

## ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Ráisa Camilo Ferreira<sup>1</sup>, Fábio Luis Montanari<sup>2</sup>, Elaine Ribeiro<sup>3</sup>, Marisa Dibbern Lopes Correia<sup>4</sup>, Juliana Prado Biani Manzoli<sup>5</sup>, Erika Christiane Marocco Duran<sup>6</sup>

**RESUMO:** Objetivo: elaborar e validar instrumento para assistência de enfermagem, baseado em literatura específica para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital universitário do estado de São Paulo. Método: estudo metodológico, com coleta de dados de agosto a dezembro de 2015, em três fases: caracterização da população e levantamento dos diagnósticos de enfermagem, elaboração, e validação do instrumento para o registro do Processo de Enfermagem. Para a validação de conteúdo, utilizou-se a técnica Delphi, com um grupo de especialistas na área, composto por 11 jurados. Resultados: durante a coleta de dados, 152 pacientes estiveram internados, 61,18% do sexo masculino, com idade média de 54,9 anos. O conteúdo do instrumento foi validado com índice de validação > 0,81. Conclusão: a construção de instrumentos para o processo de Enfermagem é útil para facilitar a implementação da assistência, evidenciar a assistência, incrementar a comunicação e segurança dos cuidados em saúde.

**DESCRIPTORIOS:** Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Processos de Enfermagem; Estudos de Validação; Unidades de Terapia Intensiva.

### DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A NURSING CARE INSTRUMENT FOR PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS

**ABSTRACT:** Objective: to develop and validate an instrument for nursing care, based on specific literature for patients hospitalized in the Intensive Care Unit of a university hospital in the state of São Paulo. Method: methodological study, with data collection from August to December 2015, in three phases: characterization of the population and survey of the nursing diagnoses, development, and validation of the instrument for the registration of the Nursing Process. The Delphi technique was used for the content validation, with a group of experts in the area, composed of 11 judges. Results: during the data collection, 152 patients were hospitalized, 61.18% male, with a mean age of 54.9 years. The content of the instrument was validated with a validation index >0.81. Conclusion: the construction of instruments for the Nursing Process is useful to facilitate the implementation of care, to evidence the care and to increase communication and the safety of the healthcare.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Patient Care Planning; Nursing Processes; Validation Studies; Intensive Care Units.

### ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

**RESUMEN:** Objetivo: elaborar y validar instrumento para asistencia de enfermería, con base en la literatura específica para pacientes ingresados en Unidad de Terapia Intensiva de un hospital universitario del estado de São Paulo. Método: estudio metodológico, con recogida de datos de agosto a diciembre de 2015, en tres etapas: caracterización de la población y recogida de los diagnósticos de enfermería, elaboración, y validación del instrumento para el registro del Proceso de Enfermería. Para la validación de contenido, se utilizó la técnica Delphi, con un grupo de especialistas en el área, compuesto por 11 jurados. Resultados: durante la obtención de datos, 152 pacientes estuvieron ingresados, 61,18% del sexo masculino, con edad media de 54,9 años. Se evaluó el contenido del instrumento por medio de índice de validación > 0,81. Conclusión: la construcción de instrumentos para el proceso de Enfermería es útil para facilitar la implementación de la asistencia, evidenciarla, así como para incrementar la comunicación y seguridad de los cuidados en salud.

**DESCRIPTORIOS:** Enfermería; Planeamiento de Asistencia al Paciente; Procesos de Enfermería; Estudios de Validación; Unidades de Terapia Intensiva.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Enfermeiro assistencialdo Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente de Enfermagem do Centro Universitário de Itapira Itapira, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Campinas, SP, Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Paulínia. Campinas, SP, Brasil.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem e de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Ráisa Camilo Ferreira

Universidade Estadual de Campinas

R. Tessália Vieira de Camargo, 126 - 13083-887 - Campinas, SP, Brasil

E-mail: raisacfe@gmail.com

**Recebido:** 23/01/2018

**Finalizado:** 17/09/2018

## ● INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) surgiram no Brasil em 1970 pela necessidade de proporcionar suporte avançado de vida a pacientes com instabilidade clínica. São um ambiente de alta complexidade, com tecnologia de ponta, que se propõe à monitorização completa, vigilância constante e controle severo dos dados vitais, assistência multiprofissional contínua e intensiva, com recursos humanos especializados, materiais específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento<sup>(1-4)</sup>.

Neste local, o enfermeiro necessita desenvolver ações específicas e complexas, que compreendem a gerência do cuidado; as quais exigem o aprimoramento científico, atuação interdisciplinar, manejo tecnológico e humanização estendida aos familiares, conduzindo ao cuidado com qualidade e segurança<sup>(1-4)</sup>.

No Brasil, Wanda Horta desenvolveu na década de 1970 a primeira geração do Processo de enfermagem (PE) subsidiada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), fundamentada na teoria da motivação humana de Maslow, reforçando a importância do cuidado amplo e humanizado, evidenciando a enfermagem como ciência e amparando e capacitando enquanto teoria<sup>(5-6)</sup>.

Neste cenário, o PE é o método científico que orienta o trabalho do enfermeiro na investigação dos dados do paciente, identificando as necessidades de cuidados, propondo intervenções e avaliando os resultados. É constituído por cinco etapas inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, que norteará o raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, resultante de uma análise crítico-reflexiva dos dados coletados dos pacientes<sup>(7-8)</sup>.

O diagnóstico de enfermagem (DE), segunda etapa deste processo, é definido como um “juízo clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade”<sup>(9:25)</sup>.

Estudos<sup>(10-16)</sup> demonstram expansão no desenvolvimento e emprego dos DEs e dos sistemas de classificação, evidenciando a necessidade da articulação teórico-prática e o desenvolvimento de instrumentos de assistência de enfermagem que direcionem a coleta de dados, composto pelos diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes em UTIs, seus respectivos resultados e intervenções, que nortearão a assistência de enfermagem<sup>(10,12)</sup>.

Atualmente, no cenário internacional e nacional, notou-se um crescente aumento na utilização desses instrumentos, repercutindo de forma positiva na qualidade assistencial, pois ao facilitar a implementação do PE, contribuem para a qualidade da assistência ao atender às necessidades individualizadas dos pacientes<sup>(17-18)</sup>.

Objetivou-se, com este estudo, construir e validar um instrumento para o registro do PE em pacientes internados em UTIs, baseado no modelo teórico de Wanda Horta.

## ● MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico para construção e validação e um instrumento<sup>(19)</sup>, realizado em três fases:

Fase 1: Caracterização da população pela análise de prontuários e levantamento do plano de cuidados da totalidade dos pacientes internados nas UTIs (Trauma, Clínica, Neurologia, Pós-Anestésica, Coronariana e Transplante) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas no período de 30 dias<sup>(19-21)</sup>.

Fase 2: Elaboração do instrumento com as cinco etapas do processo de enfermagem. Os DEs mais frequentes foram apresentados segundo os domínios da taxonomia NANDA-Internacional (NANDA-I), seguidos de seus resultados e intervenções descritas segundo a taxonomia da *Nursing Interventions Classification* (NIC). Para os resultados, não foi utilizada taxonomia, atendendo à solicitação dos enfermeiros da unidade<sup>(5,9,20)</sup>.

Fase 3: Validação de face e de conteúdo do instrumento por enfermeiros com experiência em UTIs de no mínimo dois anos, que aceitaram participar da pesquisa. A validação de conteúdo utilizou a técnica Delphi para a obtenção de opiniões e critérios de um conjunto de especialistas a partir da análise dos instrumentos de forma individual<sup>(19,21)</sup>. As avaliações foram analisadas e as sugestões inseridas no instrumento quando ponderadas pertinentes.

Cada item foi avaliado de acordo com uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 Discordo totalmente, 2 Discordo parcialmente, 3 Indiferente, 4 Concordo parcialmente e 5 Concordo totalmente), resultando na obtenção do Índice de Validação de Conteúdo (IVC= Número de respostas 4 ou 5 / Número total de respostas). Para obtenção de consenso, o IVC deveria ser >0,78. Do contrário, novas rodadas de avaliação deveriam ser realizadas<sup>(21)</sup>. Nesta pesquisa, o instrumento foi validado na primeira rodada.

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição sob o parecer número 954.231<sup>(22)</sup>.

A coleta de dados das fases 1, 2 e 3 ocorreu de agosto a dezembro de 2015, nos locais citados acima. Os critérios de inclusão foram estar internados nesses locais, possuir idade superior a 15 anos e exclusão não terem os instrumentos do PE preenchidos nas últimas 48 horas de internação.

## ● RESULTADOS

Durante a coleta de dados, 152 pacientes estiveram internados nas UTIs, com idade média de 54,90 anos e desvio padrão de 16,83 anos; o tempo médio de internação de 8,05 dias e desvio padrão de 5,24. Outros dados do perfil dos pacientes internados no período de coleta de dados são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes internados nas UTIs do Hospital de Clínicas UNICAMP. Campinas, SP, Brasil, 2018

Variáveis	Categorias	n	%
Idade (anos)	< 20	5	3,29
	20   35	21	13,81
	35   50	30	19,74
	50   65	55	36,18
	65   80	33	21,72
	>80	8	5,26
Sexo	Masculino	93	61,18
	Feminino	59	38,82
Dias de Internação	<5	51	33,55
	5   15	90	59,22
	15   30	11	7,23
Total		152	100

Os diagnósticos médicos apresentados pelos pacientes foram heterogêneos, com maior frequência das doenças cardiovasculares 32 (21%), seguido por Sepse/Choque séptico 29 (19,13%); Pós-operatório e Politrauma 27 (17,77%); Transplante (hepático, cardíaco ou renal) 15 (9,87%); Acidente vascular encefálico 11 (7,20%); Doenças hematológicas e Síndromes neurológicas com três (1,98%) e cinco outros (3,30%).

Destes, 90 pacientes (59,21%) apresentaram os seguintes fatores de risco e/ou comorbidades: Hipertensão Arterial 67 (34,90%); Diabetes Mellitus 45 (23,44%); Dislipidemia 23 (11,98%); Hipotireoidismo 17 (8,85%); Tabagismo 15 (7,81%); Obesidade oito (4,17%); Etilismo quatro (2,08%) e 13 outros 6,77%.

O DE mais frequente foi Risco de infecção. Na Tabela 2 encontram-se os títulos dos DEs e os Resultados de Enfermagem elencados pelos enfermeiros das UTIs.

Tabela 2 - Diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados levantados na UTI do Hospital de Clínicas – UNICAMP Campinas, SP, Brasil, 2018

<b>Diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Risco de infecção/Não apresentar infecção	1220	100
Déficit de autocuidado para banho/ Realizará atividade de autocuidado ou comunicará satisfação com o mesmo apesar das limitações	1185	97,13
Mobilidade física prejudicada/Apresentará aumento de força e resistência	918	75,25
Risco de integridade da pele prejudicada/A pele não será alterada de forma adversa	904	74,1
Integridade da pele prejudicada/Apresentará sinais de cicatrização progressiva da pele	851	69,75
Risco de aspiração/Não aspirará secreções	757	62,05
Desobstrução ineficaz das vias aéreas/Apresentará vias aéreas livres	746	61,15
Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais/Manterá índice de massa corporal	648	53,11
Dor aguda/Relatará alívio da dor	467	38,28
Ventilação espontânea prejudicada/Apresentará melhora na troca gasosa	379	31,07
Risco de queda/Evitar queda	12	0,98
Constipação/Melhorar o funcionamento do intestino	12	0,98
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída/Manter perfusão tissular cardíaca	9	0,74
<b>Total</b>	<b>8108</b>	

Na Tabela 3, listam-se os itens contidos na Prescrição de Enfermagem elaboradas pelos enfermeiros das UTIs.

Tabela 3 - Prescrição de Enfermagem levantadas na UTI do Hospital de Clínicas UNICAMP. Campinas, SP, Brasil, 2018

<b>Itens Prescritos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Orientar o paciente antes de iniciar os procedimentos	1220	100
Manter cuidados de precaução universal e lavar as mãos antes e depois do manuseio com paciente	1220	100
Colocar/manter pulseira de identificação	1220	100
Realizar higiene oral	1220	100
Realizar higiene íntima	1220	100
Trocar fixações	1220	100
Realizar troca em 72h de punção venosa periférica	1220	100
Realizar mudança de decúbito de 2/2 h	1220	100
Observar e registrar aceitação da dieta, eliminações, sangramentos e algias	1220	100
Manter cama com grades elevadas e campainha próxima ao paciente	1220	100
Realizar banho no leito	1185	97,13
Realizar curativo	918	75,25
Manter cabeceira elevada com decúbito de ___ graus	904	74,1
Trocar fixação de traqueostomia	467	47,92
Verificar e anotar débito de dreno e suas características	379	31,07
<b>Total</b>	<b>17273</b>	

Participaram da terceira fase desta pesquisa 11 enfermeiros especialistas com média de 13,27 anos de experiência na área de terapia intensiva; 10 (91%) eram do sexo feminino; com idade média de 38 anos, desvio padrão de 7,65 anos. As titulações dos enfermeiros estavam distribuídas em: cinco (45,45%) possuíam pós-doutorado, dois (18,18%) doutorado e quatro (36,37%) mestrado, sendo que sete (63,63%) exerciam a carreira docente e quatro (36,36%) atuavam na assistência. Em ambos os impressos, todos os domínios receberam IVC > 0,78, variando entre 0,81 e 1,00, dispensando nova rodada de avaliação.

Com base nos dados obtidos, na literatura específica sobre paciente crítico, DEs, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem, construiu-se um instrumento para o PE composto por duas partes. Na primeira parte foi construído o Histórico de Enfermagem seguindo os domínios da NANDA-I, apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Instrumento de Histórico de Enfermagem. Campinas, SP, Brasil, 2018

Domínios	Resumo dos itens
Domínio 1: Promoção da Saúde	Identificação do paciente, histórico de enfermagem.
Domínio 2: Nutrição	Peso, tipo de dieta, uso de cateteres para alimentação, aceitação da dieta, tempo de jejum, avaliação da cavidade oral e orofaringe.
Domínio 3: Eliminação e Troca	Investigação de alterações nas funções e exame físico dos sistemas dos sistemas respiratório, digestório e gênito-urinário.
Domínio 4: Atividade/Repouso	Avaliação do estado geral, limitação nas atividades de vida diária, presença de fraturas, limitações de movimentos, exame físico cardiovascular e pulmonar.
Domínio 5: Percepção/cognição	Avaliação do sistema neurológico, órgãos do sentido e sensibilidade.
Domínio 9: Enfrentamento /tolerância ao estresse	Avaliar o enfrentamento da doença pelo paciente.
Domínio 10: Princípios da vida	Investigação sobre práticas religiosas.
Domínio 11: Segurança/proteção	Avaliação do sistema tegumentar, dos linfonodos, da boca e glândulas salivares.
Domínio 12: Conforto	Investigação sobre dor/desconforto* e levantamento dos dispositivos intravenosos.

\*Investigar suas características, fatores de melhora e piora.

Fonte: Adaptado da NANDA-I pelos autores.

Na segunda parte do instrumento constam os DEs elencados, intervenções e resultados de Enfermagem apresentados no ANEXO 1. O instrumento foi construído em formato de *checklist* e também se reservou um espaço para o registro da evolução e os horários das intervenções para quatro dias, e ao final do instrumento destinou-se um espaço em branco para que o enfermeiro pudesse preencher com diagnósticos adicionais.

## ● DISCUSSÃO

Na primeira fase desta pesquisa foi traçado o perfil da população, que corrobora com o encontrado na literatura com predominância do sexo masculino, na faixa etária de 50 a 65 anos. Este perfil reflete duas realidades brasileiras: a primeira da procura tardia dos homens aos serviços de saúde, ocorrendo apenas após o agravamento de suas patologias, muitas vezes ainda desconhecidas por eles. A segunda, a transição demográfica ocorrida nos últimos anos, caracterizada pelo envelhecimento populacional, que se relaciona diretamente com o aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)<sup>(10-18,23)</sup>.

Quase 60% da amostra estudada apresentava alguma comorbidade, dado semelhante ao encontrado



em outros trabalhos<sup>(24-25)</sup>, sendo que as mais incidentes foram as doenças cardiovasculares e diabetes. Por sua vez, os fatores de risco estão associados ao tabagismo, má alimentação e sedentarismo, o que acarreta no excesso de peso ou obesidade, dislipidemias, piora ou aparecimento da hipertensão arterial e diabetes mellitus<sup>(24)</sup>.

Os dados ora apresentados coincidem com as causas da internação, com prevalência das doenças cardiovasculares, seguido pela sepse grave e o choque séptico - principais causas de morte nas UTIs. O pós-operatório, pela complexidade do procedimento cirúrgico realizado e/ou instabilidade do paciente, exige monitorização e assistência contínua, justificando assim sua permanência nesse local. O politrauma, que também foi uma causa de internação de destaque neste estudo, foi responsável por cerca de 39 internações por dia no Brasil, e uma média de permanência de 11 dias na terapia intensiva<sup>(14,24-25)</sup>.

O tempo médio de internação assemelha-se a outros estudos reafirmando que a permanência prolongada na UTI pode afetar negativamente o estado de saúde dos pacientes, aumentando o risco de infecções, complicações respiratórias e mortalidade<sup>(10-18,24)</sup>.

Neste contexto, caracterizar a população a ser trabalhada é primordial, a fim de direcionar a elaboração e validação de instrumentos para o processo de enfermagem, em ascensão nos últimos anos, pois permite uma adaptação à realidade institucional e ao perfil dos pacientes atendidos. A criação desses instrumentos minimiza o tempo de preenchimento devido ao formato de *checklist* já contendo os principais DE, resultados e intervenções de enfermagem, e proporciona uma uniformidade e continuidade nas informações obtidas, além de auxiliar na organização no processo de trabalho dos enfermeiros<sup>(10-11,16)</sup>.

O perfil dos enfermeiros que validaram os instrumentos evidenciou um grande tempo de experiência assistencial em UTIs, em elevado percentual com pós-graduação *stricto sensu*, demonstrando a qualidade e requinte profissional e o preparo técnico-científico. Contou com representantes tanto da carreira docente quanto assistencial, acarretando em maior legitimidade às suas opiniões e, por conseguinte, legitimidade ao instrumento o qual foi avaliado com IVC mínimo de 0,81 e máximo IVC= 1, salientando a apreciação positiva do instrumento e sua validade<sup>(10,21,26)</sup>.

Pesquisas apontam<sup>(10,12,21,26)</sup> que instrumentos válidos quanto ao seu conteúdo subsidiam o desenvolvimento na prática assistencial e ao utilizar a técnica Delphi para alcançar o consenso entre especialistas, minimiza a influência direta, permite o acesso a participantes distantes e favorece o raciocínio pessoal e clínico. A análise dos instrumentos demonstrou a necessidade de sintetizar dados e aperfeiçoar o levantamento semiológico para facilitar sua implementação, coincidindo com o encontrado neste estudo<sup>(10,21,26)</sup>.

Os DEs encontrados com maior frequência pertenciam aos seguintes domínios da NANDA-I: Domínio 11-Segurança/Proteção e Domínio 4-Atividade/Repouso, sendo o de Risco de Infecção associado à vulnerabilidade a patógenos provenientes do próprio ambiente hospitalar e procedimentos invasivos. Os relacionados à alteração na mobilidade a limitações prescritas de movimentos, alterações osteomusculares, uso de agentes farmacológicos. Os da integridade tissular relacionados aos procedimentos realizados e à imobilidade, assemelhando-se com a literatura devido à gravidade clínica dos pacientes e complexidade das doenças<sup>(10-18,24)</sup>.

Os resultados de enfermagem levantados refletem o perfil de pacientes críticos que requerem assistência de enfermagem contínua, porém por solicitação da instituição na qual foi realizada a pesquisa, que ainda não introduziu o uso da classificação NOC, os resultados de enfermagem redigidos no instrumento elaborado neste trabalho também não foram baseados em classificação, sendo traçados com o objetivo de abranger o respectivo DE e direcionar as intervenções de enfermagem<sup>(23)</sup>.

Dentre elas, foram mais prevalentes os cuidados relacionados à segurança do paciente como a identificação do paciente, higienização das mãos e manutenção das precauções padrão para todos, informar aos pacientes os procedimentos que serão realizados e em relação à prevenção de quedas, equiparando a corrente mundial para o cuidado seguro, a fim de reduzir ao máximo os riscos relacionados à assistência<sup>(10-18,27)</sup>.

Os domínios da NANDA-I: Domínio 1- Promoção à saúde, Domínio 6- Autopercepção, Domínio

7- Papéis e relacionamentos, Domínio 8- Sexualidade e Domínio 13- Crescimento/desenvolvimento não foram identificados durante a caracterização e a revisão na literatura como atribuíveis a este perfil de pacientes. Dessa forma, não foram incorporados ao instrumento, uma vez que para esses pacientes são priorizados cuidados que visem a manutenção da vida, recuperação da saúde e redução de sequelas<sup>(10-18,24)</sup>.

As limitações deste estudo são o número de juízes que, apesar de seguir os requisitos pela técnica Delphi, é baixo; e por se tratar de uma caracterização local e não um estudo multicêntrico, apesar dos achados serem semelhantes aos de outros trabalhos<sup>(10-18,24)</sup>.

## ● CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa diferencia-se pelo cumprimento das etapas para validação do instrumento voltado à realidade do serviço e dos pacientes de uma unidade de terapia intensiva, contemplando suas particularidades e complexidades. A construção e validação de instrumentos contendo as etapas do Processo de Enfermagem propicia a qualificação da assistência, maior valorização do trabalho realizado, incrementa a comunicação e segurança dos cuidados em saúde, além de estimular o raciocínio crítico e reflexivo e o planejamento antecipado da assistência. Além disso, reduz o tempo dispendido pelos enfermeiros na realização de registros.

Nessa perspectiva, o trabalho almejou afirmar o PE como uma tecnologia científica orientadora da prática clínica do enfermeiro e de sua equipe, de maneira a conferir ao seu trabalho cientificidade, credibilidade, resolutividade, confiabilidade e visibilidade.

Ressalta-se também a necessidade de realizar novos estudos para avaliar a aplicabilidade e confeccionar um guia para preenchimento do instrumento, com a finalidade de promover seu aprimoramento.

## ● AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq (Processo 118958/2014-3), que colaborou com o financiamento, e ao Hospital de Clínicas que contribuiu para a realização do estudo.

## ● REFERÊNCIAS

1. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, 07 fev 2010.
2. Correio RAPPV, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Ferreira ML, Luz KR. Unveiling skills intensive in care nurse. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2015[acesso em 2018 abr10];6(1). Disponível em:<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/576/258>.
3. Silva RC, Ferreira MA. The practice of intensive care nursing: alliance among technique, technology and humanization. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jan04];47(6). Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>.
4. Nightingale F. *Notes on Hospitals*. 3.ed. Londres: Longman Green; 1863.
5. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
6. Barros ALBL, Bispo GS. Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. In: I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem (ENIPE), 2017jun São Paulo. São Paulo: ENIPE; 2017.p.1-20.
7. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching

hospital. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jan04]; 6(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>.

8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.

9. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2015-2017). Porto Alegre: Artmed; 2015.

10. Araújo DS, de França AF, Mendonça JKS, Bettencourt ARC, Amaral TLM, Prado PR. Construction and validation of a systematization instrument for nursing in intensive care. Rev Rene. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jan04];16(4). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&scrc=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=28108&indexSearch=ID>.

11. Massaroli R, Martni JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canaver BP. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. Esc Anna Nery.[Internet].2015 [acesso em 2018 abr10];19(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200252&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200252&script=sci_arttext&tlng=en).

12. Ramalho Neto JM, Fontes WD, Nóbrega da MML. Instrument to collect nursing data in General Intensive Care Unit. Rev. Bras.Enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 abr10];66(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400011>.

13. Almeida DV, Oliveira KF, Oliveira JF, Pires NL, Filgueira VSA. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa São Paulo. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jan04];58. Disponível em: [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2013/58\\_2/03-AO52.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2013/58_2/03-AO52.pdf).

14. Silva RS, Lima MOM, Bandeira WCO, Pereira AT, Sampaio AAC, Paixão GPN. Prevalent nursing diagnosis in patients hospitalized in Intensive Care Unit: an integrative review. RevEnf Contemp. [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jan04];5(2). Disponível em:<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i2.1023>

15. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. Rev. Bras.Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jan04];69(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>.

16. Cabral VH, Andrade IRC, Melo EM, Cavalcante TMC. Prevalence of nursing diagnoses in an intensive care unit. Rev Rene. [Internet].2017[acesso em 2018 jan04];18(1). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19216>.

17. Korhan EA, Yönt GH, Erdemir F, Müller-StaubM. Nursing diagnosis in intensive care unit: the Turkey experience. Crit Care Nurs Q. [Internet] 2014;37(2) [acesso em 04 jan 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000024>.

18. Sanson G, Velone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organizational outcomes: a systematic literature review. J ClinNurs. [Internet].2017 [acesso em 2018 jan04];26(23-24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13717>.

19. Medeiros HP, Teixeira E. Research methodology for nursing and health: a book review. Rev. Bras.Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 2018 abr10];69(5) Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0135>.

20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

21. Wilkes L. Using the Delphi technique in nursing research. Nurs Stand. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jan 04];29(39). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.39.43.e8804>.

22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 dezembro 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.

23. Horta FG, Salgado PO, Chianca TCM, Guedes HM. Nursing actions prescribed to patients in an intensive care unit. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 [acesso em 2018 abr10];16(3).Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22316>.



24. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Chronic non-communicable disease mortality in Brazil and its regions, 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2014 [acesso em 2018 abr10];23(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400002>.
25. Cavalcanti CDK, Ilha P, Bertonecello KCG. Emergency care and victims of multiple trauma: a review. *Cienc. Biol. Saúde*. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jan04];15(1). Disponível em: <http://geass.paginas.ufsc.br/files/2013/03/O-cuidado-de-enfermagem-a-v%C3%ADtimas-de-traumas-m%C3%BAtiplos-Uma-revis%C3%A3o-integrativa1.pdf>.
26. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [acesso em 2018 abr10];20(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.
27. World Health Organization (WHO). International Classification for Patient Safety (ICPS). [Internet] Taxonomy: WHO; 2009 [acesso em 2018 jan04]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)

## ANEXO 1

Instrumento do Processo de Enfermagem organizado por domínios, com resultados e intervenções de enfermagem, Campinas 2018

### Domínio 2- Nutrição

Diagnóstico de Enfermagem: 00002 Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Resultado(s): Estado nutricional melhorado

Intervenções de enfermagem: Oferecer a dieta para o paciente, monitorar a aceitação dos alimentos; estimar ou avaliar perda de peso.

Diagnóstico de Enfermagem: 00026 Volume de líquidos excessivo

Resultado(s): Melhorar o equilíbrio hídrico

Intervenções de enfermagem: Monitorar o nível sérico de eletrólitos, reconhecer, relatar a presença de desequilíbrio eletrolítico e realizar balanço hídrico, monitorar ingestão de líquidos e manifestação neurológica de desequilíbrio eletrolítico.

Diagnóstico de Enfermagem: 00025 Risco de volume de líquidos desequilibrado

Resultado(s): Melhorar o equilíbrio hídrico e o equilíbrio eletrolítico e acidobásico

Intervenções de enfermagem: Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca); identificar e quantificar sangramentos; realizar balanço hídrico.

### Domínio 3- Eliminação e Troca

Diagnóstico de Enfermagem: 00011 Constipação

Resultado(s): Eliminação intestinal adequada

Intervenções de enfermagem: Identificar fatores que possam contribuir para a constipação, monitorar as características de eliminações intestinais. Estimular a ingestão hídrica, se não houver restrição, administrar dieta e medicações laxativas, conforme protocolo.

Diagnóstico de Enfermagem: 00030 Troca de gases prejudicada

Resultado(s): Melhora das trocas gasosas, com melhoria do padrão respiratório

Intervenções de enfermagem: Monitorar e registrar o padrão respiratório; fornecer oxigênio suplementar, registrar a leitura de parâmetros do ventilador mecânico, atentar para mudança na coloração da pele e alterações no padrão respiratório, manter decúbito elevado.

#### **Domínio 4- Atividade/ Repouso**

Diagnóstico de Enfermagem: 00085 Mobilidade física prejudicada

Resultado(s): Mobilidade física melhorada

Intervenções de enfermagem: Realizar mobilização progressiva nos limites impostos pela condição do paciente. Executar exercícios de amplitude dos movimentos articulares, a menos que haja contraindicação. Posicionar o paciente em alinhamento articular para prevenir complicações.

Diagnóstico de Enfermagem: 00091 Mobilidade no leito prejudicada

Resultado(s): Melhorar o nível de mobilidade; Prevenir complicações e Prevenir dor por posicionamento incorreto

Intervenções de enfermagem: Realizar mobilização progressiva nos limites impostos; posicionar o paciente em alinhamento articular; realizar mudança de decúbito de 2/2h; monitorar e registrar sinais de complicação de imobilidade; manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras; manter profilaxia para tromboembolismo, avaliar condições da pele do paciente.

Diagnóstico de Enfermagem: 00029 Débito cardíaco diminuído

Resultado(s): Restabelecer o débito cardíaco ou Débito cardíaco melhorado

Intervenções de enfermagem: Observar e anotar perfusão periférica, promover repouso no leito; controlar velocidade de infusão rigorosamente, realizar balanço hídrico, monitorar e anotar sinais vitais, e comunicar alterações.

Diagnóstico de Enfermagem: 00032 Padrão respiratório ineficaz

Resultado(s): Obter melhora no padrão respiratório

Intervenções de enfermagem: Aspirar secreções traqueobrônquicas, encorajar a expectoração através da tosse, registrar e comunicar alterações do padrão respiratório.

Diagnóstico de Enfermagem: 00202 Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz

Resultado(s): Manter a adequação do fluxo sanguíneo nos vasos das vísceras abdominais para manutenção da função dos órgãos

Intervenções de enfermagem: Registrar e comunicar distensão abdominal, vômitos, hematêmese, melena e sintomas de instabilidade hemodinâmica.

Diagnóstico de Enfermagem: 00203 Risco de perfusão renal ineficaz

Resultado(s): Manter adequação do fluxo sanguíneo nos vasos das vísceras abdominais para manutenção da função dos órgãos

Intervenções de enfermagem: Realizar balanço hídrico diariamente, registrar e comunicar sinais e sintomas de desequilíbrio hidroeletrólítico e sintomas de insuficiência renal.

Diagnóstico de Enfermagem: 00200 Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída

Resultado(s): Manter a perfusão tissular cardíaca adequada

Intervenções de enfermagem: Manter o paciente em monitorização cardíaca contínua, registrando e comunicando alterações dos sinais vitais, da coloração e temperatura da pele. Manter o paciente em

posição supina e realizar balanço hídrico.

Diagnóstico de Enfermagem: 00201 Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz

Resultado(s): Manter a nutrição adequada nos tecidos no nível capilar cerebral

Intervenções de enfermagem: Monitorar e registrar alterações neurologias e nível de consciência e pressão intracraniana.

Diagnóstico de Enfermagem: 00204 Perfusão Tissular Periférica Ineficaz

Resultado(s): Melhorar a perfusão tissular periférica

Intervenções de enfermagem: Registrar e comunicar alterações na frequência e o ritmo cardíacos; sinais e sintomas de oxigenação tissular inadequada.

Diagnóstico de Enfermagem: 00033 Ventilação espontânea prejudicada

Resultado(s): Apresentar melhora na troca gasosa

Intervenções de enfermagem: Registrar e comunicar alterações no padrão respiratório e coloração da pele, fornecer oxigênio suplementar conforme prescrito. Manter decúbito elevado em 45° C.

Diagnóstico de Enfermagem: 00108 Déficit no autocuidado para banho

Resultado(s): R: Melhora no autocuidado, passando de totalmente dependente para o menos dependente possível

Intervenções de enfermagem: Realizar higiene oral com solução antisséptica, realizar banho \_\_\_\_\_, e higiene íntima no paciente após eliminações e sempre que necessário.

### **Domínio 5 -Percepção/ Cognição**

Diagnóstico de Enfermagem: 00128 Confusão aguda

Resultado(s): Melhora no quadro de confusão mental

Intervenções de enfermagem: Proporcionar ambiente de segurança, sempre, manter grades laterais do leito elevadas, avaliar o nível de agitação e conter o paciente no leito, se necessário. Sempre se identificar ao dirigir-se ao paciente e esclarecer onde ele está.

Diagnóstico de Enfermagem: 00051 Comunicação verbal prejudicada

Resultado(s): Promover melhora na comunicação verbal do paciente.

Intervenções de enfermagem: Registrar e comunicar alterações na fala, deglutição e compreensão, comunicar-se compassadamente usando tons normais durante as atividades de cuidado, estabelecendo contato visual, certificando-se da sua compreensão.

### **Domínio 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse**

Diagnóstico de Enfermagem: 00141 Síndrome pós-trauma

Resultado(s): Promover melhora e recuperação da síndrome pós-trauma; Promover melhora no enfrentamento e autocontrole da ansiedade e depressão

Intervenções de enfermagem: Registrar e comunicar a aceitação do ocorrido (acidente, doença,..) e nível de ansiedade, auxiliar a pessoa a identificar e a fazer contato com pessoas e recursos de apoio.

### **Domínio 10- Princípios da Vida**

Diagnóstico de Enfermagem: 00083 Conflito de decisão

Resultado(s): Promover melhora no enfrentamento e autocontrole da ansiedade e depressão

Intervenções de enfermagem: Sanar dúvidas e fornecer apoio sobre a doença, auxiliar no processo lógico de tomada de decisão, facilitando o reconhecimento do problema explicando em linguagem acessível.

### **Domínio 11 -Segurança/ Proteção**

Diagnóstico de Enfermagem: 00004 Risco de infecção

Resultado(s): Prevenir infecção

Intervenções de enfermagem: Registrar e comunicar alterações: no sítio de incisão cirúrgica, cateteres a cada 24h, sinais flogísticos. Higienizar as mãos antes e depois de cada procedimento, realizar desinfecção com \_\_\_\_\_ nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações, manter técnica asséptica, realizar curativo com solução indicada diariamente, trocar acesso venoso a cada 72h e sempre que necessário. Realizar higiene do leito, fômites, e mobiliário.

Diagnóstico de Enfermagem: 00039 Risco de aspiração

Resultado(s): Evitar a ocorrência de aspiração, broncoaspiração

Intervenções de enfermagem: Manter o paciente em decúbito elevado principalmente durante e após a ingesta alimentar e hídrica, aspirar as vias áreas sempre que necessário. Monitorar e/ou auxiliar na ingesta alimentar e hídrica, registrando e comunicando sinais de dificuldade de deglutição e engasgamento.

Diagnóstico de Enfermagem: 00031 Desobstrução ineficaz de vias aéreas

Resultado(s): Promover a desobstrução das vias aéreas

Intervenções de enfermagem: Manter o paciente em decúbito elevado e aspirar as vias aéreas sempre que necessário.

Diagnóstico de Enfermagem: 00046 Integridade da pele prejudicada

Resultado(s): Prevenir o agravamento da lesão existente, promovendo a cicatrização e o surgimento de novas lesões

Intervenções de enfermagem: Realizar mudança de decúbito a cada 2h, manter a pele do paciente sempre limpa e seca, trocar as fraldas descartáveis frequentemente, colocar coxim e aliviar as áreas de pressão nas proeminências ósseas. Realizar curativo conforme orientação.

Diagnóstico de Enfermagem: 00047 Risco de integridade da pele prejudicada

Resultado(s): Manter integridade da pele

Intervenções de enfermagem: Realizar mudança de decúbito a cada 2h, manter a pele do paciente sempre limpa e seca. Trocar as fraldas descartáveis sempre que houver necessidade, não deixar partículas estranhas na roupa de cama, evitar dobras e trocar roupa de cama uma vez ao dia, colocar coxim e avaliar áreas de pressão nas proeminências ósseas. Utilizar dispositivos protocolados para prevenção de úlceras por pressão.

Diagnóstico de Enfermagem: 00155 Risco de quedas

Resultado(s): Prevenir queda

Intervenções de enfermagem: Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda, colocar identificação de risco de queda nos pacientes com histórico de quedas e maior risco de queda por agravante clínico, manter as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de

rodas sempre travadas. Manter grades elevadas sempre, registrar e comunicar deterioração no nível de consciência e quadros de confusão mental aguda ou crônica.

### **Domínio 12-Conforto**

Diagnóstico de Enfermagem: 00132 Dor aguda

Resultado(s): Sanar ou minimizar a experiência dolorosa

Intervenções de enfermagem: Realizar levantamento sobre a dor e suas características, fatores de melhora e piora, promover o repouso/sono adequados para facilitar o alívio da dor, realizar analgesia conforme prescrição médica, sempre que necessário.