Barros AL. Conceptual and operational definitions of the defining characteristics and related factors of the diagnosis ineffective health management in people with heart failure. *Int J*

- NursKnowl[Internet]. 2017;28(2):76-87.
<https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/26549691>
39. Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis acute pain (00132). Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2017;25:E2973. Available From: <Http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rlae/V25/0104-1169-Rlae25-E2973.Pdf>
40. Goncalves MCS, Brandao MAG, Duran ECM. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. Acta Paul Enferm [Internet]. 2016;29(1):115-24. Available From: Http://Www.Scielo.Br/Pdf/Ape/V29n1/En_1982-0194-Ape-29-01-0115.Pdf
41. Borges AP, ET AL. Avaliação da usabilidade de aplicativos móveis para gestantes com base no system usabilityscale (SUS). Research, Society And Development. 2021; 10 (12): E118101220086, 2021
42. Araújo D, Lima D, Campos P, Azevedo V, Barbosa J. Como as tecnologias de informação e comunicação podem revolucionar a saúde e a medicina. E-Locução [Internet]. 2019; 1(15):23. Available From: <Https://Periodicos.Faex.Edu.Br/Index.Php/E-Locucão/Article/View/187>
43. Carlotto IN, Dinis MAP. Tecnologias da informação e comunicação (Tics) na promoção da saúde: considerações bioéticas. Saber& Educar. 2018; 25 1-10.
44. Torres RAM, Feitas GH, Vieira DVF, Torres ALMM, Silva LMS. Tecnologias digitais e educação em enfermagem: a utilização da web-rádio como estratégia pedagógica. J.Health Inform. 2012;4(Especial):1-5.
45. Mota DN, Torres RAM, Guimarães JMX, Marinho MNASB, Araújo AF. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da estratégia, saúde da família. J. Health Inform. 2018; 10(2): 45-9.
46. Chardsongeicyca MCSM. Construção e avaliação da usabilidade de um aplicativo para os cuidados primários do diabetes mellitus [Internet]. 2018. Available From: Http://Awsassets.Wwfz.Panda.Org/Downloads/Earth_Summit_2012_V3.Pdf%0Ahttp://Hdl.Handle.Net/10239/131%0Ahttps://Www.Uam.Es/Gruposinv/Meva/Publicaciones_Jesus/Capitulos_Espanyol_Jesus/2005_Motivacion_Para_El_AprendizajePerspectiva_Alumnos.Pdf%0Ahttps://Ww
47. World Health Organization. WHO. E-Health. Available From: <Http://Www.Who.Int/Trade/Glossary/Story021/En/>

48. Maciel LHA, Sereno MC, Viana AIES. Avaliação da usabilidade de um aplicativo móvel como facilitador de acesso a serviços de saúde de atenção à gestante de em uma maternidade no sul do Maranhão. *Revista De Saúde Digital E Tecnologias Educacionais*. 2021; 6(1).
49. Jensen R. Desenvolvimento de um aplicativo para dispositivos móveis a partir de subconjuntos terminológicos da CIPE® [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.
50. Rowland, S.P., Fitzgerald, J.E., Holme, T. Et Al. What Is The clinical value of mhealth for patients?. *NpjDigit. Med.* 3, 4 (2020). <https://doi.org/10.1038/S41746-019-0206-X>
51. Majer, CA, Duduchi M. Avaliação de usabilidade de simulador brasileiro de jogo de empresas. *Braz. J. of Develop.* 2019; 5(11): P. 23768-23777.
52. Borges APB, Sereno MC, Viana AIS. Avaliação da usabilidade de aplicativos móveis para gestantes com base no system usabilityscale (SUS). *Research, Society and Development*. 2021; 10(12):E118101220086.
53. Marques ADB, Moreira TMM, Jorge TV, Rabelo SMS, Carvalho REFL, Felipe GF. Usabilidade de um aplicativo móvel sobre o autocuidado com o pé diabético. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):E20180862.
54. Nielsen J, Loranger H. Usabilidade na web: projetando websites com qualidade. Rio De Janeiro: Elsevier, 2007.
55. Hanington B, Martin B. Universal methods of design expanded and revised: ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions. Rockport Publishers; 2019.
56. Martins AI, Rosa AF, Queirós A, Silva A, Rocha NP. European portuguese validation of the system usability scale (SUS). *Procedia Comput Sci [Internet]*. 2015;67(Dsai):293–300. Available From: [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Procs.2015.09.273](http://dx.doi.org/10.1016/J.Procs.2015.09.273)
57. Martins AI, Queirós A, Rocha NP, Santos BS. Avaliação de usabilidade: uma revisão sistemática da literatura. *RISTI – Rev Iber Sist e Tecnol Inf.* 2013;(11):31– 43.
58. Brooke J. SUS - A Quick And Dirty Usability Scale. *Usability Eval Ind.* 1996; 189:4-7.
59. Bangor, A.; Kortum, P.T.; Miller, J.T. An empirical evaluation of the system usability scale. *Intl. Journal of Human–Computer Interaction*, 2008; 24(6): 574.

60. Castro MCF. Subconjunto terminológico CIPE para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais: estudo descritivo [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015. 301p.
61. Garcia TR, Cubas, MR. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Cap. 1, p.3-4.
62. Cian'clarullo TW. Teoria das necessidades humanas básicas — um marco indelével na enfermagem brasileira. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo. 1987; 21 (no especial): 100-107.
63. Clares JWB, Freitas MC, Guedes MVC, Nóbrega MML. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):965-70.
63. Oliveira SJ. Construção do subconjunto terminológico da CIPE para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico [Dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2018. 161p.
64. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.
66. Jensen, R, FortiLuque, AL, Parada, CMG. Construção de subconjuntos terminológicos cipe para a atenção básica. Em: Anais Do Encontro Internacional Do Processo De Enfermagem; ... Campinas :Galoá; 2017. Disponível Em: <https://Proceedings.Science/Enipe/Papers/Construcao-De-Subconjuntos-Terminologicos-Cipe-Para-A-Atencao-Basica>
66. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009; 6(7):e1000097.
67. Medeiros ACT. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos: proposta de subconjunto terminológico da CIPE® [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014. 113p.
68. Fialho LFG. Catálogo CIPE® para pacientes com mieloma múltiplo [Tese]. Niterói-RJ: Universidade Federal Fluminense; 2012. 126p.

69. Nóbrega RV. Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para hipertensos na atenção básica [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012. 143p.
70. Andrade LL, Nóbrega MML, Freire MEM, Nóbrega RV. Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47 (2) 448-455.
71. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia, TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev Esc Enferm USP*. 2013.;47(2):385-392.
72. Oliveira DMN. Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos a prostatectomia [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2013. 151p
73. Clares JWB. Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na atenção básica [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014. 128p.
74. Ferreira LGF. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014. 197p.
75. Queiroz SMB. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2018. 286p.
76. Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica[tese]. São Paulo-SP: Universidade de São Paulo; 2015. 270p.
77. Carvalho MWA, Nóbrega MML, Cunha ACR. Diagnósticos de enfermagem para pacientes com dor oncológica baseados na CIPE®. *Rev Enferm UFPE*. 2015; 9(1): 253-260.
78. Nogueira LG, Nóbrega MML. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1): 54-60.
79. Silva RS. Enfermagem em cuidados paliativos para um morrer com dignidade: subconjunto terminológico CIPE® [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014. 236p.

80. Clares JWB, Guedes MVC, Silva LF, Nóbrega MML, Freitas MC. Subconjunto de diagnósticos de enfermagem para idosos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):272-278.
81. Felix NDC. Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica [Dissertação]. Crato: Universidade Regional do Cariri; 2016. 236p.
82. Martins TG. Subconjunto terminológico CIPE® para lactentes com alergia à proteína do leite de vaca [Dissertação]. São Cristóvão: Universidade Federal do Sergipe; 2016. 107p.
83. Barreiro MSC. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Trauma Cranioencefálico [tese]. Niterói: Fundação Universidade Federal de Sergipe; 2017. 63p.
84. Carvalho MWA. Validação do subconjunto terminológico CIPE® para pacientes com dor oncológica [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2017. 205p.
85. Carvalho CMG. Subconjunto terminológico da CIPE®, estruturado em ontologia, para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2017. 248p.
86. Lins GAI. Subconjunto terminológico CIPE® para a prática de enfermagem ambiental e ocupacional [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017. 221p.
87. Lins GAI, Nóbrega MML, Kamada I. Teoria de tornar-se humano para a classificação terminológica da enfermagem do trabalho. *Texto & Contexto Enferm*. 2017. 26(4): e3760016.
88. Oliveira MDS. Subconjunto terminológico da CIPE® para atendimento de pessoas com hanseníase [Tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017. 270p.
89. Passinho RS. Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio [Tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2017. 222p.
90. Santos MCF. Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2017. 253p.
91. Silva RS, Pereira Á, Nóbrega MML, Mussi FC. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas em cuidados paliativos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2017;25: e2914.
92. Beserra PJF. Subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres com HIV e Aids [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018. 113p.

93. Carvalho LT. Catálogo CIPE® para pacientes adultos em processo de neuroreabilitação [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. 335p.
94. Costa PCP. Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem do subconjunto terminológico “community nursing” para usuários hipertensos e diabéticos [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2018. 194p
95. Felix NDC, Ramos NM, Nascimento MNR, Moreira TMM, Oliveira CJ. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica. Rev Bras Enferm. 2018; 71(supl.1): 467-74.
96. Gouvea AHM. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado a pessoas portadoras de transtornos mentais [Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2018. 78p.
97. Grasse AP. Subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem [Tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018. 169p.
98. Nascimento MNR, Felix NDC, Damasceno SS, Alencar AMPG, Oliveira CJ, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem psicoespirituais para pessoas com síndrome metabólica. Rev Enferm UFPE. 2018;12(12): 3181-3189.
99. Nogueira LGF. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018. 197p.
100. Rabelo ACS. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com coronariopatias em cuidados intensivos: utilização do caritasveritas de Watson [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2018. 108p.
101. Primo CC, Resende FZ, Garcia TR, Duran ECM, Brandão MAG. Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20170010.
102. Resende FZ. Aplicativo educacional para apoiar o ensino do processo de enfermagem na assistência à mulher, à criança e à família em amamentação [Dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018. 122p.
103. So KNS. Validação do subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 257p.

104. Tosin MHS. Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação [Dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora Costa; 2018. 193p.
105. Vidigal PD, Garcia TR, Santos MLSC, Camacho ACLF, Souto MD, Borges GG. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes com tromboembolismo venoso associado a câncer. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(4): 382-390.
106. Vidigal PD. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes com tromboembolismo venoso associado a câncer [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018. 169p.
107. Félix NDC. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica: base conceitual para a teoria de médio alcance do cuidado no contexto de risco cardiovascular [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2019. 399p.
108. Fernandes BKC. Subconjunto terminológico da CIPE®: sistema informatizado para o cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado [Tese]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2019. 290p.
109. Macena AB. Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa alcoolista [Dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2019. 222p.
110. Ramalho Neto JM. Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes graves com sepse [Tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2019. 169p.
111. Silva LPZ. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para a pessoa com tuberculose [Dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2019. 104p.
112. Nascimento MNR. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca crônica [Dissertação]. Crato: Universidade Regional do Cariri. 2020. 85p.
113. Prado NCC. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em neonatos com cateter venoso central de inserção periférica à luz da teoria de Betty Neuman [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2020. 185p.
114. Albuquerque TR. Definições operacionais do subconjunto terminológico Cipe® para assistência à mulher e criança em processo de amamentação [Dissertação]. Crato: Universidade Regional do Cariri; 2020. 217p.

115. Ramos NM, Oliveira JS, Nascimento MNR, Oliveira CJ, Nóbrega MML, Félix NDC. Diagnósticos de enfermagem da CIPE® para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico. *Enferm Foco* (Brasília). 2020;11(2): 112-9.
116. Querido DL. Construção e validação de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem - CIPE® para o recém-nascido prematuro [Tese]. Niterói: Universidade Federal do Rio Janeiro. 2021. 288p.
- 117.. Jennings JM. Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para recém-nascidos em alojamento conjunto [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal do Rio Janeiro. 2021. 156p.
118. Pires SMB, Rodrigues AL, Bastos CB, Cubas MR. Validação de conteúdo dos enunciados do subconjunto CIPE® para pessoas com úlceras vasculogênicas. *REME Rev Min Enferm*. 2021; 25: e:1363.
119. Silva HCA. Subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa com úlcera do pé diabético na atenção primária à saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio Janeiro. 2021. 260p.
120. Souza CD, De Filippo D, Casado ES. Crescimento da atividade científica nas universidades federais brasileiras: análise por áreas temáticas. *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, SP. 2018;3(1):126-156.
121. Pavel S, Nolet D. Manual de terminologia. Canadá: Public Works and Government Services, 2003.
122. Nielsen GH, Mortensen R. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiros: versão alpha. Brasília: ABEn; 1997.
123. Nóbrega MML, Cubas MR, Medeiros ACT, Carvalho MWA. Reflexões sobre a validação dos subconjuntos terminológicos da CIPE. In: Cubas MR, Nóbrega MML. *Atenção Primária à Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. 36 p.
124. Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL et al. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016;27(3):130-5.
125. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Rinah*. 2006;29:489–497.

126. Sistemas E De Software E. ISO/IEC 25040: Systems and software engineering - systems and software quality requirements and evaluation (Square) —Evaluation Process. 2011.
127. Padrini-Andrade L, Balda RCX, Areco KCN, Bandiera-Paiva P, Nunes MV, Marba STM, et al. Evaluation of usability of a neonatal health information system according to the user's perception. *Rev Paul Pediatr.* 2019;37(1):90–6.
128. World Health Organization global observatory for ehealth - global diffusion of ehealth: making universal health coverage achievable [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016
129. WHO. Mhealth: novos horizontes para a saúde por meio de tecnologias móveis: segunda pesquisa global sobre ehealth. Saúde C. Informar. Res . <https://Doi.Org/10.4258/Hir.2012.18.3.231> (2011).
130. Brasil. Ministério Da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção básica. controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos De Atenção Básica Nº 13. Brasília-DF 2013.
131. Brasil. Ministério Da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção básica. atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos De Atenção Básica Nº32. Brasília-DF 2012.
132. Souza DRP. Identificação e validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos. Belo Horizonte-MG: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 181p.
133. Pereira ER, Mendes TT, Pacheco DAS, Alves AL, Melo MAA, Garcia ES. Hidratação: Conceitos e Formas de Avaliação. e-Scientia - Revista Científica de Saúde do Centro Universitário de Belo Horizonte, 2010; 3 (2): 13-24.
134. CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa Lisboa (PT): Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2019. 280p.
135. Vasconcelos FAG. Indicadores antropométricos III. In: Vasconcelos FAG Avaliação nutricional de coletividades. 2. ed. Florianópolis: DAUFSC; 2000. p.67-81.
136. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva; 1997.
137. BVS. Obesidade. Dicas em Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/215_obesidade.html.

138. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado.
139. Goldman, L; Ausielo,D. (Ed.). Cecil tratado de medicina interna [tradução de Ana / Kemper at al] 22 ed._ Rio de Janeiro :Elsevier, 2005
140. Brasil. Ministério da Saúde- <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude>.
141. Nakamae DD, Araújo CP, Miyadahira AMK, Takahashi EIU, Valente MA, Chiarello ML. Exame de urina: todo o rigor na colheita de amostras. Rev. Esc. Enf. USP. 1980 74(1):51-57.
142. Antunes HKM, Andersen ML, Sergio TufikS, De Mello MT. Privação do sono e exercício físico. Rev Bras Med Esporte. 2008;14(1):51-56.
143. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo ICS, de Barba ME, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Med, 2011; 12:70-5
144. Araujo JL. Aplicativo sobre processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal [Dissertação]. Vitória-ES: Universidade Federal do Espírito
145. Bittencourt LRA, Silva RS, Santos RF, Pires MLN, De Mello MT. Sonolência excessiva. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(Supl I):16-21.
146. Deutsch S. Atitude De Trabalhadores Quanto À Prática Da Atividade Física No Tempo Livre. Motriz - Volume 5, Número 2, 1999, p: 160-167.
147. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 35)
148. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MV. Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste/reteste. Rev Bras Ciên e Mov. 2004; 12(1):25-33.
149. Descritores em ciências da saúde [internet] [citado 28 jan 2021]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
150. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde,

2005. 36 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4)
151. Gray A, Pithers WD, Busconi A, Houchens P. Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse Neglect*. 1999;23:601-21.
152. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2000. 26;191-208.
153. Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi,
154. Cunha, ARF *Qualidade de vida e funcionamento Sexual em indivíduos com Dor Crônica*. 2007 - Dissertação.
155. Santos WS, Fernandes DP, Grangeiro ASM, Lopes GS, Sousa EMP. Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). *Psico-USF*, 2013; 18 (1): 121-130.
156. De Micheli D, Formigoni MLOS. Psychometrics properties of the Brazilian version of DUSI (drug use screening inventory). *Alcohol Clin Exp Res.*, 2002;26(10):1523-8.
157. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82.
158. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann* 2008; 39:18-38.
159. Gondo DCAF, Duarte MTC, Silva MG, Parada CMGL. Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação à sintomatologia e achados do exame ginecológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* set-out 2010;18(5):1-9.
160. Nugent RP, Krhon MA, Hillier SLL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis improved by standartization method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*. 1991;29(2):297-301.
161. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em

Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 248 p. : il.

162. Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. Vaginites e vaginoses. FEMINA 2019;47(4): 235-40

163. Soares R, Baptista PV, Tavares S. Vaginosecitolítica: uma entidade subdiagnosticada que mimetiza a candidíase vaginal. Acta Obstet Ginecol Port 2017;11(2):106-112.

164. Mijares MG, Silva MTA. Dependência de drogas. Psicol. USP. 2006; 17(4) São Paulo 200p.

165. Brasil. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).

166. Brasil. Ministério da Saúde. Aids / HIV: o que é, Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. <http://www.aids.gov.br/>.

167. Martínez AC, Alvarez-Mon M. O sistema imunológico (I): Conceitos gerais, adaptação ao exercício físico e implicações clínicas. Rev Bras Med Esporte. 1999; 5(3): 120-125.

168. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. NLM classification: HV 6625, ISBN 978-92-75-71635-9, 2012. 94p.

169. Simões JA. Sobre o diagnóstico da candidíase vaginal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(5):233-234.

170. Secretaria Municipal da Saúde São Paulo. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher. 2007. Disponível em: https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8010/11968_caderno_violencia_mulher.pdf.

171. Bersusa AAS, Lages JS. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. Ciênc Cuid Saúde. 2004; 3(1):81-92.

172. BVS. Atenção Primária em Saúde. É necessário realizar investigação complementar em mulheres que apresentem sangramento uterino na pós-menopausa? Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. 2009:648. Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde.

173. Nunes AR, Conde DM, Sousa JA. Mastalgia cíclica: abordagem clínica. Rev Bras Mastologia. 2011;21(3):135-139.

174. Pellati D, Mylonakis I, Bertoloni G, Fiore C, Andrisani A, Ambrosini G, et al. Genital tract infections and infertility. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol* 2008; 140 (1): 3-11.
175. Ferreira CES, Andriolo A. Intervalos de referência no laboratório clínico. *J Bras Patol Med Lab*. 2008. 44(1): 11-16.
176. Saintrain MVL, Bandeira CB, Nobre MA, Sandrin RLP. Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. *Rev Bras Promoç Saúde*.2018; 31(4): 1-7.
177. Oliveira SC, Santos AA, Pavarini SCI. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):6-72.
178. Santos MAMS. Terminologia em enfermagem. São Paulo: Martinari, 2006. 288 p.
179. Zimerman DE. Os Quatro Vínculos: Amor, Ódio, Conhecimento, Reconhecimento, Na Psicanálise E Em Nossas Vidas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
180. Marion J, Meridean LM. NOC - Classificação dos resultados de enfermagem. Elsevier; 5º ed; 2016. p. 67.
181. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 116-60.
182. Ribeiro KN, et al. Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio. *Braz. J. of Develop*. 2020; 6(8):59458- 59468.
183. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet*. 2014; 122(6):323-33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>.
184. Secretaria Estadual de Saúde da Paraná. Linha guia: mãe paranaense. Curitiba: SESA; 2015.
185. Souza MF. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao trabalho de parto prematuro: Um estudo de caso. *Braz. J. of Develop*. 2019; 5(12);32974-32983.
186. de Barros Junior N. Gestação e varizes de membros inferiores: prevalência e fatores de risco. *J Vasc Bras* 2010, 9 (2):29-35.

187. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009; 62(1): 100-6.
188. McSherry W, Phil M, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs* 2004;13 (8): 934-41.
189. Warner-Robbins CG, Bomar PJ. Family spirituality and religion. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 187-221.
190. Costa ICN, Rocha AKL. Assistência De Enfermagem A Pacientes Com Diagnóstico De Choque Hipovolêmico. *InterScientia*. 2014; 2(1): 77-88.
191. Carlotti APCP. Choque em crianças. *Revista USP*. 2012; 45 (2): 197-207
192. Dantas AMN. Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica pediátrica do hospital universitário da UFPB. João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba; 2016. 130p.
193. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) ISBN 978-85-334-1561-4
194. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico /. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.
195. Ragonesi SMA, Bertini AM, Camano, L. Crescimento intra-uterino retardado: aspectos atuais. *Rev Ass Med Brasil*. 1997; 43(2): 173-8
196. Donders GG. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG* 2002;109(1):34-43.
197. Mann JR, Mcdermott S, Gill T. Sexually transmitted infection is associated with increased risk of preterm birth in South Carolina women insured by Medicaid. *J. Matern. Fetal Neonatal Med*. 2010;23(6):563-8.
198. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Atenção Básica. –

2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23).

199. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, Abrão ACFV. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar novo para um problema conhecido. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):346-56

200. Roriz-Filho JS, Vilar FC, Mota LM, Leal CL, Pisi PCB. Infecção do trato urinário. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2010;43(2):118-25

201. Dias JS, Vieira TO, Vieira GO. Fatores associados ao trauma mamilar no período lactacional: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2017; 17 (1): 43-58.

202. Thompson R, Kruske S, Barclay L, Linden K, Gao Y, Kildea S. Potential predictors of nipple trauma from an in-home breastfeeding programme: a cross-sectional study. *Women Birth.* 2016; 29 (4): 336-44.

203. Barroso WK, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658

204. Venurini DM. A importância da ludicidade na escola na perspectiva de professores atuantes nos anos iniciais do Ensino Fundamental. Monografia (Pedagogia) – Universidade Estadual Paulista. Bauru, p. 49. 2016.

206. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [Internet]. Brasília, DF: Capes; c2016-2019 citado 2019 jul 29. Plataforma Sucupira: cursos avaliados e reconhecidos; aprox. 1 tela. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoAreaAvaliacao.jsf>

207. Parada CGL, Kantorski LP, Nichiata LYI. Novos rumos da avaliação da pós-graduação brasileira e os desafios da área de Enfermagem [Editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(esp):e20190359.

208. Menezes HF, Camacho ACLF, Nóbrega MML, Fuly PSC, Fernandes SF, Silva RAR. Caminhos percorridos pela enfermagem brasileira para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. *Rev Latino-Am Enferm.* 2020;28:e3270.

209. Hirano GSB, Lopes CT, Barros ALBL. Desenvolvimento da pesquisa sobre diagnósticos de enfermagem nos programas de pós-graduação brasileiros. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):978-85

210. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 26 p.
211. Menezes HF, Camacho ACLF, Nóbrega MML, Fuly PSC, Fernandes SF, Silva RAR. Caminhos percorridos pela Enfermagem brasileira para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2020;28:e3270.
212. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>
213. Trindade LR, Ferreira AM, Da Silveira A, Elisiane Do Nascimento Da Rocha. Processo de enfermagem: Desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. *Saúde (Santa Maria)*. 2016; 42(1):75-82.
214. Pereira CDF, Pinto DPS, Tourinho FS, Santos VEP. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. *Rev Bras Inov Tec Saúde*. 2010. 29-37.
215. Conselho Internacional De Enfermeiros. Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE® «Guidelines For ICNP® Catalogue Development. .2009. 24p
216. Carlos Alberto Majer, Marcelo Duduchi. Avaliação De Usabilidade De Simulador Brasileiro De Jogo De Empresas. *Braz. J. of Develop*. 2019; 5(11):23768-23777.
217. Andrade LP. Avaliação da usabilidade de um sistema de informação em saúde neonatal, através da percepção do usuário, utilizando a ferramenta system usability scale [Dissertação]. São Paulo-SP: Universidade Federal De São Paulo. 2017; 99p.
218. COFEN. Pesquisa Inédita Traça Perfil Da Enfermagem. 2015. Disponível Em:[Http://www.Cofen.Gov.Br/Pesquisa-Inedita-Traca-Perfil-Da-Enfermagem_31258.html](http://www.Cofen.Gov.Br/Pesquisa-Inedita-Traca-Perfil-Da-Enfermagem_31258.html)
219. Medeiros RKS, Ferreira MA Júnior, Pinto DPSR, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. *Rev EnfermRef [Internet]*. 2015;4(4): 127-35.
220. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®: limites e potencialidades. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):449-54.
221. Galdeano, LE, Rossi, LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Maringá*. 2006; 5(1), 60-66.

222. Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL et al. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *Inter J Nursi Know*. 2016;27(3):130-5.
223. Boery RNSO, Guimarães HCQCP, Barros ALBL. Definições operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):197-202.
224. Carneiro CS, Lopes CT, Lopes JL, Santos VB, Bachion MM, Barros AL. Conceptual and operational definitions of the defining characteristics and related factors of the diagnosis ineffective health management in people with heart failure. *Int J NursKnowl*. 2017; 28(2):76-87.
225. Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017. 25:e2973. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae25-e2973.p>
226. Souza Neto VL, Costa RTS, Santos WN, Fernandes SF, Lima DM, Silva RAR. Validação das definições de diagnósticos de enfermagem para pessoas com Aids. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180915. P 1-10.
227. COFEN. Abordagem Holística na Formação de Enfermeiras. Biblioteca Virtual de Enfermagem. 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/abordagem-holistica-formacao>
enfermeiras/#:~:text=Sa%C3%BAd%20hol%C3%ADstica%20baseia%2Dse%20em,transdisciplinar%20do%20processo%20sa%C3%BAd%2Ddoen%C3%A7a.
228. Camiá GEK, Marin HF, Barbieri M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que freqüentam serviço de planejamento familiar. *Rev Latino-am Enfer*. 2001; 9(2): 26-34
229. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(6):659-64.
230. Venancio, JAL. Mapeamento Da Relação Entre Sinais E Sintomas, Diagnósticos E Intervenções De Enfermagem Em Saúde Da Mulher. Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2018.
231. Matioli, AP. Avaliação Da Usabilidade Do Aplicativo Cipe-Aps Nas Consultas De Pré-Natal E Pós-Parto. Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2021. Disponível Em: <Http://Hdl.Handle.Net/11449/215782>

232. Jensen, R. Desenvolvimento De Um Aplicativo Para Dispositivos Móveis A Partir De Subconjuntos Terminológicos Da Cipe® [Tese de livre-docência]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2021.

8. ANEXOS