

SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA (SLP) NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 03/06/2024

Graziele Ribeiro Bitencourt

RESUMO: Os sistemas de linguagem padronizada, classificações ou taxonomias são meios que a enfermagem tem para unificar seus termos para algumas partes do processo de enfermagem, sendo elas diagnósticos, intervenções e resultados. Diferentes classificações que auxiliam nesse processo, de modo que pretende com este capítulo apresentar as mais utilizadas com seu passo a passo, potencialidades e fragilidades no uso.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem; Legislação de Enfermagem; Ensino de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Terminologia Padronizada em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é um julgamento clínico independente no qual uma enfermeira avalia a saúde de um indivíduo para diagnosticar problemas de saúde reais ou potenciais. Trata-se de um método sistemático que permite o cuidado

aos pacientes, utilizando a resolução de problemas e o pensamento crítico (LYNN, 2018).

Para tanto, o processo de enfermagem tem como objetivo identificar, diagnosticar e tratar respostas humanas reais ou potenciais à doença. O processo de enfermagem ajuda os enfermeiros a fazer julgamentos profissionais em termos de métodos clínicos e de resolução de problemas e de gerenciamento de enfermagem. A padronização de linguagens de enfermagem aplica de forma científica e eficiente o processo de enfermagem aos indivíduos. O sistema de linguagens padronizada(SLP) expressa e conceitua objetivamente o fenômeno da enfermagem e esclarece a assistência d, usando os problemas dos indivíduos em um termo técnico comum (MELO et al 2018).

Enfermeiros de diversos países enfrentaram desafios com essa padronização, de modo a estabelecer efetivamente comunicação entre os profissionais de enfermagem que atuam

em um determinado serviço de saúde ou pela propagação de aspectos da assistência empregada por outros enfermeiros ao redor do mundo. Tal movimento não é apenas assistencial (empírico), mas científico (comprovado) e muito comum entre as diversas ciências, a exemplo da comunicação entre biólogos em relação à classificação dos seres vivos, no qual eles utilizam distintas características para definir um ser entre reino, filo, classe, ordem, família, gênero e espécie, ou seja, padronizando sua comunicação (ARGENTA et al, 2020).

NANDA-Internacional, Classificação de Resultados (NOC), Classificação de Intervenções (NIC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) são alguns dos sistemas de linguagens de enfermagem padronizadas mais comuns. O uso da NANDA-I fornece a base para a seleção de intervenções de enfermagem para alcançar resultados. Criar e usar associações da NANDA-I, NOC e NIC permite cuidados de enfermagem apropriados para cada resposta de saúde de um indivíduo. As ligações NANDA, NOC e NIC podem auxiliar na tomada de decisões sobre o resultado e a intervenção dos planos de cuidados (TORNVAL et al 2017). Já a CIPE padroniza a linguagem para diagnósticos, resultados e intervenções na mesma classificação.

A continuidade do cuidado por meio de SLP contribui para melhores resultados não só para os pacientes, mas também para a equipe de enfermagem, além da melhora na qualidade dos resultados dos pacientes e avanço do conhecimento e da prática da enfermagem.

OBJETIVOS

Ao final da leitura, o leitor será capaz de:

- Apresentar e descrever o uso dos Sistemas de Linguagem Padronizada NANDA-I, NOC, NIC e CIPE;
- Associar o uso das classificações na avaliação de diagnósticos, intervenções e resultados;
- Descrever o registro do processo de enfermagem pelo modelo SOAP;
- Associar a Classificação SNOWMED na padronização das linguagens.

DEFINIÇÕES

Para a compreensão do SLP, algumas definições são necessárias:

- *Diagnóstico de enfermagem*: um julgamento clínico relativo a uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou suscetibilidade a essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN et al, 2021).
- *Intervenção de enfermagem*: Qualquer tratamento com base no julgamento e no conhecimento clínicos, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente (BUTCHER et al, 2020).

- *Prescrição de enfermagem*: Direciona os cuidados e favorece a supervisão do desempenho do profissional. São individualizadas e elaboradas de acordo com as demandas do paciente (COFEN, 2002).
- *Atividades em enfermagem*: Atividades de enfermagem são as condutas ou ações específicas tomadas para implementar uma intervenção e que auxiliam os pacientes a progredir em direção ao resultado desejado. Uma série de atividades é necessária para efetuar uma intervenção (BUTCHER et al, 2020).
- *Resultado de enfermagem*: representa um conceito que pode ser utilizado como medida do estado clínico (MOORHEAD, JONHSON, SWANSON, MAAS, 2020).
- *Indicador de enfermagem*: Estado conduta ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade mais específico que serve como base para medir um resultado (MOORHEAD, JONHSON, SWANSON, MAAS, 2020).

CLASSIFICAÇÃO NANDA E O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem pode ser visto como uma solução para a necessidade de identificar, priorizar e avaliar situações clínicas que possam ser tratadas de forma completa e autônoma pelos enfermeiros. Neste sentido, a NANDA-Internacional (NANDA-I) é uma classificação diagnóstica utilizada mundialmente que requer uma avaliação abrangente para identificar os seus pontos fortes e fracos.

Como organização, em 2002, foi adotada a Taxonomia II, que se baseou na estrutura de avaliação dos Padrões Funcionais de Saúde Marjory Gordon. A Taxonomia II possui três níveis: Domínios (13), Classes (47) e Diagnósticos de Enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem não são mais agrupados pelos padrões de Gordon, mas codificados segundo sete eixos: 1) foco do diagnóstico, 2) sujeito do diagnóstico, 3) julgamento, 4) localização, 5) idade, 6) tempo, 7) categoria do diagnóstico (PHELPS, 2022).

Para tanto, a classificação apresenta algumas categorias, que são tipos de diagnósticos expostos no Quadro 1 (HERDMAN et al 2021).

Categorias	Definição
Foco no problema	Identificação a partir da resposta indesejada do paciente diante de suas condições de saúde
Síndrome	Agrupamento de diagnósticos que ocorrem juntos e que podem ser manejados melhor em conjunto por meio de intervenções parecidas.
Risco	Vulnerabilidade a qual uma pessoa, família ou grupo está exposto e que pode levar a desenvolver respostas indesejáveis para a sua condição de saúde
Promoção da saúde	Objetivo promover o bem-estar e outros cuidados que possam ajudar a melhorar a saúde humana

Quadro 1: Categorias de diagnósticos de enfermagem pela Nanda-I

Fonte: Autoras

Alguns componentes de escrita diagnósticos são necessários para auxiliar na escrita do diagnóstico de enfermagem, sendo eles (HERDMAN et al, 2021):

- Título: rótulo do diagnóstico;
- Características definidoras: são sinais e sintomas observáveis ou comunicáveis que representem a presença de um diagnóstico e são de especial interesse como as pistas necessárias para a elaboração do diagnóstico;
- Fatores relacionados: identifica uma ou mais causas prováveis do problema de saúde; são as condições envolvidas no desenvolvimento do problema, que orienta a intervenção de enfermagem necessária e permite ao enfermeiro individualizar o cuidado;
- Fatores de risco: situações que se associam a um estado de maior vulnerabilidade;
- Condição associada: grupos de pessoas que, em uma situação especial, estão mais susceptíveis a exibir resposta diferente da convencional;
- População de risco: situações onde o enfermeiro necessita de outros profissionais para intervir de modo a obter resultado favorável.

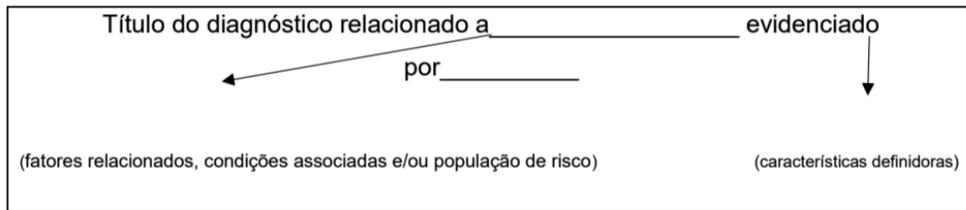
O Quadro 2 apresenta o diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada com seus respectivos componentes (HERDMAN et al, 2021).

Eliminação urinária prejudicada	
Domínio	Eliminação e troca
Classe 1	Função urinária
Definição	Disfunção na eliminação de urina
Características definidoras	Disúria
	Hesitação urinária
	Incontinência urinária
	Noctúria
	Retenção urinária
	Urgência urinária
	Urinar com frequência
Fatores relacionados	Barreiras ambientais
	Consumo de álcool
	Consumo de cafeína
	Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico
	Fator ambiental alterado
	Hábitos de higiene íntima ineficazes
	Impactação fecal
	Músculo vesical enfraquecido
	Obesidade
	Postura inadequada no vaso sanitário
	Privacidade insuficiente
	Prolapso de órgão pélvico
	Relaxamento involuntário do esfíncter
	Tabagismo
Uso de aspartame	
População de risco	Idosos
	Mulheres
Condições associadas	Diabetes mellitus
	Infecção no trato urinário
	Obstrução anatômica
	Prejuízo sensorio-motor

Quadro 2: Diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada (Nanda-I)

Fonte: Autoras

Com base nessa apresentação dos componentes dos diagnósticos, é possível elaborar a escrita. Para a escrita do diagnóstico de foco no problema e o de síndrome, pode ser utilizado o método *problem-etiology-symptom* (PES) (problema-etilogia-sintoma). Inicia-se com o diagnóstico em si, seguido dos fatores etiológicos (fatores relacionados, condições associadas e/ou população de risco) e, em seguida, identifique as características definidoras que estão presentes no paciente, de modo que ser apresentado como.



Exemplo: Eliminação urinária prejudicada relacionada a consumo de cafeína evidenciada por disúria e incontinência urinária.

Para diagnósticos de risco, não existem fatores, identifica-se uma vulnerabilidade em um paciente para um problema potencial; o problema ainda não está presente. Portanto, são identificados os fatores de risco que predisõem o indivíduo a um potencial problema, de modo que pode ser escrito como:



Exemplo: Risco de infecção relacionado a conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos e exposição a surto de doença

O passo a passo para encontrar um diagnóstico na Nanda-I se dá da seguinte forma:

1. Com base na coleta de dados inicial, pode-se criar grupos, com base no domínio que às respostas de saúde do paciente se encaixam;
2. Pesquisar os títulos de diagnóstico do mesmo domínio e classe;
3. Cada diagnóstico apresenta uma definição clara, que precisa ser considerada para evitar duplicidade de diagnósticos;
4. Certificar-se de que as informações existentes no diagnóstico estão de acordo com os dados que coletou.

CLASSIFICAÇÃO NIC E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma taxonomia abrangente e padronizada. É utilizada para documentação clínica, comunicação de cuidados ambientais, além de possibilitar a integração sistemas e ambientes, investigação de eficácia, medição de produtividade, avaliação de competências das categorias profissionais da equipe. A Classificação inclui as intervenções que os enfermeiros realizam em nome dos pacientes, tanto intervenções independentes como colaborativas, tanto cuidados diretos como indiretos (MACIEIRA et al 2019).

A seleção de uma intervenção de enfermagem para um paciente em particular é parte do processo de decisão clínica do enfermeiro. Devem ser considerados seis fatores na escolha de uma intervenção: os resultados esperados do paciente, as características do diagnóstico de enfermagem, uma base de pesquisa para a intervenção, exequibilidade para realizar a intervenção, aceitação do paciente e capacidade do enfermeiro (BUTCHER et al, 2020).

Cada intervenção tem: título; definição; lista de atividades que o enfermeiro poderia realizar para executá-la em uma ordem lógica; e uma pequena lista de leitura complementar. As atividades podem ser escolhidas ou modificadas conforme a necessidade para atender as necessidades específicas de uma população ou de um indivíduo (BUTCHER et al, 2020).

O Quadro 3 apresenta o exemplo da lista de intervenções de enfermagem possíveis para o diagnóstico de Enfermagem Eliminação urinária prejudicada (BUTCHER et al, 2020).

Eliminação urinária prejudicada	
Intervenções de enfermagem sugeridas para a solução do problema	
Sondagem vesical	Controle de medicamentos
Sondagem vesical: intermitente	Controle do pessário
Controle de eliminação urinária	Cuidados na incontinência urinária
Controle da musculatura pélvica	Cuidados na incontinência urinária: enurese
Controle hídrico	Cuidados na retenção urinária
Irrigação vesical	Monitorização hídrica
Prescrição de medicamentos	Treinamento do hábito urinário
Intervenções adicionais optativas	
Controle da dor	Ensino: treinamento para o uso do vaso sanitário
Controle de infecção	Proteção contra infecção
Controle do peso	Redução da ansiedade
Cuidados com o perineo	Supervisão da pele
Cuidados com sondas: urinário	Terapia por hemodiálise
Cuidados pós-parto	

Quadro 3: Intervenções de enfermagem para Eliminação urinária prejudicada

Fonte: Autoras

Para encontrar uma intervenção na NIC, a organização está (BUTCHER et al, 2020):

- Ordem alfabética: se o nome da intervenção é conhecido e se deseja ver a lista completa de atividades e de leituras complementares;
- Taxonomia da NIC: se o objetivo é identificar intervenções relacionadas em tópicos de áreas particulares
- Intervenções Essenciais por Especialidade: para aqueles que estão fazendo o planejamento de um curso ou de um sistema de informação para um grupo de especialidade em particular, este é um bom ponto de partida.

- Associações com os diagnósticos da NANDA: para aqueles que possuem um diagnóstico da NANDA e gostariam de ter acesso a uma lista de sugestões de intervenções;
- Associações com diagnósticos da NANDA e resultados da NOC: aqueles que desejam fazer uma revisão das associações entre NANDA, NOC e NIC.

A seguir o exemplo da intervenção de enfermagem Cuidados na urinária e suas respectivas atividades (Quadro 4) (BUTCHER et al, 2020).

Cuidados na incontinência urinária
Definição: auxílio na promoção da continência e manutenção da integridade da pele do períneo
<p>Atividades</p> <p>Identificar causas multifatoriais de incontinência (p. ex., débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, problemas urinários preexistentes, resíduo pós-miccional e medicamentos)</p> <p>Providenciar privacidade para o paciente;</p> <p>Explicar a etiologia do problema e o motivo para suas ações;</p> <p>Monitorar a eliminação de urina incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor;</p> <p>Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente;</p> <p>Auxiliar a desenvolver/manter uma sensação de esperança;</p> <p>Modificar as roupas e o ambiente para gerar um acesso fácil ao vaso sanitário;</p> <p>Auxiliar na seleção da roupa/proteção apropriada para a incontinência no tratamento; de curto prazo enquanto um tratamento mais definitivo é planejado;</p> <p>Fornecer roupas protetoras, quando necessário;</p> <p>Higienizar a pele da área genital a intervalos regulares;</p> <p>Fornecer feedback positivo para qualquer diminuição nos episódios de incontinência;</p> <p>Limitar líquidos por 2 a 3 horas antes de dormir, quando apropriado;</p> <p>Programar a administração de diuréticos para gerar o menor impacto no estilo de vida;</p> <p>Orientar o paciente/família a registrar o débito e o padrão urinário, conforme apropriado;</p> <p>Orientar o paciente a beber um mínimo de 1.500 mL de líquidos por dia;</p> <p>Orientar sobre modos de evitar a constipação ou impação das fezes;</p> <p>Limitar a ingestão de irritantes da bexiga (p. ex., refrigerantes, café, chá e chocolate);</p> <p>Obter urina para cultura e testes de sensibilidade, conforme necessário;</p> <p>Monitorar a efetividade de tratamentos cirúrgicos, médicos, farmacológicos e autoprescritos</p> <p>Monitorar os hábitos intestinais;</p> <p>Encaminhar para especialista em continência urinária, conforme apropriado.</p>

Quadro 4: Intervenção NIC 'Cuidados na incontinência urinária' e suas respectivas atividades

Fonte: Autoras

Um grupo de atividades pode ser listado para ser executado no paciente, associado ao diagnóstico de enfermagem, conforme exemplo associado ao diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada.

<p>Diagnóstico de enfermagem: Eliminação urinária prejudicada relacionada a consumo de cafeína evidenciada por disúria e incontinência urinária</p> <p>Intervenção de enfermagem: Cuidados na incontinência urinária</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar causas multifatoriais de incontinência (p. ex., débito urinário, padrão miccional, função cognitiva, problemas urinários preexistentes, resíduo pós-miccional e medicamentos) - Explicar a etiologia do problema e o motivo para suas ações; - Limitar a ingestão de irritantes da bexiga (p. ex., refrigerantes, café, chá e chocolate).

CLASSIFICAÇÃO NOC E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

A *Nursing Outcomes Classification* (Classificação de Resultados de enfermagem-NOC) foi desenvolvida a fim de conceitualizar, rotular, definir e classificar os resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta classificação é resultante de um extenso trabalho de pesquisa que teve seu início em 1991 sob a condução de uma equipe da Escola de Enfermagem da Universidade de Iowa, nos Estados Unidos. A NOC contém resultados para indivíduos, cuidadores familiares, família e comunidade que podem ser usados em diferentes locais e especialidades clínicas (BITENCOURT, 2012).

Atualmente, está na sexta edição traduzida para o português e consta de uma lista com 540 resultados com definições, indicadores e escalas de medida. Os resultados estão organizados em sete domínios e trinta e duas classes (MOORHEAD et al, 2020). Sua atualização é possível graças à estrutura estável que permite a inserção de resultados, ao longo do tempo, conforme forem desenvolvidos.

Para a encontrar um resultado, é necessária a identificação prévia de um diagnóstico de enfermagem. Cada resultado possui uma escala Likert graduada de 1 a 5 pontos para avaliar os indicadores listados. Esta forma permite a mensuração a partir do estado atual do paciente, facilitando a identificação de alterações do seu estado, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo.

Dessa maneira, o uso da classificação para os resultados de enfermagem NOC possibilita monitorar a melhora, piora ou estagnação do estado do paciente. (MOORHEAD et al, 2020).

O Quadro 5 apresenta o Resultado de Enfermagem Eliminação urinária, de acordo com a Classificação NOC (MOORHEAD et al, 2020).

Eliminação urinária		Gravemente comprometido	Muito comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
Domínio	Saúde fisiológica	1	2	3	4	5
Classe	Eliminação	1	2	3	4	5
Definição	Armazenamento e eliminação de urina	1	2	3	4	5
Indicadores	Padrão de eliminação	1	2	3	4	5
	Odor da urina	1	2	3	4	5
	Quantidade da urina	1	2	3	4	5
	Cor da urina	1	2	3	4	5
	Transparência da urina	1	2	3	4	5
	Ingestão de líquidos	1	2	3	4	5
	Limpidez da urina	1	2	3	4	5
	Ingestão de líquidos	1	2	3	4	5
	Esvazia a bexiga completamente	1	2	3	4	5
	Reconhecimento da vontade	1	2	3	4	5
	Partículas visíveis na urina	1	2	3	4	5
	Sangue visível na urina	1	2	3	4	5
	Dor ao urinar	1	2	3	4	5
	Ardência ao urinar	1	2	3	4	5
	Hesitação para urinar	1	2	3	4	5
	Freqüência urinária	1	2	3	4	5
	Urgência para urinar	1	2	3	4	5
	Retenção de urina	1	2	3	4	5
	Noctúria	1	2	3	4	5
	Incontinência urinária	1	2	3	4	5
Incontinência de pressão	1	2	3	4	5	
Incontinência de urgência	1	2	3	4	5	
Incontinência funcional	1	2	3	4	5	

Quadro 5: Resultado de enfermagem 'Eliminação urinária' segundo a NOC

Fonte: Autoras

A seguir, um exemplo da associação entre o diagnóstico de enfermagem Eliminação urinária prejudicada (Nanda-I) com o resultado de enfermagem Eliminação urinária (NOC):

Diagnóstico de enfermagem: Eliminação urinária prejudicada relacionada a consumo de café evidenciada por disúria e incontinência urinária

Resultado: Eliminação Urinária

Indicador: Dor ao urinar (3-5)



Lembrando que o diagnóstico, resultado e seus indicadores serão sempre relacionados ao paciente, para dar a especificidade em cada quadro.

CLASSIFICAÇÃO CIPE

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um projeto colaborativo sob os auspícios do Conselho Internacional de Enfermeiros. Trata-se de um vocabulário estruturado e definido, bem como uma classificação para a enfermagem e uma estrutura na qual os vocabulários e classificações existentes podem ser mapeados de forma cruzada para permitir a comparação dos dados de enfermagem (CRIVELARO et al, 2020).

A CIPE apresenta como elementos principais da CIPE (CLARES et al, 2019):

1. fenômenos de enfermagem – ou seja, o foco da enfermagem, às vezes chamados de diagnósticos de enfermagem;
2. intervenções de enfermagem – ou seja, as ações ou atividades realizadas pelos enfermeiros; e
3. resultados de enfermagem – ou seja, os resultados das ações dos enfermeiros em termos de mudança de foco em um momento específico

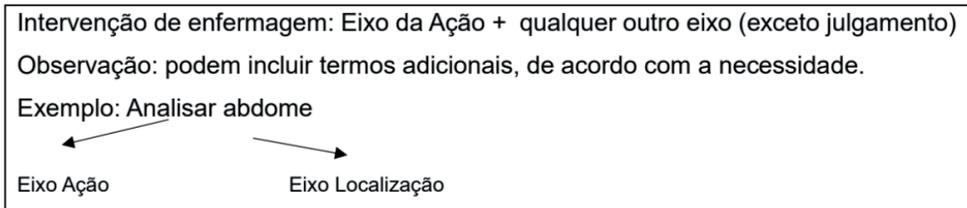
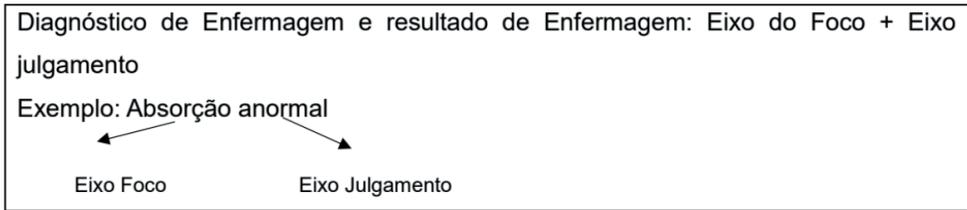
Para tanto, a CIPE é considerada uma classificação multiaxial, de modo que a combinação dos termos presentes nos diferentes eixos pode auxiliar na escrita do elemento diagnóstico, intervenção ou resultado de enfermagem.

Esses eixos são (CUBAS et al 2010):

- Foco: área de atenção relevante para a enfermagem;
- Julgamento: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem;
- Meios: maneira ou método de executar uma intervenção;
- Ação: processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente (verbo no infinitivo);

- Tempo: momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência;
- Localização: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções;
- Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem.

A partir disso, tem-se as seguintes possíveis enunciados pelas combinações desses eixos:



Mais um exemplo:

1. Primeiro diagnóstico: *SONO EXTREMAMENTE ALTERADO*
2. Segundo diagnóstico: *SONO MODERADAMENTE ALTERADO*
3. Intervenção: *DORMIR AO MENOS 5 HORAS POR NOITE*
4. Achado clínico após intervenção: *dorme 6 horas por noite*
5. Resultado: *PADRÃO DE SONO MELHORADO (META ALCANÇADA)*

Para facilitar nesse levantamento de termos há os subconjuntos terminológicos da CIPE®, voltados às clientelas prioritárias de saúde, para potencializar o uso dessa terminologia, e com desenvolvimento incentivado pelo *International Council of Nurses* (ICN), ou Conselho Internacional de Enfermeiros, após o ano de 2008. Estes podem facilitar a integração da CIPE® ao processo de trabalho em diferentes contextos, transformando em referência durante sua prática assistencial. Podem ser direcionados a clientelas ou prioridades de saúde, e tornam-se necessárias à medida que atendem à áreas particulares do cuidado, direcionando diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Um estudo de 2019 identificou que os principais subconjuntos estudados incluem, por exemplo, cuidado do paciente oncológico, do idoso e da criança/adolescente (PRIMO et al, 2019).

SNOWMED E PADRONIZAÇÃO DE TAXONOMIAS

A *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms* (SNOMED CT), traduzida como Nomenclatura Sistematizada de Termos Clínicos de Medicina foi criada em 1999 pela fusão de duas importantes terminologias de cuidados de saúde - terminologia de referência SNOMED (SNOMED RT) e Termos Clínicos Versão, mas foi lançada pela primeira vez em 2002. SNOMED CT é atualmente considerada como a terminologia clínica de saúde, abrangente e multilíngue, com mais de 350.000 conceitos. É mantido e publicado pela SNOMED *International*, uma organização sem fins lucrativos composta por 39 países membros (GAUDET-BLAVIGNAC et al, 2021.).

Ao todo, 3 componentes podem ser observados na SNOWMED CT: conceitos, descrições e relacionamentos. Essa estrutura permite recursos interessantes como gramática composicional, consultas de restrição de expressão ou pós-coordenação. É, portanto, possível criar conceitos pós-coordenados que representem novos significados não presentes na terminologia. Esses conceitos pós-coordenados podem então ser consultados e processados com o restante da terminologia (AGRAWAL et al, 2016).

Essas características, semelhantes às de uma linguagem natural, auxiliam no embasamento do SNOMED CT para elaboração de texto clínico livre de maneira semanticamente rica e legível. Embora a codificação de texto livre no SNOMED CT possa ser feita manualmente, ela é cara e pouco aplicável a grandes conjuntos de dados. Portanto, muitas vezes é realizado por *natural language processing* ou processamento de linguagem natural (PNL), o qual é um ramo de pesquisa ativo no campo biomédico e que tem sido amplamente aplicado na literatura científica e em textos clínicos para diversas áreas. No entanto, as aplicações da PNL em documentos clínicos são menos frequentes. Entre as razões que explicam esta disparidade estão o acesso limitado a corpora de documentos clínicos e a falta de corpora anotados disponíveis publicamente. Estas barreiras são ainda mais importantes para outras línguas que não o inglês (GAUDET-BLAVIGNAC et al, 2021).

Além disso, o SNOMED-CT possibilita a codificação e correlação de conceitos por meio de hierarquias multiaxiais, quanto por atributos, isto é, definições lógicas. O uso deste formato de conexão possibilita (SILVA et al, 2020):

- Maior expressividade;
- Permite a codificação de informação da assistência individual ao paciente,
- Geração de informação adequada ao atendimento;
- Integração com diretrizes e protocolos clínicos, sistemas de apoio à decisão e o intercâmbio de informações entre diferentes atores do processo de assistência à saúde;
- Comunicação efetiva entre as equipes de saúde em prol da segurança do paciente;

- Mensuração dos resultados da prestação de serviços de saúde à população;
- Fomento a ferramentas para a gestão nacional das questões e recursos de saúde.

Com base nessas garantias, em 2011, na perspectiva de possibilitar a comunicação entre diferentes sistemas de linguagens e protocolos padronizados, em 2011 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.073. Esta regulamenta o uso de informação em saúde e interoperabilidade para sistemas de informação em saúde, e estabelece que o SNOMED-CT precisa ser empregado para a codificação de termos clínicos em todos os tipos de instituições de saúde do país (BRASIL, 2011).

Estudos analisaram a associação desta nomenclatura clínica com outros sistemas de linguagem padronizada utilizada pela enfermagem, como *Logical Observation Identifiers, Names, and Codes* (LOINC), CIPE, NANDA-I e Omaha System, bem como outras plataformas de informações da saúde, como *Unified Medical Language System* (SILVA et al, 2020).

ESTRUTURAÇÃO DO REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: MODELO SOAP

O modelo SOAP refere-se a um acrônimo que significa: Subjetivo, Objetivo, de Avaliação e Plano (SOAP). Trata-se de um método de documentação que auxilia os profissionais de saúde a documentarem de forma estruturada e organizada. (GOGINENI et al, 2019).

Esta estratégia é amplamente adotada foi teorizada por Larry Weed há quase 50 anos. Ele lembra aos profissionais tarefas específicas, ao mesmo tempo que fornece uma estrutura para avaliar informações. Também fornece uma estrutura cognitiva para o raciocínio clínico.

O SOAP ajuda a orientar os profissionais de saúde no uso de seu raciocínio clínico para avaliar, diagnosticar e tratar um paciente com base nas informações por eles fornecidas. Além disso, é capaz de fornecer informações essenciais sobre o estado de saúde do paciente e também um documento de comunicação entre os profissionais de saúde. A estrutura da documentação é uma lista de verificação que serve como auxílio cognitivo e um índice potencial para recuperar informações para aprendizagem a partir do registro (SANDO et al, 2017).

O Quadro 2 apresenta a descrição do Método SOAP (PODDER et al, 2023):

Acrônimo	Descrição
S – Subjetivo	Apresenta experiências “subjetivas”, opiniões pessoais ou sentimentos de um paciente ou de alguém próximo a ele. As principais informações nesse item incluem: queixa principal, história de doença atual, história pregressa, medicamentos atuais e alergias.
O - Objetivo	Incluem: sinais vitais, achados do exame físico, dados laboratoriais, resultados de exames de imagem, outros de diagnóstico; reconhecimento e revisão da documentação em prontuário.
A – Avaliação	Documenta a síntese de evidências “subjetivas” e “objetivas” para chegar a um diagnóstico. Esta é a avaliação do estado do paciente através da análise do problema, possível interação dos problemas e mudanças no estado dos problemas. Os elementos incluem o seguinte o problema principal e o diagnóstico prioritário.
P - Plano	Traz o planejamento de intervenções e as necessidades de encaminhamento. Para cada diagnóstico, é necessário incluir a intervenção correspondente, referência(s) ou consultas especializadas e a educação do paciente.

Quadro 2: Método SOAP

Fonte: Autora

Um ponto fraco da nota SOAP é a incapacidade de documentar mudanças ao longo do tempo. Em muitas situações, as evidências mudam, exigindo que os prestadores de cuidado reconsiderem diagnósticos e intervenções. Uma lacuna importante no modelo SOAP é que ele não integra explicitamente o tempo na sua estrutura cognitiva. As extensões do modelo SOAP para incluir esta lacuna são siglas como SOAPE, com a letra E como um lembrete explícito para avaliar o quão bem o plano funcionou (DOLAN et al, 2016).

Por outro lado, o registro em prontuário atende a múltiplas necessidades. Como resultado, o número de informações aumentou ao longo do tempo, principalmente com o avanço tecnológico e do prontuário eletrônico, que traz a capacidade de incorporar facilmente grandes volumes de dados. O SOAP repleto de dados pode sobrecarregar com informações pouco úteis. É essencial tornar os dados clinicamente mais relevantes no prontuário mais fáceis de encontrar e mais imediatamente disponíveis.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, A., HE Z, PERL Y, WEI D, HALPER M, ELHANAN G, CHEN Y. **The readiness of SNOMED problem list concepts for meaningful use of electronic health records**. Artificial intelligence in medicine, volume 58, número 2, pp:73-80. Disponível em: 10.1016/j.artmed.2013.03.008

ARGENTA, C., CONCEIÇÃO, V. M., POLTRONIERI, P., CUBAS, M. R. **Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem**. In: ARGENTA, C., ADAMY, E. K., and BITENCOURT, J. V. O. V., eds. Processo de enfermagem: história e teoria [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2020, pp. 26- 46. Processo de Enfermagem: da teoria à prática collection. ISBN: 978-65- 86545-21-0. <https://doi.org/10.7476/9786586545234.0002>

CLARES JWB, NÓBREGA MML, GUEDES MVC, SILVA LF, FREITAS MC. **ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly**. Revista Brasileira de Enfermagem, volume 7, número 2, pp. 191-8, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0540>

CUBAS, M.R.; ALBUQUERQUE, L.M.; MARTINS, S.K.; PERUZZO, S.A. **Aplicação do inventário vocabular resultante do projeto CIPESC CIE-ABEn nas unidades básicas de saúde do município de Curitiba-PR.** 2010. In: Egrý EY,

DA SILVA CRIVELARO, P.M.; FIDELIS, F.A.M.; SIVIEIRO, M.R.S.; BORGES, P.F.B.; GOUVÊA, A.H.M.; PAPINI, S.J. **O processo de enfermagem e classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): potencialidades na atenção primária.** Brazilian Journal of Development, volume 6, número 7, p. 54085-54101, 2020.

DOLAN, R.; BROADBENT, P. **A quality improvement project using a problem based post take ward round proforma based on the SOAP acronym to improve documentation in acute surgical receiving.** Annls of medicine & surgery, v1ume 5, p.45-8, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706565/pdf/main.pdf>

GARCIA, T.R. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.

GAUDET-BLAVIGNAC, C.; FOUFI, V.; BJELOGRLIC, M.; LOVIS, C. **Use of the systematized nomenclature of medicine clinical terms (SNOMED CT) for processing free text in health care: systematic scoping review.** Journal of medical internet research, volume 23, número 1, p.24594, 2021 Disponível em: doi: 10.2196/24594.

GOGINENI H, ARANDA JP, GARAVALLIA LS. **Designing professional program instruction to align with students' cognitive processing.** Currents in pharmacy teaching & learning, volume 11, número 2, p: 160-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877129717304057?via%3Dihub>

LYNN, P. **Habilidades de enfermagem clínica de Taylor: uma abordagem do processo de enfermagem.** Lippincott Williams & Wilkins: Filadélfia, PA, EUA, 2018.

MACIEIRA, T. G. R., CHIANCA, T. C. M., SMITH, M. B., YAO, Y., BIAN, J., WILKIE, D. J., DUNN LOPEZ, K., & KEENAN, G. M. (2019). **Secondary use of standardized nursing care data for advancing nursing science and practice: a systematic review.** Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA, volume 26, número 11, pp.1401–11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz086>

PHELPS, L.L. **Nursing Diagnosis Reference Manual.** Wolters Kluwer: Holanda, 12ed, 2022.

PODDER, V.; LEW, V; GHASSEMZADEH, S. **SOAP notes.** Treasure Island (FL): StatPearls, 2023.

PRIMO, C.C.; RESENDE, F.Z.; GARCIA, T.R.; DURAN, E.C.M.; BRANDÃO, M.A.G. **Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação.** Revista Gaúcha de Enfermagem, volume 39, p. e2017-0010, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0010>

SANDO KR, SKOY E, BRADLEY C, FRENZEL J, KIRWIN J, URTEAGA E. **Assessment of SOAP note evaluation tools in colleges and schools of pharmacy.** Currence in Pharmacy Teaching & Learning. Volume 9, número 4, p. 576-84, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877129716302180?via%3Dihub>

SHIN, J.H.; CHOI, G.Y.; LEE, J. **Identifying frequently used nanda-i nursing diagnoses, NOC outcomes, NIC interventions, and NNN linkages for nursing home residents in Korea.** Journal of Environmental Research and Public Health 2021, volume 18, número 11505. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111505>

SILVA, C. G. DA ., VEGA, E. A. U., CORDOVA, F. P., CARNEIRO, F. A., AZZOLIN, K. DE O., ROSSO, L. H. DE ., GRAEFF, M. DOS S., CARVALHO, P. V. DE ., & ALMEIDA, M. DE A.. (2020). **SNOMED-CT as a standardized language system model for nursing: an integrative review.** Revista Gaúcha De Enfermagem, 41, e20190281. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190281>

TORNVALL, E.; JANSSON, I. **Preliminary evidence for the usefulness of standardized nursing terminologies in different fields of application: a literature review.** Internacional Journal of nursing Knowledge, volume 28 , 2017, p.109–119. Disponível em: doi: 10.1111/2047-3095.12123.