



Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva

Construction and validation of a systematization instrument for nursing in intensive care

Construcción y validación de instrumento de sistematización de la atención de enfermería en cuidados intensivos

Daniela Silva de Araújo¹, Andreza Freire França¹, João Kelvin da Silva Mendonça¹, Ana Rita de Cássia Bettencourt², Thatiana Lameira Maciel Amaral¹, Patricia Rezende do Prado¹

Objetivo: construir e validar um instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem e caracterizar o perfil dos pacientes de uma unidade de terapia intensiva do norte do Brasil. **Métodos:** trabalho metodológico descritivo, seguiu o modelo do processo de enfermagem em cinco fases. **Resultados:** foi sugerido que o instrumento fosse construído em dois impressos, um de admissão e outro de avaliação diária. Alguns itens do instrumento foram retirados conforme a validação do conteúdo pelas enfermeiras. Dos 45 pacientes avaliados, 60,0% eram homens, 44,0% casados, 40,0% com baixa escolaridade, insuficiência renal crônica e carcinoma. Os principais diagnósticos de enfermagem foram risco para infecção (100,0%) e mobilidade física prejudicada (97,8%). As principais intervenções de enfermagem foram: lavagem das mãos, trocar acessos endovenosos, realizar técnicas assepticamente e movimentar o paciente a cada 2 horas. **Conclusão:** a construção e validação de conteúdo foram realizadas com êxito, subsidiando instrumentos capazes de proporcionar aos pacientes uma assistência de enfermagem de qualidade.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Estudos de Validação.

Objective: construction and validation of a systematization instrument for Nursing Care, characterizing the profile of patients of an intensive care unit in the north of Brazil. **Methods:** it was a descriptive methodological study that followed a nursing process model in five phases. **Results:** it was suggested that the instrument be constructed in two formats; one for admission and another for daily assessment. Some items were removed from the instrument according to content validation content by the nurses. Of the 45 patients evaluated, 60.0% were men, 44.0% were married, 40.0% had low education levels, chronic renal failure and cancer. The main nursing diagnoses were risk for infection (100.0%) and impaired physical mobility (97.8%). The main nursing interventions were: handwashing, changing intravenous access, performing aseptic techniques and moving patients every 2 hours. **Conclusion:** construction and content validation were carried out successfully, promoting instruments capable of providing quality nursing care for patients in intensive care.

Descriptors: Nursing Care; Intensive Care Units; Validation Studies.

Objetivo: construir y validar un instrumento de Sistematización de la Atención de Enfermería y caracterizar el perfil de pacientes de una unidad de cuidados intensivos del norte del Brasil. **Métodos:** trabajo metodológico descriptivo, siguiéndose el modelo del proceso de enfermería en cinco fases. **Resultados:** sugerencia del instrumento construido en dos formas, una de entrada y otra evaluación diaria. Algunos artículos se retiraron del instrumento como validación de contenidos por las enfermeras. De los 45 pacientes evaluados, 60,0% eran hombres, 44,0% casados, 40,0% con baja escolaridad, insuficiencia renal crónica y cáncer. Principales diagnósticos de enfermería: riesgo de infección (100,0%) y movilidad física alterada (97,8%). Principales intervenciones de enfermería: lavado de manos, cambio de acceso intravenoso, realizar técnicas asépticas y mover al paciente cada 2 horas. **Conclusión:** construcción y validación de contenido se llevaron a cabo con éxito, subsidiándose instrumentos capaces de proporcionar a los pacientes atención de enfermería de calidad.

Descritores: Atención de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Estudios de Validación.

¹Universidade Federal do Acre. Rio Branco, AC, Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Patricia Rezende do Prado

Universidade Federal do Acre, BR 364, Km 4, Caixa postal 500, Distrito Industrial, CEP: 69.915-900. Rio Branco, AC, Brasil. E-mail: patyrezendeprado@gmail.com

Introdução

A assistência de enfermagem prestada aos clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva é especializada e complexa, necessitando de aparato tecnológico avançado, recursos humanos altamente capacitados e conhecimento científico⁽¹⁾.

Neste sentido, a implantação do processo de enfermagem neste setor constitui um importante instrumento de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, tanto para o cliente quanto para o profissional, já que visa a organizar a assistência de enfermagem por meio de um instrumento de coleta de dados sistematizado e individualizado⁽¹⁻³⁾.

O Processo de Enfermagem é o método pelo qual se sistematiza a assistência de enfermagem, e é composto por cinco fases interdependentes e ordenadas. A primeira fase consiste no histórico de enfermagem, que tem como objetivo o levantamento de dados sobre o cliente, por meio da anamnese e do exame físico, os quais orientarão a identificação dos possíveis problemas relacionados à sua saúde; a próxima fase é a do diagnóstico de enfermagem, realizada com base nos dados coletados na etapa anterior e que identificará as necessidades de cuidado a serem prestadas. Na terceira fase, chamada de planejamento de enfermagem, são traçados os resultados que se deseja alcançar com base nos diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções de enfermagem que serão utilizadas para tanto. Na fase de implementação, quarta fase, serão executadas as intervenções de enfermagem encontradas na terceira fase; por fim, na última etapa, denominada de avaliação de enfermagem, serão analisados os resultados alcançados na fase de implementação, a fim de determinar se os resultados esperados foram alcançados. Vale salientar que todo esse estudo deve ser realizado com base em conhecimento científico sólido acerca de cada fase citada anteriormente⁽²⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem tem por objetivo diminuir possíveis complicações

durante a prestação do cuidado, de forma a minimizar o tempo necessário para a recuperação do cliente. Sua execução encontra-se regulamentada pela Resolução nº. 358/2009, editada pelo Conselho Federal de Enfermagem, o qual especifica que compete privativamente ao enfermeiro executar a sistematização, cabendo a ele a tarefa de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar todo o processo utilizando, para tanto, método de trabalho científico para o seu desenvolvimento⁽¹⁾.

Apesar da consistência teórica e da importância prática que possuem, o fato é que a sistematização da assistência de enfermagem e o Processo de Enfermagem não são utilizados satisfatoriamente nos serviços de saúde⁽²⁻³⁾. Alguns estudos constaram que significativo número de profissionais de enfermagem desconhece ou pouco sabem sobre a sistematização⁽³⁻⁶⁾. Consequentemente, o que se tem é um desenvolvimento precário da sistematização da assistência de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente e a autonomia do profissional enfermeiro.

Diante da importância da sistematização da assistência de enfermagem, principalmente para um cuidado sistematizado e individualizado para o paciente, é necessária a implantação desta nos diversos setores de saúde. Uma forma prática e eficiente de tornar tal método de trabalho possível é por meio da criação de instrumentos de coleta de dados elaborados com base nos princípios estabelecidos pelo processo de enfermagem. O desenvolvimento de tais instrumentos, além de facilitar a coleta e a avaliação dos dados obtidos, proporcionaria uma significativa melhora da qualidade do cuidado⁽¹⁾.

A implantação de instrumentos de sistematização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva tem sido realizada por alguns pesquisadores em vários lugares do Brasil, o que vem produzindo resultados positivos na atenção prestada pela enfermagem aos pacientes internados nesse setor⁽³⁻⁶⁾.

Assim, o objetivo do presente trabalho foi

construir e validar o instrumento de sistematização da assistência da enfermagem e caracterizar os pacientes hospitalizados.

Método

Trata-se de um trabalho metodológico descritivo de construção e validação de conteúdo do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem e caracterização dos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva do norte do Brasil.

A unidade de terapia intensiva possui dez leitos, nove deles ativos. Segundo informações da gerência de enfermagem desta unidade, as patologias mais incidentes são: insuficiência renal crônica, sepse, pneumonia nosocomial, pancreatite, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, entre outros. A média de internações, do período de dezembro de 2012 a junho de 2013, foi de 33 internações por mês.

A iniciativa deste trabalho surgiu da necessidade de auxiliar o campo de estágio dos alunos da Universidade Federal do Acre para a construção do instrumento sistematizado de coleta de dados de enfermagem. Deste modo, a construção do instrumento e validação da sistematização da assistência de enfermagem foi realizada através das seguintes fases: 1) Reunião entre a gerência de enfermagem do Hospital, enfermeira responsável pela unidade de terapia intensiva e as pesquisadoras do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Acre para averiguar a necessidade e o interesse da equipe em aderir ao objetivo do projeto. 2) Revisão bibliográfica para posterior construção do instrumento: a busca de artigos foi realizada através das palavras chave: diagnóstico de enfermagem, terapia intensiva, assistência de enfermagem, sistematização da assistência de Enfermagem e validação, por meio da base de dados do Pubmed e da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2000 a 2013. Vale salientar

que o instrumento de enfermagem em uso desta unidade também foi utilizado.

Os referenciais teóricos selecionados tiveram como objetivo levantar dados e informações relevantes sobre o exame físico do paciente crítico para a construção da primeira fase do processo de enfermagem (Histórico de Enfermagem), identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em terapia intensiva, planejamento da assistência e prescrição do cuidado ao paciente.

O instrumento seguiu o modelo do Processo de Enfermagem segundo o referencial de Alfaro-Lefevre, em cinco etapas, ou seja, investigação/histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Este modelo foi escolhido por ser prático, sistemático e de conhecimento da equipe da unidade de terapia intensiva⁽²⁾.

A Validação de conteúdo foi realizada após a construção do instrumento pelas pesquisadoras. Essa foi realizada pelas enfermeiras e docentes, especialistas na área.

Foi realizado contato com a enfermeira responsável e a gerência geral de enfermagem para mostrar o instrumento e agendar as aulas expositivas para treinamento das enfermeiras sobre o tema e o instrumento para nortear o processo de validação de conteúdo do instrumento.

Inicialmente foi realizada na própria unidade a aula teórica de três horas de duração para as avaliadoras. Na ocasião foi orientado como foi construído o instrumento e, posteriormente, foi solicitada a validação do mesmo. No total quatro enfermeiras especialistas em unidade de terapia intensiva e com experiência de mais de dez anos na prática e duas professoras assistentes avaliaram o instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Posteriormente à esta primeira avaliação, duas outras ocorreram na unidade. Após a concordância do conteúdo do instrumento entre as avaliadoras, foi realizado um projeto piloto com duas enfermeiras, simultaneamente, na aplicação do

instrumento durante cento e vinte dias.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre sob protocolo nº 516.912/13.

Resultados

Construção do instrumento de coleta de dados, Validação de conteúdo e Pré-teste – Caracterização dos pacientes

Inicialmente, para a confecção do instrumento foi realizada ampla pesquisa em relação à execução de exame físico em paciente crítico e aos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Com todo o referencial teórico estabelecido, o instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem foi elaborado em folha única, ficando dividido em quatro segmentos: identificação do paciente, histórico e exame físico, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Posteriormente à elaboração do instrumento de coleta de dados, foi realizada reunião com as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva e docentes especialistas na área para avaliação dos itens apresentados.

Durante 120 dias realizou-se a aplicação do instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, o que resultou no preenchimento de quarenta e cinco impressos sistematizados de admissão e sessenta impressos de evolução de enfermagem. Cabe salientar que o preenchimento do impresso foi realizado de forma simultânea por uma enfermeira do setor e outra pela pesquisadora do estudo.

Sugeriu-se que o instrumento fosse dividido em dois impressos: um de admissão do paciente, com identificação, histórico, exame físico, diagnósticos e prescrição de enfermagem; e outro de evolução diária, no qual foi removido o segmento identificação.

No segmento identificação do paciente, foram incluídos os itens: data de internação e data de nascimento, nome do paciente, leito, hora de entrada, número do registro, telefone, idade, sexo, naturalidade, cor da pele, estado civil, ocupação e escolaridade. No histórico e exame físico foram incluídos como pontos de coleta de dados: diagnóstico médico, história do problema de saúde atual, presença de comorbidades, alergias, tabagismo e etilismo. A elaboração do segmento exame físico obedeceu ao critério de realização do exame físico por sistemas: avaliação neurológica, avaliação do sistema respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, urinário e tegumentar.

Salienta-se que a grande maioria das questões foi elaborada na forma de *check list*, com a finalidade de proporcionar ao profissional enfermeiro maior objetividade e rapidez no preenchimento dos dados propostos.

Da mesma forma, foi sugerido que o campo data de nascimento do instrumento de admissão fosse substituído por data atual e, também, a retirada do item medidas antropométricas, segundo as enfermeiras do setor, a mesma é realizada no verso da prescrição médica, não sendo necessário estar no instrumento proposto.

No impresso de admissão do paciente, no segmento identificação do paciente, foi proposto o acréscimo dos itens hora de admissão e procedência do paciente. Já no impresso de evolução diária foram acrescentados os itens turno da evolução, data atual e horário, espaço para o item presença de drenos, presença de ferida operatória e uso de sedação.

Na oportunidade, também, foi sugerida a retirada dos itens comorbidades, alergias, aceitação da dieta, dificuldade de mastigação, dificuldade de deglutição, sono e repouso. A retirada dos últimos quatro itens citados se justifica, segundo as enfermeiras participantes, porque a maioria dos pacientes encontra-se em uso de sedativos e sondas enterais, o que impossibilitaria a obtenção de tais

dados. Em relação à remoção dos itens comorbidades e alergias, achou-se conveniente manter tais informações no instrumento de coleta de dados, já que estes dados constituem importante informação no histórico de enfermagem de todo paciente.

Algumas intervenções de enfermagem foram alteradas de acordo com as rotinas do setor, como: verificar sinais vitais para verificar sinais vitais de 2/2 horas; realizar balanço hídrico e comunicar alteração para realizar balanço hídrico de 6/6 horas e comunicar alteração; administrar líquidos aquecidos para administrar líquidos aquecidos ou esfriados conforme prescrição médica e monitorar o gotejamento de nutrição enteral para monitorar gotejamento de nutrição enteral em bomba de infusão. Também foi realizada e retirada das intervenções de enfermagem, a oferta de alimentos com fibras, aumentar a ingestão hídrica e pesar o paciente a intervalos adequados.

O projeto piloto resultou no preenchimento de 45 impressos de admissão, sendo possível a caracterização dos pacientes desta Unidade de Terapia Intensiva. A média dos pacientes foi de 51,3 anos, com desvio padrão de 21,6 anos, 27 (60,0%) eram do sexo masculino, 20 (44,4%) eram casados, 18 (40,0%) tinham até o ensino fundamental completo. Os diagnósticos médicos com maior frequência foram Insuficiência Renal Crônica e Carcinoma, ambos com uma frequência de 20,0% cada (Tabela 1).

Em relação aos sinais vitais, a temperatura média foi de 35,9°C, a frequência cardíaca de 93,2 bpm, a frequência respiratória de 17,2 mrm, com pressão arterial sistólica mediana de 102,5 mmHg (milímetros de mercúrio) e pressão arterial diastólica com média de 71,8 mmHg (Tabela 1).

As principais alterações encontradas no nível de consciência foram 15 pacientes (33,3%) comatosos e 10 (22,2%) torporosos. Em relação a respiração, 19 (42,2%) estavam fazendo o uso de ventilação mecânica (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva

Variáveis	n (%)
Idade (anos) (média ± desvio padrão)	51,3 ± 21,6
Sexo	
Masculino	27 (60,0)
Feminino	18(40,0)
Estado civil*	
Casado	20 (44,4)
Solteiro	6 (13,3)
Separado/divorciado	2 (4,4)
Viúvo	5 (11,1)
Escolaridade*	
Até o ensino fundamental completo	18 (40,0)
Ensino médio	8 (17,8)
Ensino superior	2 (4,4)
Diagnósticos médico*	
Insuficiência renal crônica	9 (20,0)
Carcinoma	9 (20,0)
Aneurisma	3 (6,7)
Artrodese	3 (6,7)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	3 (6,7)
Insuficiência cardíaca congestiva	3 (6,7)
Obstrução intestinal	2 (4,4)
Sinais vitais	
Temperatura (média ± desvio padrão)	35,9± 1,1
Frequência cardíaca (média ± desvio padrão)	93,2± 22,1
Frequência respiratória (média ± desvio padrão)	17,2± 6,1
Pressão arterial sistólica (média ± desvio padrão)	120,5 ± 31,2
Pressão arterial diastólica (média ±desvio padrão)	71,8± 21,6
Nível de consciência	
Lúcido	13 (28,9)
Consciente	5 (11,2)
Torporoso	10 (22,2)
Desorientado	2 (4,4)
Comatosa	15 (33,3)
Respiração	
Espontânea	26 (57,8)
Ventilação mecânica	19 (42,2)
Total	45 (100,0)

*R: *Missings*

Os principais diagnósticos de enfermagem apresentados foram: risco para infecção (100,0%), mobilidade física prejudicada (97,8%), risco de integridade da pele prejudicada (93,3%), integridade da pele prejudicada (77,8 %), troca de gases prejudicada (68,9%) e padrão respiratório ineficaz (64,4%), sendo que existiu a presença de mais de um diagnóstico por paciente (Tabela 2).

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem dos pacientes admitidos em Unidade de Terapia

Diagnósticos de enfermagem	n (%)	IC 95%
Risco para infecção	45 (100,0)	-
Mobilidade física prejudicada	44 (97,8)	79,0 - 99,0
Risco de integridade da pele prejudicada	42 (93,3)	73,8 - 95,2
Integridade da pele prejudicada	35 (77,8)	57,3 - 82,7
Troca de gases prejudicada	31 (68,9)	48,5 - 75,5
Padrão respiratório ineficaz	29 (64,4)	44,3 - 71,7
Risco de aspiração	29 (64,4)	44,3 - 71,7
Ventilação espontânea ineficaz	29 (64,4)	44,3 - 71,7
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	23 (51,1)	32,2 - 59,8
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	18 (40,0)	22,7 - 49,3
Hipotermia	16 (35,6)	19,1 - 44,9
Perfusão tissular periférica ineficaz	15 (33,3)	17,3 - 42,7
Volume de líquidos deficiente	15 (33,3)	17,3 - 42,7
Confusão aguda	14 (31,1)	15,6 - 40,4
Débito cardíaco diminuído	13 (28,9)	13,8 - 38,2
Dor	11 (24,4)	10,5 - 33,5
Volume de líquidos excessivo	9 (20,0)	7,4 - 28,6
Risco de choque	7 (15,6)	4,4 - 23,6
Hipertermia	6 (13,3)	3,0 - 21,0
Constipação	4 (8,9)	-
Diarreia	1 (2,2)	-

As intervenções de enfermagem mostram que o item lavagem das mãos esteve presente em todos os 45 pacientes (100,0%), assim como trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos conforme protocolo, seguidos por sinais vitais de 02 em 02 horas (97,8%), examinar diariamente a pele do paciente (95,5%) e controle hidroeletrólítico (93,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Intervenções de enfermagem dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva

Intervenções	n (%)	IC95%
Lavar as mãos antes e após cada cuidado ao paciente	45 (100,0)	-
Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos, bem como curativos conforme protocolo	45 (100,0)	-
Realizar balanço hídrico de 6 em 6 horas e comunicar alteração	45 (100,0)	-
Utilizar técnicas assépticas durante procedimentos	44 (97,8)	79,0 - 99,0
Monitorar sinais vitais de 2 em 2 horas	44 (97,8)	79,0 - 99,0
Examinar diariamente a pele do paciente	43 (95,6)	76,4 - 95,6
Monitorar sinais flogísticos	43 (95,6)	76,4 - 95,6
Fazer controle hidroeletrólítico	42 (93,3)	73,8 - 95,2
Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas ou sempre que necessário	42 (93,3)	73,8 - 95,2
Realizar movimentos passivos no paciente (enfermagem e fisioterapia)	42 (93,3)	73,8 - 95,2
Inspeccionar a ocorrência de lesão cutânea	41 (91,1)	71,4 - 92,6
Realizar curva térmica	39 (86,7)	66,5 - 89,5
Realizar curativo de lesão de pele	39 (86,7)	66,5 - 89,5
Monitorar o estado respiratório e a oxigenação	38 (84,4)	64,2 - 87,8
Manter paciente em <i>fowler</i> durante a administração da alimentação e 30 minutos após o seu término	35 (77,8)	57,3 - 82,7

Discussão

A construção e validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem, baseado nos princípios do Processo de Enfermagem, tem sido realizada com sucesso^(2,4,6-7). Da mesma forma, no presente estudo, foi possível a confecção do instrumento voltado para os pacientes internados nesta unidade, possibilitando o seguimento de roteiro preciso de anamnese e exame físico direcionado aos pacientes em estado crítico e a utilização dos diagnósticos e prescrições de enfermagem.

A validação de conteúdo, etapa fundamental para o ideal desenvolvimento e adaptação à realidade do setor ao qual é proposto, buscou seguir esse processo que foi realizado com êxito pelas enfermeiras e pesquisadoras participantes da pesquisa. Outros pesquisadores, também, conseguiram elaborar

e validar instrumento para coleta de dados para pacientes internados em terapia intensiva, assim como neste estudo⁽⁸⁻⁹⁾.

A maioria dos pacientes desta unidade era do sexo masculino, com média de idade de 51,3 anos, casados e com baixa escolaridade. Em outra unidade de terapia intensiva a maioria dos pacientes era do sexo masculino (57,1%), na faixa etária de 61 a 80 anos (42,9%), analfabetos (44,4%), porém, a maioria eram viúvos (36,5%)⁽¹⁰⁾.

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem, o risco para infecção foi o mais prevalente (100,0%), o que corrobora com outros estudos e unidades hospitalares⁽¹¹⁻¹²⁾ e este diagnóstico sugere um risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos⁽¹³⁾. Essa ocorrência pode ser explicada, porque a internação hospitalar nestas unidades apresenta exposição ambiental a patógenos aumentada, onde um grande número de procedimentos invasivos é normalmente realizado⁽¹⁴⁾.

As intervenções como lavagem das mãos, realizar procedimentos de forma asséptica, usar equipamentos de proteção individual, cuidado com lesões, cuidado com local de incisão, cuidado na manipulação de sondas, drenos e cateteres e prevenção de infecção cruzada entre outros, são algumas prescrições de enfermagem que são válidas para diminuir o risco para a infecção nos pacientes⁽¹⁵⁾.

O Processo de enfermagem é considerado como método adequado para explicar a essência da enfermagem, suas bases científicas, as tecnologias e os pressupostos humanistas que encorajam o pensamento crítico e a criatividade, e permite a resolução de problemas na prática profissional. Porém, um estudo realizado em hospitais da Etiópia com 14 enfermeiros chefes de seis hospitais e 200 enfermeiros identificou que a maioria, 180 (90%) dos entrevistados têm pouco conhecimento, mas, 99,5% dos entrevistados têm uma atitude positiva em relação ao processo de enfermagem. Todos os entrevistados disseram não usar o processo de enfermagem na

prestação de cuidados aos seus pacientes no momento do estudo. A descoberta revelou que o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de enfermagem não é suficiente para colocá-lo em prática⁽¹⁶⁾.

Neste sentido observamos que diferentes países têm conhecimento e acesso diferenciado em relação ao processo de enfermagem, sua aplicabilidade, seus benefícios e pesquisas como esta que mostram como construir um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem podem auxiliar para o uso da metodologia do processo de enfermagem de forma crítica, motivando enfermeiros a monitorar e avaliar o seu progresso. Existe a necessidade de desenvolver mecanismos que incentivem cada vez mais a atuação dos profissionais para identificar e melhorar os agravos encontrados dentro da unidade de terapia intensiva, buscando o melhoramento da qualidade assistencial prestada.

Conclusão

Apesar da colaboração das enfermeiras na validação de conteúdo do instrumento, houve limitações no desenvolvimento do estudo em relação ao acréscimo de pontos importantes das fases do Processo de Enfermagem como a introdução dos fatores relacionados e das características definidoras nos Diagnósticos de Enfermagem e do acréscimo de espaços para o aprazamento dos horários referentes às Intervenções de Enfermagem devido ao excesso de informações no registro. No entanto, o estudo destaca-se pela execução dos passos para validação do instrumento para utilização voltada a realidade do serviço e dos pacientes.

Outro ponto positivo que deve ser salientado é que as enfermeiras almejavam a disponibilidade de um instrumento para acompanhamento dos pacientes em terapia intensiva, fato que proporcionou o envolvimento destas no processo de validação. Com a realização do estudo proposto foi possível a disponibilização de um instrumento de coleta de

dados de enfermagem sistematizado e estruturado.

Com o instrumento de coleta de dados sistematizado, a enfermagem legitima a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como metodologia assistencial de enfermagem para um cuidado eficaz e baseado na cientificidade.

Espera-se com esse estudo fomentar o processo de validação de instrumentos de Sistematização da Assistência de Enfermagem em outras instituições, com intuito de torna o cuidado de enfermagem holístico, mais científico e direcionado a melhoria do cuidado ao paciente crítico.

Colaborações

Araújo DS, França AF e Mendonça JKS contribuíram na revisão da literatura, análise e redação do artigo. Bettencourt ARC, Amaral TLM e Prado PR contribuíram na concepção do estudo, revisão da literatura, análise e redação do artigo. Todos os autores contribuíram na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº. 358, de 27 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. 2009.
2. Alfaro-Lefèvre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. Nurses' knowledge about nursing care systematization: from theory to practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1380-6.
4. Oliveira APC, Coelho MEAA, Almeida VCF, Lisboa WSQ, Macêdo ALS. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Rene*. 2012; 13(3):601-12.
5. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Nursing Care Systematization at the Intensive Care Unit (ICU) based on Wanda Horta's theory. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):54-64.
6. Bordinhão RC, Almeida MA. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(2):125-31.
7. França FCV, Kawaguchi IAL, Silva EP, Abrão GA, Uemura H, Alfonso LM et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para a enfermagem – relato de experiência. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2009 [citado 2013 jan 21]; 9(2):537-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a20.pdf>
8. Seganfredo DH, Almeida MA. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(1):34-41.
9. Costa JB, Marcon SS. Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva. *J Bras Psiquiatr*. 2009; 58(4):223-30.
10. França MJDM, Mangueira SO, Perrelli JGA, Cruz SL, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2013 [citado 2013 jan 21]; 15(4):878-85. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/24221/15658>
11. Prado PR, Beccaria LM, Contrin LM. Principais diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cuidarte Enferm*. 2009; 3(2):176-83.
12. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem em sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Sobecc*. 2012; 17(4):33-47.
13. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2012.

14. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Nursing diagnoses identified in inpatients of an adult intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(50):1102-8.
15. Oliveira MF, Freitas MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3):343-8.
16. Hagos F, Alemseged F, Balcha F, Berhe S, Aregay A. Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in mekelle zone hospitals, Northern Ethiopia. *Nurs Res Pract*. [Internet] 2014 [cited 2013 Jan 21]; [cerca de 9p]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/675212/>