



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATANA DE MORAIS RAMOS

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB**

JOÃO PESSOA

2019

NATANA DE MORAIS RAMOS

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto de pesquisa vinculado: Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do Hospital Universitário da UFPB.

Orientadora: Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira

JOÃO PESSOA

2019

R175v Ramos, Natana de Moraes.

Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Unidade de Terapia Intensiva Geral do hospital universitário da UFPB / Natana de Moraes Ramos. - João Pessoa, 2019. 138 f.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Processo de enfermagem. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Unidade de terapia intensiva. 5. Classificação da prática. 6. Estudo de validação. I. Título

UFPB/BC

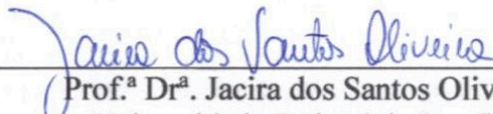
NATANA DE MORAIS RAMOS

**VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA PEDIÁTRICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a. Jacira dos Santos Oliveira

Universidade Federal da Paraíba

Orientadora



Prof.^a Dr.^a. Ângela Amorim de Araújo

Universidade Federal da Paraíba

Membro externo



Prof.^a Dr.^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega

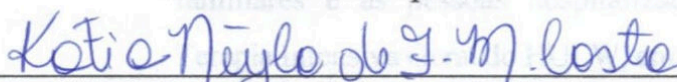
Universidade Federal da Paraíba

Membro interno

Prof.^a Dr.^a. Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Universidade Estadual da Paraíba

Membro externo suplente



Prof.^a Dr.^a. Katia Neyla de Freitas Macêdo Costa

Universidade Federal da Paraíba

Membro interno suplente

Dedicatória

Dedico este trabalho à equipe de enfermagem, aos familiares e às pessoas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW, em especial aquelas que participaram do estudo, para que possa contribuir significativamente com a melhora da assistência prestada, tornando o processo de hospitalização mais suave e digno.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela dádiva da vida e por sempre se fazer luz no meu caminho, permitindo-me realizar tantos sonhos, os quais desconheço o motivo para merecer tanto. Obrigada, Pai celeste, por toda graça concedida e por dar-me forças para enfrentar as curvas tênues que a vida proporciona. O Senhor sempre esteve ao meu lado!

Aos meus familiares, em nome de minha mãe, **Gorete Moraes**, meu pai, **Menezes Ramos** e minha irmã, **Natalya Ramos**, por sempre torcerem por meu sucesso e acreditarem nos meus anseios, mesmo que em sua maioria possam parecer “adoidados”, como vocês mesmo costumam relatar. Sou muito feliz pela família que Deus me presenteou. Amo vocês!

Ao meu amor **David Cartaxo**, por todo carinho, apoio, dedicação e sobretudo, compreensão durante essa jornada repleta de momentos difíceis, de muitas ausências. Muito obrigada por acalantar-me quando acreditei não ser possível, devastada de incertezas. Essa vitória é nossa. Te amo!

A minha sogra **Júlia Sampaio**, por ter acompanhado de perto a minha luta diária, se preocupando, rezando para que tudo ocorresse conforme programado, cuidando dos mínimos detalhes para evitar sobrecarregar-me. Sou muito grata!

Aos meus amigos de Pós-graduação, em nome de **Olga Benário**, minha irmã *stricto sensu*, por sempre estar ao meu lado durante essa jornada, tornando-a mais suave. Mas, nem sempre, né amiga? Com você, dividi momentos de alegrias e de grandes lutas. Sou extremamente agradecida por ter tido a oportunidade de conhecer você, pela pessoa incrível e de coração enorme que és, e de poder dividir contigo esse momento. Você sempre será a melhor companheira de viagens para congressos, disciplinas e afins, mas “não invente mais não, viu”?

Ao meu amigo e eterno professor, **Nuno Félix**, por sempre acreditar nos meus maiores devaneios, aconselhando-me o melhor caminho a ser tomado e por sorrir comigo quando tudo parece dar errado. Obrigada pelas palavras de conforto e pelos sorrisos compartilhados mesmo há milhas de distância. Sempre irei lembrar de “jogar as coisas para o universo”, só espero ansiosamente que ele não queira devolver-me, pois foram várias as vezes que você mandou eu fazer isso. Você é e sempre será uma fonte de inspiração e excelência “padrão UFF qualidade”, porque os tempos mudaram. Muito obrigada por tudo!

As minhas amigas, **Camila Lima**, **Eloíza Barros**, **Natália Rodrigues**, **Naiane Rolim**, **Rayanne Mendes** e **Stela Maris**, que mesmo com longos quilômetros de distância, vocês acompanharam todo meu percurso, torceram por meu sucesso e rezaram para que meus sonhos

fossem realizados, mesmo que para isso tenhamos que estar fisicamente distantes. Sou muito grata pela vossa amizade. Sei que posso confiar em cada uma de vocês!

Aos membros da banca examinadora, **Fabíola de Araújo** e **Ângela Amorim**, por tão gentilmente aceitarem participar e colaborar com o melhoramento da presente pesquisa. Gostaria de agradecer, em especial, as professoras **Katia Neyla**, por tamanha dedicação durante as disciplinas ministradas ao longo desse percurso, elas foram extremamente relevantes para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, pois jamais irei esquecer dos ensinamentos de vida transmitidos, e **Maria Miriam**, por toda confiança e cuidado, mostrando-se sempre disponível para auxiliar-me, abrindo as portas do Centro CIPE® e acolhendo-me. Desejo que a senhora semeie sabedoria por todo o sempre. Sou muito agradecida por tudo!

A minha orientadora, **Jacira Oliveira**, por ter acolhido e acreditado em meu potencial. Estou muito agradecida pelos ensinamentos transmitidos, as oportunidades ao qual a senhora pode proporcionar-me, os momentos tão agradáveis durante essa caminhada em conjunto, as conquistas comemoradas e as palavras de fortalecimento e estima. Eterna gratidão! Desejo que Deus conceda muitas bênçãos em sua vida, cobrindo de saúde, felicidade, sucesso e realizações para que a senhora possa continuar firme em seu ofício, lapidando pessoas para que possamos nos libertar e ao mesmo tempo nos prendendo em um abraço e um sorriso caloroso, sereno e suave.

Ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, em nome de **Nathali Costa**, por toda dedicação e disponibilização durante a realização do mestrado.

E, por último, mas não menos especial, a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a consolidação desse trabalho e a concretização desse sonho.

Obrigada a todos.

“Sendo eu um aprendiz, a vida já me ensinou que besta é quem vive triste lembrando o que faltou, magoando a cicatriz e esquece de ser feliz por tudo que conquistou. Afinal, nem toda lágrima é dor, nem toda graça é sorriso, nem toda curva da vida tem uma placa de aviso e nem sempre o que você perde é de fato um prejuízo. O meu ou o seu caminho não são muito diferentes, tem espinho, pedra, buraco pra mode atrasar a gente. Mas não desanime por nada, pois até uma topada empurra você pra frente... Continue sendo forte, tenha fé no Criador, fé também em você mesmo... Siga em frente a caminhada e saiba que a cruz mais pesada o filho de Deus carregou”

Bráulio Bessa

RESUMO

RAMOS, Natana de Moraes. **Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Unidade de Terapia Intensiva Geral do hospital universitário da UFPB**. 2019.138fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Introdução: A validação da Nomenclatura para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma etapa fundamental capaz de avaliar sua efetividade durante a prática assistencial e fornecer dados que embasam o processo decisório do enfermeiro, que quando direcionado aos cuidados intensivos, podem otimizar o cuidado prestado. **Objetivo:** Validar os conceitos constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® na UTI Geral do HULW/UFPB. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica, desenvolvida em três etapas: construção das definições operacionais, validação de conteúdo e clínica dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a UTI Geral do hospital escola, realizado no período de maio de 2017 à abril de 2019. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 2.605.425 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 84367518.9.0000.5183. **Resultados:** Foi realizado o mapeamento cruzado de 60 diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura para UTI Geral com a CIPE® versão 2017, resultando em 58 conceitos, sendo 38 (65,6%) constantes e 20 (34,4%) não constantes na classificação. Foram construídas as definições operacionais para os 58 conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo validados 57 conceitos em conteúdo por meio do método de validação por consenso. Em seguida, foram submetidos ao processo de validação clínica na referida unidade, sete estudos de caso clínicos, sendo validados 41 diagnósticos/resultados, 23 (56,1%) constantes na Nomenclatura para UTI Geral e 18 (43,9%) não constantes. Quanto às intervenções, foram identificadas 227 intervenções válidas. **Conclusão:** Estudos de validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem aprimoram e operacionalizam a utilização da Nomenclatura durante a prática assistencial gerando maior qualidade no cuidado prestado às pessoas sob cuidados intensivos.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Classificação da Prática; Estudo de Validação.

ABSTRACT

Introduction: The validation of the Nomenclature for the General Intensive Care Unit (ICU) using the International Classification for Nursing Practice (CIPE®) is a fundamental step capable of evaluating its effectiveness during care practice and providing data that supports the decision-making process of the nurse, who when directed to the intensive care, can optimize the care provided. **Objective:** To validate the concepts contained in the Nomenclature of diagnoses, results and nursing interventions of CIPE® in the General ICU of HULW/UFPB. **Method:** This is a methodological research, developed in three stages: construction of operational definitions, validation of content and clinical diagnosis concepts, results and nursing interventions for the General ICU of the school hospital, carried out in May 2017 to April 2019. The Research Ethics Committee under opinion 2,605,425 and Certificate of Presentation approved this study for Ethical Appreciation (CAAE) n. 84367518.9.0000.5183. **Results:** A cross-mapping of 60 nursing diagnoses/results from the General ICU Nomenclature with CIPE® version 2017 was performed, resulting in 58 concepts, of which 38 (65.6%) were constant and 20 (34.4%) were non-constant in the classification. Operational definitions were constructed for the 58 concepts of diagnosis / nursing outcomes, and 57 concepts were validated in content using the consensus validation method. Then, seven clinical case studies were submitted to the clinical validation process, 41 diagnoses/results were validated, 23 (56.1%) included in the General ICU Nomenclature and 18 (43.9%) were non-constant. Regarding the interventions, 227 valid interventions were identified. **Conclusion:** Validation studies of nursing diagnoses, results and interventions improve and operationalize the use of the Nomenclature during the care practice, generating higher quality care for people under intensive care.

Descriptors: Nursing; Nursing process; Nursing diagnosis; Practice classification; Intensive care units; Validation studies.

RESUMEN

Introducción: La validación de la Nomenclatura para la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) general utilizando la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®) es una etapa fundamental capaz de evaluar su efectividad durante la práctica asistencial y proporcionar datos que basan el proceso decisorio del enfermero, que cuando se dirige a los cuidados intensivos, pueden optimizar el cuidado prestado. **Objetivo:** Validar los conceptos constantes en la Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de la CIPE® en la UTI General del HULW/UFPB. **Método:** Se trata de una investigación metodológica, desarrollada en tres etapas: construcción de las definiciones operacionales, validación de contenido y clínica de los conceptos de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para la UTI General del hospital escolar, realizado en el período de mayo de 2017 a abril de 2019. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el parecer 2.605.425 y Certificado de Presentación para la evaluación ética (CAAE) n. 84367518.9.0000.5183. **Resultados:** Se realizó el mapeo cruzado de 60 diagnósticos / resultados de enfermería de la Nomenclatura para UTI General con la CIPE® versión 2017, resultando en 58 conceptos, siendo 38 (65,6%) constantes y 20 (34,4%) no constantes en la clasificación. Se construyeron las definiciones operativas para los 58 conceptos diagnósticos / resultados de enfermería, siendo validados 57 conceptos en contenido por medio del método de validación por consenso. En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio. En cuanto a las intervenciones, se identificaron 227 intervenciones válidas. **Conclusión:** Estudios de validación de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería mejoran y operacionalizan la utilización de la Nomenclatura durante la práctica asistencial generando mayor calidad en el cuidado prestado a las personas bajo cuidados intensivos.

Descriptor: Enfermería; Proceso de enfermería; Diagnóstico de enfermería; Unidades de cuidados intensivos; Clasificación de la práctica; Estudios de validación;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Definições das necessidades humanas e sociais	30
Quadro 2	Classificação dos enunciados diagnósticos/resultados da nomenclatura para UTI Geral em constantes e não constantes quanto à similaridade	42
Quadro 3	Relação de diagnósticos/resultados de enfermagem e suas respectivas definições operacionais validadas em conteúdo para a UTI Geral do HULW/UFPB	45
Quadro 4	Caracterização dos participantes dos estudos de caso da UTI Geral do HULW/UFPB: idade, motivo de internação, sexo, estado civil, escolaridade e procedência	55
Quadro 5	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 1	57
Quadro 6	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 2	64
Quadro 7	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 3	71
Quadro 8	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 4	77
Quadro 9	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 5	84
Quadro 10	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 6	91
Quadro 11	Planejamento da assistência de enfermagem do caso 7	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas e Sociais identificadas em pessoas sob cuidados intensivos na UTI Geral do HULW/UFPB. João Pessoa – PB, 2019	99
Tabela 2	Distribuição das Intervenções de Enfermagem planejadas e implementadas em pessoas sob cuidados intensivos na UTI Geral do HULW/UFPB. João Pessoa – PB, 2019	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	26
Figura 2	Classificação das Necessidades Humanas e Sociais	29
Figura 3	Percurso Metodológico proposto pelo estudo	36

LISTA DE SIGLAS

CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermeiros
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECG	Escala de Coma de Glasgow
GEPFAE	Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem
GPESCC	Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
ICNP	International Classification for Nursing Practice
NANDA-I	NANDA Internacional
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
URCA	Universidade Regional do Cariri
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	20
2.1	Enfermagem: Ciência e o cuidado como essência da prática profissional	20
2.2	Sistematização da Assistência e os Sistemas de Classificação de Enfermagem	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1	Teoria das Necessidades Humanas Básicas	27
3.2	Utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB	34
4	MÉTODOS	35
4.1	Tipo de estudo	35
4.2	1ª etapa: Definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem	37
4.3	2ª etapa: Validação de conteúdo das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem	38
4.4	3ª etapa: Validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem	39
5	RESULTADOS	42
5.1	Definições operacionais e validação de conteúdo dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem	42
5.2	Validação de clínica dos conceitos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem	55
5.2.1	Caracterização dos participantes	55
5.2.2	Estudos de caso	57
6	DISCUSSÃO	107
7	CONCLUSÃO	118

REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	128
APÊNDICE A – Instrumento para validação de conteúdo das definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem para unidade de terapia intensiva geral	128
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos especialistas para validação de conteúdo	130
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes para validação clínica	132
ANEXOS	
ANEXO A – Histórico de enfermagem para coleta de dados	134
ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética	136

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa contempla a validação dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem constantes na Nomenclatura para a Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB). Considerando-a um ofício amplamente utilizado no campo da saúde nacional e internacional, o processo de validação na Enfermagem tem sido referido como meio de contribuição na busca de conformação da profissão enquanto ciência, organizando e sistematizando o cuidado e os fenômenos de enfermagem nos variados serviços e situações de saúde.

Dentre os serviços de saúde, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos setores responsável por fornecer cuidados especializados e maior suporte para os pacientes que se encontram clinicamente agudizados, instáveis e que necessitam de uma assistência de elevada complexidade e monitorização contínua, sendo exigido dos profissionais que desenvolvam planejamentos eficazes, de rápida resolatividade para dar suporte as necessidades reais e potenciais de cada paciente e permitindo a realização de avaliações críticas embasadas nas competências e habilidades dos enfermeiros para prover o cuidado ampliado e seguro (CASTRO, 2017).

Para proporcionar esse planejamento eficaz e sistemático, têm-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que trata de uma especificidade profissional a partir de uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método de fazer, organizando e orientando a documentação da prática profissional por meio de um sistema de classificação. Entre esses métodos, tem-se o Processo de Enfermagem (PE), uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado de enfermagem e contribui de forma positiva com a evolução dos pacientes e suas necessidades, principalmente aqueles que necessitam de cuidados ininterruptos e de constantes avaliações à respeito do quadro de saúde, como pode ser observado em pacientes sob cuidados em uma UTI (COFEN, 2009).

A Enfermagem possui variados sistemas de classificação que auxiliam na execução e documentação da prática profissional, a exemplo: NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Dentre as classificações supracitadas, destaca-se a CIPE®, que vem sendo desenvolvida pelo

Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em conjunto aos Centros de Desenvolvimento difundidos no mundo, tendo como finalidade criar uma linguagem padronizada, unificada e válida entre a equipe de enfermagem, de forma que seja aplicável e acessível aos profissionais tornando o cuidado efetivo e de qualidade, principalmente quando direcionados aos pacientes críticos (GARCIA *et al.*, 2018).

Dentre as dificuldades para a implementação dos métodos que organizam a assistência prestada aos pacientes críticos, PE, destacam-se a carência dos recursos humanos, a excessiva jornada de trabalho para a equipe de enfermagem, o conhecimento deficitário, o distanciamento e compreensão da teoria associado à prática e a implementação da SAE inadequada ao serviço, impossibilitando a realização dos cuidados necessários para as necessidades do paciente (BENEDET *et al.*, 2016).

Assim, a falta de uma nomenclatura validada e específica dificulta o desenvolvimento da assistência integral, de qualidade e individualizada pelos profissionais de enfermagem, pois estudos que contemplam o processo de validação são responsáveis por avaliar, mensurar e fornecer resultados e ferramentas para que possam construir instrumentos e prover embasamento científico, gerando autonomia profissional e o desenvolvimento da profissão enquanto ciência (SIQUEIRA; CROSSETTI; RIEGEL, 2018). Portanto, a validação da nomenclatura construída para o HULW/UFPB (NÓBREGA *et al.*, 2011) permite aperfeiçoá-la para utilização pelos profissionais na prática assistencial das unidades clínicas, em especial, UTI Geral.

No referido hospital, desenvolveu-se várias pesquisas por meio do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFPB utilizando Nomenclaturas de enfermagem para determinadas clientela, como: a validação na clínica pediátrica (DANTAS, 2016) e cirúrgica (CUNHA, 2017), apresentando uma lacuna quanto à validação para a UTI Geral que conta com 60 diagnósticos/resultados e 469 intervenções de enfermagem construídos, devendo esses serem aprimorados, definidos e validados (RAMALHO NETO *et al.*, 2011). O resultado de todas as pesquisas levou a construção da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®, com o intento de contribuir com as práticas assistenciais e a sua documentação (NÓBREGA *et al.*, 2018).

Portanto, o interesse em desenvolver esta pesquisa proveio das discussões e pesquisas desenvolvidas por meio do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular da Universidade Regional do Cariri (GPESCC/URCA) e sua solidificação por

meio do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE). No âmbito da padronização da linguagem entre a equipe de enfermagem e a sua correlação com agravos de saúde que comumente requer um cuidado de enfermagem especializado. Do mesmo modo, tem-se a relevância de analisar o conteúdo e a clínica dessa Nomenclatura, em especial, ao contexto da UTI Geral com vistas a ter uma linguagem válida, servindo de base para outros estudos e para utilização em outros serviços com o mesmo perfil de pacientes.

Considerando que os conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prioridade eleita já foram construídos, surge a seguinte indagação: Quais conceitos constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem são válidos para a Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB?

Diante do exposto, espera-se que os diagnósticos, resultados e intervenções construídos para a Unidade de Terapia Intensiva Geral sejam validados e que possam contribuir de forma significativa com a assistência de enfermagem viabilizado por meio da padronização da linguagem. Com isso, o presente estudo objetiva validar os conceitos constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB.

2 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Visando melhor entendimento do objeto de estudo, a seguinte revisão discorre sobre a Enfermagem no âmbito do cuidado como essência para a profissão, sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem como fomentador da organização na execução da atividade laboral, os principais Sistemas de Classificação de Enfermagem, dando destaque à CIPE[®], voltados para o cuidado intensivo de pessoas hospitalizadas.

2.1 Enfermagem: Ciência e o cuidado como essência da prática profissional

Segundo Becerril (2018), desde 1950, nos Estados Unidos, a Enfermagem buscava alternativas para fortalecer a profissão enquanto ciência, incluindo a elaboração de modelos conceituais e o desenvolvimento de pesquisas pautadas em aprimorar os conceitos e a sua utilização na prática. Porém, foi apenas na década de 1970, no Brasil, que a Enfermagem começou a se preocupar em buscar a evolução do conhecimento e sistematização da prática profissional.

Diante disso, Florence Nightingale foi responsável por criar a primeira escola de Enfermagem profissional com propósito de afastar a imagem das enfermeiras leigas e buscar rigor técnico-científico (PEREIRA *et al.*, 2015). Dessa forma, a continuidade do desenvolvimento da Enfermagem como profissão e como ciência depende diretamente da relação existente entre a teoria, pesquisa e prática clínica, sendo esta imprescindível para a continuidade da sua evolução. Considerando o potencial que as pesquisas podem ter para o avanço da ciência, ressalta-se a importância da escolha crítica de bases adequadas para a análise e produção de conceitos pouco explorados na literatura e sua utilidade durante a execução da atividade laboral (CHAVES *et al.*, 2016).

O termo cuidado é conceituado de variadas formas, apresentando conotações diferenciadas quanto ao significado e à sua função. Segundo Medina (1999) o cuidado pode ser entendido de três formas: *Cuidados em sua forma genérica* - são ações de assistência ou suporte prestados com o objetivo de melhorar o seu desenvolvimento; *Cuidados profissionais* - são ações ou condutas aprendidas culturalmente, por meio dos quais o indivíduo, a família ou a comunidade podem se desenvolver e *Cuidados de enfermagem* - são cuidados humanísticos e científicos aprendidos cognitivamente, com a finalidade de ajudar ou habilitar os indivíduos, a família ou a comunidade.

O cuidado é considerado um fenômeno resultante do processo de cuidar entre o cuidador e o ser cuidado, não se restringindo à execução de atividades técnicas, mas sendo concebido como uma maneira de ser, algo existencial, além de relacional e contextual (SANTOS *et al.*, 2017). Portanto, a Enfermagem deve caracterizar-se pelo cuidado humanizado, individual e sistemático, sendo este uma ferramenta e o objeto de trabalho da profissão, pois além de garantir qualidade nas suas intervenções e resultados promissores na recuperação da saúde, dá autonomia aos profissionais durante a realização dos cuidados em enfermagem (FIGUEIREDO *et al.*, 2018).

Humanização é um termo que pode apresentar variados significados, desde o próprio ato de tornar humano, mostrar-se benévolo, à uma resposta inata do ser humano, auxiliando em suas relações sociais de caridade, compaixão e bondade, e em seu próprio ato de cuidar, que no âmbito da saúde, encontra-se diretamente relacionada às questões éticas para melhoria nas relações entre os envolvidos nesse processo e na execução das atividades laborais em saúde, priorizando os valores humanos e a qualidade da assistência prestada (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Todavia, o cuidado humanizado é um dos mais difíceis de ser implementado, principalmente quando se trata da UTI, setor de elevada complexidade que lida com pessoas em estado crítico de saúde associados a tratamento prolongado, invasivo e agressivo, cercando constantemente os profissionais com paradoxos, como o duelo entre vida e morte, sucesso e fracasso, processo de tomada de decisões e questões éticas, o que pode dificultar à assistência humanizada pelos profissionais da saúde. No entanto, o emprego da humanização no cuidado deve estar presente em cada técnica executada, desde a manipulação dos monitores até a realização da higiene corporal, viabilizando a escuta ativa, valorizando as queixas e as necessidades individuais, além da atenção aos aspectos emocionais e afetivos do paciente (PEREIRA; GERMANO; CÂMARA, 2014; SANTOS *et al.*, 2018).

O atendimento na UTI, além de possuir um aparato físico e tecnológico de suporte ao cuidado, dispõe de recursos humanos especializados com vistas à melhor recuperação das pessoas gravemente enfermas. Quanto à equipe de enfermagem, faz-se necessário entender e ser bem definida a função do enfermeiro nesse cenário, pois além das atividades assistenciais, são responsáveis por aprimorar os conhecimentos dos profissionais da equipe por meio da educação continuada, realizando capacitações sobre o manejo de determinadas tecnologias, intervir na melhoria das práticas interdisciplinares e a própria humanização no cuidado, bem como desempenhar atividades burocráticas no gerenciamento da equipe. O desempenho dessas

atividades demandam elevada carga de trabalho, exigindo melhor dimensionamento dos profissionais para que a qualidade e a segurança dos cuidados sejam preservados (SOARES *et al.*, 2013; VASCONCELOS *et al.*, 2016).

No entanto, observa-se que diante do cuidado à pessoa internada em UTI o foco assistencial, muitas vezes, encontram-se direcionados para às necessidades específicas dos pacientes, esquecendo os familiares e amigos que sofrem com a doença e o processo de hospitalização por entender que lidam com variados sentimentos, como: medo, angústia e impotência, principalmente por receio da perda e não aceitação do distanciamento do ente querido, podendo afetar significativamente as famílias, gerando a necessidade de acolhimento, cuidado e respeito. Portanto, a enfermagem deve priorizar a comunicação visando reduzir a ansiedade e incertezas sobre o estado de saúde (SANTOS *et al.*, 2018).

2.2 Sistematização da Assistência e os Sistemas de Classificação de Enfermagem

Sistematização consiste em organizar um sistema, um conjunto de elementos, de forma dinâmica e inter-relacionada. No tocante à sistematização da assistência, esse arranjo se dá por meio de um conjunto de ações sequenciadas que objetivam alcançar um resultado, e quando direcionado ao contexto da Enfermagem, existem vários meios de sistematizar a assistência, dentre esses podem ser mencionados os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o próprio PE para auxiliar durante o desenvolvimento da prática clínica (CARVALHO; BACHION, 2009).

O PE trata-se de um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir possíveis complicações durante processo saúde-doença e favorecer a recuperação do paciente, requerendo dos profissionais pensamento crítico, devendo estar focado nos objetivos e voltado para os resultados, de forma a atender as necessidades do paciente e de sua família; exigindo constante atualização, habilidades, experiência e sensibilidade para adequar as necessidades da pessoa às condições de trabalho, sendo orientado pela ética e padrões de conduta (FROTA *et al.*, 2016).

Segundo a Resolução do COFEN Nº 358/2009, a SAE e o PE nos serviços de saúde do Brasil são responsabilidades legais da profissão de enfermagem, e são aplicáveis em variados ambientes e situações clínicas em que as observações sobre as necessidades humanas das pessoas acompanham a tomada de decisão e avaliação dos resultados e melhoram a assistência

e o serviço prestado. Portanto, de acordo com a Resolução 358/2009, o PE organiza-se em cinco fases inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN, 2009):

A primeira etapa consiste na *Coleta de dados (histórico de enfermagem)*, processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade, bem como fazer um levantamento da história pregressa e sobre seu processo saúde-doença durante o primeiro contato com o paciente. Para tanto, deve ser realizado, também, o exame físico detalhado e analisado conforme o julgamento clínico, crítico e reflexivo do profissional de enfermagem para dar suporte ao cuidado desempenhado.

A segunda etapa refere sobre os *Diagnósticos de enfermagem*, momento responsável por analisar, interpretar e agrupar informações coletadas durante o primeiro momento. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Quanto ao *Planejamento de enfermagem*, terceira etapa, esse determina sobre os possíveis resultados almejados e intervenções de enfermagem que serão realizadas mediante as respostas da pessoa, da família ou da coletividade identificadas na etapa anterior.

A *Implementação de enfermagem*, quarta etapa, versa sobre a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem para amenizar ou melhorar as possíveis necessidades de saúde do paciente. Por fim, a etapa da *Avaliação de enfermagem* que corresponde ao processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, da família ou da coletividade, em um dado momento perante ao processo saúde-doença, resultante de ações ou intervenções de enfermagem e o resultado esperado alcançados, possibilitando identificar a possibilidade de novos planejamentos e/ou adaptações nas etapas do PE.

Para o desenvolvimento do PE, expresso por meio de suas etapas distintas, necessita-se dos Sistemas de Classificação em Enfermagem, possibilitando a documentação e estabelecimento de padrões de cuidados. A enfermagem possui alguns sistemas que podem auxiliar na prática profissional, a saber: NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação dos Resultados Esperados (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que contribuem para autonomia do enfermeiro durante o julgamento sobre os cuidados prestados, aprimorar e estimular os estudos relacionados à qualidade do cuidado, ampliando os conhecimentos da Enfermagem (BONFADA; PINNO; CAMPONOVARA, 2018).

A terminologia CIPE[®], utilizada nesse estudo, é um sistema de linguagem padronizada que foi aprovada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em 1989, como um importante recurso tecnológico que reúne, em uma mesma classificação, ou seja, unificada, fenômenos (diagnósticos), ações (intervenções) e resultados de enfermagem, contribuindo para que a prática dos profissionais da Enfermagem seja eficaz e, sobretudo, reconhecida no âmbito social e científico (CLARES, 2014).

Essa terminologia tem como objetivos fornecer uma ferramenta para descrever, comparar, documentar as práticas de enfermagem direcionadas à pessoa, à família e à comunidade, e estimular a pesquisa por meio de vinculação de dados disponíveis em sistemas de informação de enfermagem e de saúde, auxiliar no processo decisório do profissional e prover um sistema de classificação que permita ao profissional maior espaço e sensibilidade à diversidade cultural (CIE, 2011; GARCIA *et al.*, 2016).

A proposta para o desenvolvimento da CIPE[®] foi apresentada ao CIE durante o 19º Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul, Coréia do Sul, sendo justificada pela dificuldade para nomear as possíveis situações ou problemas do cotidiano dos profissionais de enfermagem devido à falta de um sistema de linguagem padronizada, dificultado a descrição das contribuições prestadas pelos profissionais para solucionar ou amenizar os problemas de saúde. Assim, no ano de 1991, foi realizado um levantamento na literatura e uma pesquisa junto às associações filiadas ao CIE, para identificar, em âmbito internacional, os sistemas de classificação utilizados na Enfermagem para auxiliar na prática clínica. Durante esse processo, foram identificadas classificações desenvolvidas nos demais países do mundo, tornando o desenvolvimento de um sistema de classificação que representasse a Enfermagem mundial algo mais palpável (GARCIA *et al.*, 2015).

Em 1993, o CIE divulgou o documento *Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP) – a Working paper* (Próximo Avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Um documento de trabalho), constando os termos identificados na literatura e nas demais classificações utilizadas para descrever os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Porém, foi no ano de 1996 que a CIE publicou a primeira versão da CIPE[®], denominada Alfa (ICN, 1996).

A versão Alfa era composta de duas classificações: de fenômenos e de ações de enfermagem. A Classificação dos Fenômenos de Enfermagem é constituída por um modelo monoaxial, onde os termos são classificados de forma hierárquica, tendo como referência a pessoa. A Classificação das Intervenções de Enfermagem refere-se ao domínio desempenhado

pelos profissionais frente aos fenômenos de enfermagem, representada por um modelo multiaxial, sendo organizados por eixos: Ação, Objeto, Enfoque, Meio, Lugar do Corpo e Tempo/Lugar (GARCIA *et al.*, 2015).

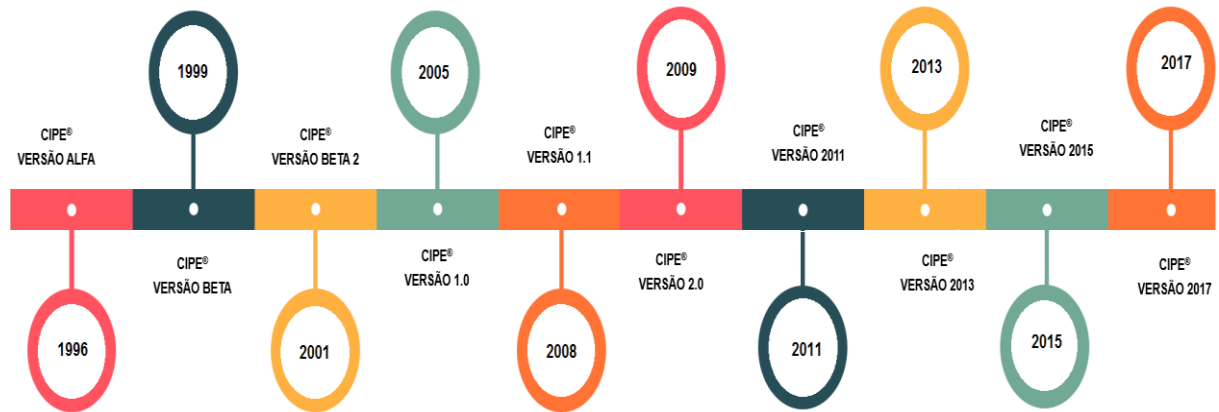
Na evolução, foi divulgada a CIPE® versão Beta e Beta 2, respectivamente nos anos de 1999 e 2001. A versão Beta ocorreu durante as comemorações dos 100 anos do CIE e a versão Beta 2 teve como principal inovação a estruturação composta por duas classificações (Fenômenos e Ações de Enfermagem), adotando um enfoque multiaxial. Devido a CIPE® ser uma terminologia combinatória, onde os termos simples ao se associarem na tentativa de formar termos mais complexos, tornam essas versões ainda difíceis de padronizar a linguagem de Enfermagem, devido à presença de 16 eixos ao total, não satisfazendo as necessidades dos profissionais (GARCIA *et al.*, 2015).

Partindo dessa constatação, o Comitê de Aconselhamento Estratégico da CIPE® desenvolveu uma investigação entre líderes mundiais no domínio de vocabulários usados em cuidados de saúde, com a finalidade de assegurar que a versão 1.0, em 2005, possuísse um *software* que evitasse a redundância e a ambiguidade entre os termos da classificação. Assim, essa versão trouxe a possibilidade de realizar um mapeamento cruzado, com o propósito de identificar similaridades e diferenças entre conceitos e o desenvolvimento dos vocábulos disponíveis. Nessa versão ocorreu, também, uma atualização na estruturação da classificação, passando a ser constituída pelo Modelo dos Sete Eixos (GARCIA *et al.*, 2015): *Foco*: Área de atenção relevante para a Enfermagem; *Julgamento*: Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática; *Cliente*: Sujeito ao qual o diagnóstico/intervenção se refere; *Ação*: Processo intencional aplicado a um cliente; *Meios*: Maneira ou método de desempenhar uma intervenção de enfermagem; *Localização*: Orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção; *Tempo*: Momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.

No final do ano de 2008, a CIPE® passou a compor a Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (FCI-OMS). A sua inclusão amplia e traz para essa família de classificações uma parte essencial e complementar para a realização do serviço dos profissionais de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Após a publicação da CIPE® Versão 1.0, foi publicada a versão 1.1, no ano de 2008; versão 2.0, em 2009; versão 2011, em 2011; versão 2013, em 2013, versão 2015, em 2015 e versão 2017, em vigor, apresentando 4.326 termos distribuídos entre dez conceitos organizadores dentro do Modelo dos Sete Eixos; 1.915 conceitos pré-condenados (diagnósticos,

resultados e intervenções de enfermagem); e 2.401 conceitos primitivos, em conformidade com a ISO 18.104 (Figura 1) (GARCIA *et al.*, 2018).



Fonte: Elaboração própria, João Pessoa, Paraíba, 2019

Figura 1 – Evolução da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Desde a década de 1950, tem-se desenvolvido teorias com o intuito de prover alicerce ao processo de cuidado em enfermagem por meio de conceitos centrais da profissão que visam o ordenamento e a cientificidade durante a coleta de dados, a identificação de possíveis alterações no quadro clínico e a avaliação dos resultados obtidos por meio das intervenções de enfermagem propostas e direcionadas às necessidades dos pacientes, concedendo uma assistência especializada e de qualidade (MOURA *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, dentre os variados referenciais teóricos existentes, destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta, publicada em seu livro em 1979, contendo suas pesquisas e tomando por base a divisão hierárquica proposto por Abraham Maslow e João Mohana, definindo o ser humano, as NHB e a inserção da Enfermagem em demandas humanas.

Horta (2011) inspirou-se na teoria da motivação humana de Abraham Maslow, baseada no conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano e adaptou aos trabalhos desenvolvidos pelo padre João Mohana que classificava as NHB em níveis, a saber:

No nível *Psicobiológico*, esse se encontra direcionado ao corpo físico do indivíduo, como: oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutaneomucosa; integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção; percepção olfatória, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa; ambiente e terapêutica.

Quanto ao nível *Psicossocial*, relaciona-se às convivências com outros seres humanos, em sua família, nas instituições sociais e políticas, como: segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem; sociabilidade; recreação; lazer; espaço; orientação em tempo e espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem e atenção comuns a todos os seres vivos. Entretanto, o nível *Psicoespiritual* é derivado dos valores e crenças dos indivíduos, a exemplo dos preceitos religiosos ou teológicos, ética e filosofia de vida adotada, que são complexas, próprias e exclusivas do ser humano.

Por outro lado, Maslow baseou sua teoria sobre a motivação humana de forma hierárquica composta por cinco níveis de prioridade: *necessidades fisiológicas* (água, ar, alimento); *segurança* (física, psicológica), *amor* (amizade, relações sociais, sexual); *estima* (confiança) e *autorrealização*, sendo esse último caracterizado como o estado de alcance pleno no potencial e da habilidade de resolver problema e lidar realisticamente com as situações da vida. Para Maslow, as necessidades humanas seguem uma hierarquia de valores, ou seja, a satisfação das necessidades se dá segundo essa hierarquia (HORTA, 2011).

No que tange a teoria, essa apresenta amparo em três leis gerais que imperam os fenômenos universais, sendo essas: a *lei do equilíbrio* (o universo se mantém devido ao equilíbrio dinâmico entre os seus seres); da *adaptação* (os seres interagem buscando formas de ajustamento para manutenção do equilíbrio) e do *holismo* (considera-se o todo, o ser humano é um todo e esse todo não é apenas a soma das partes constituintes de cada ser). Portanto, a inter-relação dessas leis são responsáveis pela constituição da teoria (HORTA, 2011).

Segundo Horta (2011), o ser humano é visto como um ser único, indivisível, com múltiplas necessidades, pertencente a um grupo social e com capacidade de tomar decisões, inclusive sobre o processo saúde-doença. Esses seres possuem necessidades humanas básicas que são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, advindas dos desequilíbrios homeodinâmicos ou dos fenômenos vitais. Para a teórica, tais necessidades permanecem latentes, em equilíbrio dinâmico e surgindo com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado e da resolução. Quando ocorre um desequilíbrio dessas necessidades e quando o seu conhecimento é limitado, faz-se necessário o auxílio de pessoas capacitadas para atendê-lo.

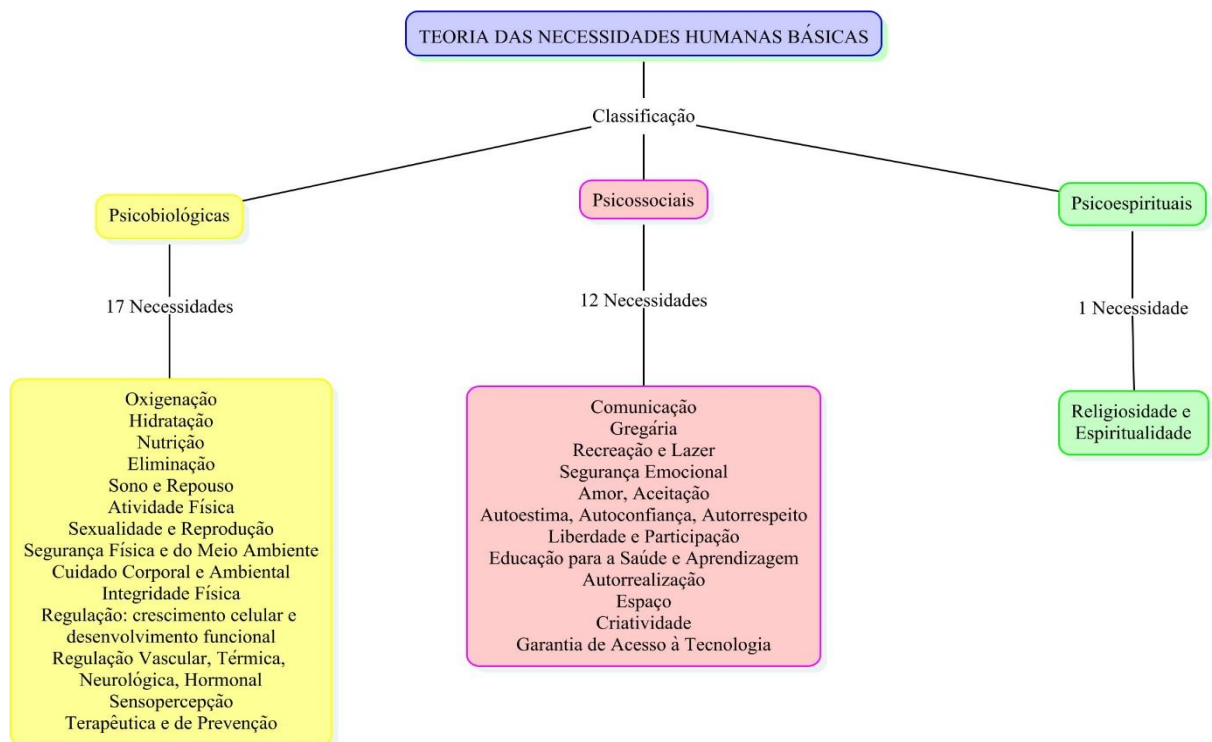
A Enfermagem é definida como um serviço prestado ao ser humano, atendendo às necessidades básicas. Entretanto, essas necessidades são comuns a todos os seres humanos e que podem variar conforme sua manifestação e a maneira de satisfazê-las, podendo sofrer interferência de aspectos como: individualidade, idade, gênero, cultura, escolaridade, condição socioeconômica, ambiente físico e ciclo de saúde-doença (HORTA, 2011), sendo esses, também, considerados no transcorrer desse estudo.

A Enfermagem pode ser classificada em três seres: o Ser-Paciente, o Ser-Enfermeiro e o Ser-Enfermagem. O primeiro corresponde ao paciente, à família ou a comunidade ao qual necessita de cuidados. O segundo versa sobre o ser humano, que apresentam qualidades e limitações, e que desempenham papéis de enfermagem quando existe o Ser-Paciente. Por fim,

o Ser-Enfermagem é um ser não concreto que se manifesta devido à interação dos demais seres da Enfermagem (HORTA, 2011).

Além disso, a teoria, também, define quatro conceitos centrais da profissão, os metaparadigma, a saber: o *ser humano* (é conceituado como um indivíduo, família ou comunidade que é integrante o universo dinâmico, às leis que o regem no tempo e no espaço), o *meio ambiente* (universo dinâmico em que a pessoa está sujeita a todas as leis que regem o tempo e o espaço), a *saúde* (estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço) e a *Enfermagem* (HORTA, 2011, p.29).

Segundo Neves (2006), o modelo de Horta permite, por meio do referencial teórico, a organização de ferramentas de coleta de dados baseado nas NHB. Possibilita, também, a definição das necessidades do paciente que exigem intervenções e evoluções de enfermagem. Assim, a utilização de um modelo conceitual ampara e auxilia o desempenho de papéis dos profissionais enfermeiros, proporcionando um cuidado adequado e com menor possibilidade de danos. Dessa forma, nesse estudo, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® foram adequados conforme Garcia e Cubas (2012), Figura 2, que tem como base a organização proposta por Benedet e Bub das necessidades humanas básicas de Horta e as necessidades sociais de Matsumoto, alterando títulos, forma e conteúdo das definições, sendo visualizadas no Quadro 1.



Fonte: Elaboração própria, João Pessoa, Paraíba, 2019

Figura 2 - Classificação das necessidades humanas e sociais

Quadro 1 – Definições das necessidades humanas e sociais de Garcia e Cubas (2012), 2019.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
PSICOBIOLÓGICAS	
Oxigenação	
É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação; de difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; de transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção de dióxido de carbono; e de regulação da respiração, com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida.	
Hidratação	
É a necessidade do indivíduo de que os líquidos corporais, compostos essencialmente por água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.	
Nutrição	
É a necessidade do indivíduo de obter os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida. Envolve o processo de ingestão, digestão de alimentos, absorção de nutrientes, captação dos mesmos e sua utilização no metabolismo celular.	
Eliminação	
É a necessidade do indivíduo de eliminar substâncias orgânicas indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal.	
Sono e Repouso	
É necessidade do indivíduo de manter, por certo período, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.	
Atividade Física	
É a necessidade do indivíduo de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.	
Sexualidade e Reprodução	

É a necessidade do indivíduo de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.
Segurança Física e do Meio Ambiente
É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de proteger-se e de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.
Cuidado Corporal e Ambiental
É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividade com o objetivo de preservar seu asseio corporal e apresentação pessoal, da família e coletividade, e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde.
Integridade Física
É a necessidade do indivíduo de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração = do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.
Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional
É a necessidade do indivíduo de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual, assim como de receber a estimulação adequada, com o objetivo de crescer e desenvolver-se dentro dos padrões da normalidade.
Regulação Vascular
É a necessidade do indivíduo de que sem transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidos as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e sobrevivência do organismo.
Regulação Térmica
É a necessidade do indivíduo de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central (temperatura interna) entre 35,5° C e 37,4° C.
Regulação Neurológica
É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Regulação Hormonal

É a necessidade do indivíduo de preservar ou reestabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividade/funções específicas do corpo.
Sensopercepção
É a necessidade do indivíduo de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.
Terapêutica e Prevenção
É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo de saúde e doença, o que inclui busca por atenção profissional com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar e habilitar funções ou obter cuidados paliativos para uma morte digna.
PSICOSSOCIAIS
Comunicação
É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando a linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com o objetivo de interagir.
Gregária
É a necessidade do indivíduo de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e Lazer
É a necessidade do indivíduo de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso e entretenimento, distração e diversão.
Segurança Emocional
É a necessidade do indivíduo de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções e de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor e Aceitação
É a necessidade do indivíduo de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral, com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Autoestima, Autoconfiança e Autorrespeito
É a necessidade do indivíduo de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e

necessidades, com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar físico e psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência.
Liberdade e Participação
É a necessidade que o indivíduo tem de agir conforme a sua própria determinação, dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas (sociais, culturais, legais) definidas. Em resumo, é o direito que cada um tem de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.
Educação para a Saúde e Aprendizagem
É a necessidade do indivíduo de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde e doença, novas ou já conhecidas.
Autorrealização
É a necessidade do indivíduo de desenvolver suas capacidades mentais, emocionais e sociais, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja e alcançar metas que estabeleceu para sua vida.
Espaço
É a necessidade do indivíduo de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retraindo-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.
Criatividade
É a necessidade do indivíduo de ter ideias e produzir novas coisas, novas formas de agir, com o objetivo de alcançar a satisfação pessoal e sentir-se produtivo e capaz.
Garantia de Acesso à Tecnologia
É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida.
PSICOESPIRITUAIS
Espiritualidade e Religiosidade
É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentido da importância da vida.

Fonte: GARCIA; CUBAS, 2012.

3.2 Utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB

A utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta associada à prática assistencial de enfermagem na UTI Geral deve ser pautada inicialmente no reconhecimento dos conceitos proposto pela teórica no ambiente em estudo: o ser humano, foi considerado o paciente crítico sob cuidados intensivos e seus respectivos responsáveis; meio ambiente, cujo cenário é a UTI Geral do HULW/UFPB; saúde, que se refere à visão complexa da assistência de enfermagem e o seu constante equilíbrio e por fim, a Enfermagem, sendo considerada todo cuidado, direto e indireto, prestado a fim de auxiliar os pacientes internados quanto à suas necessidades humanas representados pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Após a identificação dos conceitos fundamentais, para a implementação da teoria associado à prática, essa foi incorporada durante a elaboração do Processo de Enfermagem específico para cada paciente. Durante a aplicação desse processo, realizado em etapas, consta a coleta de dados que foi desenvolvida por meio de um instrumento construído e validado para a unidade em estudo (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013). Nesse instrumento consta campos para identificação do paciente; dados coletados por meio de entrevista, como: história clínica pregressa, alergias e doenças associadas; exame físico classificado por necessidades básicas; e possíveis impressões do enfermeiro e intercorrências. Essa etapa é fundamental para auxiliar durante as demais etapas que constituem o Processo de Enfermagem – diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação.

Na UTI Geral do hospital em estudo, foram realizadas variadas pesquisas com finalidade de contribuir e fundamentar a prática assistencial desenvolvida pelos profissionais de enfermagem utilizando a teoria das NHB. Dentre as pesquisas, destacam-se: pesquisa metodológica, cujo objetivo foi de construir e validar um instrumento para operacionalizar a assistência de enfermagem para pacientes sob cuidados em UTI Geral (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013); estudo descritivo para aplicação do Processo de Enfermagem em pacientes com sepse (RAMALHO NETO *et al.*, 2011); estudos de caso para identificar os principais diagnósticos de enfermagem e adultos sépticos (RAMALHO NETO *et al.*, 2011). Tais estudos apresentam a aplicabilidade da teoria na prática profissional, principalmente quando direcionado para o paciente crítico em UTI Geral, evidenciando o envolvimento dos profissionais na construção do saber para uma assistência de qualidade e fundamentada.

4 MÉTODOS

O presente estudo integra uma pesquisa maior denominada “Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da UFPB”, que vem sendo desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as unidades clínicas do hospital universitário da UFPB (ANEXO C) foram construídos com 60 diagnósticos/resultados de enfermagem e 425 intervenções de enfermagem para a UTI Geral, devendo esses serem aprimorados, definidos e validados (RAMALHO NETO; SILVA; NÓBREGA, 2011).

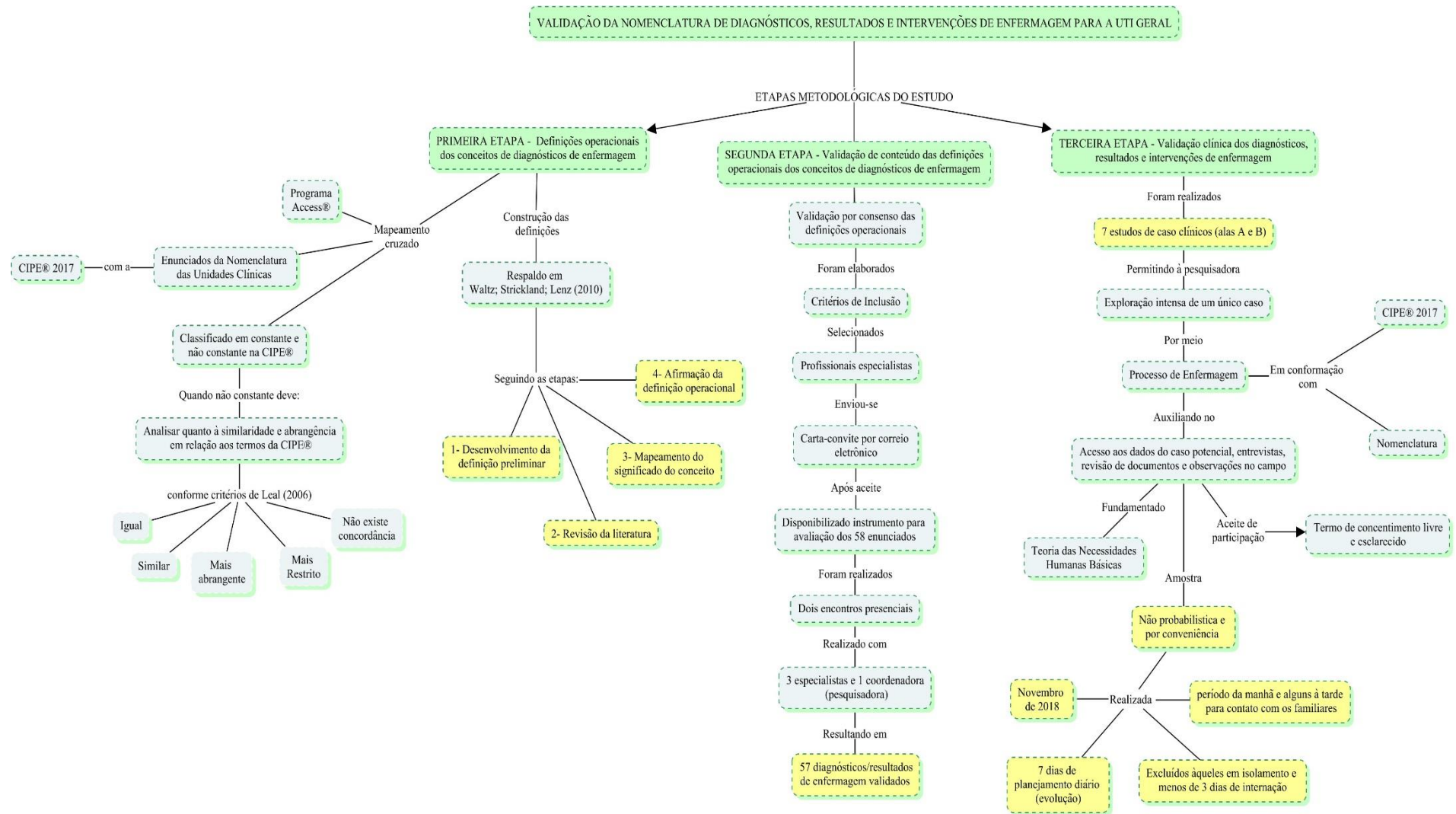
A unidade em estudo promove assistência multiprofissional para pessoas com idade igual ou superior a dezoito anos com doenças de origem clínica, principalmente relacionada aos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e/ou neurológico. Quanto às admissões por meio cirúrgico, o aparelho gastrointestinal ganha destaque (NÓBREGA, 2011). Apresenta duas alas assistenciais, A e B, oferecendo sete leitos, totalizando 14, e dois correspondem ao isolamento.

Esse estudo foi realizado conforme os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012, seguindo as normas regulamentadoras para estudos com seres humanos (BRASIL, 2012) e pela Resolução do COFEN nº 564/2017 (COFEN, 2017), apresentando CAAE 84367518.9.0000.5183 e parecer 2.605.425, sendo, ainda, lavrado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, profissionais especialistas e pacientes internados na UTI Geral.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico que, segundo Polit e Beck (2019), proporciona uma organização sistemática na elaboração, validação, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas de pesquisa, assim como de estratégias metodológicas, comumente utilizando métodos complexos e sofisticados, incluindo métodos mistos utilizando a CIPE®.

Para a realização desse estudo, o mesmo foi dividido em três etapas para melhor compreensão do desenvolvimento: 1ª – Definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem; 2ª - Validação de conteúdo das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem e 3ª – Validação clínica dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Para auxiliar a compreensão do estudo, foi elaborado um mapa conceitual utilizando o *Software Cmap Tools* versão 5.06, conforme Figura 3.



Fonte: Elaboração Própria, João Pessoa, Paraíba, 2019

Figura 3 – Percurso Metodológico proposto pelo estudo

4.2 1ª etapa: Definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem constantes na Nomenclatura para as unidades clínicas passaram, inicialmente, por uma atualização para a versão da CIPE® em vigor, 2017, por meio de um banco de dados construídos no programa *Excel for Windows*, e em consonância com a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE® (NÓBREGA *et al.*, 2018).

Esses enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para UTI Geral foram mapeados com os conceitos já existentes para diagnósticos/resultados na CIPE® Versão 2017, utilizando a ferramenta *Access® for Windows*, resultando em conceitos constantes e não constantes. Quanto aos conceitos não constantes, esses foram analisados quanto à similaridade e abrangência em relação aos termos da CIPE®, seguindo os critérios de Leal (2006): o conceito é considerado similar quando não existe concordância da grafia, mas possui significado idêntico ao conceito existente, mais abrangente quando apresenta significado maior do que o conceito existente, mais restrito quando apresenta significado menor do que o conceito existente e o termo não apresenta concordância quando é totalmente diferente do conceito adotado pela CIPE®.

Após esse processo de adequação, foram elaboradas as definições operacionais para os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem constantes na Nomenclatura, construídos por Ramalho Neto, Silva e Nóbrega (2011), utilizando as etapas recomendadas por Waltz, Strickland e Lenz (2010): 1) desenvolvimento de uma definição preliminar; 2) revisão da literatura; 3) mapeamento do significado do conceito; e 4) afirmação da definição operacional. Nesse processo foi realizado uma busca em publicações, de amplitude nacional e internacional, com ênfase na temática proposta pelo estudo e sem abordagem temporal. Em seguida, foram identificados os indicadores empíricos sobre os conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem direcionados às pessoa sob cuidados em UTI Geral.

Durante a fase de definição preliminar, essa foi responsável por fundamentar a significação teórica, incluindo ideias-chaves e sinônimos. As definições foram advindas por meio da observação, da experiência clínica e da literatura. Esse momento foi fundamental durante à indicação do objetivo do conceito no processo de definição e operacionalização (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Para a elaboração da revisão da literatura, foi necessário embasamento por meio de livros-texto, dicionários e artigos que versam sobre cuidado em enfermagem com enfoque à UTI. No entanto, a escolha da literatura não deve ser feita ao acaso nem de modo tangencial,

deve ser guiada pelo objetivo para o qual o conceito está sendo desenvolvido. Em seguida, foi realizado o mapeamento, instrumento que organiza o significado do conceito e auxilia na identificação de elementos críticos que devem ser incluídos nas definições operacionais dos diagnósticos e enfermagem que representam o conceito na literatura e na realidade da prática profissional na UTI Geral (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010).

Durante o mapeamento da significação dos conceitos diagnósticos, foram selecionadas as características consideradas relevantes com o intuito de organizar a significação do conceito por meio de elementos críticos para inclusão na definição operacional (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2010). Dessa forma, as definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem foram elaboradas embasadas na literatura pertinente e na realidade prática assistencial na UTI Geral do HULW/UFPB.

4.3 2ª etapa: Validação de conteúdo das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem

Na etapa de validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a técnica de validação por consenso proposta por Carlson (2006), que consiste na formação de um grupo presencial composta por enfermeiros especialistas, com atuação à nível assistencial e acadêmica, levando em consideração seu conhecimento e sua experiência clínica com o propósito de auxiliar na obtenção da opinião coletiva ou o consenso, 100% de concordância entre os especialistas participantes.

Para a formação do grupo de especialistas, estes foram selecionados a partir dos seguintes critérios: Ser enfermeiro(a) assistencial ou docente do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da UFPB que apresentasse atuação profissional há, no mínimo, quatro anos e ser autor, coautor ou orientador de trabalhos relacionados ao cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Dentre os profissionais, foram excluídos do estudo aqueles que durante o processo de validação não estivessem executando suas atividades laborais, por motivos de afastamento ou licença, não possuísse currículo disponível na Plataforma Lattes e/ou apresentassem desatualizados por um período igual ou superior há seis meses. Após processo de seleção dos especialistas foi elaborado e encaminhado uma carta-convite, por meio de correio eletrônico, explicando os objetivos e a natureza do estudo.

O grupo de enfermeiros especialistas foi composto por dois enfermeiros assistenciais vinculados ao hospital e setor em estudo, apresentando titulação de mestre em enfermagem, participação em grupo de pesquisa e com atuação superior à quatro anos de experiência na

assistência em cuidados intensivos e uma enfermeira docente do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, com título de doutora em enfermagem, líder de grupo de pesquisa, atuando como autora e orientadora de trabalhos na temática para compor o processo de validação de conteúdo.

Durante a execução do processo de validação, realizado em dois momentos, a pesquisadora foi responsável por disponibilizar um instrumento (APÊNDICE A) construído pela pesquisadora contendo os enunciados diagnósticos/resultados e suas respectivas definições operacionais a fim de que os especialistas pudessem analisar quanto à pertinência e/ou necessidade de aprimoramento dos diagnósticos/resultados e suas definições operacionais construídas para sua prática clínica sendo necessárias duas reuniões para que os ajustes necessários fossem atendidos. Nos casos em que houveram discordância, foi solicitado sugestões para reformulação e, posterior discussão até a obtenção consensual dos especialistas, sendo os enunciados, posteriormente, listados e organizados em uma planilha eletrônica para dar suporte a etapa de validação clínica. Durante o desenvolvimento do processo de validação por consenso, os especialistas consentiram participar do presente estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

4.4 3ª etapa: Validação clínica dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

No processo de validação clínica seguiu-se as orientações do CIE, onde os conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram validados por meio da realização de estudos de casos clínicos múltiplos na UTI Geral do HULW/UFPB, permitindo a pesquisadora adquirir conhecimento do fenômeno estudado e a investigação intensa de um único caso. A realização de estudos de caso é um método de pesquisa que tem como base as investigações empíricas de um determinado fenômeno, partindo da imagem da situação real, mas sendo descrita de forma detalhada e aprofundada para clarificar, analisar e buscar explicações sobre o fenômeno em estudo, devendo ser embasado teoricamente (VENTURA, 2007; CIE, 2011; FAVERO; RODRIGUES, 2015).

A condução dos estudos de caso múltiplos foi realizada por meio de acesso aos dados do caso potencial, entrevistas, revisão de documentos e registros ou observações no campo. Após identificação dos possíveis participantes, os acompanhantes responsáveis foram informados quanto aos objetivos do estudo e como deveria ser realizado, solicitando permissão para que os mesmos participassem do presente estudo. Foram incluídos aqueles que possuíam idade igual ou superior a 18 anos e que se encontrassem orientados ou na presença do

acompanhante. A escolha dos casos foram pautados, também, naqueles em que apresentava maior probabilidade de esclarecer os questionamentos apontados pela pesquisa. Sem esse acesso, fez-se necessário buscar novos participantes (YAN, 2015).

A seleção de casos múltiplos foi realizada cuidadosamente para que pudessem prever resultados similares ou produzir resultados contrastantes, devendo seguir a lógica da replicação, não devendo ter correlação com amostragem, ou seja, após a identificação de um resultado significativo de experimento, a prioridade subsequente deverá ser replicar o achado. O processo de replicação tenta duplicar as condições do experimento inicial, o que a torna uma descoberta original e robusta (YAN, 2015). Portanto, a capacidade proposta pelo estudo foi conduzir sete estudos de caso, que encontram-se fundamentado nos preceitos de Yan (2015), entre seis à dez estudos de caso, devendo todos os casos acabarem como o previsto, o que proporcionariam apoio vigoroso ao conjunto inicial de hipóteses. Se os casos forem, de alguma forma, contraditórios, as hipóteses iniciais devem ser revisadas e testadas, novamente, com outro conjunto de casos. Esta lógica é similar à maneira com que lida as descobertas experimentais conflitantes.

Portanto, foram realizados utilizando-se as fases do Processo de Enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação. Para auxiliar na coleta de dados dos pacientes, foi utilizado um instrumento validado e fundamentado nas necessidades humanas básicas e sociais, disponibilizado na unidade em estudo (ANEXO A) e os pacientes participantes e/ou seus acompanhantes responsáveis atestaram o aceite de participação por meio do TCLE (APÊNDICE C).

A amostra foi não probabilística ou por conveniência, realizada por sete dias de planejamento diário seguindo por uma evolução. Essa etapa do estudo foi realizada em novembro de 2018, no período da manhã sendo necessário alguns turnos à tarde para contato com os familiares. No entanto, foram excluídos do estudo os pacientes que se encontravam em isolamento e que permaneceram tempo inferior há três dias de internação para obtenção de cuidados intensivos prolongados.

A fase de diagnóstico de enfermagem foi realizada com base no processo diagnóstico de Gordon (1994) e no julgamento clínico da pesquisadora e enfermeiros do setor em estudo, onde foram identificados e interpretados os dados obtidos por meio da aplicação do histórico de enfermagem, exame físico e nas observações, atentando para as denominações dos diagnósticos validados na etapa anterior. Entretanto, caso fosse identificado uma nova situação que ainda não tivesse sido contemplada anteriormente, essa deveria ser incluída seguindo as

diretrizes apontadas pelo CIE e pela ISO 18.104:2014 para a sua elaboração (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

Dessa forma, para a construção de conceitos diagnósticos, obrigatoriamente, deve-se conter um termo do eixo “Foco” e um do eixo “Julgamento” ou um achado clínico, podendo incluir termos adicionais aos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo. Para a elaboração de uma intervenção de enfermagem, utiliza-se, obrigatoriamente, um termo do eixo “Ação” e um termo “Alvo”, considerados como termos de qualquer um dos eixos, com exceção do eixo Julgamento. No caso de ser identificada uma situação para a qual ainda não exista um resultado de enfermagem, deve-se utilizar as mesmas diretrizes para a elaboração de diagnóstico de enfermagem, pois o que determina a diferença é a avaliação crítica do enfermeiro.

5 RESULTADOS

5.1 Definições operacionais e validação de conteúdo dos conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem

Para melhor compreensão da análise dos resultados obtidos por meio da realização desse estudo, foram associados às etapas metodológicas referentes à elaboração das definições operacionais e o processo de validação de conteúdo dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem. Foi realizado o mapeamento cruzado dos 60 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura para UTI Geral constante em uma planilha construída no *Excel for Windows* e correlacionados ao programa *Access for Windows* com os enunciados pré-combinados da CIPE® versão 2017 e em consonância com a Nomenclatura para as unidades clínicas, resultando em 58 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem. Os enunciados que foram eliminados correspondem aos diagnósticos que foram unificados, como: “Ingestão de Líquido, Aumentada” e “Ingestão de Líquido, Diminuída”; “Pressão Sanguínea, Diminuída” e “Pressão Sanguínea, Elevada”, identificando-se, após atualização, respectivamente como: “Ingestão de Líquido, Prejudicada” e “Pressão Sanguínea, Alterada”.

Dentre os 60 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem, 40 são constantes (66,7%) e 20 não constantes (33,3%) na CIPE®. Àqueles identificados como não constantes foram classificados quanto à similaridade e a abrangência em relação à CIPE®, sendo identificado 01 conceito mais restrito (5%), 10 (50%) mais abrangentes, 08 similares (40%) e 01 não concordante (5%), identificado como específico da Nomenclatura para UTI Geral, “ventilação mecânica”. O Quadro 2 apresenta a classificação quanto à similaridade entre os enunciados de enfermagem para UTI Geral constantes na Nomenclatura e os diagnósticos constantes na CIPE® 2017 após mapeamento cruzado.

Quadro 2 – Classificação dos enunciados diagnósticos/resultados da nomenclatura para UTI Geral em constantes e não constantes quanto à similaridade, 2019.

Diagnósticos de Enfermagem da UTI Geral da Nomenclatura	Diagnósticos da CIPE® 2017	Classificação
Dispneia (Especificar o grau)	Dispneia	Constante
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada	Constante
Padrão respiratório prejudicado	Respiração, Prejudicada	Mais abrangente
Troca de gases prejudicada	Troca de Gases, Prejudicada	Constante

Ventilação espontânea prejudicada	Ventilação Espontânea, Prejudicada	Constante
Ventilação Mecânica	-	Não concordante
Ascite	Ascite	Constante
Desidratação (especificar o grau)	Desidratação	Constante
Edema (especificar o grau e a localização)	Edema	Constante
Ingestão de líquido aumentada	Ingestão de Líquidos, Prejudicada	Mais abrangente
Ingestão de líquidos diminuída	Ingestão de Líquidos, Prejudicada	Mais abrangente
Risco de desidratação	Risco de Desidratação	Constante
Volume de líquidos aumentado	Volume de Líquidos, Prejudicado	Mais abrangente
Amamentação Interrompida	Amamentação Interrompida	Constante
Caquexia	Caquexia	Constante
Emagrecimento	Emaciado (Emagrecido)	Similar
Ingestão de alimentos insuficiente (ou deficitária)	Ingestão de Alimentos, Insuficiente (ou Deficitária)	Constante
Constipação	Constipação	Constante
Diarreia	Diarreia	Constante
Eliminação urinária aumentada	Eliminação Urinária, Aumentada	Constante
Eliminação urinária espontânea	Eliminação Urinária, Espontânea	Constante
Eliminação urinária reduzida	Eliminação Urinária, Reduzida	Constante
Retenção urinária	Retenção Urinária	Constante
Risco de constipação	Risco de Constipação	Constante
Transpiração excessiva	Transpiração Excessiva	Constante
Vômito	Vômito	Constante
Insônia	Insônia	Constante
Sono e repouso prejudicado	Sono e Repouso, Prejudicados	Constante
Mobilidade física prejudicada	Mobilidade Física, Prejudicada	Constante
Síndrome do déficit do autocuidado	Capacidade de Autocuidado, Prejudicada	Mais abrangente
Ferida cirúrgica infectada	Ferida Cirúrgica	Mais abrangente
Membrana da mucosa oral prejudicada	Membrana Mucosa Oral (Ou Bucal), Prejudicada	Constante
Pele seca	Pele Seca	Constante
Risco da integridade da pele prejudicada	Risco de Integridade da Pele, Prejudicada	Constante
Úlcera por pressão (Especificar a localização e o estágio)	Lesão por Pressão	Similar
Temperatura corporal aumentada (Hipertermia)	Hipertermia	Similar

Temperatura corporal diminuída (Hipotermia)	Hipotermia	Similar
Arritmia	Arritmia	Constante
Choque séptico	Choque Séptico	Constante
Débito cardíaco diminuído	Débito Cardíaco, Prejudicado	Mais abrangente
Hemorragia	Hemorragia	Constante
Pressão sanguínea diminuída	Pressão Arterial, Alterada	Mais abrangente
Pressão sanguínea elevada	Pressão Arterial, Alterada	Mais abrangente
Perfusão tissular ineficaz	Perfusão Tissular, Ineficaz	Constante
Risco de glicemia instável	Risco de Glicemia, Instável	Constante
Risco de hemorragia	Risco de Hemorragia	Constante
Coma grave	Coma	Similar
Nível de consciência diminuído	Consciência, Prejudicada	Similar
Infecção	Infecção	Constante
Risco de infecção	Risco de Infecção	Constante
Dor aguda	Dor, Aguda	Constante
Dor crônica	Dor, Crônica	Constante
Visão diminuída	Visão, Prejudicada	Mais abrangente
Recuperação cirúrgica retardada	Recuperação Cirúrgica, Atrasada (Lenta)	Similar
Agitação (especificar o grau)	Agitação	Constante
Ansiedade (especificar o grau)	Ansiedade	Constante
Medo (especificar)	Medo	Constante
Comunicação prejudicada	Comunicação, Prejudicada	Constante
Orientação no tempo e no espaço prejudicada	Desorientação	Similar
Autoestima alterada	Baixa Autoestima	Mais restrito

Após a realização do mapeamento cruzado, foi construído um instrumento contendo as respectivas definições operacionais elaboradas para os 58 diagnósticos/resultados de enfermagem da Nomenclatura atualizada para a UTI Geral do HULW/UFPB visando auxiliar no processo de validação de conteúdo, que por meio da obtenção do consenso entre os enfermeiros especialistas selecionados foram validados 57 (98,3%) conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem considerados aplicáveis no âmbito da UTI Geral do HULW/UFPB, podendo ser visualizados no Quadro 3.

Quanto ao diagnóstico/resultado de enfermagem não considerado válido, “amamentação interrompida”, esse foi eliminado pelos especialistas por ser um conceito que não contempla o perfil das pessoas atendidas na UTI Geral/HULW. Dessa forma, consta no

Quadro 3 – Relação de diagnósticos/resultados de enfermagem e suas respectivas definições operacionais validadas em conteúdo para a UTI Geral do HULW/UFPB, 2019.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM APLICÁVEIS À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL DO HULW/UFPB E SUAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA DE OXIGENAÇÃO
DISPNEIA (especificar o grau): Dificuldade de respirar e/ou déficit na relação ventilação/perfusão caracterizada pelo aumento da frequência e alteração da profundidade respiratória, sensação de desconforto e opressão torácica, dificuldade para locomoção e alimentação, cansaço, agitação, ansiedade, noite mal dormida, uso da musculatura acessória, episódios de vômitos ao se alimentar, dificuldade de pronunciar palavras e presença de ruídos adventícios como sibilos, estertores e roncos.
LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS INEFICAZ: Manutenção da passagem de ar prejudicada da boca para os alvéolos pulmonares, devido à incapacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório caracterizada por cianose, inquietação, dificuldade respiratória, mudança na frequência respiratória, quantidade excessiva de muco/secreção e presença de ruídos adventícios (roncos).
RESPIRAÇÃO PREJUDICADA: Estado no qual o indivíduo apresenta comprometimento no processo fisiológico da hematose devido à uma ventilação inadequada, profundidade de inspiração e força de expiração aumentada ou diminuída caracterizada por inquietação, uso da musculatura acessória, alterações na profundidade, frequência respiratórias, saturação arterial de oxigênio diminuída e batimento de asas de nariz.
TROCA DE GASES PREJUDICADA: Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar como resultado da alteração na simetria do esforço respiratório caracterizada por frequência respiratória alterada, batimento de asa de nariz, gases sanguíneos arteriais anormais, cianose, cor da pele anormal (pálida escurecida), diaforese, cefaleia ao acordar, confusão, distúrbios visuais, irritabilidade, inquietação, sonolência e taquicardia.
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA: Alteração na capacidade espontânea de mover o ar com certo padrão e ritmo respiratório, profundidade de inspiração e força de

expiração caracterizada por diminuição da taxa de oxigênio, uso da musculatura acessória, saturação arterial de oxigênio diminuída, batimentos das asas do nariz e inquietação.

VENTILAÇÃO MECÂNICA: Presença de modalidade de oxigenoterapia com aplicação de pressão positiva nas vias aéreas de modo invasivo ou não invasivo para manter ou modificar a troca gasosa pulmonar caracterizada por controlar a ventilação alveolar, manter níveis aceitáveis de oxigenação arterial, aumentar o volume pulmonar, reduzir o trabalho da musculatura respiratória e reexpansão de áreas atelectasiadas.

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA DE HIDRATAÇÃO

ASCITE: Acúmulo de líquido seroso dentro da cavidade peritoneal caracterizada pelo aumento considerável no volume do abdome, ganho de peso, edema, circulação colateral, sinal de piparote positivo, perda do apetite, náuseas, vômito e dificuldade para respirar.

DESIDRATAÇÃO (especificar o grau): Distúrbio hídrico e eletrolítico corporal que ocorre quando a eliminação total de líquidos excede a ingestão total caracterizada por perda de peso, diminuição do débito urinário, urina concentrada, eletrólitos alterados, alterações tegumentares, resposta reduzida à estímulos, preenchimento capilar prolongado, frequência cardíaca alterada, pele e membranas mucosas ressecadas, sinais de falha circulatória, perda de apetite, alterações nos hábitos de ingestão, globo ocular encovados, alterações na cor e temperatura da pele, redução ou ausência do lacrimejamento e salivação, alteração na temperatura corporal, taquipneia, hiperpneia nos níveis mais graves, fraqueza e irritabilidade progredindo para letargia e, até mesmo, inconsciência.

EDEMA (especificar o grau e a localização): Retenção de líquidos com tumefação da região dos tecidos periféricos dos membros superiores e/ou inferiores caracterizada pela presença de edema central ou anasarca, intumescimento do tecido, aumento da permeabilidade capilar, diminuição da concentração de proteínas no sangue, aumento na pressão hidrostática, alterações na turgidez da pele, ganho de peso, oligúria, diminuição da flexibilidade dos locais edemaciados, irritabilidade, dor à palpação e sinal de cacifo positivo.

INGESTÃO DE LÍQUIDOS PREJUDICADA: Estado pelo qual o indivíduo apresenta diminuição do equilíbrio da ingestão e eliminação de líquidos e eletrólitos em 24 horas caracterizada por pele e mucosas secas, perda súbita de peso, fraqueza, sede, diminuição do volume e aumento da frequência de pulso, boca seca e diurese reduzida.

RISCO DE DESIDRATAÇÃO: Vulnerabilidade do desequilíbrio de líquido caracterizada por eliminação total de líquidos excedentes à ingestão total, decorrente da pouca ingestão de líquidos, vômitos, diarreia e outras causas.

VOLUME DE LÍQUIDOS PREJUDICADO: Estado no qual o indivíduo apresenta diminuição ou aumento do equilíbrio da ingestão e eliminação de líquidos e eletrólitos caracterizada por alterações na pressão sanguínea, estado mental, padrão respiratório, anasarca, ansiedade, inquietação, azotemia, edema, dispneia, ganho de peso em curto período, alteração no hematócrito, hemoglobina diminuída, ingestão maior que eliminação, inquietação, oligúria e/ou polaciúria.

CAQUEXIA: Condição de magreza caracterizada pela perda de massa corpórea e tecido adiposo, saciedade precoce, fadiga, fraqueza, anemia e baixo nível de albumina na corrente sanguínea.

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA DE NUTRIÇÃO

EMACIADO (Emagrecido): Condição de magreza excessiva associada à falta de nutrição, dieta de restrição alimentar, podendo ser consequência de doença que afeta a ingestão e absorção de alimentos e nutrientes caracterizada por peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal, proeminências ósseas salientes, mucosas pálidas, fraqueza, sons intestinais hiperativos, intolerância alimentar, ansiedade, dor abdominal, diarreia, distúrbio intestinal, perda de apetite e uso de laxantes.

INGESTÃO DE ALIMENTOS INSUFICIENTE (Ou deficitária): Ingestão de alimentos diminuída para necessidades diárias caracterizado por alteração no paladar, diminuição de apetite, perda de peso, aversão ao alimento, cavidade bucal ferida, cólicas abdominais, diarreia, dor abdominal, fragilidade capilar, fraqueza dos músculos necessários à deglutição e mastigação, mucosas pálidas, sons intestinais hiperativos e tônus muscular insuficiente.

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA DE ELIMINAÇÃO

CONSTIPAÇÃO: Diminuição na frequência normal de evacuação/defecação caracterizada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou excessivamente endurecidas e ressecadas, geralmente apresentando dor abdominal, massa abdominal palpável no quadrante inferior esquerdo, redução na frequência e volume das fezes, esforço para evacuar, ruídos intestinais hipoativos, redução da motilidade gástrica, macicez à percussão abdominal e abdome distendido.

DIARREIA: Passagem e defecação de fezes líquidas e não formadas caracterizada pelo aumento dos ruídos intestinais, da frequência de eliminação/dejeção e do volume, com mais de três evacuações de fezes líquidas em 24 horas, cólica e urgência para evacuar.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA AUMENTADA: Disfunção na eliminação de urina caracterizada por aumento da frequência e/ou volume da micção associado à disfunção renal, nictúria, disúria, podendo apresentar incontinência e urgência urinária

ELIMINAÇÃO URINÁRIA ESPONTÂNEA: Excreção urinária caracterizada por meio da micção de 4 a 6 vezes ao dia, sem necessidade de qualquer intervenção externa.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA REDUZIDA: Processo do sistema urinário caracterizada pela diminuição na passagem e excreção de urina fora dos limites normais por meio da micção, com débito urinário abaixo de 2L a cada 24 horas ou 20-40 ml por hora em adultos.

RETENÇÃO URINÁRIA: Esvaziamento vesical incompleto ou acúmulo involuntário de urina na bexiga associado à perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga caracterizada por diminuição ou ausência de eliminação urinária, eliminação vesical frequente e pequena, distensão vesical, disúria, gotejamento e sensação de bexiga cheia.

RISCO DE CONSTIPAÇÃO: Risco de apresentar diminuição na frequência normal ou hábitos irregulares de evacuação/defecação podendo estar associados à ingestão insuficiente de fibras e líquidos.

TRANSPIRAÇÃO EXCESSIVA: Perda abundante de água pela evaporação da umidade à superfície da pele e do sistema respiratório caracterizada pela eliminação de gotículas de suor pelas glândulas sudoríparas como mecanismo para excreção e regulação da temperatura corporal.

VÔMITO: Reflexo ativo do mecanismo de defesa do organismo caracterizada por expulsar ou retornar à cavidade oral alimentos transformados ou de conteúdo gástrico por meio do esôfago e para fora da boca.

NECESSIDADE PSICBIOLÓGICA DE SONO E REPOUSO

INSÔNIA: Distúrbio caracterizado pela baixa qualidade do sono e repouso e/ou dificuldade em adormecer que pode ser de curta ou longa duração, prejudicando o funcionamento normal do organismo. Pode ser acompanhado de quadros de sonolência, falta de energia, irritabilidade, depressão e problemas de aprendizagem, concentração e *delirium*.

SONO E REPOUSO PREJUDICADOS: Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e qualidade de sono e repouso, decorrentes de fatores internos, externos e/ou ambientais, metabolismo diminuído, postura imóvel, diminuição da atividade, sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos caracterizada por alteração no padrão de sono, ambiente desfavorável, sensação de noite mal dormida, pesadelos, despertar não intencional e dificuldade para iniciar o sono e não se sentir descansado.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE ATIVIDADE FÍSICA

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades, capacidade diminuída de ir a outro lugar decorrente da condição crônica caracterizada por deambulação prejudicada, amplitude limitada de movimento, mobilidade na cama prejudicada, dificuldade para virar-se, movimentos descontrolados, dispneia ao esforço, tempo de reposta diminuído, desconforto, instabilidade postural, redução das atividades motoras e tremor induzido pelo movimento.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA SEGURANÇA FÍSICA E DO MEIO AMBIENTE

INFECÇÃO: Processo caracterizado pela invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo sem a presença de disfunção orgânica, podendo levar à morte.

RISCO DE INFECÇÃO: Vulnerabilidade/risco à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo caracterizada pelo aumento da exposição à patógenos, defesas primárias e/ou secundárias inadequadas, desnutrição, procedimentos invasivos e vacinação inadequada.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE CUIDADO CORPORAL E AMBIENTAL

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO PREJUDICADA: Estado pelo qual o indivíduo apresenta comprometimento da capacidade de realizar por si só as necessidades individuais caracterizada por dificuldade em realizar higiene íntima, vestir-se, alimentar-se, tomar medicamentos e/ou manusear utensílios sozinho.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE INTEGRIDADE FÍSICA

FERIDA CIRÚRGICA INFECTADA: Incisão cirúrgica caracterizada por drenar conteúdo (soro e sangue) e apresentar sinais de infecção com secreção purulenta ou inflamação aguda com pus, calor, rubor, dor, edema e corpos estranhos que podem diminuir o processo de cicatrização devido à falha na assepsia local e/ou instrumental.

MEMBRANA MUCOSA ORAL (OU BUCAL) PREJUDICADA: Lesões que podem ocorrer em lábios e tecidos moles da cavidade oral e/ou orofaringe devido ao ressecamento, infecção e/ou efeito colateral de algumas drogas caracterizada por desconforto oral, dificuldades na fala, dificuldades para comer, para deglutir, edema, dor oral, fissuras, halitose, hiperemia, paladar diminuído e alterado, tonsilas aumentadas, bolsas gengivais, estomatite, palidez da mucosa gengival, pápula oral, placa esbranquiçada na boca, sensação de gosto ruim na boca, língua saburrosa, língua geográfica e sangramento.

PELE SECA: Alteração dermatológica frequente que se encontra associada à menor quantidade de substância oleosa na epiderme com perda significativa de água deixando a pele desidratada e sensível caracterizada por epiderme com aspecto áspero, sem brilho, ausência de turgor, coloração rosada ou esbranquiçada, sensível podendo causar fissuras e escamas.

RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: Estado em que o indivíduo apresenta vulnerabilidade à alteração no tecido epidérmico e/ou dérmico caracterizada por presença de hiperemia e/ou perda da continuidade da pele podendo estar associado à idade avançada, restrição ao leito, obesidade, hipotensão, desnutrição, incontinência, anasarca, sepse, exposição da pele à fricção, cisalhamento, umidade, agentes farmacológicos e alteração no metabolismo, circulação prejudicada, hipertermia, hipotermia, radioterapia.

LESÃO POR PRESSÃO (especificar a localização e o estágio): Dano epitelial ou em estruturas subjacentes que resulta da compressão do tecido e da perfusão sanguínea inadequada em uma determinada área, que se desenvolve devido ao aumento da pressão junto à proeminências ósseas por períodos prolongados em combinação com o cisalhamento, caracterizada por déficit de oxigenação e nutrientes tecidual, evoluindo para isquemia local, edema, ativação de mediadores de inflamação e morte celular.

NECESSIDADE PSICOBIOLOGICA DE REGULAÇÃO VASCULAR

ARRITMIA: Variação do ritmo cardíaco normal percebida por meio do traçado eletrocardiográfico, verificação do pulso ou pela ausculta cardíaca caracterizada por alteração dos batimentos cardíacos e frequência cardíaca anormal.

CHOQUE SÉPTICO: Condição grave resultante de infecção associada à disfunção orgânica, clínica ou laboratorial e que cursa com anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas com utilização inadequada de O₂ pelas células e hipotensão refratária à ressuscitação volêmica e necessidade de vasopressor caracterizado por pele úmida, pegajosa e fria, extremidades cianosadas, oligúria, taquisfigmia, taquipneia e queda dos níveis tensionais e da consciência.

DÉBITO CARDÍACO PREJUDICADO: Quantidade excessiva ou insuficiente de sangue bombeado pelo ventrículo esquerdo por minuto para atender às demandas metabólicas corporais caracterizada pela presença de bradicardia, taquicardia, palpitações cardíacas, pré-carga alterada identificada por distensão da veia jugular, pós-carga alterada identificada por alteração da pressão sanguínea, edema, fadiga, coloração anormal da pele, dispneia, oligúria, pele fria, úmida e pegajosa, pulsos periféricos diminuídos, tempo de preenchimento capilar prolongado, ansiedade e inquietação.

HEMORRAGIA: Condição ocasionada pela elevada perda sanguínea em virtude de um rompimento dos vasos que pode ser identificado interno ou externamente em um curto período de tempo, caracterizada por quadro de confusão, desorientação, sonolência e pressão arterial extremamente baixa (choque).

PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ: Estado em que o indivíduo apresenta redução no suprimento nutricional e oxigenação em nível celular periférico devido à redução da circulação sanguínea nos capilares caracterizada por modificações na coloração da pele, palidez e cianose, dor, alterações na temperatura, na função sensorial e ou motora, tempo de preenchimento capilar > 3 segundos, diminuição do pulso arterial, alteração na pressão sanguínea e cicatrização de feridas.

PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA: aumento ou diminuição da pressão sanguínea exercida durante à circulação contra as paredes arteriais, caracterizada por presença de dor de cabeça, sonolência, confusão mental, enjoo, tontura, problema de visão, palpitações cardíacas, arritmias quando pressão elevada, tontura, vertigens ou desmaios, batimentos cardíacos rápidos ou irregulares, náuseas, vômitos, sede, visão embaçada, fraqueza, confusão e cansaço quando pressão baixa.

RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL: Risco de variação dos níveis de concentração de glicose no sangue em relação aos parâmetros de normalidade.

RISCO DE HEMORRAGIA: Situação em que há vulnerabilidade à perda sanguínea em virtude de um rompimento dos vasos sanguíneos, fatores de coagulação defeituosos, histórico de quedas e trauma.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE REGULAÇÃO TÉRMICA

HIPERTERMIA: Diminuição da habilidade de mudar o termostato interno caracterizada por aumento da temperatura corporal associada à disfunção do sistema nervoso central ou sistema endócrino, reações a processos infecciosos e/ou introdução artificial de elevada temperatura corporal por razões terapêuticas, podendo apresentar pele avermelhada, seca e quente ao toque, vasodilatação periférica, taquicardia, taquipneia, sonolência, cefaleia, confusão mental, sudorese, letargia, coma e irritabilidade.

HIPOTERMIA: Temperatura corporal central abaixo dos parâmetros de normalidade caracterizada pela presença de pele fria, seca e pálida, tremores, calafrios, piloereção associada à exposição prolongada ao frio, preenchimento capilar lento, vasoconstrição periférica, leito ungueal cianótico, taquicardia, bradicardia, hipotensão, hipóxia, aumento da taxa metabólica, redução no nível de glicose no sangue e agitação.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

COMA: Estado em que uma pessoa apresenta comprometimento da consciência e demonstra pouca ou nenhuma reação a estímulos caracterizada como ausência de capacidade para abrir os olhos, pronunciar palavras e obedecer a comandos simples e inconsciência profunda sem respostas fisiológicas, incluindo ausência de respostas aos estímulos dolorosos.

CONSCIÊNCIA PREJUDICADA: Processo de cognição e reflexão da realidade prejudicada que altera a resposta mental e as impressões da combinação dos sentidos caracterizada pela dificuldade de manutenção da mente em alerta e a sensibilidade ao ambiente externo.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE SENSOPERCEPÇÃO

DOR AGUDA: Presença de desconforto grave ou sensação desconfortável que pode ser desencadeada por um esforço físico ou gradativo de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término menor que seis meses caracterizada pela presença de relato de sofrimento, expressão facial de dor, alteração do tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração no tempo de percepção, afastamento do

contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, agitação e perda de apetite.

DOR CRÔNICA: Dor contínua ou recorrente com duração mínima de seis meses que pode gerar incapacidades e inabilidades prolongadas caracterizada por relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração do tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração no tempo de percepção, afastamento do contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, agitação e perda de apetite.

ORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO PREJUDICADA: Situação em que o indivíduo apresenta alteração no nível de consciência, comportamento e orientação em tempo e espaço caracterizada por presença de perda da capacidade de pensar com clareza e agir, prejuízo na relação determinada com o ambiente em termos de tempo e de consciência da própria identidade e o não reconhecimento de lugares, pessoas ou acontecimentos.

VISÃO PREJUDICADA: Comprometimento da capacidade de ver e/ou alterações da acuidade visual devido às respostas à estimulação dos órgãos visuais caracterizada por alterações repentinas da visão, grave redução da visão, dores no olho que podem ou não estar associadas ao movimento ocular e perda de área específica da visão.

NECESSIDADE PSICOBiolÓGICA DE TERAPêUTICA E DE PREVENÇÃO

RECUPERAÇÃO CIRúRGICA ATRASADA (OU LENTA): Situação que há uma extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar caracterizada pela presença de desconforto, evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica, mobilidade prejudicada, perda do apetite, sinais flogísticos, náuseas, vômitos, alteração no sono e repouso, necessidade de ajuda para realizar as atividades do cotidiano, agitação, irritabilidade e mudança de humor.

NECESSIDADE PSICOSSOCIAL DE COMUNICAÇÃO

COMUNICAÇÃO PREJUDICADA: Troca de informações, sentimentos ou pensamentos, seja ela verbal ou não verbal, ausentes, ou estado caracterizada pela presença ou risco de apresentar dificuldade para transmitir ou receber pensamentos, ideias, desejos ou necessidades aos outros indivíduos, ausência de contato visual, déficit visual parcial ou total, audição prejudicada, dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (afasia, disfasia, apraxia...), desatenção e dislalia.

NECESSIDADE PSICOSSOCIAL DE SEGURANÇA EMOCIONAL

AGITAÇÃO (especificar o grau): Estado no qual o indivíduo apresenta condição de excitação psicomotora despropositada caracterizada pela realização de atividade de forma incansável, descarga de tensão nervosa associada à ansiedade, medo ou stress mental.

ANSIEDADE (especificar o grau): Estado de desconforto físico e psíquico, que chama atenção devido ao perigo iminente para o indivíduo caracterizada pelo aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, sensação difusa de apreensão, tensão, insegurança, ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas, voz trêmula e desconforto abdominal.

MEDO (especificar): Sentimento de ameaça, perigo ou angústia devido à causa conhecida ou desconhecida, acompanhado, às vezes, de luta psicológica ou resposta de fuga caracterizada por apreensão, autossegurança diminuída, inquietação, excitação, náusea, vômito, palidez, pressão sanguínea e frequência respiratória aumentadas, transpiração aumentada, alteração no sono e repouso, pesadelos, pupilas dilatadas, sensações de alarme, pânico, receio e tensão aumentada.

NECESSIDADE PSICOSSOCIAL DE AUTOESTIMA, AUTOCONFIANÇA, AUTORESPEITO

AUTOESTIMA ALTERADO: Comportamento de desenvolvimento de percepção alterada da opinião sobre si mesmo, da visão do próprio valor e capacidades, crenças, confiança sobre si, da autoaceitação e autolimitação, em resposta a uma determinada situação.

5.2 Validação de clínica dos conceitos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

5.2.1 Caracterização dos participantes

Os 57 conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram submetidos à validação clínica, por meio da realização de sete estudos de caso desenvolvidos em ambas as alas da UTI Geral, A e B, com adultos e idosos sob cuidados intensivos.

Os participantes do estudo apresentavam idades entre 28 à 78 anos, onde 42,9% representam o sexo masculino e 57,1% o sexo feminino, 42,9% são casados, 42,9% são solteiros e 14,2% viúvos. Quanto ao nível de escolaridade, 14,3% são analfabetos 71,4% possuem o ensino fundamental completo e 14,3% o nível superior. Para melhor compreensão, no Quadro 4 apresenta uma síntese das principais características sociodemográficas e o motivo de saúde que precedeu a internação aos quais foram submetidos à cuidados intensivos na UTI Geral do HULW dos participantes selecionados para compor o presente estudo.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes dos estudos de caso da UTI Geral do HULW/UFPB: idade, motivo de internação, sexo, estado civil, escolaridade e procedência, 2019.

Casos	Idade	Motivo de Internação	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Procedência
01	76	Síndrome Nefrótica + HAS + IRA Pós-renal + IC Diastólica + Nefrolitíase	M	Casado	Ensino Fundamental	Clínica Médica
02	66	VDL diagnóstica (neoplasia biliar? Pélvica?)	F	Solteira	Ensino Fundamental	Bloco Cirúrgico
03	68	IC + Hepatopatia Crônica + Sepsis	M	Casado	Ensino Fundamental	UPA Cruz das Armas
04	70	Seq. AVE + HAS + IRC agudizada	M	Viúvo	Ensino Fundamental	UPA Oceania
05	78	Síndrome Convulsiva	F	Casada	Ensino Fundamental	Hospital Padre Zé

06	28	Gastroduodenopancreatometomia + reconstrução de alça única	F	Solteira	Ensino Superior	Bloco Cirúrgico
07	55	Retossiguedectomia	F	Solteira	Analfabeta	Bloco Cirúrgico

Fonte: Elaboração Própria, 2019.

Para a estruturação e análise dos estudos de caso realizados, esses foram embasados nas fases do Processo de Enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenção de enfermagem e avaliação, e dispostos conforme necessidades as necessidades humanas e sociais propostas por Garcia e Cubas (2012).

Quanto aos planejamentos da assistência, foram compilados os diagnósticos e intervenções de enfermagem elencados durante o acompanhamento de cada estudo de caso por até sete dias de intervenção, devendo ter tempo mínimo de três dias. Por entender que os resultados esperados de enfermagem correspondem ao pensamento crítico do enfermeiro em relação ao diagnóstico estabelecido para uma determinada necessidade, construído pela pesquisadora, não exclui a possibilidade de diferir no planejamento construído por outro profissional, pois o resultado adequado tem como base a situação de saúde do paciente e suas reais potencialidades de recuperação. A avaliação foi realizada embasada nos possíveis desfechos propostos como resultado para o paciente diante da identificação dos diagnósticos e aplicação das intervenções/ações planejadas para cada necessidade de saúde determinada.

5.2.2 Estudos de caso

CASO 01:

N.A.S, 76 anos, casado, sexo masculino, motorista, procedente do município de Maçaranduba, em Campina Grande/Paraíba. Foi admitido no HULW/UFPB, dia 27/09/2018, com queixa de inchaço, ausência de urina, mãos e rosto cianóticas e pressão elevada há três meses. A esposa relatou que haviam realizado diversas consultas particulares, porém devido à dificuldade financeira foram encaminhados para Hospital Universitário, dando entrada com hipótese diagnóstica de síndrome nefrótica, HAS, IRA pós-renal, IC diastólica e nefrolitíase. Foi encaminhado para UTI, dia 30/09/2018, após realizar nefrostomia, para realizar terapia renal

substitutiva e fornecer monitorização hemodinâmica. Ao exame dia 04/10/2018: Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, em 5º dia de intervenção (UTI), em cateter de Schiller. *Necessidade de oxigenação*: eupneico (R:15ipm), murmúrios vesiculares presentes e em suporte ventilatório (Venturi 35%) e SpO₂: 99%; *Necessidade de regulação vascular*: Ritmo cardíaco regular (RCR), normocárdico (FC: 73bpm), pulso filiforme, pele fria, PA:114x63mmHg, PAM: 79mmHg e em uso de droga vasoativa (noradrenalina); *Necessidade de regulação neurológica*: Tamanho da pupila normal, abertura ocular espontânea, alerta, calmo e orientado (ECG: 15); *Necessidade de hidratação*: Anasarca e pele hidratada; *Necessidade de nutrição*: abdome tenso, distendido, globoso, ruídos hidroaéreos diminuídos e em SNG com aspecto bilioso. *Necessidade de eliminação*: SVD, diurese por nefrostomia com aspecto colúrica e volume de: 75ml/24h; *Necessidade de integridade física*: Pele hipocorada (++)/4+, percepção sensorial muito limitada, constantemente úmida, mobilidade muito restrita, acamado, nutrição adequada, apresentando elevado risco para LPP (Escala de Braden: 10-12); *Necessidade de regulação térmica*: normotérmica (T:35,3°C); *Necessidade de sono e repouso/cuidado corporal*: sono preservado e apresenta grau de dependência total para o autocuidado.

Quadro 5 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 1, 2019.

Necessidade de Oxigenação		
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Resultado de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Respiração, Prejudicada</i>	<i>Respiração, Eficaz</i>	Administrar oxigênio conforme prescrição e necessidade Manter a cabeceira do leito elevada Atentar para bradipneia Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios Avaliar perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Manter repouso no leito Monitorar sinais vitais Avaliar nível de consciência Registrar alterações do padrão respiratório Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria

<i>Ventilação Espontânea, Prejudicada</i>	Ventilação Espontânea, Eficaz	Avaliar a necessidade de oxigenoterapia Manter a cabeceira do leito elevada Manter as vias aéreas pervias Monitorar a coloração da pele Avaliar perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso Proporcionar um ambiente calmo e agradável
Necessidade de Hidratação		
<i>Edema moderado em Membros Superiores e Inferiores</i>	Edema em membros superiores e inferiores, Diminuído	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contra-indicação por insuficiência cardíaca). Manter extremidades inferiores elevadas. Manter o cuidado com a pele. Medir o débito urinário. Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão. Monitorar ingestão e eliminação. Monitorar integridade da pele e dos tecidos. Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos). Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário. Orientar restrição de líquidos. Registrar a evolução e a localização do edema.
Necessidade de Regulação Vascular		
<i>Perfusão Periférica, Prejudicada</i>	Perfusão Periférica, Melhorada	Avaliar perfusão periférica Avaliar temperatura e coloração da pele Avaliar o sistema cardiorrespiratório Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Monitorar níveis de saturação de oxigênio
<i>Pressão Arterial, Alterada</i>	Pressão Arterial, Melhorada	Atentar para alteração do nível de consciência Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas Avaliar monitoramento cardíaco Controlar a pressão sanguínea Controlar o balanço hídrico Controlar o volume de infusões de líquidos Manter repouso no leito Monitorar a pressão arterial frequentemente Monitorar sinais vitais Monitorar presença de dispneia e fadiga
<i>Perfusão Tissular, Ineficaz</i>	Pressão Tissular, Melhorada	Auscultar e avaliar os ruídos intestinais diariamente Avaliar as alterações de perfusão Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Avaliar valores de gasometria arterial Monitorar a administração da oxigenoterapia

		Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular Manter extremidade edemaciada acima do nível do coração
<i>Débito Cardíaco, Prejudicado</i>	Débito Cardíaco, Melhorado	Avaliar ritmo cardíaco Avaliar pressões sistêmicas e débito cardíaco Controlar o volume de líquidos ganhos Inspecionar edemas de membros inferiores ou em outras localizações Medir e registrar com exatidão o balanço hídrico Monitorar e avaliar frequentemente a pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, pressão venosa central ou pressão de átrio direito, pressão da artéria pulmonar e débito cardíaco Monitorar o balanço hídrico Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular
<i>Risco de Hemorragia</i>	Risco de Hemorragia, Diminuído	Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina) Monitorar sinais vitais Monitorar local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração

Necessidade de Nutrição

<i>Deglutição, Prejudicada</i>	Deglutição, Melhorada	Atentar para sinais e sintomas de aspiração. Auxiliar na alimentação. Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir. Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar. Avaliar as condições de mucosa oral do paciente. Avaliar ingestão e eliminação. Avaliar o padrão de deglutição Investigar a necessidade de outra via para alimentação. Manter o ambiente tranquilo. Monitorar a frequência respiratória Observar a deglutição e o esvaziamento da boca. Ofertar refeições fracionadas. Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos. Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para se alimentar. Registrar a ingestão/aceitação alimentar
<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentação, Eficaz	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorado	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos

		Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições
--	--	--

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar o funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrólítico
--------------------------------------	--------------------------------	--

Necessidade de Atividade Física

<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na cama, Melhorado	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
--	-------------------------------	--

Necessidade de Segurança Física e Integridade Física

<i>Risco de Lesão por Pressão</i>	Lesão por Pressão, Ausente	Assegurar uma ingestão nutricional adequada Avaliar perfusão tissular Manter pele hidratada Manter pele limpa e seca Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas Orientar uso de hidratante Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal
<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorada	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Risco de Infecção</i>	Infecção, Ausente	Avaliar a susceptibilidade para infecção Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta Avaliar o estado nutricional Avaliar os cuidados com a higiene Ensinar medidas protetoras (dieta e sono adequados, imunização) para minimizar o risco de infecção Inspeccionar os pontos da ferida cirúrgica

		Investigar fatores predisponentes para o aumento do risco de infecção Monitorar os sinais e sintomas de infecção Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo
Necessidade de Sono e Repouso/ Cuidado corporal		
<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade para o Autocuidado, Eficaz	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
<i>Sono e Repouso, Prejudicados</i>	Sono e Repouso, Adequado	Avaliar causa do padrão do sono alterado Estimular o repouso satisfatório Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura Registrar padrão de sono e horas dormidas Ajudar o paciente a ficar em posição confortável
Necessidade Terapêutica e de Prevenção		
<i>Recuperação do Estado de Saúde, Retardado</i>	Recuperação do Estado de Saúde, Melhorado	Dar apoio e conforto ao paciente e ou o acompanhante Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde Informar o paciente e ou o acompanhante o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde
Necessidade de Segurança Emocional		
<i>Ansiedade</i>	Ansiedade, Diminuída	Avaliar nível de ansiedade Dar explicações claras e sucintas sobre os cuidados prestados Avaliar o conhecimento e as expectativas do paciente Encorajar o paciente a expressar suas inquietações Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento Estimular a comunicação com o paciente Explicar a necessidade de permanecer no hospital para melhora do quadro clínico Identificar e reduzir os vários estressores ambientais (pessoas) Oferecer ambiente calmo e agradável Ouvir atentamente o paciente

Evolução 05/10/2018: Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico, em MV 31%, AVC em HV, hemodinamicamente estável, sem uso de DVA. SNG aberta com débito bilioso, abdome flácido. Diurese por nefrostomia (hemático) e SVD (colúrica). Renovado curativos de Schiller e nefrostomia. Em tempo, retirado SNG sem intercorrências. Retirado MV, iniciado cateter nasal em 3l/min. Encontra-se em jejum para reabordagem da nefrostomia.

Evolução 06/10/2018: Paciente estável, respirando espontaneamente. Foi liberada dieta oral, porém com aceitação parcial. Realizado TC de abdome superior para verificar posicionamento de nefrostomia. Exame realizado sem intercorrências. Realizado reposicionamento da nefrostomia, mas sem sucesso. Apresenta risco moderado para desenvolver lesão por pressão.

Evolução 07/10/2018: Segue em EGR, apresentando elevação da pressão arterial (183x96mmHg). Em uso de SVD, mas sem diurese até o presente momento e eliminações fecais ausentes. Apresenta balanço hídrico (+1284). Realizado higiene corporal, oral e ocular, massagem de conforto e troca de curativo da nefrostomia, apresentando bastante dreno pelo óstio.

Evolução 08/10/2018: Paciente em EGR, consciente, orientado, hipertenso (187x87mmHg), normocárdico, normotérmico, eupneico e respirando espontaneamente. Segue com edema em MMII e MMSS (+++/4+). Mantem-se com baixo débito urinário e com aspecto hemático e fezes de consistência pastosa. Em tempo, paciente apresenta diurese concentrada. Renovado curativo do cateter de Schiller com álcool a 70% e da nefrostomia com antisséptico contendo PHMB e água destilada, apresentando baixo débito pelo óstio e sem sinais flogísticos.

Evolução 09/10/2018: Paciente evolui em estado estável, consciente, orientado, hipertenso (162x85mmHg), eupneico e respirando espontaneamente. Abdome globoso, tenso, indolor à palpação superficial e profunda. Nefrostomia com débito hemático. Segue com edema em MMII e MMSS (++/4+). Possui pouca aceitação da dieta oral. Relata sono alterado devido ao ambiente.

Evolução 10/10/2018: Paciente em EGR, consciente, orientado, hipertenso (160x79mmHg), normocárdico, normotérmico, eupneico e em respirando espontaneamente. Mantem-se com baixo débito urinário e com aspecto hemático. Balanço hídrico (+222). Aguarda conduta para possível alta. Realizado banho no leito e renovado curativos do Schiller e da nefrostomia.

Avaliação: Após o planejamento e a implementação das intervenções elencadas, foi possível verificar melhora no estado de oxigenação, passando a respirar espontaneamente. Pode-se perceber melhora discreta nos parâmetros da pressão arterial e na retenção hídrica, reduzindo o

edema. Foi possível, também, verificar a melhora no estado nutricional, embora com aceitação parcial.

CASO 02:

G.C.S, 66 anos, solteira, sexo feminino, dona de casa, procedente de João Pessoa, Estado da Paraíba onde residia sozinha. Porém, após debilitação, sua filha passou a residir na mesma casa para prestar cuidados. Foi admitida na UTI do HULW/UFPB, dia 24/09/2018, após procedimento cirúrgico de VDL diagnóstica. A filha relata que o quadro clínico de sua mãe iniciou quando a mesma começou a sentir fortes dores abdominais, sendo identificado a presença de pedra na vesícula no qual seria realizado a extração por vídeo. No entanto, durante o procedimento, foi necessário realizar uma cirurgia aberta, culminando, tempos depois após ao procedimento, em uma diverticulite. Após retirada de dreno, observou-se a presença de líquido no umbigo e incômodos na região. Com isso, foi realizado uma USG onde foi detectado a presença de líquidos, devendo ser realizado uma ressonância, que consta a existência de problema no peritônio, suspeita de CA com metástase, o que configura a sua hipótese diagnóstica. Porém, foi encaminhada para UTI devido uma broncoaspiração após realização de exame de vídeo. Ao exame dia 04/10/2018: Paciente evolui em EGG em seu 10º dia de intervenção (UTI). *Necessidade de oxigenação*: eupneica (R:19ipm), acianótica, murmúrios vesiculares presentes e presença de creptos discretos em base, a esclarecer. Em suporte ventilatório (TOT), PEEP: 8, SpO₂: 95%, pH: 7,4, PaO₂: 60,9, PaCO₂: 37,7, HCO₃: 23,4; *Necessidade de regulação vascular*: Ritmo cardíaco regular (RCR), taquicardia (FC: 136bpm), PA:154x67mmHg e PAM: 96mmHg; *Necessidade de regulação neurológica*: Tamanho da pupila normal, isocóricas e reativas, abertura ocular espontânea, intubada, obedece ordens, alerta e calma (ECG: 11); *Necessidade de hidratação*: presença de edema (+++/4+) em MMSS e MMII; *Necessidade de nutrição*: abdome flácido, semigloboso, ruídos hidroaéreos diminuídos, em SNE e dieta zero. *Necessidade de eliminação*: SVD, diurese concentrada e volume de: 750ml/24h; *Necessidade de integridade física*: Pele aquecida, hipocorada (+/4+), percepção sensorial muito limitada, ocasionalmente úmida, mobilidade muito restrita, acamada, nutrição muito pobre, problema potencial para fricção e cisalhamento, acarretando elevado risco para LPP (Escala de Braden: 10-12); *Necessidade de regulação térmica*: normotérmica (T:36,3°C); *Necessidade de sono e repouso/cuidado corporal*: apresenta grau de dependência total para o autocuidado. *Necessidade de terapêutica*: recuperação cirúrgica adequada.

Quadro 6 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 2, 2019.

Necessidade de Oxigenação		
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Resultados de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Respiração, Prejudicada</i>	<i>Respiração, Eficaz</i>	Administrar oxigênio conforme prescrição e necessidade Manter a cabeceira do leito elevada Atentar para bradipneia Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios Avaliar perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Manter repouso no leito Monitorar sinais vitais Avaliar nível de consciência Registrar alterações do padrão respiratório Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria
<i>Ventilação Espontânea, Prejudicada</i>	<i>Ventilação Espontânea, Eficaz</i>	Avaliar a necessidade de oxigenoterapia Manter a cabeceira do leito elevada Manter as vias aéreas pervias Monitorar a coloração da pele e a perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso Proporcionar um ambiente calmo e agradável
<i>Ventilação Mecânica</i>	<i>Ventilação, Eficaz</i>	Avaliar se as respirações do paciente estão síncronas com o ventilador mecânico Inspeccionar a amplitude e a simetria da caixa torácica Inspeccionar a posição do tubo endotraqueal diariamente Manter a cabeceira do leito elevada Manter dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) na unidade do paciente. Manter o balão (<i>cuff</i>) do tubo endotraqueal insuflado com o volume mínimo de oclusão Observar sinais de cianose Promover higiene oral a cada seis horas ou quando necessário Realizar a ausculta pulmonar diariamente Verificar a saturação de oxigênio pela oximetria de pulso Verificar alarmes do ventilador quanto ao adequado funcionamento Verificar frequentemente o funcionamento do ventilador mecânico e documentar os parâmetros ajustados no prontuário do paciente
<i>Limpeza das Vias Aéreas, Ineficaz</i>	<i>Limpeza das Vias Aéreas, Eficaz</i>	Aspirar vias aéreas, quando necessário Auscultar os sons pulmonares Manter umidade adequada do ar inspirado Manter hidratação oral Manter posição adequada do paciente no leito Monitorar frequência e o ritmo respiratório Observar perfusão periférica

		Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria
<i>Troca de Gases, Prejudicada</i>	Troca de Gases, Eficaz	Aspirar vias aéreas, quando necessário Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas Manter elevação da cabeceira do leito Monitorar gasometria arterial e os sinais de desequilíbrio acidobásico Monitorar nível de consciência, da pressão arterial, do pulso, da temperatura e do padrão respiratório

Necessidade de Hidratação

<i>Edema Moderado em Membros Superiores e Inferiores</i>	Edema em Membros Superiores e Inferiores, Diminuído	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca). Manter extremidades inferiores elevadas. Manter o cuidado com a pele. Medir o débito urinário. Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão. Monitorar ingestão e eliminação. Monitorar integridade da pele e dos tecidos. Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos). Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário. Orientar restrição de líquidos. Registrar a evolução e a localização do edema.
--	---	--

Necessidade de Regulação Vascular

<i>Perfusão Periférica, Prejudicada</i>	Perfusão Periférica, Melhorada	Avaliar perfusão periférica Avaliar temperatura e coloração da pele Avaliar o sistema cardiorrespiratório Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Monitorar níveis de saturação de oxigênio
<i>Pressão Arterial, Alterada</i>	Pressão Arterial, Melhorada	Atentar para alteração do nível de consciência Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas Avaliar monitoramento cardíaco Controlar a pressão sanguínea Controlar o balanço hídrico Controlar o volume de infusões de líquidos Manter repouso no leito Monitorar a pressão arterial frequentemente Monitorar sinais vitais Monitorar presença de dispneia e fadiga
<i>Perfusão Tissular, Ineficaz</i>	Perfusão Tissular, Melhorada	Auscultar e avaliar os ruídos intestinais diariamente Avaliar as alterações de perfusão Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Avaliar valores de gasometria arterial

		Monitorar a administração da oxigenoterapia Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular Manter extremidade edemaciada acima do nível do coração
<i>Débito Cardíaco, Prejudicado</i>	Débito Cardíaco, Melhorado	Avaliar ritmo cardíaco Avaliar pressões sistêmicas e débito cardíaco Controlar o volume de líquidos ganhos Inspecionar edemas de membros inferiores ou em outras localizações Medir e registrar com exatidão o balanço hídrico Monitorar e avaliar frequentemente a pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, pressão venosa central ou pressão de átrio direito, pressão da artéria pulmonar e débito cardíaco Monitorar o balanço hídrico Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular Monitorar sinais de desequilíbrio acidobásico
<i>Risco de Hemorragia</i>	Risco de Hemorragia, Diminuído	Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina) Monitorar sinais vitais Monitorar local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração

Necessidade de Nutrição

<i>Ingestão de Alimentos, Insuficiente</i>	Ingestão de Alimentos, Suficiente	Ajudar o paciente a se alimentar, se necessário. Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar Avaliar aceitação da dieta e suas preferências alimentares Estimular higiene oral antes e depois das refeições Estimular ingestão de alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Investigar a causa da ingestão diminuída Manter decúbito elevado durante a administração da dieta para evitar aspiração Orientar sobre a importância da ingestão de alimentos para o tratamento clínico
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorado	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições

<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentação, Eficaz	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições
---	--------------------------------------	---

Necessidade de Atividade Física

<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na Cama, Melhorado	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
--	-------------------------------	--

Necessidade de Segurança Física e do Meio ambiente

<i>Risco de Queda</i>	Ausência de Queda	Ajudar nas atividades de vida diária. Ajudar nas transferências (cama-cadeira de rodas/ cadeira de rodas-cama). Avaliar o risco de quedas por meio de uma escala (Morse, 2009). Avaliar nível de consciência. Avaliar capacidade motora utilizando instrumento do protocolo do serviço. Auxiliar o paciente nas atividades higiene corporal. Demonstrar medidas de prevenção de queda. Elevar grades do leito. Manter cama na posição baixa.
<i>Risco de Aspiração</i>	Ausência de Aspiração	Aspirar secreções orais e traqueobrônquicas. Manter o decúbito elevado. Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica antes da administração da alimentação

Necessidade de Regulação Neurológica/ Orientação no Tempo e Espaço

<i>Consciência, Prejudicada</i>	Consciência, Melhorada	Avaliar o nível de consciência a cada duas horas Avaliar os reflexos Manter grades do leito elevadas Monitorar as alterações no nível de consciência, por meio da Escala de Coma de Glasgow Monitorar nível de consciência Monitorar sinais vitais Promover ambiente confortável Promover hidratação venosa
<i>Risco de Confusão, Aguda</i>	Ausência de Confusão	Examinar o nível de consciência do paciente e as mudanças de comportamento Monitorar exames laboratoriais (nível sérico de amônia) Utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas
<i>Coma</i>	Coma, Melhorado	Avaliar o nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow Avaliar a pele diariamente Avaliar resposta motora e de sensibilidade diariamente Avaliar o tamanho das pupilas e a acomodação à luz

		Implementar uma rotina de higiene ocular em paciente comatoso Implementar uma rotina de higiene oral Manter a monitorização cardíaca Monitorar sinais vitais Realizar a avaliação neurológica do paciente Realizar banho no leito Realizar higiene íntima Utilizar cobertura de filme transparente para proteger o calcâneo, cotovelos e região sacra Realizar mudança de decúbito Oferecer assistência para o autocuidado até que o paciente esteja capacitado
--	--	--

Necessidade de Nutrição

<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentação, Eficaz	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições
---	--------------------------------------	---

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrolítico Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão
--------------------------------------	--------------------------------	--

Necessidade de Integridade Física

<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorada	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão
<i>Risco de Lesão por Pressão</i>	Ausência de Lesão por Pressão	Assegurar uma ingestão nutricional adequada Avaliar perfusão tissular Manter pele hidratada Manter pele limpa e seca Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas Orientar uso de hidratante Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal

Necessidade de Sono e Repouso/ Cuidado Corporal

<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade para o Autocuidado, Eficaz	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas
---	---------------------------------------	---

		Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
<i>Sono e Repouso, Adequados</i>	Sono e Repouso, Adequado	Diminuir os estímulos externos. Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado. Estimular o repouso satisfatório. Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde. Permitir rituais habituais para induzir o sono. Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente. Proporcionar um ambiente calmo agradável no e repouso.
Necessidade Terapêutica		
<i>Recuperação do Estado de Saúde, Retardado</i>	Recuperação do Estado de Saúde, Melhorado	Dar apoio e conforto ao paciente e ou o acompanhante Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde Informar o paciente e ou o acompanhante o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde

Evolução 05/10/2018: Paciente em EGG, normotensa, acianótica, anictérica, entubada, em uso de Fentanil + Dormonid. 11º AVC em VJD, TOT em VMI. Dieta por SNE. Ao exame: MV+, RA+, - creptos, abdome globoso, flácido. Diurese por SVD de aspecto concentrado. Edema em MMSS/MMII (+++/4+). Em tempo, desligado Dormonid, porém paciente evolui com taquicardia. Iniciado sedação contínua.

Evolução 06/10/2018: Paciente evolui torporosa sob analgesia contínua, taquipneica, acianótica, em suporte ventilatório por TOT e entubada em VMI. Hemodinamicamente estável, sem uso de DVA. Perfusão periférica regular dieta do SNE, diurese com volume satisfatório por SVD e aspecto concentrado. Apresenta risco elevado para lesão por pressão. Segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Evolução 07/10/2018: Evolui em EGG, taquipneica (24ipm), cianótica, em suporte ventilatório por TOT e entubada em VMI. Perfusão periférica (>3s). Encontra-se em sedação por Fentanil + Dormonid e Escala de coma de Glasgow (ECG = 3). Diurese por SVD com aspecto piúrica e risco muito elevado para lesão por pressão. Realizado higiene corporal, oral, ocular, massagem de conforto e troca de curativo do AVC e FO em região abdominal, apresentando-se limpo e seco.

Evolução 08/10/2018: Evolui em EGG, taquicardia, cianótica em extremidades, hipertensa, em sedoanalgesia, entubada em VMI, hemodinamicamente estável sem DVA, dieta por SNE suspensa, abdome tenso e globoso, diurese por SVD de aspecto concentrado e diminuído, apresentando anasarca e risco muito elevado para lesão por pressão. Realizado curativo em AVC sem sinais flogísticos.

Evolução 09/10/2018: Evolui em EGG, taquicardia, TQT em VMI, hemodinamicamente estável sem DVA, abdome tenso e globoso, diurese por SVD de aspecto concentrado e diminuído, apresentando anasarca e risco muito elevado para lesão por pressão. Realizado curativo em AVC sem sinais flogísticos.

Evolução 10/10/2018: Evolui em EGG, taquipneica, hipertensa, murmúrios vesiculares diminuídos nas bases, TQT em VMI, hemodinamicamente estável sem DVA, perfusão periférica regular, (ECG = 9), abdome tenso e globoso, diurese por SVD de aspecto concentrado e diminuído, apresentando anasarca e risco elevado para lesão por pressão. Realizado curativo em AVC sem sinais flogísticos.

Avaliação: Percebe-se que apesar de ser uma paciente com quadro mais complicado e que requer maior tempo de evolução para que possa ser percebido os desfechos dos diagnósticos, há melhora nos parâmetros em relação ao risco de lesão por pressão e no aspecto da diurese. No entanto, em relação às necessidades de oxigenação, houve piora do quadro clínico da paciente.

CASO 03:

S.F.B, 68 anos, casado, sexo masculino, aposentado, porém realiza consertos eletrônicos, procedente do município de Goiana, Estado do Pernambuco. Reside em João Pessoa há mais de 20 anos com sua esposa. Possui três filhos. Esposa relata que o mesmo é hipertenso e que faz uso em excesso de bebidas alcoólicas. Nega necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária. No entanto, relatou certo cansaço e história de dois IAM, sendo o último responsável por ser admitido na UTI do HULW/UFPB, dia 26/09/2018, para melhor monitorização e aparato do mesmo devido presença de coágulos. Ao exame dia 04/10/2018: Paciente evolui em EGR e no 9º dia de intervenção (UTI). *Necessidade de oxigenação:* eupneico (R:20ipm), acianótico, murmúrios vesiculares presentes, ausência de ruídos adventícios, em suporte ventilatório (Venturi 35%) e SpO₂: 98%; *Necessidade de regulação vascular:* Ritmo cardíaco regular (RCR), normocárdico (FC: 88bpm), pulso filiforme, perfusão periférica preservada, PA:144x86mmHg, PAM: 105mmHg e em uso de droga vasoativa

(dobutamina); *Necessidade de regulação neurológica*: Tamanho da pupila normal, isocóricas, reativas, abertura ocular espontânea, alerta, orientado, obedece ordens para resposta motora (ECG: 15); *Necessidade de hidratação*: edema ++/4+ em MMSS e MMII, hidratado e balanço hídrico de 24h (+402); *Necessidade de nutrição*: abdome flácido, globoso, ruídos hidroaéreos presentes, em SNE e HGT (109mg/dL). *Necessidade de eliminação*: SVD (9º dia), diurese concentrada e volume de: 750ml/24h, sem eliminações fecais e com dreno de sucção em HTD com aspecto sanguinolento; *Necessidade de integridade física*: Pele hipocorada (+/4+), percepção sensorial levemente limitada, ocasionalmente úmida, acamado, mobilidade muito restrita, nutrição inadequada, com problemas para fricção e cisalhamento apresentando LPP sacral estágio III (Escala de Braden: 10-12) e com curativo oclusivo; *Necessidade de regulação térmica*: normotérmica (T:37,2°C); *Necessidade de sono e repouso/cuidado corporal*: sono preservado e apresenta grau de dependência total para o autocuidado.

Quadro 7 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 3, 2019.

Necessidade de Oxigenação		
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Resultados de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Respiração, Prejudicada</i>	Respiração, Eficaz	Administrar oxigênio conforme prescrição e necessidade Manter a cabeceira do leito elevada Atentar para bradipneia Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios Avaliar perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Manter repouso no leito Monitorar sinais vitais Avaliar nível de consciência Registrar alterações do padrão respiratório Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria
<i>Ventilação Espontânea, Prejudicada</i>	Ventilação Espontânea, Eficaz	Aspirar secreções, quando necessário Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada duas horas Manter cabeceira do leito elevada Monitorar padrão respiratório Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso Proporcionar um ambiente calmo e confortável Proporcionar terapia suplementar de O ₂
Necessidade de Hidratação		

<i>Edema Moderado em Membros Superiores e Inferiores</i>	Edema em Membros Superiores e Inferiores, Diminuído	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca). Manter extremidades inferiores elevadas. Manter o cuidado com a pele. Medir o débito urinário. Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão. Monitorar ingestão e eliminação. Monitorar integridade da pele e dos tecidos. Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos). Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário. Orientar restrição de líquidos. Registrar a evolução e a localização do edema
--	---	--

Necessidade de Regulação Vascular

<i>Perfusão Periférica, Prejudicada</i>	Perfusão Periférica, Melhorada	Avaliar perfusão periférica Avaliar temperatura e coloração da pele Avaliar o sistema cardiorrespiratório Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Monitorar níveis de saturação de oxigênio Atentar para alteração do nível de consciência Auscular batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas Avaliar monitoramento cardíaco Controlar a pressão sanguínea Controlar o balanço hídrico Controlar o volume de infusões de líquidos Manter repouso no leito Monitorar a pressão arterial frequentemente Monitorar sinais vitais Monitorar presença de dispneia e fadiga
<i>Pressão Arterial, Prejudicada</i>	Pressão Arterial, Melhorada	Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar observando o protocolo Avaliar as condições do acesso intravenoso Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza). Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar. Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço.

Necessidade de Regulação Neurológica/ Orientação no Tempo e Espaço

<i>Risco de Confusão, Aguda</i>	Ausência de Confusão	Examinar o nível de consciência do paciente e mudanças de comportamento Monitorar exames laboratoriais (níveis séricos de amônia)
---------------------------------	----------------------	---

		Utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas Tornar diariamente conhecido do paciente data e dia da semana
<i>Confusão</i>	Confusão, Melhorada	Avaliar risco de drogadição Manter o ambiente seguro Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras Orientar o paciente quanto ao tempo e ao espaço

Necessidade de Nutrição

<i>Ingestão de Alimentos, Insuficiente</i>	Ingestão de Alimentos, Adequada	Ajudar o paciente a se alimentar, se necessário. Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar Avaliar aceitação da dieta e suas preferencias alimentares Estimular higiene oral antes e depois das refeições Estimular ingestão de alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Investigar a causa da ingestão diminuída Manter decúbito elevado durante a administração da dieta para evitar aspiração Orientar sobre a importância da ingestão de alimentos para o tratamento clínico
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorado	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições
<i>Deglutição, Prejudicada</i>	Deglutição, Melhorada	Atentar para sinais e sintomas de aspiração. Auxiliar na alimentação. Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir. Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar. Avaliar as condições de mucosa oral do paciente. Avaliar ingestão e eliminação. Avaliar o padrão de deglutição Investigar a necessidade de outra via para alimentação. Manter o ambiente tranquilo. Monitorar a frequência respiratória Observar a deglutição e o esvaziamento da boca. Ofertar refeições fracionadas. Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos. Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para se alimentar. Registrar a ingestão/aceitação alimentar

<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentação, Eficaz	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições
---	--------------------------------------	---

Necessidade de Atividade Física

<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na Cama, Melhorada	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
--	-------------------------------	--

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar o funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrolítico Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão
--------------------------------------	--------------------------------	--

Necessidade de Segurança Física e do Meio ambiente

<i>Risco de Queda</i>	Ausência de Queda	Ajudar nas atividades de vida diária. Ajudar nas transferências (cama-cadeira de rodas/cadeira de rodas-cama). Avaliar o risco de quedas por meio de uma escala (Morse, 2009). Avaliar nível de consciência. Avaliar capacidade motora utilizando instrumento do protocolo do serviço. Auxiliar o paciente nas atividades higiene corporal. Demonstrar medidas de prevenção de queda. Elevar grades do leito. Manter cama na posição baixa.
-----------------------	-------------------	---

Necessidade de Integridade Física

<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorada	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de desidratação Realizar mudança de decúbito Hidratar pele do paciente Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Lesão por Pressão</i>	Lesão por Pressão, Melhorada	Realizar mudança de decúbito Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão

		Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
Necessidade de Sono e Repouso/ Cuidado Corporal		
<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade para o Autocuidado, Eficaz	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
<i>Sono e Repouso, Adequados</i>	Sono e Repouso, Adequado	Diminuir os estímulos externos. Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado. Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde. Permitir rituais habituais para induzir o sono. Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente. Proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso.

Evolução 05/10/2018: Paciente evolui em EGR, eupneico, taquicárdico, normotenso, confuso e respiração com suporte de O₂ por Venturi à 35%. Em uso de drogas vasoativas (dobutamina). Abdome flácido, tenso e globoso, RH+, nutrição por SNE. Edema +++/4+ em MMII e MMSS. Realizado renovação de curativo em LPP e em dreno de sucção.

Evolução 06/10/2018: Paciente evolui em EGR, eupneico, normocárdico, normotenso. Abdome flácido e globoso, RH+, nutrição por SNE. Possui dreno de sucção em HTD. Edema +++/4+ em MMII e MMSS. Diurese por SVD com aspecto concentrado e eliminações fecais formadas. Pele aquecida, corada e com presença de lesão por pressão em sacral, glútea e calcânea.

Evolução 07/10/2018: Paciente evolui em EGR, confuso, acianótico, normocárdico, hipertenso, eupneico, MV+, presença de creptos, respirando espontaneamente. Dieta via oral, com aceitação parcial. Possui dreno de sucção em HTD com aspecto hemática. Diurese por SVD com aspecto concentrado (5300ml/24) e eliminações fecais de consistência pastosa. Edema +++/4+ em MMII e MMSS. Pele aquecida, corada e com presença de lesão por pressão em sacral, glútea e calcânea. Em tempo, retirado dreno de sucção.

Evolução 08/10/2018: Paciente evolui em EGR, confuso, acianótico, taquicárdico, hipotenso, eupneico e em ar ambiente. Dieta via oral, com aceitação parcial. Diurese por SVD com aspecto concentrado (3700ml/24h) e eliminações fecais formadas. Edema +++/4+ em MMII e MMSS. Pele aquecida, corada e com presença de lesão por pressão em sacral, glútea e calcânea.

Evolução 09/10/2018: Paciente evolui com alta médica da UTI para clínica médica, acianótico, normocárdico, normotenso, eupneico e respirando espontaneamente. Dieta via oral. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Edema +++/4+ em MMII e MMSS. Pele aquecida, corada e com presença de lesão por pressão em sacral, glútea e calcânea.

Avaliação: Após a realização das intervenções de enfermagem prescritas, o paciente obteve melhora no quadro clínico respiratório, alimentar sendo transferido para clínica médica para dar continuidade dos cuidados de saúde.

CASO 04:

J.R.S, 70 anos, sexo masculino, aposentado, procedente de João Pessoa, Estado da Paraíba. Reside com sua filha e dois netos. Possui 4 filhas. Hipertenso e atualmente diabético, após internação hospitalar. Acompanhante relata que o mesmo possui sequelas de um AVC prévio, impedindo-o de realizar as atividades de vida diária. Relata também a presença de história de ITU e rins paralisados. Foi admitido na UTI do HULW/UFPB, dia 03/10/2018, sendo encaminhado de uma Unidade de Pronto Atendimento. Ao exame dia 04/10/2018: Paciente evolui em EGG e no 2º dia de intervenção (UTI). *Necessidade de oxigenação:* taquipneico (R:22ipm), acianótico, murmúrios vesiculares presentes, em TOT com modo PSV, FiO₂: 50%, PEEP: 5, PS: 11, SpO₂: 99%, PH: 7,510, PaO₂: 103, PaCO₂: 34,4, HCO₃: 27,8, BE: 4,5, PaO₂/FiO₂: 195; *Necessidade de regulação vascular:* Ritmo cardíaco regular (RCR), normocárdico (FC: 99bpm), pulso cheio, perfusão periférica (>3s), pele quente, PA:151X66mmHg; *Necessidade de regulação neurológica:* sedação leve com Fentanil, vazão 2ml/h, RASS (-2), abertura ocular no estímulo de dor, intubado, não reage à resposta motora alerta (ECG: 4); *Necessidade de hidratação:* edema ++++/4+ (anasarca); *Necessidade de nutrição:* abdome flácido, globoso, ruídos hidroaéreos presentes, em SNG gavagem e HGT (151mg/dL). *Necessidade de eliminação:* SVD, diurese concentrada e volume de: 160ml/24h, sem eliminações fecais; *Necessidade de integridade física:* percepção sensorial completamente limitada, ocasionalmente úmida, acamado, imóvel completamente, nutrição adequada, com problemas para fricção e cisalhamento apresentando LPP sacral (estágio II – presença de fibrina e necrose de liquefação), calcâneo (não classificável) e dorsal (estágio II), com Escala de Braden: 10-12; *Necessidade de regulação térmica:* febrícula (T:37,7°C); *Necessidade de sono*

e repouso/cuidado corporal: sono preservado e apresenta grau de dependência total para o autocuidado.

Quadro 8 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 4, 2019.

Necessidade de Oxigenação		
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Resultados de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Ventilação Mecânica</i>	Ventilação, Eficaz	Avaliar se as respirações do paciente estão síncronas com o ventilador mecânico Inspecionar a amplitude e a simetria da caixa torácica Inspecionar a posição do tudo endotraqueal diariamente Manter a cabeceira do leito elevada Manter dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) na unidade do paciente. Manter o balão (<i>cuff</i>) do tudo endotraqueal insuflado com o volume mínimo de oclusão Observar sinais de cianose Promover higiene oral a cada seis horas ou quando necessário Realizar a ausculta pulmonar diariamente Verificar a saturação de oxigênio pela oximetria de pulso Verificar alarmes do ventilador quanto ao adequado funcionamento Verificar frequentemente o funcionamento do ventilador mecânico e documentar os parâmetros ajustados no prontuário do paciente
<i>Troca de Gases, Prejudicada</i>	Troca de Gases, Eficaz	Aspirar vias aéreas, quando necessário Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas Manter elevação da cabeceira do leito Monitorar gasometria arterial e os sinais de desequilíbrio acidobásico Monitorar nível de consciência, da pressão arterial, do pulso, da temperatura e do padrão respiratório
<i>Ventilação Espontânea, Prejudicada</i>	Ventilação Espontânea, Eficaz	Aspirar secreções, quando necessário Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada duas horas Manter cabeceira do leito elevada Monitorar padrão respiratório Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso Proporcionar um ambiente calmo e confortável Proporcionar terapia suplementar de O₂
<i>Limpeza de Vias Aéreas Ineficaz</i>	Limpeza de Vias Aéreas, Eficaz	Aspirar vias aéreas, quando necessário Auscultar os sons pulmonares Manter umidade adequada do ar inspirado Manter hidratação oral Manter posição adequada do paciente no leito Monitorar frequência e o ritmo respiratório Observar perfusão periférica Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria

Necessidade de Hidratação

<i>Edema Generalizado</i>	Edema, diminuído	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca). Manter extremidades inferiores elevadas. Manter o cuidado com a pele. Medir o débito urinário. Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão. Monitorar ingestão e eliminação. Monitorar integridade da pele e dos tecidos. Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos). Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário. Orientar restrição de líquidos. Registrar a evolução e a localização do edema.
---------------------------	---------------------	---

Necessidade de Regulação Vascular

<i>Perfusão Periférica, Prejudicada</i>	Perfusão periférica, Melhorada	Avaliar perfusão periférica Avaliar temperatura e coloração da pele Avaliar o sistema cardiorrespiratório Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Monitorar níveis de saturação de oxigênio
<i>Perfusão Tissular, Ineficaz</i>	Perfusão Tissular, Eficaz	Auscultar e avaliar os ruídos intestinais diariamente Avaliar as alterações de perfusão Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Avaliar valores de gasometria arterial Monitorar a administração da oxigenoterapia Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular Manter extremidade edemaciada acima do nível do coração
<i>Pressão Arterial, Alterada</i>	Pressão Arterial, Melhorada	Atentar para alteração do nível de consciência Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas Avaliar monitoramento cardíaco Controlar a pressão sanguínea Controlar o balanço hídrico Controlar o volume de infusões de líquidos Manter repouso no leito Monitorar a pressão arterial frequentemente Monitorar sinais vitais Monitorar presença de dispneia e fadiga
<i>Risco de Hemorragia</i>	Ausência de Hemorragia	Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina) Monitorar sinais vitais

		Monitorar local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração
<i>Risco de Glicemia, Instável</i>	Ausência de Glicemia, Instável	Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar observando o protocolo Avaliar as condições do acesso intravenoso Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza). Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar. Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço.

Necessidade de Regulação Neurológica/ Orientação no Tempo e Espaço

<i>Consciência, Prejudicada</i>	Consciência, Melhorada	Avaliar o nível de consciência a cada duas horas Avaliar os reflexos Manter grades do leito elevadas Monitorar as alterações no nível de consciência, por meio da Escala de Coma de Glasgow Monitorar nível de consciência Monitorar sinais vitais Promover ambiente confortável Promover hidratação venosa
<i>Coma</i>	Coma, Melhorado	Avaliar o nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow Avaliar a pele diariamente Avaliar resposta motora e de sensibilidade diariamente Avaliar o tamanho das pupilas e a acomodação à luz Implementar uma rotina de higiene ocular em paciente comatoso Implementar uma rotina de higiene oral Manter a monitorização cardíaca Monitorar sinais vitais Realizar a avaliação neurológica do paciente Realizar banho no leito Realizar higiene íntima Utilizar cobertura de filme transparente para proteger calcâneo, cotovelos e região sacra Realizar mudança de decúbito Oferecer assistência para o autocuidado até que o paciente esteja capacitado

Necessidade de Atividade Física

<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na Cama, Melhorada	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
--	-------------------------------	---

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar o funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrolítico Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão
--------------------------------------	--------------------------------	--

Necessidade de Nutrição

<i>Deglutição, Prejudicada</i>	Deglutição, Melhorada	Atentar para sinais e sintomas de aspiração. Auxiliar na alimentação. Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir. Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar. Avaliar as condições de mucosa oral do paciente. Avaliar ingestão e eliminação. Avaliar o padrão de deglutição Investigar a necessidade de outra via para alimentação. Manter o ambiente tranquilo. Monitorar a frequência respiratória Observar a deglutição e o esvaziamento da boca. Oferecer canudos para facilitar a ingestão de líquidos. Ofertar refeições fracionadas. Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos. Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para se alimentar. Registrar a ingestão/aceitação alimentar
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorada	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições
<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentação, Eficaz	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições

Necessidade de Segurança Física e a Integridade Física

<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorada	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de desidratação
---	--------------------------------	---

		Realizar mudança de decúbito Hidratar pele do paciente Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Lesão por Pressão</i>	Lesão por Pressão, Melhorada	Realizar mudança de decúbito Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Risco de Infecção</i>	Ausência de Infecção	Aspirar tubo endotraqueal/traqueostomia com técnica asséptica. Avaliar a susceptibilidade para infecção. Avaliar cicatrização da ferida. Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta. Avaliar o estado nutricional. Avaliar os cuidados com a higiene. Controlar os líquidos e eletrólitos. Inspeccionar os pontos da ferida cirúrgica. Investigar fatores predisponentes para o aumento do risco de infecção. Manter vias aéreas permeáveis. Monitorar os exames laboratoriais. Monitorar os sinais e sintomas de infecção. Monitorar sinais vitais Monitorar temperatura e frequência respiratória. Promover limpeza pessoal e ambiental para diminuir a ameaça de micro-organismos Realizar curativo sempre que necessário Restringir os procedimentos invasivos, quando possível. Supervisionar a pele. Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo. Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Necessidade de sono e repouso/ Cuidado corporal

<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade de Autocuidado, Melhorado	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
<i>Sono e Repouso, Adequados</i>		Diminuir os estímulos externos. Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado.

Sono e Repouso, Adequado	Estimular o repouso satisfatório. Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde. Permitir rituais habituais para induzir o sono. Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente. Proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso.
--------------------------	---

Necessidade Terapêutica

<i>Recuperação do Estado de Saúde, Retardado</i>	Recuperação do Estado de Saúde, Melhorado	Dar apoio e conforto ao paciente e ou o acompanhante Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde Informar o paciente e ou o acompanhante o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde
--	---	--

Evolução 05/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, normocárdico, hipertenso (160x74mmHg), MV+ e diminuído, presença de roncos, em TOT associado à VMI. ECG=5, anasarca. Em SNE com aceitação parcial. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Perfusão periférica (>3s). Pele aquecida e hipocorada (2/4+) e com presença de lesão por pressão em sacral, dorsal e calcânea E. Realizado renovação de curativo. Desligado Fentanil após avaliação médica.

Evolução 06/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, normocárdico, normotermia, MV+ e diminuído, presença de roncos, em TOT associado à VMI. ECG=5, anasarca. Em SNE com aceitação parcial. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Perfusão periférica (>3s). Pele aquecida e hipocorada (2/4+) e com presença de lesão por pressão em sacral, dorsal e calcânea E. Realizado renovação de curativo e banho no leito.

Evolução 07/10/2018: Paciente evolui em EGG, taquipneico, taquicárdico, hipertenso (164x77mmHg), MV+ e diminuído, presença de roncos, realizado TQT e associado à VMI. ECG=8, anasarca. Em SNE com aceitação parcial. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Perfusão periférica (>3s). Pele aquecida e hipocorada (2/4+) e com presença de lesão por pressão em sacral, dorsal e calcânea E. Realizado renovação de curativo e banho no leito.

Evolução 08/10/2018: Paciente evolui em EGG, taquipneico, normocárdico, hipertenso (181x60mmHg), MV+ e diminuído, TQT e associado à VMI. Em analgesia por Fentanil. ECG=10, edema +++/4+ em MMSS. Em SNE com boa aceitação. Presença de secreção em cavidade oral espessa e de coloração amarelada. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Perfusão periférica (>3s). Pele aquecida e hipocorada (2/4+) e com presença de lesão por pressão em sacral, dorsal e calcânea E. Realizado renovação de curativo e banho no leito.

Evolução 09/10/2018: Paciente evolui em EGR, eupneico, normocárdico, hipertermia (38,5 °C), hipertenso (176x73mmHg), MV+, TQT e associado à VMI. Em analgesia por Fentanil. Tosse produtiva e hipersecretiva. ECG=9, edema +++/4+ em MMSS e MMII. Em SNG com boa aceitação. Diurese por SVD com aspecto concentrado e eliminações fecais de consistência pastosa. Perfusão periférica ruim. Pele aquecida e hipocorada (2/4+) e com presença de lesão por pressão em sacral, dorsal e calcânea E. Realizado renovação de curativo e banho no leito.

Evolução 10/10/2018: Paciente evolui em EGR, eupneico, normocárdico, normotermia, normotenso, MV+, TQT e associado à VMI. Em analgesia por Fentanil. ECG=6, edema ++/4+ em MMSS e MMII. Em SOE, gavagem, com boa aceitação. Diurese por SVD com aspecto hemático e eliminações fecais de consistência pastosa. Perfusão periférica ruim. Pele aquecida e hipocorada (2/4+) e com presença de lesão por pressão em sacral, dorsal e calcânea E. Realizado renovação de curativo e banho no leito.

Avaliação: Após realização das intervenções de enfermagem houve melhora no quadro clínico referente ao edema, melhora dos parâmetros da Escala de Coma de *Glasgow*, redução da secreção e tosse produtiva, controle da pressão arterial e temperatura corpórea.

CASO 05:

A.S.L, 78 anos, casada, sexo feminino, aposentada, procedente de Tibiri II, município de Santa Rita, Estado da Paraíba. Reside com esposo, neta e dois bisnetos. Neta relata que a mesma sentiu uma fraqueza, cansaço, pouco sonolenta, com a língua embolando, dificuldade para falar e convulsionando. Possui histórico de trombose prévio e Hipertensão. Nega necessidade de auxílio para desempenhar atividades de vida diária. Foi admitida na UTI do HULW/UFPB, dia 22/09/2018. Ao exame dia **04/10/2018:** Paciente evolui em EGG e no 12º dia de intervenção (UTI). *Necessidade de oxigenação:* eupneico (R:20ipm), murmúrios vesiculares presentes, em suporte ventilatório TQT e SpO₂: 100%, PH:7,6, PaO₂: 296, PaCO₂: 30,2, HCO₃: 31,6, BE: 8,1, PaO₂/FiO₂: 367mmHg; *Necessidade de regulação vascular:* Ritmo cardíaco regular (RCR), normocárdico (FC: 72bpm), pulso cheio, perfusão periférica (>3s), PA:103x60mmHg, PAM: 74mmHg; *Necessidade de regulação neurológica:* Tamanho da pupila normal, isocóricas, reativas, não possui abertura ocular, não verbaliza e intubada, resposta verbal de sons incompreensíveis (ECG: 7); *Necessidade de hidratação:* edema +++/4+ em MMSS, hidratado e balanço hídrico de 24h (+955); *Necessidade de nutrição:* abdome flácido, distendido, globoso, ruídos hidroaéreos presentes e em SNE (4º dia); *Necessidade de eliminação:* SVD (11º dia), diurese concentrada e volume de: 17,70ml/24h, sem eliminações fecais; *Necessidade de*

integridade física: Pele fria, corada, percepção sensorial completamente limitada, ocasionalmente úmida, acamado, imóvel completamente, nutrição adequada e com problema potencial para fricção e cisalhamento (Escala de Braden: 10-12) apresentando LPP sacral não classificada, com tecido de granulação em bordas e no centro necrose por coagulação. Realizado renovação do curativo e mantido oclusivo. Curativo feito com óleo à base de ácido graxos essenciais em bordas e pomada enzimática e na região central; *Necessidade de regulação térmica:* normotérmica (T:36,4°C); *Necessidade de sono e repouso/cuidado corporal:* sono preservado e apresenta grau de dependência total para o autocuidado.

Quadro 9 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 5, 2019.

Necessidade de Oxigenação		
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Resultado de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Ventilação Espontânea, Prejudicada</i>	Ventilação Espontânea, Melhorada	Aspirar secreções, quando necessário Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada duas horas Manter cabeceira do leito elevada Monitorar padrão respiratório Monitorar valores gasométricos arteriais e leituras da oximetria de pulso Proporcionar um ambiente calmo e confortável Proporcionar terapia suplementar de O ₂
<i>Respiração, Prejudicada</i>	Respiração, Melhorada	Administrar oxigênio conforme prescrição e necessidade Manter a cabeceira do leito elevada Atentar para bradipneia Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios Avaliar perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Manter repouso no leito Monitorar sinais vitais Avaliar nível de consciência Registrar alterações do padrão respiratório Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria
<i>Ventilação Mecânica</i>	Ventilação Mecânica, Adequada	Avaliar se as respirações do paciente estão síncronas com o ventilador mecânico Inspeccionar a amplitude e a simetria da caixa torácica Inspeccionar a posição do tudo endotraqueal diariamente Manter a cabeceira do leito elevada Manter dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) na unidade do paciente. Manter o balão (<i>cuff</i>) do tudo endotraqueal insuflado com o volume mínimo de oclusão Observar sinais de cianose Promover higiene oral a cada seis horas ou quando necessário

		Realizar a ausculta pulmonar diariamente Verificar a saturação de oxigênio pela oximetria de pulso Verificar alarmes do ventilador quanto ao adequado funcionamento Verificar frequentemente o funcionamento do ventilador mecânico e documentar os parâmetros ajustados no prontuário do paciente
<i>Troca de Gases, Prejudicada</i>	Troca de Gases, Eficaz	Aspirar vias aéreas, quando necessário Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas Manter elevação da cabeceira do leito Monitorar gasometria arterial e os sinais de desequilíbrio acidobásico Monitorar nível de consciência, da pressão arterial, do pulso, da temperatura e do padrão respiratório

Necessidade de Regulação Vascular

		Atentar para alteração do nível de consciência Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas Avaliar monitoramento cardíaco Controlar a pressão sanguínea Controlar o balanço hídrico Controlar o volume de infusões de líquidos Manter repouso no leito Monitorar a pressão arterial frequentemente Monitorar sinais vitais Monitorar presença de dispneia e fadiga
<i>Pressão Arterial, Prejudicada</i>	Pressão Arterial, Melhorada	Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina) Monitorar sinais vitais Monitorar local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração
<i>Risco de Hemorragia</i>	Ausência de Hemorragia	Auscultar e avaliar os ruídos intestinais diariamente Avaliar as alterações de perfusão Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Avaliar valores de gasometria arterial Monitorar a administração da oxigenoterapia Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular Manter extremidade edemaciada acima do nível do coração
<i>Perfusão Tissular, Ineficaz</i>	Perfusão Tissular, Eficaz	Avaliar perfusão periférica Avaliar temperatura e coloração da pele Avaliar o sistema cardiorrespiratório Avaliar qualidade e força dos pulsos periféricos Monitorar as tendências da pressão sanguínea, frequência e ritmo cardíacos, frequência respiratória e nível de consciência Monitorar níveis de saturação de oxigênio
<i>Perfusão Periférica, Prejudicada</i>	Perfusão Periférica, Melhorada	

Necessidade de Hidratação

<i>Edema Moderado em Membros Superiores</i>	Edema em Membros Superiores, Melhorado	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível (exceto se houver contraindicação por insuficiência cardíaca). Manter extremidades inferiores elevadas. Manter o cuidado com a pele. Medir o débito urinário. Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão. Monitorar ingestão e eliminação. Monitorar integridade da pele e dos tecidos. Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos). Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos. Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário. Orientar restrição de líquidos. Registrar a evolução e a localização do edema.
---	--	---

Necessidade de Regulação Neurológica/ Orientação no Tempo e Espaço

<i>Consciência, Prejudica</i>	Consciência, Melhorada	Avaliar a função cognitiva. Avaliar a mobilidade e o movimento corporal. Avaliar a perfusão tissular periférica quatro vezes ao dia. Avaliar o nível de consciência a cada duas horas. Avaliar os reflexos. Avaliar os sinais vitais. Manter grades do leito elevadas. Monitorar as alterações no nível de consciência, por meio da escala de coma de Glasgow Monitorar convulsões. Monitorar débito urinário. Monitorar eliminação urinária Monitorar sinais vitais. Observar coloração da pele e a temperatura. Promover ambiente confortável.
<i>Coma</i>	Coma, Melhorado	Avaliar o nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow Avaliar a pele diariamente Avaliar resposta motora e de sensibilidade diariamente Avaliar o tamanho das pupilas e a acomodação à luz Implementar uma rotina de higiene ocular em paciente comatoso Implementar uma rotina de higiene oral Manter a monitorização cardíaca Monitorar sinais vitais Realizar a avaliação neurológica do paciente Realizar banho no leito Realizar higiene íntima Utilizar cobertura de filme transparente para proteger calcâneo, cotovelos e região sacra Realizar mudança de decúbito Oferecer assistência para o autocuidado até que o paciente esteja capacitado

<i>Convulsão</i>	Convulsão, Melhorada	Afastar objetos possíveis de machucar o paciente. Aspirar às secreções da cavidade oral. Fornecer oxigenoterapia, caso necessário. Manter o ambiente seguro. Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras. Observar os sinais e sintomas na crise convulsiva. Verificar sinais vitais.
------------------	-------------------------	--

Necessidade de Nutrição

<i>Deglutição, Prejudicada</i>	Deglutição, Melhorada	Atentar para sinais e sintomas de aspiração. Auxiliar na alimentação. Auxiliar o paciente a posicionar-se com a cabeça fletida para frente, preparando-se para engolir. Auxiliar o paciente a sentar-se em posição ereta para se alimentar. Avaliar as condições de mucosa oral do paciente. Avaliar ingestão e eliminação. Avaliar o padrão de deglutição Investigar a necessidade de outra via para alimentação. Manter o ambiente tranquilo. Monitorar a frequência respiratória Observar a deglutição e o esvaziamento da boca. Oferecer canudos para facilitar a ingestão de líquidos. Ofertar refeições fracionadas. Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos. Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para se alimentar. Registrar a ingestão/aceitação alimentar
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorado	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições
<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentar-se, Melhorado	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar o funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrólítico
--	--------------------------------------	--

	Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão
--	--

Necessidade de Integridade Física/ Segurança Física

<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorada	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de desidratação Realizar mudança de decúbito Hidratar pele do paciente Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Lesão por Pressão</i>	Lesão por Pressão, Melhorada	Realizar mudança de decúbito Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Infecção</i>	Ausência de Infecção	Avaliar a eficácia do tratamento para a infecção. Encorajar ingestão adequada de nutrientes Identificar fatores de risco para infecção. Monitorar a temperatura, o pulso e a respiração em intervalos regulares. Monitorar as portas de entrada para infecção (sítio cirúrgico, acesso intravenoso, lesões cutâneas). Monitorar exames laboratoriais. Monitorar sinais e sintomas de infecção. Promover ingestão nutricional adequada. Proporcionar repouso.
<i>Risco de Queda</i>	Ausência de Quedas	Ajudar nas atividades de vida diária. Ajudar nas transferências (cama-cadeira de rodas/ cadeira de rodas-cama). Avaliar o risco de quedas por meio de uma escala (Morse, 2009). Avaliar nível de consciência. Avaliar capacidade motora utilizando instrumento do protocolo do serviço. Auxiliar o paciente nas atividades higiene corporal. Demonstrar medidas de prevenção de queda. Elevar grades do leito. Manter cama na posição baixa.

Necessidade de sono e repouso/ Cuidado corporal

<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade de Autocuidado, Melhorado	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado
---	--------------------------------------	--

<i>Sonolência</i>	Sonolência, Melhorada	Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
		Atentar para depressão respiratória. Avaliar nível de sonolência. Diferenciar a sonolência do paciente. Estimular o descanso Proporcionar sono e repouso ao paciente
<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na Cama, Melhorada	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas

Necessidade Terapêutica

<i>Recuperação do Estado de Saúde, Retardado</i>	Recuperação do Estado de Saúde, Melhorado	Dar apoio e conforto ao paciente e ou o acompanhante Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde Informar o paciente e ou o acompanhante o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde
--	---	--

Evolução 05/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, normocárdico, hipertenso (146x86mmHg), em suporte ventilatório por Venturi à 24% + TQT. Apresenta perfusão periférica regular. Em uso de noradrenalina. ECG=3, edema +++/4+ em MMSS. Abdome flácido, globoso, RH+. Possui SNE. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Pele aquecida e com presença de lesão por pressão em sacral, com necrose e sendo utilizado pomada enzimática. Coletado amostra de sangue para gasometria arterial. Realizado renovação de curativo, sem sinais flogísticos, ficando oclusivo.

Evolução 06/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, normocárdico, normotenso, em suporte ventilatório por Venturi à 24% + TQT. Apresenta perfusão periférica preservada. Em uso de noradrenalina. ECG=3, edema +++/4+ em MMSS. Abdome flácido, globoso, RH+. Possui SNE. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Pele aquecida e com presença de lesão por pressão em sacral com necrose, sendo utilizado pomada enzimática e óleo à base de ácido graxos essenciais nas bordas.

Evolução 07/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, normocárdico, hipertenso (136x93mmHg), em suporte ventilatório por TQT + VMI. Apresenta perfusão periférica preservada. Em uso de noradrenalina. ECG=3, edema +++/4+ em MMSS. Abdome flácido, globoso, RH+, HGT=177. Possui SNE. Diurese por SVD com aspecto límpido. Pele fria e com presença de lesão por pressão em sacral, com necrose e tecido de granulação, sendo utilizado óleo à base de ácido graxos essenciais na renovação de curativo.

Evolução 08/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, taquicárdico, normotenso, hipersecretiva com presença de roncos e em suporte ventilatório por TQT + VMI. Apresenta perfusão periférica preservada. Em uso de noradrenalina. ECG=3, edema ++/4+ em MMSS. Abdome flácido, globoso, RH+, HGT=116. Possui SNE com boa aceitação da dieta. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Pele fria e com presença de lesão por pressão em sacral, com necrose e áreas esverdeadas nas bordas, sendo utilizado pomada enzimática e óleo à base de ácido graxos essenciais na renovação de curativo.

Evolução 09/10/2018: Paciente evolui em EGG, eupneico, taquicárdico, normotenso, em suporte ventilatório por TQT + VMI. Apresenta perfusão periférica preservada. Em uso de noradrenalina. ECG=3, edema +++/4+ em MMSS. Abdome flácido, globoso, RH+, HGT=116. Possui SNE com boa aceitação da dieta. Diurese por SVD com aspecto límpido. Presença de lesão por pressão em sacral, com necrose e áreas esverdeadas nas bordas, sendo utilizado pomada enzimática e óleo à base de ácido graxos essenciais na renovação de curativo.

Evolução 10/10/2018: Paciente evolui em EGG, taquipneico, normocárdico, hipertenso, em suporte ventilatório por TQT + VMI. Apresenta perfusão periférica preservada. Em uso de noradrenalina. ECG=3, edema +++/4+ em MMSS. Abdome flácido, globoso, RH+, HGT=76. Possui SNE, porém em jejum p/ TAC de crânio. Diurese por SVD com aspecto límpido. Presença de eliminações fecais. Presença de lesão por pressão em sacral, com necrose e áreas esverdeadas nas bordas (colonização), sendo utilizado pomada enzimática e óleo à base de ácido graxos essenciais na renovação de curativo.

Avaliação: Após intervenções de enfermagem, houve melhora nos índices glicêmicos, piora da situação de oxigenação e tratamento da lesão por pressão, sendo necessário maior tempo de acompanhamento para obter desfecho da situação elencada.

CASO 06:

J.F.M, 28 anos, sexo feminino, solteira, enfermeira, procedente de São Paulo. Reside em João Pessoa, Estado da Paraíba, com seu irmão. A paciente relatou que há dois anos sentiu uma dor abdominal inespecífica, porém sem frequência. Informa que a dor era suportável, por esse motivo nunca procurou assistência. No entanto, recentemente sentiu novamente dores, mas com maior intensidade, fazendo-a procurar um serviço. Foi encaminhada ao HULW/UFPB para realização de cirurgia devido presença de tumor na região peritoneal, no dia 04/10/2018. Após intervenção, segue sob cuidados intensivos. Ao exame dia **05/10/2018:** Paciente evolui em EGR e no 2º dia de intervenção (UTI). *Necessidade de oxigenação:* eupneica (R:20ipm), acianótica,

murmúrios vesiculares presentes, SpO₂: 98%; *Necessidade de regulação vascular*: Ritmo cardíaco regular (RCR), sinusal, taquicardia (FC: 102bpm), pulso cheio, perfusão periférica preservada, PA:102X62mmHg; *Necessidade de regulação neurológica*: tamanho da pupila normal, isocóricas e reativas, abertura ocular espontânea, orientada, obedece ordens e alerta e calma (ECG: 15); *Necessidade de hidratação*: hidratada e balanço hídrico (+2295); *Necessidade de nutrição*: abdome flácido, plano, em SNG, presença de dreno de blake com aspecto hemático e dieta zero. *Necessidade de eliminação*: SVD (100ml/h), padrão de eliminações da paciente ausentes; *Necessidade de integridade física*: percepção sensorial levemente limitada, ocasionalmente úmida, muito restrita a cadeira, discreta limitação, nutrição inadequada e sem problema aparente para fricção e cisalhamento, apresentando risco elevado para lesão por pressão (Escala de Braden: 10-12); *Necessidade de regulação térmica*: normotérmica (T:35,2°C); *Necessidade de sono e repouso/cuidado corporal*: sono alterado e apresenta grau de dependência parcial para o autocuidado.

Quadro 10 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 6, 2019.

Necessidade de Regulação Vascular		
<i>Diagnósticos de Enfermagem</i>	<i>Resultados de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Risco de Hemorragia</i>	Ausência de Hemorragia	Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina) Monitorar sinais vitais Monitorar local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração
Necessidade de Hidratação		
<i>Risco de Volume de Líquidos, Prejudicado</i>	Volume de Líquidos, Adequado	Avaliar o paciente diariamente Identificar fatores de risco. Monitorar sinais vitais.
Necessidade de Nutrição		
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorado	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos

		Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições
<i>Ingestão de Alimentos, Insuficiente</i>	Ingestão de Alimentos, Adequado	Ajudar o paciente a se alimentar, se necessário. Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar Avaliar aceitação da dieta e suas preferências alimentares Estimular higiene oral antes e depois das refeições Estimular ingestão de alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Investigar a causa da ingestão diminuída Manter decúbito elevado durante a administração da dieta para evitar aspiração Orientar sobre a importância da ingestão de alimentos para o tratamento clínico
<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentar-se, Melhorado	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições

Necessidade de Integridade Física

<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorado	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de desidratação Realizar mudança de decúbito Hidratar pele do paciente Monitorar sinais de infecção
<i>Risco de Lesão por Pressão</i>	Ausência de Lesão por Pressão	Assegurar uma ingestão nutricional adequada Avaliar perfusão tissular Manter pele hidratada Manter pele limpa e seca Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas Orientar uso de hidratante Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal

Necessidade de Percepção dos Órgãos dos Sentidos - Dolorosa

<i>Dor, Aguda</i>	Dor Aguda, Melhorada	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis. Avaliar a dor quanto à frequência, à localização e à duração. Avaliar a intensidade e a tolerância da dor. Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor. Iniciar controle da analgesia Monitorar a dor após administração de medicamento
-------------------	----------------------	--

		Registrar as características da dor. Utilizar escalas unidimensionais e multidimensionais para avaliação da dor. Verificar o nível de desconforto com a paciente. Verificar os sinais subjetivos da dor.
--	--	---

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Intestinal, Prejudicada</i>	Eliminação Intestinal, Melhorada	Auscultar ruídos hidroaéreos Monitorar as eliminações intestinais quanto à coloração (acolia fecal), consistência, formato, volume e odor. Monitorar ruídos hidroaéreos. Proporcionar conforto e segurança.
<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrólítico Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão

Necessidade de Atividade Física

<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na Cama, Melhorada	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
--	-------------------------------	--

Necessidade de sono e repouso/ Cuidado corporal

<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade de Autocuidado, Melhorada	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
<i>Sono e Repouso, Prejudicados</i>	Sono e Repouso, Adequado	Avaliar causa do padrão do sono alterado Estimular o repouso satisfatório Investigar os fatores ambientais que dificultam o sono e o repouso Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente Proporcionar ambiente calmo e adequado utilizando camas confortáveis, controle de ruídos, iluminação e temperatura Registrar padrão de sono e horas dormidas Ajudar o paciente a ficar em posição confortável

Evolução 06/10/2018: Paciente evolui em EGR, orientada, eupneica, normocárdica, normotérmica, normotensa, respirando espontaneamente, MV+. Perfusão periférica preservada. Abdome flácido, plano, com SNG aberta para drenagem com aspecto hemático. Relata dor grau leve e certa dormência na região abdominal. Diurese por SVD com volume satisfatório. Risco leve para lesão por pressão. Sono e repouso alterado. Renovado curativos da FO e do dreno de *blake*.

Evolução 07/10/2018: Paciente evolui em EGR, orientada, eupneica, taquicárdica, normotérmica, normotensa, respirando espontaneamente em ar ambiente, MV+. Perfusão periférica preservada. Abdome flácido, plano, RH+, em SNE com aceitação parcial da alimentação. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Risco moderado para lesão por pressão. Sono e repouso alterado. Renovado curativos da FO e do dreno de *Blake*. Evolui com alta para clínica médica.

Avaliação: Após estabilização do quadro clínico da paciente proveniente do centro cirúrgico, melhora da quantidade sanguínea drenada, foi encaminhada para cuidados clínicos.

CASO 07:

R.L.S.B, 55 anos, sexo feminino, solteira, aposentada, procedente do município de Santa Terezinha em João Pessoa, Estado da Paraíba. Acompanhante relatou que a mesma era “especial” e que morava com seus pais e irmã. Deu entrada no HULW/UFPB para realização de cirurgia devido prolapso retal, no dia 03/10/2018. Após intervenção, segue sob cuidados intensivos. Ao exame dia **04/10/2018:** Paciente evolui em EGR e no 2º dia de intervenção (UTI). *Necessidade de oxigenação:* normopneica (R:18ipm), acianótica, murmúrios vesiculares presentes, em suporte ventilatório por cânula nasal (3l/min) e SpO₂: 100%; *Necessidade de regulação vascular:* Ritmo cardíaco regular (RCR), sinusal, normocárdica (FC: 77bpm), perfusão periférica preservada, pele quente, PA:95X49mmHg e PAM: 64mmHg. *Necessidade de regulação neurológica:* tamanho da pupila normal, isocóricas e reativas, abertura ocular espontânea, orientada, obedece ordens e alerta e calma (ECG: 15); *Necessidade de hidratação:* hidratada e balanço hídrico (+2295); *Necessidade de nutrição:* abdome flácido, plano, presença de ruídos hidroaéreos e dieta zero; *Necessidade de eliminação:* em SVD, diurese com aspecto concentrado; *Necessidade de integridade física:* percepção sensorial levemente limitada, ocasionalmente úmida, acamada, muito restrita, nutrição inadequada e problema potencial para fricção e cisalhamento, apresentando risco moderado para LPP (Escala de Braden: 13-14); *Necessidade de regulação térmica:* normotérmica (T:36,3°C); *Necessidade de sono e*

repouso/cuidado corporal: sono adequado e apresenta grau de dependência total para o autocuidado; *Necessidade de Terapêutica*: Recuperação cirúrgica e de estado de saúde adequada e com resposta satisfatória aos medicamentos.

Quadro 11 – Planejamento da assistência de enfermagem do caso 7, 2019.

Necessidade de Oxigenação		
<i>Diagnósticos de Enfermagem</i>	<i>Resultados de Enfermagem</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>
<i>Respiração, Prejudicada</i>	<i>Respiração, Melhorada</i>	Administrar oxigênio conforme prescrição e necessidade Manter a cabeceira do leito elevada Atentar para bradipneia Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios Avaliar perfusão periférica Monitorar padrão respiratório Manter repouso no leito Monitorar sinais vitais Avaliar nível de consciência Registrar alterações do padrão respiratório Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria
Necessidade de Regulação Neurológica/ Segurança Emocional		
<i>Cognição, Prejudicada</i>	<i>Cognição, Melhorada</i>	Apoiar o processo de tomada de decisão Avaliar o estado psicológico Estimular o paciente a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais. Instituir medidas de segurança pessoal e ambiental. Instituir ronda horária a enfermagem do paciente.
<i>Agitação</i>	<i>Agitação, Melhorada</i>	Avaliar a necessidade de conter o paciente no leito para sua própria segurança. Avaliar a orientação no tempo e no espaço. Avaliar as causas para a agitação. Avaliar o nível de consciência. Determinar o motivo/razão do comportamento Identificar e reduzir estressores ambientais. Manter grades do leito elevado. Monitorar sinais de ansiedade, desorientação, agressividade, taquicardia, hipertensão arterial, sudoreses e disfunções respiratórias. Proteger o paciente com uso de imobilizadores para limitar a agitação.
<i>Medo</i>	<i>Medo, Melhorado</i>	Proporcionar tranquilidade e conforto
Necessidade de Nutrição		
		Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar observando o protocolo

<i>Risco de Glicemia, Instável</i>	Ausência de Glicemia, Instável	Avaliar as condições do acesso intravenoso Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza). Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar. Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço.
<i>Déficit de Autocuidado para Alimentar-se</i>	Autocuidado para Alimentar-se, Melhorada	Auxiliar na alimentação Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar. Avaliar as condições da cavidade oral Oferecer um ambiente adequado para as refeições Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário Avaliar o apetite do paciente Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições Desenvolver uma relação de apoio com o paciente Estimular ingestão de alimentos Identificar problemas relacionados com a alimentação Monitorar a ingestão diária dos alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições
<i>Apetite, Prejudicado</i>	Apetite, Melhorado	
<i>Ingestão de Alimentos, Insuficiente</i>	Ingestão de Alimentos, Adequada	Ajudar o paciente a se alimentar, se necessário. Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar Avaliar aceitação da dieta e suas preferências alimentares Estimular higiene oral antes e depois das refeições Estimular ingestão de alimentos Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições Investigar a causa da ingestão diminuída Manter decúbito elevado durante a administração da dieta para evitar aspiração Orientar sobre a importância da ingestão de alimentos para o tratamento clínico

Necessidade de Eliminação

<i>Eliminação Urinária, Reduzida</i>	Eliminação Urinária, Melhorada	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor Avaliar funcionamento da sonda vesical Monitorar balanço hidroeletrólítico Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão
--------------------------------------	--------------------------------	--

Necessidade de Atividade Física

<i>Mobilidade na Cama, Prejudicada</i>	Mobilidade na cama melhorada	Auxiliar na mobilidade no leito Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
--	------------------------------	--

		Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente Mudar o decúbito no leito a cada duas horas
--	--	---

Necessidade de Integridade Física

<i>Integridade da Pele, Prejudicada</i>	Integridade da Pele, Melhorada	Avaliar a evolução de lesões Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo Registrar a evolução da lesão Monitorar sinais de desidratação Realizar mudança de decúbito Hidratar pele do paciente Monitorar sinais de infecção Realizar curativo diário ou quando necessário
<i>Risco de Lesão por Pressão</i>	Ausência de Risco de Lesão por Pressão	Assegurar uma ingestão nutricional adequada Avaliar perfusão tissular Manter pele hidratada Manter pele limpa e seca Monitorar a cor, temperatura, edema, umidade e aparência circunvizinha Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas Orientar uso de hidratante Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal

Necessidade de Sono e Repouso/ Cuidado Corporal

<i>Capacidade de Autocuidado, Prejudicada</i>	Capacidade de Autocuidado, Melhorado	Ajudar o paciente a se alimentar Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene Auxiliar na troca de roupas Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas Oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h
<i>Sono e Repouso, Adequados</i>	Sono e Repouso, Adequado	Diminuir os estímulos externos. Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado. Estimular o repouso satisfatório. Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde. Permitir rituais habituais para induzir o sono. Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente. Proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso.

Evolução 05/10/2018: Paciente evolui em EGR, eupneica, normocárdica, normotensa (102x68mmHg), respirando espontaneamente, MV+. Perfusão periférica preservada. ECG=11. Abdome flácido, globoso, RH+. Diurese por SVD reduzida, sendo realizado reposição volêmica. Risco elevado para obtenção de lesão por pressão. Desligado analgesia.

Evolução 06/10/2018: Paciente evolui em EGR, eupneica, normocárdica, hipotensa (78x45mmHg), respirando espontaneamente, MV+. Perfusão periférica preservada. ECG=15. Abdome flácido e globoso. Diurese por SVD com aspecto concentrado. Apresenta medo em relação aos procedimentos. Risco leve para obtenção de lesão por pressão. Recebe alta para enfermaria.

Avaliação: Paciente apresenta melhora no quando neurológico e eliminação urinária. Dessa forma, recebe alta dos cuidados intensivos e passa a ser cuidada na enfermaria.

Na validação clínica foram identificados a presença de 41 enunciados diagnósticos de enfermagem construídos para os estudos de casos realizados na UTI Geral do HULW, com média de 20 diagnósticos/resultados de enfermagem por paciente sob cuidados intensivos. No entanto, apenas 23 (56,01%) desses enunciados correspondem aos construídos e validados inicialmente na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para à unidade em estudo. Dentre esses, 20 (86,7%) podem ser classificados como negativos, a saber: “Ventilação Espontânea, Prejudicada”, “Respiração, Prejudicada”; “Limpeza das Vias Aéreas, Ineficaz”; “Troca de Gases, Prejudicada”; “Ventilação Mecânica”; “Edema (especificar o grau e a localização)”; “Ingestão de Alimentos, Insuficiente (ou Deficitária)”; “Eliminação Urinária, Reduzida”; “Sono e Repouso, Prejudicados”; “Infecção”; “Capacidade de Autocuidado, Prejudicada”; “Perfusão Tissular, Ineficaz”; “Pressão Arterial, Alterada”; “Coma”; “Consciência, Prejudicada”; “Agitação”; “Ansiedade (especificar o grau); “Medo”; “Dor, Aguda”; “Débito Cardíaco, Prejudicado”; “Lesão por Pressão”, e 3 (13,3%) são classificados como conceitos de risco, como: “Risco de Infecção”; “Risco de Glicemia, Instável” e “Risco de Hemorragia”.

Quanto aos demais enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem identificados durante a validação clínica, foi possível identificar 18 (43,9%) que não haviam sido contemplados na Nomenclatura para a UTI Geral, sendo esses: “Risco de Volume de Líquidos, Prejudicado”; “Déficit de Autocuidado para Alimentar-se”; “Deglutição, Prejudicada”; “Apetite, Prejudicado”; “Eliminação Intestinal, Prejudicada”; “Sono e Repouso, Adequados”; “Sonolência”; “Mobilidade na Cama, Prejudicada”; “Risco de Aspiração”; “Risco de Queda”;

“Integridade da Pele, Prejudicada”; “Risco de Lesão por Pressão”; “Perfusão Periférica, Prejudicada”; “Cognição, Prejudicada”; “Confusão”; “Convulsão”; “Risco de Confusão, Aguda”; “Recuperação do Estado de Saúde, Retardado”. Sendo identificado apenas um diagnóstico positivo, “Sono e Repouso, Adequados”.

Diante da correlação dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem identificados nos estudos de caso com as necessidades humanas básicas e sociais, observou-se que a maioria dos conceitos correspondem aos aspectos Psicobiológicos, apresentando 38 (92,7%). Quanto aos aspectos Psicossociais, foram identificados 3 (7,3%) e nenhum referente ao aspecto Psicoespiritual. Na tabela 1 apresenta a distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem organizados conforme às necessidades propostas pela teórica.

Tabela 1: Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas e Sociais identificadas em pessoas sob cuidados intensivos na UTI Geral do HULW/UFPB, João Pessoa-PB, 2019.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

<i>Necessidades Humanas Básicas e Sociais</i>	<i>Diagnósticos de enfermagem</i>	F	%
<i>Oxigenação</i>	Respiração, Prejudicada	6	85,7
	Ventilação Espontânea, Prejudicada	5	71,4
	Limpeza das Vias Aéreas, Ineficaz	1	14,3
	Troca de Gases, Prejudicada	3	42,9
	Ventilação Mecânica	3	42,9
<i>Hidratação</i>	Edema (Especificar o Grau e a Localização)	5	71,4
	Risco de Volume de Líquidos, Prejudicado	1	14,3
<i>Nutrição</i>	Déficit de Autocuidado para Alimentar-Se	7	100
	Deglutição, Prejudicada	4	57,1
	Apetite, Prejudicado	7	100
	Ingestão de Alimentos, Insuficiente (Ou Deficitária)	4	57,1
<i>Eliminação</i>	Eliminação Intestinal, Prejudicada	1	14,3
	Eliminação Urinária, Reduzida	7	100
<i>Sono e repouso</i>	Sono e Repouso, Adequados	5	71,4
	Sono e Repouso, Prejudicados	2	28,6
	Sonolência	1	14,3
<i>Atividade física</i>	Mobilidade na Cama, Prejudicada	7	100
<i>Segurança física e do meio ambiente</i>	Infecção	1	14,3
	Risco de Aspiração	1	14,3

<i>Cuidado corporal e ambiental</i>	Risco de Infecção	2	28,6
	Risco de Queda	3	42,9
	Capacidade de Autocuidado, Prejudicada	7	100
<i>Integridade física</i>	Integridade da Pele, Prejudicada	7	100
	Risco de Lesão por Pressão	4	57,1
<i>Regulação vascular</i>	Perfusão Periférica, Prejudicada	5	71,4
	Pressão Arterial, Alterada	3	42,9
	Perfusão Tissular, Ineficaz	4	57,1
	Débito Cardíaco, Prejudicado	2	28,6
	Risco de Hemorragia	5	71,4
	Risco de Glicemia, Instável	4	57,1
	Cognição, Prejudicada	1	14,3
<i>Regulação neurológica</i>	Consciência, Prejudicada	2	28,6
	Coma	3	42,9
	Confusão	1	14,3
	Convulsão	1	14,3
	Risco de Confusão, Aguda	2	28,6
	Dor, Aguda	1	14,3
<i>Sensopercepção</i>			
<i>Terapêutica e de prevenção</i>	Recuperação do Estado de Saúde, Retardado	4	57,1
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
<i>Segurança emocional</i>	Agitação	1	14,3
	Ansiedade	1	14,3
	Medo	1	14,3

Para os 41 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem, foram prescritas 980 intervenções. Porém, após análise, foram eliminadas 752 intervenções devido à presença em comum entre os diagnósticos/resultados nos planejamentos de enfermagem construídos para os estudos de caso, resultando em 227 intervenções, aproximadamente 53,41%, ou seja, uma média de 5,4 intervenções por diagnóstico de enfermagem para UTI Geral do HULW/UFPB.

As intervenções de enfermagem passaram pelo processo de normalização de acordo com a Nomenclatura devido apresentarem muitas intervenções com enunciados semelhantes. Dessa forma, as intervenções mais prevalentes para as necessidades psicobiológicas foram: Monitorar o padrão respiratório (13,2%), Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria (6,6%), Manter a cabeceira do leito elevada (6,2%), Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário (8,3%), Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado (6,2%),

Avaliar a evolução de lesões (7,9%), Avaliar perfusão periférica (7,9%) e Avaliar o sistema cardiorrespiratório (6,2%). Para as necessidades psicossociais todas as intervenções apresentaram iguais frequências de aparição (0,4%). A seguir, na Tabela 2, consta o consolidado das intervenções de enfermagem organizadas por necessidades.

Tabela 2: Distribuição das Intervenções de Enfermagem planejadas e implementadas em pessoas sob cuidados intensivos na UTI Geral do HULW/UFPB, João Pessoa-PB, 2019.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		F	%
<i>Necessidade de Oxigenação</i>	Administrar oxigênio conforme prescrição e necessidade	6	2,6
	Atentar para bradipneia	6	2,6
	Auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios	10	4,4
	Avaliar perfusão periférica	7	3,1
	Monitorar o padrão respiratório	30	13,2
	Manter repouso no leito	6	2,6
	Monitorar os sinais vitais	6	2,6
	Observar nível de consciência	7	3,1
	Registrar alterações do padrão respiratório	6	2,6
	Verificar a saturação do oxigênio pela oximetria de pulso ou gasometria	15	6,6
	Avaliar a necessidade de oxigenoterapia	5	2,2
	Manter a cabeceira do leito elevada	14	6,2
	Manter as vias aéreas pérvias	5	2,2
	Monitorar a coloração da pele e a perfusão periférica	5	2,2
	Manter umidade adequada do ar inspirado	6	2,6
	Aspirar vias aéreas, quando necessário	1	0,4
	Manter hidratação oral	4	1,8
	Manter posição adequada do paciente no leito	1	0,4
	Aspirar vias aéreas, quando necessário	1	0,4
	Avaliar a frequência e a profundidade respiratória a cada quatro horas	1	0,4
	Manter elevação da cabeceira do leito	1	0,4
	Monitorar gasometria arterial e os sinais de desequilíbrio acidobásico	1	0,4
	Avaliar se as respirações do paciente estão síncronas com o ventilador mecânico	3	1,3
	Inspecionar a amplitude e a simetria da caixa torácica	3	1,3
	Inspecionar a posição do tudo endotraqueal diariamente	3	1,3
	Manter dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu) na unidade do paciente	3	1,3
	Manter o balão (<i>cuff</i>) do tudo endotraqueal insuflado com o volume mínimo de oclusão	3	1,3
	Observar sinais de cianose	3	1,3
	Verificar frequentemente o funcionamento do ventilador mecânico e documentar os parâmetros ajustados no prontuário do paciente	6	2,6
<i>Necessidade</i>	Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração se possível	10	4,4

<i>de Hidratação</i>	Manter o cuidado com a pele.	5	2,2
	Medir o débito urinário.	5	2,2
	Monitorar a pele quanto aos sinais de lesão por pressão.	10	4,4
	Monitorar ingestão e eliminação.	9	3,9
	Monitorar os resultados laboratoriais (eletrólitos).	5	2,2
	Observar e controlar o gotejamento de infusão de eletrólitos.	5	2,2
	Oferecer proteção às áreas edemaciadas, quando necessário.	5	2,2
	Orientar restrição de líquidos.	5	2,2
	Registrar a evolução e a localização do edema.	5	2,2
	Avaliar o paciente diariamente	1	0,4
	Identificar fatores de risco.	1	0,4
	Monitorar os sinais vitais.	1	0,4
<i>Necessidade de Nutrição</i>	Auxiliar o paciente a adotar um melhor posicionamento para se alimentar.	11	4,8
	Auxiliar na alimentação	7	3,1
	Avaliar as condições da cavidade oral	11	4,8
	Oferecer um ambiente adequado para as refeições	7	3,1
	Atentar para sinais e sintomas de aspiração.	4	1,8
	Avaliar o padrão de deglutição	8	3,5
	Investigar a necessidade de outra via para alimentação.	4	1,8
	Monitorar a frequência respiratória	4	1,8
	Ofertar refeições fracionadas.	4	1,8
	Orientar o paciente para mastigar bem os alimentos.	4	1,8
	Orientar o paciente quanto a uma posição confortável para se alimentar.	4	1,8
	Registrar a ingestão/aceitação alimentar	4	1,8
	Auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário	19	8,3
	Avaliar o apetite do paciente	7	3,1
	Criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições	11	4,8
	Desenvolver uma relação de apoio com o paciente	7	3,1
	Estimular ingestão de alimentos	7	3,1
	Identificar problemas relacionados com a alimentação	7	3,1
	Monitorar a ingestão diária dos alimentos	7	3,1
	Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições	7	3,1
	Orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde	11	4,8
	Planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições	11	4,8
	Avaliar aceitação da dieta e suas preferências alimentares	4	1,8
	Estimular higiene oral antes e depois das refeições	4	1,8
	Estimular ingestão de alimentos	4	1,8
	Investigar a causa da ingestão diminuída	4	1,8
	Manter decúbito elevado durante a administração da dieta para evitar aspiração	4	1,8
	Auscultar ruídos hidroaéreos	4	1,8
<i>Necessidade de Eliminação</i>	Monitorar as eliminações intestinais quanto à coloração (acolia fecal), consistência, formato, volume e odor.	1	0,4
	Proporcionar conforto e segurança.	1	0,4

	Monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor	7	3,1
	Avaliar o funcionamento da sonda vesical	7	3,1
	Monitorar balanço hidroeletrolítico	7	3,1
	Monitorar grau de distensão da bexiga por meio da palpação e percussão	7	3,1
<i>Necessidade de Sono e Repouso</i>	Estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado.	7	3,1
	Proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso.	13	5,7
	Orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde.	3	1,3
	Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente	5	2,2
	Permitir rituais habituais para induzir o sono.	3	1,3
	Avaliar causa do padrão do sono alterado	2	0,9
	Registrar padrão de sono e horas dormidas	2	0,9
	Ajudar o paciente a ficar em posição confortável	2	0,9
	Atentar para depressão respiratória.	1	0,4
	Avaliar nível de sonolência.	1	0,4
	Diferenciar a sonolência do paciente.	1	0,4
<i>Necessidade de Atividade Física</i>	Auxiliar na mobilidade no leito	7	3,1
	Realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito	7	3,1
	Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h	7	3,1
	Diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente	7	3,1
	Mudar o decúbito no leito a cada duas horas	7	3,1
<i>Necessidade de Segurança física e do meio ambiente</i>	Avaliar a eficácia do tratamento para a infecção.	1	0,4
	Encorajar ingestão adequada de nutrientes	1	0,4
	Identificar fatores de risco para infecção.	3	1,3
	Monitorar a temperatura, o pulso e a respiração em intervalos regulares.	1	0,4
	Avaliar locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta	2	0,9
	Avaliar o estado nutricional	2	0,9
	Avaliar os cuidados com a higiene	2	0,9
	Ensinar medidas protetoras (dieta e sono adequados, imunização) para minimizar o risco de infecção	2	0,9
	Inspecionar os pontos da ferida cirúrgica	2	0,9
	Investigar fatores predisponentes para o aumento do risco de infecção	2	0,9
	Monitorar os sinais e sintomas de infecção	2	0,9
	Utilizar técnicas assépticas apropriadas após cada curativo	2	0,9
	Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo	2	0,9
	Aspirar secreções orais e traqueobrônquicas.	1	0,4
	Manter o decúbito elevado.	1	0,4
	Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica antes da administração da alimentação.	1	0,4
	Ajudar nas atividades de vida diária.	3	1,3
	Ajudar nas transferências (cama-cadeira de rodas/ cadeira de rodas-cama).	3	1,3
	Avaliar o risco de quedas por meio de uma escala (Morse, 2009).	3	1,3
	Avaliar nível de consciência.	3	1,3

<i>Necessidade de Cuidado corporal e ambiental</i>	Avaliar capacidade motora utilizando instrumento do protocolo do serviço.	3	1,3
	Auxiliar o paciente nas atividades higiene corporal.	3	1,3
	Demonstrar medidas de prevenção de queda.	3	1,3
	Elevar grades do leito.	3	1,3
	Manter cama na posição baixa.	3	1,3
	Ajudar o paciente a se alimentar	7	3,1
	Assistir ao paciente nas atividades de autocuidado	14	6,2
	Avaliar a necessidade dos cuidados de higiene	7	3,1
	Auxiliar na troca de roupas	7	3,1
	Avaliar resíduos gástricos antes de administrar as dietas	7	3,1
	Promover o banho no leito e proporcionar privacidade ao paciente	7	3,1
	Realizar higiene oral com clorexidina à 0,12% de 6/6h	7	3,1
<i>Necessidade de Integridade física</i>	Avaliar a evolução de lesões	18	7,9
	Avaliar a necessidade de curativo e cobertura para a lesão	7	3,1
	Registrar a evolução da lesão	7	3,1
	Realizar curativo diário ou quando necessário	7	3,1
	Assegurar uma ingestão nutricional adequada	4	1,8
	Avaliar perfusão tissular	4	1,8
	Manter pele hidratada	4	1,8
	Manter pele limpa e seca	4	1,8
	Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas	4	1,8
	Orientar uso de hidratante	4	1,8
	Proteger as proeminências ósseas em cada troca de posição corporal	4	1,8
<i>Necessidade de Regulação Vascular</i>	Avaliar perfusão periférica	18	7,9
	Avaliar temperatura e coloração da pele	5	2,2
	Avaliar o sistema cardiorrespiratório	14	6,2
	Monitorar níveis de saturação de oxigênio	5	2,2
	Atentar para alteração do nível de consciência	3	1,3
	Auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas	3	1,3
	Avaliar monitoramento cardíaco	10	4,4
	Controlar o balanço hídrico	7	3,1
	Controlar o volume de infusões de líquidos	3	1,3
	Manter o repouso no leito	3	1,3
	Monitorar a pressão arterial frequentemente	6	2,6
	Monitorar sinais vitais	8	3,5
	Monitorar presença de dispneia e fadiga	3	1,3
	Auscultar e avaliar os ruídos intestinais diariamente	4	1,8
	Avaliar valores de gasometria arterial	4	1,8
	Monitorar a administração da oxigenoterapia	4	1,8
	Verificar a presença de edema ou distensão da veia jugular	6	2,6
	Manter extremidade edemaciada acima do nível do coração	4	1,8
	Avaliar pressões sistêmicas e débito cardíaco	2	0,9
	Controlar o volume de líquidos ganhos	2	0,9
	Inspecionar edemas de membros inferiores ou em outras localizações	2	0,9

<i>Necessidade de Regulação neurológica</i>	Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina)	5	2,2
	Monitorar local da cirurgia quanto a sangramento, deiscência e evisceração	5	2,2
	Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar observando o protocolo	4	1,8
	Avaliar as condições do acesso intravenoso	4	1,8
	Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza).	4	1,8
	Realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar.	4	1,8
	Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço	4	1,8
	Apoiar o processo de tomada de decisão	1	0,4
	Avaliar o estado psicológico	1	0,4
	Estimular o paciente a identificar fatores estressores como situações, eventos e interações pessoais.	1	0,4
	Instituir medidas de segurança pessoal e ambiental.	1	0,4
	Instituir ronda horária a enfermaria do paciente.	1	0,4
	Avaliar os reflexos	2	0,9
	Manter grades do leito elevadas	2	0,9
	Monitorar nível de consciência	11	4,8
	Promover ambiente confortável	2	0,9
	Promover hidratação venosa	2	0,9
	Avaliar a pele diariamente	3	1,3
	Avaliar resposta motora e de sensibilidade diariamente	3	1,3
	Avaliar o tamanho das pupilas e a acomodação à luz	3	1,3
	Implementar uma rotina de higiene ocular em paciente comatoso	3	1,3
	Implementar uma rotina de higiene oral	3	1,3
	Realizar a avaliação neurológica do paciente	3	1,3
	Realizar banho no leito	3	1,3
	Realizar higiene íntima	3	1,3
	Utilizar cobertura de filme transparente para proteger calcâneo, cotovelos e região sacra	3	1,3
	Realizar mudança de decúbito	3	1,3
	Oferecer assistência para o autocuidado até que o paciente esteja capacitado	3	1,3
	Avaliar risco de drogadição	1	0,4
	Manter o ambiente seguro	2	0,9
	Manter o paciente seguro no leito com o uso de grades protetoras	2	0,9
	Orientar o paciente quanto ao tempo e ao espaço	1	0,4
	Afastar objetos possíveis de machucar o paciente.	1	0,4
	Aspirar às secreções da cavidade oral.	1	0,4
	Fornecer oxigenoterapia, caso necessário.	1	0,4
	Observar os sinais e sintomas na crise convulsiva.	1	0,4
	Verificar sinais vitais.	6	2,6
	Monitorar exames laboratoriais (nível sérico de amônia)	2	0,9
	Utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas	2	0,9
<i>Necessidade de Sensopercepção</i>	Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis.	1	0,4
	Avaliar a dor quanto à frequência, à localização e à duração.	1	0,4

	Avaliar a intensidade e a tolerância da dor.	1	0,4
	Favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor.	1	0,4
	Iniciar controle da analgesia	1	0,4
	Monitorar a dor após administração de medicamento	1	0,4
	Registrar as características da dor.	1	0,4
	Utilizar escalas unidimensionais e multidimensionais para avaliação da dor.	1	0,4
	Verificar o nível de desconforto com a paciente.	1	0,4
	Verificar os sinais subjetivos da dor.	1	0,4
<i>Necessidade de Terapêutica e de prevenção</i>	Dar apoio e conforto ao paciente e ou o acompanhante	4	1,8
	Enfatizar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde	4	1,8
	Informar o paciente e ou o acompanhante o motivo do retardo da recuperação do estado de saúde	4	1,8
<i>Necessidade de Segurança emocional</i>	Avaliar a necessidade de conter o paciente no leito para sua própria segurança.	1	0,4
	Avaliar a orientação no tempo e no espaço.	1	0,4
	Avaliar as causas para a agitação.	1	0,4
	Avaliar o nível de consciência.	1	0,4
	Determinar o motivo/razão do comportamento	1	0,4
	Identificar e reduzir estressores ambientais.	1	0,4
	Manter grades do leito elevado.	1	0,4
	Monitorar sinais de ansiedade, desorientação, agressividade, taquicardia, hipertensão arterial, sudoreses e disfunções respiratórias	1	0,4
	Avaliar nível de ansiedade	1	0,4
	Dar explicações claras e sucintas sobre os cuidados prestados	1	0,4
	Avaliar o conhecimento e as expectativas do paciente	1	0,4
	Encorajar o paciente a expressar suas inquietações	1	0,4
	Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento	1	0,4
	Estimular a comunicação com o paciente	1	0,4
	Explicar a necessidade de permanecer no hospital para melhora do quadro clínico	1	0,4
	Identificar e reduzir os vários estressores ambientais (pessoas)	1	0,4
	Oferecer ambiente calmo e agradável	1	0,4
	Ouvir atentamente o paciente	1	0,4
	Proporcionar tranquilidade e conforto	1	0,4

6 DISCUSSÃO

O entendimento da complexidade do cuidado é de extrema relevância para progressão e consolidação da Enfermagem enquanto ciência, devendo o profissional enfermeiro adquirir competências e habilidades para embasar o raciocínio crítico-reflexivo, tornando-os agentes ativos diante inovações e questionamentos que envolvam a *práxis* de enfermagem para proporcionar uma assistência digna e de qualidade, principalmente quando se trata de pessoas em estado crítico e instáveis de saúde como as encontradas no âmbito da UTI.

A aplicação do modelo teórico de Horta foi fundamental para a organização dos enunciados diagnóstico/resultados de enfermagem construídos nesse estudo, pois a teórica foi responsável por inserir e ampliar a discussão sobre o Processo de Enfermagem no contexto brasileiro, sendo essa classificada quanto às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2011).

Portanto, para a necessidade de *Oxigenação* foram validados os enunciados diagnósticos “Respiração prejudicada”, “Ventilação Espontânea, Prejudicada”, “Limpeza das Vias Aéreas, Ineficaz”, “Troca de Gases, Prejudicada” e “Ventilação Mecânica”, sendo os dois primeiros os mais prevalentes na realização dos estudos de caso.

Estudo identificou os enunciados “Ventilação Espontânea, Prejudicada”, “Limpeza das Vias Aéreas, Ineficaz” entre os dez diagnósticos mais prevalentes em pessoas internadas na UTI (GUEDES; ROSSATO, OLIVEIRA, 2015). Os autores apontam ainda que se a desobstrução de vias aéreas não for adequadamente tratada poderá levar a outras alterações como o padrão respiratório ineficaz ou troca de gases prejudicada, sendo esse último um enunciado presente no atual estudo, o que ocasionaria um sofrimento respiratório podendo levar à morte.

Pachol *et al.* (2015) tratam em seus achados sobre a ligação entre os problemas relacionados à necessidade de oxigenação, mostrando que uma situação identificada em um diagnóstico, essa pode levar ao aparecimento de outros, envolvendo todo o sistema respiratório. Dessa forma, faz-se necessária à implementação de intervenções direcionadas para essa necessidade, sendo essas baseadas na administração de oxigênio conforme prescrição e necessidade; Manter a cabeceira do leito elevada; atentar para sinais de bradipneia; auscultar sons respiratórios, observando presença de ruídos adventícios; avaliar perfusão periférica; monitorar padrão respiratório; manter repouso no leito; monitorar sinais vitais; avaliar nível de consciência; registrar alterações do padrão respiratório; verificar a saturação do oxigênio pela

oximetria de pulso ou gasometria e registrar alterações do padrão respiratório. Tais intervenções são evidenciadas ainda em estudo em unidade de terapia intensiva (MARTINEZ *et al.*, 2015).

Quanto à necessidade *Hidratação* apresentou-se nos resultados os enunciados diagnósticos “Edema” e “Risco de Volume de Líquidos, Prejudicado”, assemelhando-se com a literatura, onde Grassi *et al.* (2017) identificou como mais prevalentes em pacientes na UTI os diagnósticos volume de líquidos excessivos, que pode ser responsável por desenvolver quadro clínico de edema em pacientes, e risco de volume de líquidos desequilibrados, assemelhando-se o termo desequilibrado ao prejudicado.

A *Hidratação* enquanto uma necessidade de saúde dos indivíduos apresenta-se relacionada aos seus graus de assepsia e integridade da pele, devendo as suas intervenções estarem relacionadas, inibindo assim distúrbio hidroeletrólíticos e lesões por pressão, que apesar de constituírem necessidades diferentes se complementam (VASCONCELOS; CALIRI, 2017), apresentando como intervenções de enfermagem, também, a avaliação do paciente diariamente; identificação dos principais fatores de risco e a própria monitorização dos sinais vitais. O diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivos é identificado com frequência em pacientes em tratamento dialítico crônicos ou agudos (FERNANDES *et al.*, 2014), assim como as disfunções cardiovasculares, o que relaciona a necessidade aqui discutida com a necessidade *regulação vascular*.

No que diz respeito à necessidade *Nutrição* foram validados os seguintes enunciados de diagnósticos, todos com mais de 50% de frequência nos estudos de caso aqui desenvolvidos: “Déficit de Autocuidado para Alimentar-se”; “Deglutição, Prejudicada”; “Apetite, Prejudicado” e “Ingestão de Alimentos, Insuficiente (ou deficitária)”.

Em estudo de Clares e Fretas (2013) foram identificados diagnósticos de enfermagem no domínio de nutrição onde constam deglutição prejudicada, o que converge com os achados desse estudo, além de outros diagnósticos como “Risco de Glicemia, Instável” e “Volume de Líquidos, Deficiente”, enunciados, também, validados no atual estudo, que porém foram classificados em outras necessidades, o que evidencia uma correlação entre as necessidades aqui utilizadas para a organização dos achados como a regulação vascular e hidratação.

Anziliero *et al.* (2017) identificou quanto ao domínio de nutrição a prevalência dos diagnósticos de enfermagem deglutição prejudicada e déficit no autocuidado para alimentação, estando esse último diretamente relacionado à dor, prejuízo neuro e musculoesquelético, impossibilitando o manuseamento de utensílios que o auxiliam na sua alimentação, esteja esse paciente consciente ou não.

No presente estudo ainda destacaram-se intervenções que coincidem com o estudo (ANZILIERO *et al.*, 2017) como: registrar a ingestão/aceitação alimentar; atentar para sinais e sintomas de aspiração; avaliar as condições de mucosa oral do paciente; avaliar ingestão e alimentação; avaliar o padrão de deglutição; investigar a necessidade de outra via para alimentação; manter o ambiente tranquilo; monitorar a frequência respiratória; observar a deglutição e o esvaziamento da boca; ofertar refeições fracionadas e orientar o paciente para mastigar bem os alimentos.

Magalhães *et al.* (2015) construíram e validaram o enunciado de diagnóstico e enfermagem da CIPE® apetite diminuído para pacientes internados que foram submetidos a procedimento cirúrgico específico, assemelhando-se ao presente (apetite prejudicado) por ser uma clientela a qual demanda de cuidado críticos.

As intervenções para tal enunciado foram pautadas em auxiliar o paciente a se alimentar, caso necessário; avaliar o apetite do paciente; criar ambiente agradável e relaxante durante as refeições; desenvolver uma relação de apoio com o paciente; estimular ingestão de alimentos; identificar problemas relacionados com a alimentação; monitorar a ingestão diária dos alimentos; evitar procedimentos dolorosos antes das refeições; orientar sobre a importância da dieta alimentar para recuperação do estado de saúde e planejar o atendimento para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram antes das refeições, conforme intervenções apresentadas por Oliveira *et al.* (2017).

Referente a necessidade *Eliminação*, foram validados enunciados diagnósticos de enfermagem “Eliminação Intestinal, Prejudicada” e “Eliminação Urinária, Reduzida”, onde esse último apresentou 100% de prevalência na sua validação clínica. Em estudo em unidade de terapia intensiva (FERREIRA *et al.*, 2016) foi identificado o diagnóstico eliminação urinária prejudicada e constipação sendo esse diagnóstico similares aos construídos no atual estudo, além de apresentar como intervenções de enfermagem a observação e o registro das eliminações vesicais e intestinais.

As intervenções aqui pontuadas e validadas têm como base na função urinária: monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor; monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor; avaliar funcionamento da sonda vesical de demora; monitorar a eliminação urinária, incluindo frequência, quantidade, cor e odor; monitorar balanço hidroeletrolítico; monitorar grau de distensão da bexiga. Já no que se refere a função intestinal, foram implementadas no presente estudo a auscultar dos ruídos

hidroaéreos; monitorização das eliminações intestinais quanto à coloração (acolia fecal), consistência, formato, volume e odor e proporcionar conforto e segurança.

Referente a necessidade *Sono e repouso* foram devidamente validados os enunciados de diagnósticos de enfermagem “Sono e Repouso, Adequados”, “Sono e Repouso, Prejudicados” e “Sonolência”, onde o primeiro apresentou prevalência maior que 70% nos estudos de caso.

Em estudo realizado em unidade de terapia intensiva buscando a prevalência de diagnósticos de enfermagem (ALMEIDA *et al.*, 2013) foram identificados os diagnósticos Padrão de sono prejudicado e Privação do sono, não apresentando diagnósticos positivos relacionados a essa necessidade. O autor ainda referiu que a sonolência apresentou-se como um dos maiores indicadores na pesquisa, convergindo com os enunciados diagnósticos construídos e validados no presente estudo.

As intervenções de enfermagem aqui pontuadas se caracterizam por diminuir os estímulos externos; estimular o paciente para manter o padrão de repouso e sono adequado; estimular o repouso satisfatório; orientar sobre a importância de um descanso satisfatório para a recuperação da saúde; permitir rituais habituais para induzir o sono; programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e o repouso do paciente e proporcionar um ambiente calmo e seguro para o sono e repouso. Ainda foi ressaltado em estudo (OLIVEIRA *et al.*, 2017) a promoção do conforto para o reestabelecimento de tais problemas.

Na necessidade *Atividade física* validou-se o enunciado de diagnóstico de enfermagem “Mobilidade na Cama, Prejudicada” com 100% de frequência, corroborando Ferreira *et al.* (2016), que identificaram em seu estudo o diagnóstico Mobilidade no leito prejudicada, similar ao presente.

A literatura destaca que a mobilidade deficiente do paciente crítico pode interferir no seu estado hemodinâmico, devendo-se atuar por meio de intervenções como mobilidade e mudança de posicionamento, afetando sua integridade tissular e/ou até mesmo seu autocuidado, mais uma vez demonstrando a interligação entre os níveis de necessidade propostos por Horta (VASCONCELOS; CARILI, 2017). As intervenções validadas convergem com tais achados no que diz respeito à auxiliar na mobilidade no leito; realizar higiene corporal e do couro cabeludo no leito; realizar higiene oral com clorexidina, diminuir a fricção e o encostar de lençóis ao posicionar e virar o paciente e alternar o decúbito no leito.

Quanto à necessidade *Segurança física e do meio ambiente* o diagnóstico/resultados de enfermagem “Infecção”; “Risco de Aspiração”; “Risco de Infecção” e “Risco de Queda”. O

diagnóstico Risco de Infecção foi identificado em estudos realizados no âmbito da UTI (FERREIRA *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017), estando relacionados ao período de hospitalização o qual expõe o paciente a procedimentos e a exames diagnósticos invasivos, pois nessas circunstâncias as pessoas sob cuidados críticos apresentam suas defesas corpóreas diminuídas.

As intervenções para esse enunciado se baseiam na avaliação da susceptibilidade para infecção; avaliação dos locais de inserção de cateteres quanto à presença de hipertermia, hiperemia, dor, secreção purulenta; avaliação do estado nutricional; avaliação dos cuidados com a higiene; no ensino de medidas protetivas (dieta e sono adequados, imunização) para minimizar o risco de infecção; inspeção dos pontos da ferida cirúrgica; investigar fatores predisponentes para o aumento do risco de infecção; monitorização dos sinais e sintomas de infecção; utilização de técnicas assépticas apropriadas após cada curativo e verificação do local da incisão cirúrgica após cada curativo. Duailibe *et al.* (2014) ainda referem intervenções como administração de antibióticos, cuidados com lesões, posicionamento do paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão e controle do ambiente: conforto, facilitando-o com cama limpa e confortável.

Cavalcante *et al.* (2013), em estudo sobre validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de Aspiração, apresentou como fatores de risco a disfagia e mobilidade corporal diminuída, presença de refluxo gastroesofágico, presbifagia e procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e videofluoroscopia em pacientes com acidente vascular cerebral. Nakasato, Lopes e Barros (2015) afirmam que pacientes submetidos à cirurgias e/ou com rebaixamento de nível de consciências os quais são instalados vias aéreas artificiais, embora a intubação seja um método de proteção das vias aéreas nesses pacientes, ainda podem ocorrer microaspirações, estando propensos assim a esse risco.

O presente estudo consolidou as intervenções, como: aspiração de secreções orais e traqueobrônquicas; manutenção do decúbito elevado e a verificação do posicionamento da sonda nasogástrica antes da administração da alimentação. Estudo direcionado à pacientes críticos (BISPO *et al.*, 2016) também destacou intervenções pautadas em manter a cabeceira do leito elevada a um nível superior a 30 graus em pacientes submetidos à ventilação mecânica.

O enunciado de diagnóstico de enfermagem “Risco de Quedas” é evidenciado em estudo relacionado à pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, corroborando o presente estudo (MATA *et al.*, 2017). Destaca-se que o presente diagnóstico não foi contemplado na construção inicial dos resultados do presente estudo, porém na validação clínica houve a necessidade de sua construção a partir da demanda das pessoas sob cuidados nessa unidade

enquanto um problema potencial, sendo observado nos planejamentos construídos intervenções referente à contensão física.

Quanto a intervenção contensão física, essa medida deve ser empregada somente em situações de urgência e emergência, e realizada sob a supervisão de um enfermeiro vide protocolos institucionais. Tais fatos mostram que essa intervenção não previne quedas, evidenciando uma lacuna no conhecimento ao que se refere à prevenção de quedas no contexto da segurança do paciente dos profissionais e sua atuação de forma não padronizada conforme a recomendação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2012).

As intervenções aqui validadas baseadas na prevenção de quedas foram por meio auxílio nas atividades de vida diária (higiene corporal), as transferências (cama-cadeira de rodas/ cadeira de rodas-cama); avaliação do risco de quedas por meio de uma escala (MORSE, 2009); na avaliação do nível de consciência, da capacidade motora; demonstrar medidas de prevenção de queda, por meio da elevação das grades do leito e a manutenção da cama na posição baixa. Um estudo realizado acerca do mapeamento de ações contidas no protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde com as intervenções da CIPE® (ALVES *et al.*, 2017), evidenciou, também, intervenções com base na melhora do sono, da comunicação, déficit visual e controle da dor.

Quanto à necessidade *Cuidado corporal e ambiental*, validou-se o enunciado diagnóstico/resultado de enfermagem “Capacidade de Autocuidado, Prejudicada”, com 100% de frequência entre os estudos de caso realizados com pessoas que se encontram sob cuidados intensivos. Tal fato é evidenciado na literatura devido ao estado clínico dessas pessoas demandarem um maior empenho e atenção quanto ao autocuidado, sendo o enfermeiro o profissional crucial no que tange ao ensino, a supervisão e a avaliação dos cuidados prestados (TRETTENE *et al.*, 2015), estimulando a participação como forma de proporcionar meios para torná-los agentes do autocuidado.

O referido enunciado diagnóstico foi identificado na literatura, por meio de um estudo realizado no âmbito da UTI, por meio de uma forma mais restrita, a exemplo: Déficit no autocuidado para higiene íntima e Déficit no autocuidado para alimentação (ALMEIDA *et al.*, 2013).

As perspectivas da literatura quanto às intervenções de enfermagem (TRETTENE *et al.*, 2015) corroboram as implementadas no presente estudo, sendo essas baseadas na educação e qualificação das pessoas internadas na UTI, tornando-as habilitadas à realizar ações de cuidado próprios ou require-los, caso seja necessário, como: auxiliar o paciente a se alimentar

e realizar atividades de autocuidado, avaliar a necessidade de cuidados de higiene, a necessidade de mudança de vestes, verificar presença de resíduos gástricos antes de administrar as dietas, oferecer a assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado.

No que diz respeito à necessidade *Integridade física*, destacam-se os enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem “Integridade da Pele, Prejudicada” e “Risco de Lesão por Pressão”, estando diretamente relacionados ao grau de nutrição da pessoa e ao quantitativo de procedimentos invasivos e ao processo de mobilidade limitado, respectivamente. Esses fatores demandam intervenções de enfermagem, conforme as aqui construídas, como a realização de procedimentos assépticos; proteção contra infecções; supervisão da pele; controle da nutrição; hidratação; analgesia; estrutura física adequada; ações que ativem a circulação; avaliação das possíveis fáceis de dor. Quanto ao risco de lesão, especialmente, acrescenta-se a mudança de decúbito e a dispensação de medidas preventivas para proteção das proeminências ósseas (GUEDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

Em estudos de delineamento similar quanto ao ambiente de atuação da Enfermagem (RAMOS *et al.*, 2013; GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015; SOUSA; SANTANA, 2016) destacam-se os enunciados diagnósticos “Risco de Integridade da Pele, Prejudicada” e “Integridade da Pele, Prejudicada”, demonstrando a pertinência na elaboração e validação clínica de tais enunciados.

A prevalência na identificação de tais diagnósticos durante a realização dos estudos de caso no presente estudo corrobora os achados da literatura quanto aos desequilíbrios instalados no que diz respeito às necessidade de integridade física. Destaca-se ainda a relação direta entre a capacidade do autocuidado e a integridade física real e/ou potencial referido por Cunha *et al.* (2018). Tal fato evidencia a inter-relação entre as necessidades de Horta, demonstrando que o desequilíbrio de uma está correlacionado a outra.

A necessidade *Regulação vascular* referiu os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem “Perfusão Periférica, Prejudicada”, “Perfusão Tissular, Ineficaz”, “Pressão Arterial, Alterada”, “Débito Cardíaco, Prejudicado”, “Risco de Hemorragia” e “Risco de Glicemia, Instável”. A perfusão pode estar relacionada à falhas do organismo, afetando os seus órgãos como no sistema respiratório que funciona de maneira interligada ao sistema cardiovascular (GRASSI *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2016). Tais perspectivas convergem com o que foi identificado nos estudos de caso realizados no presente estudo, onde as pessoas

avaliadas apresentaram uma má perfusão periférica e tissular em sua maioria, demonstrando as alterações presentes em seu organismo.

Quanto à “Pressão Arterial, Alterada”, trata-se de uma condição clínica multifatorial comumente associada às alterações funcionais em órgãos como coração, rins e vasos sanguíneos, sendo a equipe de enfermagem um dos responsáveis por sua verificação, prevenção e controle, que diante de alterações enquanto fatores de risco modificáveis, esses podem ser controlados por meio de ações de autocuidado da pessoa por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas (BERTTI; NUNES, 2017). As pessoas sob cuidados intensivos têm essa medida controlada por intermédio das ações de enfermagem decididas juntamente com a equipe multiprofissional, devendo agir em consonância à autonomia do ser nos cuidados pós alta.

Conforme aponta a literatura, o comprometimento da função miocárdica encontra-se relacionado ao desenvolvimento de problemas cardiovasculares e, conseqüentemente, alterações no débito cardíaco (FERREIRA *et al.*, 2016). Por meio desse estudo, foi identificado a presença do diagnóstico de enfermagem “Débito Cardíaco, Prejudicado” em aproximadamente 30% dos casos realizados, estando embasados por meio da presença do ritmo cardíaco alterado associados ao aumento nos níveis de pressóricos.

As intervenções de enfermagem validadas para atuação nessa demanda se baseiam em atentar para alteração do nível de consciência; auscultar batimentos cardíacos e sons respiratórios de quatro em quatro horas; avaliar monitoramento cardíaco; controlar a pressão sanguínea; controlar o balanço hídrico; controlar o volume de infusões de líquidos; manter repouso no leito; monitorar a pressão arterial frequentemente; monitorar sinais vitais e monitorar presença de dispneia e fadiga.

O diagnóstico “Risco de Hemorragia” é de extrema relevância, principalmente, por tratar-se de pessoas com quadros clínicos instáveis e em recuperação, onde a possibilidade de um quadro hemorrágico pode dificultar ainda mais a sua condição de saúde (CONCEIÇÃO *et al.*, 2017). Dessa forma, cabe a equipe de enfermagem adotarem medidas preventivas com base nas intervenções referidas no presente estudo quando pautam: Avaliar os exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tempo de protrombina); monitorar sinais vitais, devendo estar atentos às pessoas que se encontram em recuperação cirúrgica, por apresentarem maiores chances de hemorragias, requerendo, assim, monitoração do sítio cirúrgico e a prevenção de deiscências e eviscerações. Esse, por ser um diagnóstico de risco, ou seja, potencial, foi identificado em uma grande parcela dos estudos de caso realizados, merecendo uma atenção especial.

O diagnóstico “Risco de Glicemia, Instável” é comumente identificado em pessoas críticas sob cuidados intensivos, presente em aproximadamente 60% dos estudos de caso realizados, o que carece uma atenção especial. Conforme Brinati (2018), o tempo de permanência em dias de internação, variabilidade glicêmica, dieta enteral, controle da glicemia com insulina regular, insulina em bomba, antibiótico, cateter nasal e ventilação mecânica, podem predispor elevações do nível glicêmico, ou seja, a hiperglicemia. No entanto, também podem estar relacionados com a depleção dos níveis glicêmicos, hipoglicemia, a dieta enteral, controle da glicemia com insulina regular, corticoides, diálise e ventilação mecânica.

Os achados aqui evidenciados para o manejo adequado de tal problema se resumem a: Aplicar insulina conforme resultado da glicemia capilar observando o protocolo, avaliar as condições do acesso intravenoso, monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, hálito de maçã verde, fraqueza), realizar rodízio de punção das falanges dos membros para a verificação da glicemia capilar. Verificar glicemia capilar conforme rotina do serviço.

As necessidades de *Integridade física* e *Regulação vascular* também se inter-relacionam, pois ao ocorrer alterações à nível de regulação vascular, gera redução da resistência vascular periférica e da frequência cardíaca, reduzindo a pressão arterial sistêmica, o débito cardíaco e consequente, reduzindo a oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos, sendo evidenciadas pela tontura e palidez cutânea. Tais desequilíbrios vulnerabilizam a necessidade de integridade física (ESPLENDORI, 2017).

No tocante a necessidade *Regulação neurológica* apresentou-se os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem “Cognição, Prejudicada”, “Consciência, Prejudicada”, “Coma”, “Confusão”, “Convulsão” e “Risco de Confusão, Aguda”. Tal necessidade a partir dos problemas identificados por meio de diagnósticos de enfermagem constitui forte determinante de desequilíbrios, com estados de tensão conscientes ou inconscientes na pessoa que, quando não atendidos ou atendidos de modo inadequado, trazem mais desconforto, fazendo emergir novos problemas de enfermagem (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013).

Quanto ao diagnóstico de “Coma” tem-se como parâmetro profissional de referência mundialmente utilizada, a escala de coma de Glasgow, responsável por identificar possíveis disfunções neurológicas e acompanhar a evolução do nível de consciência, predizer prognóstico, baseado em três parâmetros de avaliação: a abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, além de padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde, (SANTOS *et*

al., 2016). Essa escala também foi utilizada para avaliar os pacientes durante a realização dos estudos de caso no atual estudo.

A escala de coma foi citada nos presentes achados, assim como as demais intervenções: avaliar a pele diariamente; avaliar resposta motora e de sensibilidade diariamente; avaliar o tamanho das pupilas e a acomodação à luz; implementar uma rotina de higiene ocular em paciente comatoso; implementar uma rotina de higiene oral; manter a monitorização cardíaca; monitorar os sinais vitais; realizar a avaliação neurológica do paciente; realizar banho no leito; realizar higiene íntima; utilizar cobertura de filme transparente para proteger calcâneo, cotovelos e região sacra; realizar mudança de decúbito e oferecer assistência para o autocuidado até que o paciente esteja apto para desenvolvê-las.

O diagnóstico de enfermagem “Risco de Confusão, Aguda” e “Confusão”, esses podem estar relacionados à flutuação no nível de consciência, devido os pacientes em UTI estarem mais propensos ao rebaixamento desse nível necessitando de intervenções como a inserção de via aérea artificial (TOLEDO; MOTOBU; GARCIA, 2015). Assim, revela-se que tais diagnósticos tem relação direta, sendo o ponto de partida para o outro, como um *feedback*.

No que relaciona a prevenção e a recuperação da confusão, o presente estudo refere intervenções que são pouco evidenciadas na literatura, como: avaliar risco de drogadição; manter o ambiente e o paciente seguro no leito por meio da elevação das grades protetoras; orientar o paciente quanto ao tempo e ao espaço; examinar o nível de consciência do paciente e mudanças de comportamento; monitorar exames laboratoriais (níveis séricos de amônia); utilizar medidas adequadas de segurança, evitando contenções físicas; tornar diariamente conhecido do paciente data e dia da semana. Aborda-se ainda que as pessoas internadas em UTI, as quais necessitam de cuidados críticos com base na regulação neurológica, tenham mais propensão a apresentar déficit na oxigenação ou eliminação de dióxido de carbono e incapacidade de manter uma respiração adequada (DUTRA *et al.*, 2014), o que podem ser responsáveis por diminuir o nível de consciência, com risco de confusão e/ou evoluir para o estado de coma.

A Necessidade *Sensopercepção* teve como enunciado diagnósticos/resultados de enfermagem validados “Dor Aguda”, indicado como um dos diagnósticos mais frequentes em UTI com base nas investigações de Ferreira *et al.* (2016). Os autores referem como principal sinal passível de identificação de tal diagnóstico pela enfermagem, o relato verbal de dor que pode ser espontânea ou quando solicitada, podendo referir aspectos sensoriais, emocionais ou cognitivos para caracterizar a sensação dolorosa, caracterizando-se como padrão-ouro.

As intervenções para tal diagnóstico se caracterizaram por: ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis; avaliar a dor quanto à frequência, à localização e à duração; avaliar a intensidade e a tolerância da dor; favorecer o repouso e o sono adequados para facilitar o alívio da dor; iniciar controle da analgesia; monitorar a dor após administração de medicamento; registrar as características da dor; utilizar escalas unidimensionais e multidimensionais para avaliação da dor; verificar o nível de desconforto com a paciente; verificar os sinais subjetivos da dor. Tais intervenções convergem com a literatura, sendo citada nos estudos de Barros e Albuquerque (2014) e Bertoncello *et al.* (2014).

Na necessidade *Terapêutica de prevenção* foi validado o enunciado de diagnóstico “Recuperação do Estado de Saúde, Retardado”, remetendo a literatura a um processo relacionado à criticidade do estado de saúde de pessoas comumente em pós cirúrgico e/ou sob cuidados intensivos, ou seja, tais pessoas podem demandar maior período de tempo na recuperação por apresentarem condições mais críticas ou maior possibilidade de instabilidade no quadro clínico de saúde (ROMANZINI; CARVALHO; GALVÃO, 2015).

No que concerne as Necessidades Psicossociais, para a necessidade *Segurança emocional* foram validados os enunciados diagnósticos de enfermagem “Agitação”, “Ansiedade” e “Medo”, sendo o primeiro evidenciado em estudo (FERREIRA *et al.*, 2016), o qual refere que pacientes hospitalizados em UTI vivenciam situações de estresse, devido às frequentes intervenções e a própria condição de saúde, e lidam constantemente com o medo da morte, devido ao próprio ambiente que impõe tensão, por desconhecimento da sua real situação de saúde, podendo contribuir para o aumento da ansiedade, assim como também a agitação. Apresentam-se como uma Necessidade Psicossocial, mas estão diretamente relacionadas às Necessidades Psicobiológicas. A necessidade de *Segurança emocional* e de *Regulação neurológica* se relacionam com base nas investigações de Severo *et al.* (2014) que afirmam que um paciente que vivência a agitação e a ansiedade está propenso para apresentar confusão.

Tais perspectivas discutidas no âmbito da literatura convergem para a integralidade do cuidado, diante do fato de que as Necessidades Humanas Básicas estão inter-relacionadas e são interdependentes no indivíduo, assim como o seu cuidado deve ser. No entanto, o presente estudo não identificou e/ou validou nenhum enunciado diagnóstico/resultados e, consequentemente, nenhuma intervenção de enfermagem para às Necessidades Psicoespirituais para a clientela proposta no estudo, fato evidenciado em outro estudo de mesmo delineamento (ESTEVAM *et al.*, 2016). Portanto, se faz necessárias novas investigações de enfermagem para inferência de tal fato na prática clínica e assim difusão na literatura.

7 CONCLUSÃO

O desenvolvimento desse estudo possibilitou a normalização dos conceitos de diagnósticos de enfermagem constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a UTI Geral do HULW/UFPB com os conceitos diagnósticos propostos em consonância com a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE[®], por meio do processo de construção das definições operacionais – sendo realizado, também, o mapeamento cruzado com a CIPE[®] versão 2017, validação em conteúdo com especialistas, fundamentada nos pressupostos teóricos das Necessidades Humanas Básicas, e clínica – desenvolvido estudos de caso na UTI Geral do HULW/UFPB que podem contribuir para o ensino, pesquisa e assistência em enfermagem.

No âmbito do ensino, esses achados auxiliam no processo de formação do enfermeiro, possibilitando maior entendimento e identificação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em sua prática assistencial, ampliando, difundindo e operacionalizando o PE, fornecendo maior tempo para cuidados e documentação da prática profissional por meio da linguagem padronizada, colaborando com a assistência. Como contribuição para a pesquisa, sugere-se que sejam desenvolvidos outros estudos com a aplicação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para que possa ser testado a operacionalização em outras realidades assistenciais de UTI.

O quantitativo dos enunciados identificados e validados em conteúdo durante a realização desse estudo são extremamente relevantes, pois retratam uma totalidade de 98,3%, aplicáveis para a prática de enfermagem na UTI Geral do HULW/UFPB. Durante à validação clínica, foi possível identificar 18 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem (43,9%) que não haviam sido contemplados anteriormente na Nomenclatura para a UTI Geral, ressaltando a importância do desenvolvimento desse estudo para a prática assistencial. Quanto às intervenções de enfermagem foram identificados 227 intervenções para os sete estudos de caso realizados durante a validação clínica, aproximadamente 53,41%, trazendo consideráveis contribuições para a Enfermagem visto que colaboram para o aprimoramento e maior visibilidade do PE em pacientes sob cuidados críticos e intensivos, alicerçando a prática e colaborando com a documentação da prática assistencial, visto que propõe uma linguagem padronizada, de fácil compreensão e universalização entre a equipe de Enfermagem.

Portanto, o objetivo proposto pelo estudo foi alcançado. Contudo, houveram limitações, como: dificuldade para obter uma data comum aos especialistas participantes da validação de conteúdo por se tratarem de profissionais que apresentam escalas de trabalho diferentes, requerendo maior tempo para essa fase em questão.

Como fator facilitador, os profissionais de enfermagem do setor em estudo eram bastante solícitos e adeptos à inovações que possam contribuir para o melhoramento da prática profissional de qualidade. Portanto, esse estudo pode constatar a necessidade de construção de um instrumento contendo os diagnósticos/intervenções de enfermagem atualizados voltados para os pacientes sob cuidados na UTI Geral do HULW/UFPB e de promover reflexões entre os profissionais de enfermagem sobre a importância e a implementação do PE durante o cuidado desempenhado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. V *et al.* Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.**, v. 58, p. 64-69, 2013.
- ALVES, V. C *et al.* Ações do protocolo prevenção de quedas: mapeamento com a classificação de intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 25, e. 2986, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>
- ANZILIERO, F *et al.* Implementação de diagnósticos e cuidados de enfermagem pós sonda nasointestinal em serviço de emergência. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 4, e. 50870, 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50870>
- BARROS, S.R.A.F.; ALBUQUERQUE, A.P.S. Nursing approaches for pain diagnosis and classification of outcomes. **Rev Dor. São Paulo.** v.15, n.2, p.107-111, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140021>
- BECERRIL, L.C. História da educação de Enfermagem e as tendências contemporâneas. **Hist enferm Rev eletrônica [Internet]**. v.9, n.1, p.1-2, 2018. Available from: http://here.abennacional.org.br/here/v9/n1/_EDITORIAL-1_portugues.pdf
- BENEDET, S.A *et al.* Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **J.res.: fundam. care online.** v.8, n.3, 4780-4788, 2016. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf_1
- BERTTI, T. J.; NUNES, A. H. Blood pressure measurement: Failure in the technique **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 61-66, maio/ago., 2017.
- BERTONCELLO, K.C.G *et al.* Diagnósticos e propostas de intervenções de enfermagem aos pacientes em pós operatório imediato de cirurgia eletiva. **Cogitare Enferm.** v.19, n.3, p.582-589, 2014. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33676/23251>
- BISPO, M. M *et al.* The nursing diagnosis of aspiration risk in critical patients. **Escola Anna Nery.**, v. 20, n. 2, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160049>
- BONFADA, M.S; PINNO, C; CAMPONOGARA, S. Potentialities and limits of nursing autonomy in a hospital environment. **Rev enferm UFPE on line.**, v.12, n.8, p. 2235-2246, 2018. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234915p2235-2246-2018>
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRINATI, L. M. **Fatores de risco associados à glicemia instável em pacientes críticos.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Viçosa. 2018. 43f.

CARLSON, J. Abstract: consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations. **Int J Nurs Terminol Classif.** [Internet], v. 17, n. 1, p. 24, 2006.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev Eletr Enf [Online]**. v. 11, n. 3, p. 46, 2009. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a01.pdf

CASTRO, M.C.N. **Avaliação temporal da carga de trabalho de enfermagem em UTI**. 2017, 155f. Doutorado (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNESP. Botucatu - SP, 2017.

CAVALCANTE, T. F *et al.* Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de aspiração” em pacientes com acidente cerebrovascular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21(Spec), [9 telas], 2013.

CHAVES, R. R *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: Visão geral dos enfermeiros. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, v.10, n.4, p. 1280-1285, 2016. Disponível em: [tps://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11114/12589](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11114/12589)

CHERNICHARO, I.M; SILVA, F.D; FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery [online]**. v.18, n.1, p. 156-162, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>

CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros. **CIPE® versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0**. São Paulo: Argol; 2011.

CLARES, J. W. B. **Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde). Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE. Fortaleza - CE, 2014. 128p.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C. Nursing diagnosis of the Nutrition domain identified among the elderly in the community. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 4, p. 940-947, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providencias. Brasília, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564/2017**. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017

CONCEIÇÃO, T. M *et al.* Safety criteria to start early mobilization in intensive care units. Systematic review. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 29, n. 4, p. 509-519, 2017.

COSTA, C.P.V *et al.* Aplicação da teoria de enfermagem de Callista Roy ao paciente com acidente vascular cerebral. **Rev enfer UFPE on line** [Internet]. n.10, Sl. 1, p.352-360, 2016.

- CUBAS, M.R; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- CUNHA, A.C.R. **Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica cirúrgica do hospital universitário da UFPB**. 2017. Dissertação (Cuidado em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba - PB, 2017.
- CUNHA, G. H *et al*. Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. **Chía Colombia.**, v, 18, n. 2, p. 222-2, 2018.
- DANTAS, A. M. N. **Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica pediátrica do hospital universitário da UFPB**. 2016, 130f. Dissertação (Cuidado em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Paraíba - PB, 2016.
- DUAILIBE, F. T *et al*. Nursing interventions in post-anesthetic recovery of surgical patients. **Rev Enferm UFPI.**, v. 3, n. 1, p. 107-112, 2014.
- DUTRA, C. S. K *et al*. Diagnósticos de enfermagem prevalentes no paciente internado com sepse no centro de terapia intensiva. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 747-754, 2014.
- ESPLEDORI, G. F. Adverse reactions to whole blood donation, basic human needs and nursing diagnoses: a reflection. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 51, e. 03284, 2017.
- ESTEVAM, F. E. B *et al*. Effectiveness of identification and resolution of psychosocial and psychospiritual needs of critical patients. **Enfermagem Revista.**, v. 19, n. 1, 2016.
- FAVERO, L.; RODRIGUES, J.A.P. Pesquisa estudo de caso. In: LACERDA, M.R; COSTENARO, R.G.S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.
- FERNANDES, M. I *et al*. Prevalência do diagnóstico de enfermagem volume de líquidos excessivo em pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 3, p. 446-453, 2014.
- FERREIRA, A. M *et al*. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Rev Bras Enferm** [Internet]., v. 69, n. 2, p. 285-293, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>
- FERREIRA, P. C *et al*. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, e. 62782, 2017.
- FIGUEIREDO, M.C.C.M *et al*. Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa. **RSC online**. v.7, n.1, p. 94-101, 2018.
- FROTA *et al*. The nurse's visibility in intensive care units: perceptions of workers. **Rev Eletr Enferm** [Internet]. v.17, n.3, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31608>

GARCIA *et al.* **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)® versão 2017** [recurso eletrônico] / Organizadora, Telma Ribeiro Garcia. – Porto Alegre: Artmed, 2018.

GARCIA, T.R, NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm.** v.66, p.142-150, 2013.

GARCIA, T.R.(org). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE®: versão 2015.** Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, T.R.(org). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®: aplicação à realidade brasileira.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCIA, T.R.; CUBAS, M.R. **Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3. ed. St Louis: Mosby, 1994. 421p

GRASSI, M. F *et al.* Diagnosis, results, and nursing interventions for patients with acute renal injury. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 5, p. 538-545, 2017.

GUEDES, D. M. B.; ROSSATO, L. M.; OLIVEIRA, E. A. The most frequent nursing diagnosis in pediatric intensive care unit. **Rev Enferm UFSM.**, v. 5, n. 3, p. 476-485, 2015.

GUEDES, D. M. B.; SANTOS, L. C.; OLIVEIRA, E. A. Nursing interventions in a pediatric intensive care unit. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 102-111, jan., 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11883p102-111-2017>

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ICN. International Council of Nurses. **The international classification for nursing practice: a unifying framework - the Alpha version.** Geneva, Switzerland: International Council of Nurses; 1996

INSTITUTE FOR HUMAN AND MACHINE. Cognition- Cmap Tools [Internet]. University of West Florida. [2014] [citado 2019 Mar 08] Disponível em: <http://cmap.ihmc.us>

LEAL, M. T. **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidade.** Lisboa: Lusociência, 2006.

MAGALHÃES, A. M *et al.* Nursing diagnoses of ICNP® in patients undergoing surgical treatment for penis cancer. **J. res.: fundam. care.**, v. 7(supl.), p. 163-172, 2015.

MARTINEZ, B. P *et al.* Influence of different degrees of head elevation on respiratory mechanics in mechanically ventilated patients. **Rev Bras Ter Intensiva.**, v. 27, n. 4, p. 347-352, 2015.

MATA, L. R. F *et al.* Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 25, e. 2904, 2017.

MEDINA, J. L. **La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.** Barcelona: Laertes, 1999.

MOURA, D.J.M *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.16, n.4, p.710-719, 2014.

MORSE, J. **Preventing patients falls**: Establishing a fall intervention program (2ª ed.). New York, NY: Springer Publishing Company, 2009.

NAKASATO, G. R *et al.* Nursing diagnoses in the perioperative period of cardiac surgery. **Rev Min Enferm.** v. 19, n. 4, p. 980-986, 2015.

NEVES, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 556-559, 2006.

NÓBREGA, M.M.L (org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2011.

NÓBREGA, M.M.L. (org). **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2018.

OLIVEIRA, D. M. N *et al.* Diagnoses, results and nursing interventions for the prostatectomized patient. **Rev enferm UFPE.**, v. 11, n. 11, p. 4455-4462, 2017.

OLIVEIRA, P. P *et al.* Nursing process to men with laryngeal cancer based on Neuman model. **Enfermeria Global.**, n. 45, p. 208-226, 2017.

PASCOAL, L. M *et al.* Troca de gases prejudicada: acurácia das características definidoras em crianças com infecção respiratória aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 23, n. 3, p. 491-499, 2015.

PEREIRA, A.C.S *et al.* “O que é a enfermagem?”: **concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que significa ser enfermeiro**. Itinerarius Reflectionis, Jataí, v. 11, n. 1, 2015.

PEREIRA, M.M.M; GERMANO, R.M; CÂMARA, A.G. Aspectos da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFPE [online]**. v.8, n.3, p.545-554, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. Instrument to collect nursing data in General Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v. 66, n. 4, p. 535-542, 2013.

RAMALHO NETO, J.M; *et al.* Nursing process and septic shock: intensive nursing care. **Rev enferm UFPE online [Internet]**. v.5, n.9, p.2260-2270, 2011.

RAMOS, G. S *et al.* Nursing diagnosis documented in patients' records in the intensive care unit. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 2, p. 679-686, 2013.

ROMANZINI, A. E.; CARVALHO, E. C.; GALVÃO, C. M. Delayed surgical recovery: a concept analysis. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 668-675, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680526i>

SALGADO, P.O; CHIANCA, T.C.M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. v.19, n.4, p. 928-935, 2011.

SANTOS, A.G *et al.* O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 33, n. 3, oct. 2017. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>

SANTOS, W. C *et al.* Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital. **Einstein**. v. 14, n. 2, p. 213-218, 2016.

SANTOS, E.L *et al.* Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Rev baiana enferm.** v.32, 2018. Available from: DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.23680>

SASSO, G.T.M.D *et al.* Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet], v.47, n.1, p.242-249, 2013.

SEVERO, I. M *et al.* Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 3, p. 540-554, 2014.

SIQUEIRA, D.S; CROSSETTI, M.G.O; RIEGEL, F. Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71, p.4, p. 20176-2076, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2072.pdf

SOARES, M.I *et al.* Processo de enfermagem e sua aplicação em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE online**. [Internet] v.7, 2013. Available from: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201311.

SOUSA, R. G.; SANTANA, A. B. Integrity risk of impaired skin: evaluation and management of the nursing to pressure ulcers (PU) in patients in intensive care. **Universitas: Ciências da Saúde.**, v. 14, n. 2, 2016.

TOLEDO, V. P.; MOTOBU, S. N.; GARCIA, A. P. R. F. Systematization of nursing care in a hospital psychiatric unit. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 172-179, abr./jun. 2015.

TRETTENE, A. S *et al.* Nursing workload in specialized Semi-intensive Therapy Unit: work force size criteria. **Rev Esc Enferm USP**. v. 49, n. 6, p. 960-966, 2015.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. **Escola Anna Nery.**, v. 21, n. 1, 2017.

VASCONCELOS, R.O *et al.* Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enferm. Foco**. [Internet]. v.7, n.3, 2016. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/944/354>.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ** [Internet], v.20, n.5, p.383-386, 2007.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 4. ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2010. 504p.

YAN, R.K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 5. ed. Bookman editora, 2015.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL

Prezados colegas,

Esta pesquisa intitula-se Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para a Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HUWL/UFPB), que se encontra em desenvolvimento através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, com finalidade de, no presente momento, validar definições operacionais de diagnósticos de enfermagem no âmbito da UTI Geral utilizando a CIPE®.

Dessa forma, diante da sua vasta experiência na área em destaque, avalie o instrumento abaixo assinalando “SIM” ou “NÃO” quanto a concordância ou discordância da definição operacional proposta para os diagnósticos de enfermagem e a sua disposição dentro das necessidades propostas pela teoria das Necessidades Humanas Básicas. Caso sua resposta for “NÃO”, seja parcial ou total, solicito que sejam apresentadas, na quarta coluna, sugestões para o aprimoramento. Estou à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário para o desenvolvimento dessa etapa da pesquisa.

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS			
NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO			
RELAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Dispneia (especificar o grau): Dificuldade de respirar, podendo o paciente estar consciente ou não, com movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado à insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto, alteração da profundidade respiratória, aumento da frequência respiratória, utilização da musculatura acessória para respirar, dificuldade de locomoção, dificuldade para alimentação, sensação de opressão torácica, cansaço, agitação, noite mal dormida, ansiedade, batimento das asas do nariz, dificuldade de sucção ao seio (criança), dificuldade de realizar atividades normais, episódios de vômitos ao se alimentar, dificuldade de pronunciar palavras, presença de ruídos adventícios como sibilos, estertores e roncos.			
Limpeza das vias aéreas ineficaz: Manutenção da passagem de ar, da boca para os alvéolos pulmonares prejudicada, devido a incapacidade para limpar secreções ou obstruções do trato respiratório caracterizando-se por sujidade, cianose, inquietação, dificuldade respiratória, mudança na frequência respiratória, quantidade excessiva de muco.			
Respiração prejudicada: Estado no qual o indivíduo apresenta comprometimento no processo fisiológico caracterizado por inspiração ou expiração que não proporciona ventilação adequada, pressão expiratória ou inspiratória diminuída ou aumentada, uso da musculatura acessória para respirar, alterações na profundidade respiratória, batimento de asa de nariz.			

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS ESPECIALISTAS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa é intitulada **VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB**, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Natana de Moraes Ramos**, vinculada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dr^a. Jacira dos Santos Oliveira.

O objetivo da realização desse estudo é validar os conceitos da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB e sua finalidade é contribuir para o desenvolvimento de uma linguagem válida, auxiliando durante a assistência do profissional de enfermagem, bem como para servir, também, de base para outros estudos e a utilização em outros serviços com o mesmo perfil de pacientes.

Solicitamos a sua colaboração através da participação em forma de reunião para auxiliar no processo de validação das definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem pertencentes à Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do hospital universitário da UFPB, com duração média de duas (2) horas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa possui risco mínimo para os participantes, sendo esses: o constrangimento e possível discussão ao expor sua opinião perante aos demais especialistas. No entanto, para minimizar, a pesquisadora mediará todo o processo de validação, estando à disposição para ajudá-los(as). Se mesmo assim o(a) senhor(a) permanecer com algum receio, será suspensa a sua participação e a continuidade ficará a seu critério. O(A) senhor(a) não receberá nenhum auxílio financeiro ao participar desse estudo, mas será beneficiado com a padronização da linguagem entre os profissionais, auxiliando a sua prática clínica.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____de ____de ____.

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora celular: (83) 9.9188-3213 ou contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br, Campus I – Fone: 32167964.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS PARTICIPANTES PARA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa é sobre VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora **Natana de Moraes Ramos**, vinculada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.^a Dr^a. Jacira dos Santos Oliveira.

O objetivo do estudo é validar os conceitos da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB e sua finalidade é contribuir para o desenvolvimento de uma linguagem válida, auxiliando durante a assistência do profissional de enfermagem, bem como para servir, também, de base para outros estudos e a utilização em outros serviços com o mesmo perfil de pacientes.

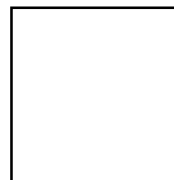
Solicitamos a sua colaboração para participação em forma de entrevista e exame físico de enfermagem, com duração média de 30 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa possui risco mínimo para os participantes, sendo esses: o constrangimento em expor parte de seu corpo durante o exame físico e receio em comunicar fatos sobre sua vida. No entanto, para minimizá-los, o(a) senhor(a) será avaliado em particular, de modo a garantir sua privacidade, além disso, estarei à disposição para ajuda-lo(a). Se mesmo assim o(a) senhor(a) permanecer com algum receio, a entrevista ou exame físico será suspensa e a continuidade ficará a seu critério. O(A) senhor(a) será beneficiado com informações sobre seu estado geral de saúde, com orientações para prevenção de doenças e possíveis complicações.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento

desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.



João Pessoa, ____ de ____ de ____.
dactiloscópica

Impressão

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora celular: (83) 9.9188-3213 ou contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br, Campus I – Fone: 32167964.

ANEXO A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PARA COLETA DE DADOS



**HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**
LAURO WANDERLEY-UFPB

DIVISÃO DE ENFERMAGEM
Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem - UTI Geral
Necessidades Humanas Básicas

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome:			Idade:		
Sexo: ☐ M ☐ F	Data de nascimento: / /	Estado civil:	Profissão:		
Naturalidade:	Diagnóstico médico:			Leito:	
Data de admissão: / /	Horário:	Procedência:	Registro:		

II. ENTREVISTA

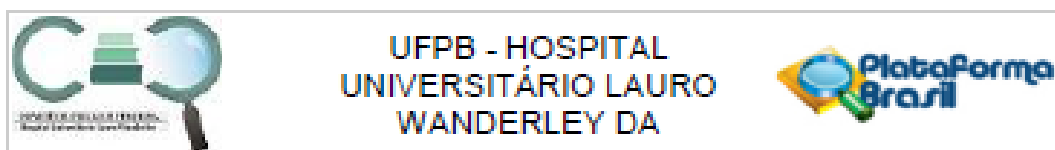
Internações anteriores: ☐ Não ☐ Sim. Número de vezes e motivo: _____	
Antecedentes: ☐ HAS ☐ Angina ☐ IAM ☐ DM ☐ Insuficiência renal	
☐ Tabagismo ☐ Alcoolismo ☐ Obesidade ☐ Outros: _____	
Alergias: ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____ Motivo da internação atual: _____	

III. EXAME FÍSICO

Necessidades Humanas Básicas	
Regulação Neurológica	
Nível de Consciência: Escala de Coma de Glasgow ____ (AO ____ RV ____ RM ____) Observações: _____	
Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ____ ☐ Miose ☐ Midríase Reflexo fotomotor: ☐ Normal ☐ Diminuído ☐ Abolido	
Mobilidade física: MMSS ☐ Preservada ☐ Paresia ____ ☐ Plegia ____ ☐ Parestesia ____ MMII ☐ Preservada ☐ Paresia ____	
☐ Plegia ____ ☐ Parestesia ____ ☐ Movimentos lentos ☐ Movimentos involuntários ☐ Força motora diminuída	
☐ Cefaleia ☐ Crises convulsivas ☐ Fotofobia ☐ Rigidez de nuca ☐ Sinal de Kernig ☐ Sinal de Brudzinski Medicações:	
☐ Psicotrópicos _____ dose: _____ ml/h	☐ Bloqueadores neuromusculares _____ dose: _____ ml/h
Percepção dos Órgãos dos Sentidos	
Condição da visão: ☐ Normal ☐ Alterada _____ Condição da audição: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Surdez	
☐ Uso de aparelho de audição ☐ Otorreia Sensibilidade à dor: ☐ Comportamento não verbal de dor ☐ Verbalização de dor	
Tipo, localização, frequência e intensidade da dor: _____ Uso de medicamentos: _____	
Oxigenação	
Ventilação: ☐ Espontânea. O ₂ suplementar ____ L/min: ☐ Cânula nasal ☐ Máscara simples ☐ Máscara Venturi ☐ Máscara com reservatório ☐ Macronebulização ☐ VMI. Prótese: ☐ TOT ☐ TQT ____°dia FiO ₂ : ____ SpO ₂ : ____ FR ____ ipm	
☐ Ortopneia ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul Expansibilidade torácica: ☐ Simétrica ☐ Assimétrica ☐ Aumentada ☐ Diminuída	
Ausculta pulmonar: MV ☐ Aumentados ☐ Diminuídos ☐ Ausentes Ruídos adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores	
☐ Congestão pulmonar Tosse: ☐ Improdutiva ☐ Produtiva ☐ Expectoração ☐ Aspiração ☐ Fluida ☐ Espessa ☐ Sanguinolenta	
☐ Purulenta Drenagem torácica: ☐ Não ☐ Sim ____°dia ☐ D ☐ E. Características: _____	
Gasometria arterial: Hora: _____ pH: _____ PaCO ₂ : _____ PaO ₂ : _____ HCO ₃ ⁻ : _____ BE: _____ sO ₂ : _____	
Regulação Vascular	
Ausculta cardíaca: ☐ Sons cardíacos normais ☐ Sons cardíacos anormais Arritmias: ☐ Não ☐ Sim. Tipo: _____	
Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Impalpável ☐ Cheio ☐ Filiforme Perfusão periférica: ☐ Preservada ☐ Diminuída Acesso venoso: ☐ Central _____ ☐ Periférico _____ ☐ Flebotomia _____	
Complicações do acesso: _____ ☐ Drogas vasoativas _____ dose: _____ ml/h	
☐ Ingurgitamento jugular Marcapasso: ☐ Não ☐ Sim Cateter Swan Ganz: ☐ Não ☐ Sim Outro: _____	
Dados fisiológicos: FC _____ bpm PA _____ mmHg PAM _____ mmHg PVC _____ cmH ₂ O	
Regulação Térmica	
☐ Normotérmico ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Tremores. Temperatura axilar: _____ °C	
Hidratação e Eliminação Vesical	
Estado de hidratação: ☐ Hidratado ☐ Desidratado ☐ Sede ☐ Lábios ressecados e fendidos ☐ Língua seca. Turgor da pele: ☐ Preservado ☐ Diminuído Condições das mucosas: ☐ Úmidas ☐ Ressecadas Edema: ☐ Pés ____/+4 ☐ MMII ____/+4	
☐ MMSS ____/+4 ☐ Anasarca Eliminação urinária: ☐ Espontânea ☐ Retenção ☐ Incontinência ☐ SVD ____°dia	
☐ Cistostomia Volume: _____ ml/h ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Poliúria ☐ Polaciúria ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Colúria ☐ Outros: _____	
Características da urina (aspecto, odor, cor e presença de sedimentos): _____	

Alimentação e Eliminação Intestinal		
Estado nutricional: ☐ Normal ☐ Obeso ☐ Emagrecido ☐ Desnutrido Peso corporal: _____ kg Dieta: ☐ Suspensa ☐ Oral ☐ NPT: _____ ml/h ☐ NE: _____ ml/h ☐ Ostomia: _____ ml/h Aceitação: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Insuficiente HGT _____ mg/dL Intolerância alimentar: ☐ Não ☐ Sim Tipo de sonda: ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia. Presença de ☐ Náusea ☐ Vômito (quantidade e característica): _____ Drenagem gástrica: ☐ Não ☐ Sim. Características: _____ Abdome: ☐ Plano ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Ascítico ☐ Doloroso à palpação RHA: ☐ Normais ☐ Ausentes ☐ Diminuídos ☐ Aumentados Dreno(s): Local _____ °dia. Características da drenagem: _____ Eliminação intestinal: ☐ Ileostomia ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Incontinência ☐ Flatulência ☐ Outros: _____ Características das fezes (frequência, consistência, cor e odor): _____ ☐ Uso de laxantes e catárticos		
Cuidado Corporal e Integridade Física		
Dependência para o autocuidado: ☐ Não ☐ Sim. Tipo: ☐ Alimentar-se ☐ Ir ao banheiro ☐ Tomar banho ☐ Vestir-se ☐ Tomar o remédio. Grau: ☐ Total ☐ Parcial Higiene corporal: ☐ Preservada ☐ Prejudicada ☐ Exala odores desagradáveis Higiene bucal: ☐ Preservada ☐ Gengivite ☐ Falhas dentárias ☐ Próteses dentárias ☐ Lesões ☐ Língua saburrosa Couro cabeludo: ☐ Limpo ☐ Sujo ☐ Pediculose ☐ Lesões ☐ Seborreia Pele: ☐ Íntegra ☐ Fria ☐ Aquecida ☐ Corada ☐ Hipocorada _____ /+4 ☐ Cianótica _____ /+4 ☐ Ictérica _____ /+4 ☐ Sudorese ☐ Prurido ☐ Hiperemia ☐ Cicatrizes ☐ Petéquias ☐ Equimoses ☐ Hematomas UP: ☐ Estágio I ☐ Estágio II ☐ Estágio III ☐ Estágio IV. Características (local, extensão, secreções e fase de cicatrização): _____ Tratamento/curativo: _____ Presença de lesões: _____		
Sono e Repouso		
☐ Preservado ☐ Alterado. Motivo: _____ ☐ Usa medicamentos para dormir _____		
Atividade Física		
Restrição de movimento: ☐ Absoluto ☐ Relativo Deambulação: ☐ Parcialmente dependente ☐ Dependente ☐ Não deambula ☐ Atrofia muscular _____ ☐ Deficiência física _____ ☐ Dor ao movimento _____		
Sexualidade		
Alterações: ☐ Mamas ☐ Vulva ☐ Pênis ☐ Bolsa escrotal. Tipo: _____ Doença Sexualmente Transmitida: ☐ Não ☐ Sim _____ ☐ Usa preservativo ☐ Usa outros métodos anticoncepcionais: _____		
Comunicação/Educação para a Saúde/Aprendizagem		
☐ Comunicação adequada ☐ Dificuldade de comunicação ☐ Uso da linguagem verbal ☐ Uso da linguagem não verbal Contato ocular: ☐ Não ☐ Sim Fácies tranquila: ☐ Não ☐ Sim Impedimentos à expressão verbal: ☐ Permanece em silêncio ☐ Afasia ☐ Disartria ☐ Gagueira ☐ Lesões cordas vocais Conhece seu problema de saúde: ☐ Não ☐ Sim		
Segurança Emocional/Amor e Aceitação/Gregária		
Sentimentos e comportamentos: ☐ Calmo ☐ Apatia ☐ Depressão ☐ Angústia ☐ Agitação ☐ Agressividade ☐ Ansiedade ☐ Choro ☐ Irritabilidade ☐ Medo Vive: ☐ Sozinho ☐ Familiares ☐ Amigos ☐ Asilo ☐ Outro: _____		
Religiosidade/Espiritualidade		
Religião: _____ ☐ Necessita de auxílio espiritual _____		
IV. IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO E INTERCORRÊNCIAS		
Enfermeiro: _____	COREN: _____	Data: ____/____/____

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFPB

Pesquisador: NATANA DE MORAIS RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84367518.9.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.605.425

Apresentação do Projeto:

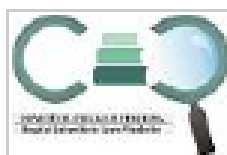
Trata-se da segunda versão do projeto de pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) da aluna Natana de Moraes Ramos, orientado pela Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira.

Trata-se de um estudo metodológico em que será realizada a validação de conteúdo e clínica dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB.

Para ser realizada, será dividida em três etapas: 1ª – Definições operacionais dos conceitos de diagnósticos de enfermagem, 2ª - Validação de conteúdo dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e 3ª – Validação clínica dos conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Refere que a metodologia de análise iniciará durante a construção das definições operacionais por meio do pensamento crítico e reflexivo. Nas etapas subsequentes, validação de conteúdo e validação clínica, o processo de análise ocorrerá através do consenso entre os especialistas (num total de 05 enfermeiros), que devem concordar em 100% com as definições construídas para os diagnósticos de enfermagem e através de estudos de casos clínicos (num total de dez) realizados na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB utilizando as etapas do processo de enfermagem. Informa que caso seja identificado uma situação ainda não contemplada serão

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-000
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3218-7064 Fax: (83)3218-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.605.425

construídos novos diagnósticos, resultados e intervenções com base nas orientações do Conselho Internacional de Enfermeiras.

Objetivo da Pesquisa:

validar os conceitos constantes na Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Geral do HULW/UFPB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Refere que o risco mínimo para os especialistas envolvidos no estudo pode estar relacionado com o possível constrangimento e discussão durante a exposição da opinião dos mesmos perante aos demais especialistas. Já em relação aos pacientes, os riscos que estes poderão ser submetidos estão relacionados com o ato de responder a um questionário uma vez que poderá haver exposição de informações de cunho pessoal que podem ocasionar constrangimentos ou retomar experiências negativas ou sofrimento psíquico. Diante dessa possibilidade, todos serão avaliados de forma particular, garantindo a privacidade e a disposição para ajudá-los(as). Caso o paciente apresentar desconforto ou receio em participar do estudo, a entrevista e/ou exame físico será suspensa e a continuidade ficará a seu critério.

Quanto aos benefícios, a autora refere que o estudo será de extrema relevância para a assistência de enfermagem, uma vez que através de uma Nomenclatura validada irá auxiliar a comunicação entre os profissionais e no processo decisório do enfermeiro. Para os pacientes que se encontram hospitalizados, estes se beneficiarão por receber um cuidado mais específico, direcionado e de qualidade podendo reduzir, inclusive, o seu tempo de hospitalização e maiores chances de sobrevivência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de grande relevância científica e acadêmica.

Apresenta objetivos de forma clara, assim como os riscos e benefícios expressos de forma a atender às normas previstas.

Descreve a população que comporá a amostra, justificando seu quantitativo a partir de argumentos embasados pela literatura.

O procedimento de coleta encontra-se bem descrito e atende aos objetivos do estudo, bem como o procedimento de análise dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos de apresentação obrigatória e os termos adequadamente

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7064 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.805.425

elaborados, em consonância com a Resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se que:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 10 de abril de 2018.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até março de 2019.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3218-7084 Fax: (83)3218-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.905.425

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_979635.pdf	31/03/2018 14:47:31		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA_HULW.doc	31/03/2018 14:46:56	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES_UTI.docx	31/03/2018 14:35:14	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ESPECIALISTAS.docx	31/03/2018 14:34:56	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ALTERADO.docx	31/03/2018 14:30:07	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
Delaçãoção de Pesquisadores	pesquisadores.docx	02/03/2018 20:11:34	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
Outros	FICHA_CADASTRO.docx	02/03/2018 19:57:54	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
Outros	CERTIDAO.docx	02/03/2018 19:52:29	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/03/2018 16:54:04	NATANA DE MORAIS RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
UF: PB Município: JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7984 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br