

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ROSAURA COSTA BORDINHÃO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO
INTENSIVO À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Porto Alegre

2010

ROSAURA COSTA BORDINHÃO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO À
LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida.

Porto Alegre

2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

B729p Bordinhão, Rosaura Costa

Processo de enfermagem em uma unidade de tratamento intensivo à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas [manuscrito] / Rosaura Costa Bordinhão. – 2010.

148 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

Orientação: Miriam de Abreu Almeida.

1. Processos de enfermagem. 2. Unidades de terapia intensiva. 3. Educação em saúde. 4. Necessidades Humanas Básicas. 5. Horta, Wanda de Aguiar. I. Almeida, Miriam de Abreu. II. Título.

NLM: WY154

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

ROSAURA COSTA BORDINHÃO

**PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO
INTENSIVO À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

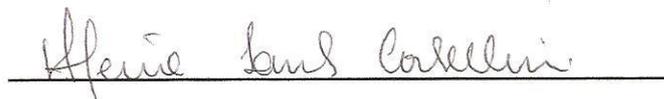
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de julho de 2010.

BANCA EXAMINADORA



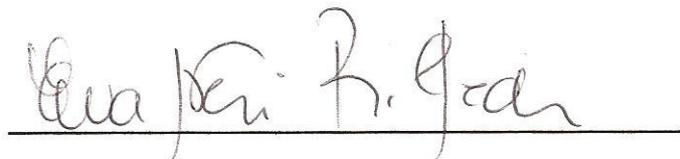
Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Valéria Lamb Corbellini
Membro da banca
PUCRS



Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

Ao **Nicolas e Henrique**,
meus queridos e amados filhos por terem tolerado todo esse tempo a minha ausência em muitas sessões pipocas, brincadeiras, jogos e passeios, mas fica a promessa de resgatar cada segundo da magia e encanto do nosso relacionamento.

Ao **Eduardo**,
meu amado marido e companheiro pela paciência e compreensão, pelos momentos difíceis que passamos juntos,
compartilho o mérito desta conquista a você.
Era noite de primavera quando te conheci, houve um momento,
um local e um sentimento...
O momento ficou marcado,
o local será sempre lembrado
e o sentimento jamais esquecido...TE AMO!

A **Eronita e Belmiro**,
meus queridos pais, por sempre acreditarem em meu potencial, pelo incentivo e apoio a busca de novos conhecimentos, cuidando com muito amor, carinho e dedicação os meus filhos.

A **Rosane e Luciane**,
minhas queridas irmãs preciosas, pelo suporte maternal e dedicação que ofereceram aos seus sobrinhos, por sempre estarem disponíveis as minhas necessidades e acreditarem no resultado dos meus ideais.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre estar presente em minha vida e por ter iluminado o meu caminho para o discernimento de algumas decisões.

À minha orientadora Profa. **Miriam de Abreu Almeida**, pela paciência e dedicação mediante limitações dos meus entendimentos e pela oportunidade de transformações de novos conhecimentos.

À Coordenadora da UTI, enfermeira **Sandra Regina Silveira Ochoa**, por possibilitar o desenvolvimento do estudo neste setor e por liberar as enfermeiras para participar do Grupo Focal.

À minha primeira chefia do novo setor enfermeira **Lahir Dias**, pela possibilidade e flexibilização dos horários para realização das aulas do mestrado.

À nova chefia do setor, **Dr. Renato Cassol**, pela liberação da carga horária, apoio e incentivo aos estudos.

Às **colegas de trabalho** pela compreensão e paciência em relação a minha frequência no setor.

Às **participantes do Grupo focal**, pela disponibilidade e contribuições para construção deste estudo.

Ao colega Mestre e Doutorando **José Guedes**, pelo incentivo e apoio técnico.

A todo o **corpo docente da EEUFRGS** do curso de mestrado, por compartilhar suas bagagens e valores, ampliando as possibilidades de conhecimento.

Aos **colegas do Curso de Mestrado**, pelas trocas de experiências, carinho e companheirismo.

À enfermeira **Cintia Rosa de Vargas** da Sala de Recuperação Cardíaca, coordenadora do Grupo de Estudo dos Diagnósticos de Enfermagem e Prescrição Informatizada, pelo apoio e parceria durante esta caminhada.

Às minhas amigas do coração **Rosane Bordinhão, Liliane Dutra, Cinara Villa e Suzana Ribeiro**, pelo carinho e aconchego dos momentos difíceis desta trajetória e pela tolerância em escutar os meus desabafos.

A **todos** que de alguma forma contribuíram para realização de mais uma etapa dos meus estudos.

Essência e seus mistérios

*Contra os dissabores das horas deste tempo turbulento, eu cuidarei de ti.
Deitarei teu rosto contra o meu peito e te darei o tempo de um sono bom.
Não terei afazeres além do ofício de cuidar de ti...
Não terei ponteiros demarcando o atropelo de horas.
Serei teu oásis dentro deste mar de rostos que esbarras na solidão de ruas.
Não direi nada. Não saberás quem sou, tampouco, saberei quem és.
Apenas, cuidarei de ti...
Te olharei nos olhos e saberei onde guardas a tua dor sentida.
Terei teu rosto no encosto do meu corpo e não guardarei desconforto se tua
lágrima marcar minha camisa.
Irei compor uma cantiga nova e cantarei envolto em cuidados na calma do teu riso
bom.
Não terás, depois do canto, feridas,
Porque o corpo que te guarda é santo e diante dele eu me prostro ao som de
sacros cantos.
É teu corpo que me diz o que sossega ou tange a tua alma aflita.
É teu corpo o guardião dos teus mistérios,
E entre o teu, o meu e o grão de pólen que germina os campos, mora a crença
deste elo que falta e atende por cuidado e que eu te proporciono pra nos
tornarmos construtores deste universo santo em que seguimos desvendando a
vida.*

Idésio de Oliveira

RESUMO

Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa sobre a primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE). Teve como objetivo a construção de um instrumento de coleta de dados para pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a partir de instrumento existente em um hospital público de ensino. Essa construção ocorreu por meio da técnica de Grupo Focal, composto por quatro enfermeiras assistenciais da UTI e quatro enfermeiras residentes do segundo ano do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) na ênfase em Terapia Intensiva. As discussões produzidas em cada sessão do grupo focal foram analisadas conforme o preconizado por Horta, ou seja, grupos e subgrupos das Necessidades Humanas Básicas. Essa construção ficou estruturada em sete grupos: Identificação; História pregressa; História da doença atual; Avaliação geral; Avaliação das Necessidades Psicobiológicas; Avaliação das Necessidades Psicossociais; e, Avaliação das Necessidades Psicoespirituais. O grupo de Avaliação das Necessidades Psicobiológicas contém 11 subgrupos de necessidades: Regulação Neurológica; Oxigenação; Percepção dos Órgãos dos Sentidos; Regulação Cardiovascular; Alimentação e Eliminação Intestinal; Hidratação e Eliminação Urinária; Integridade Física; Segurança Física; Sono e Repouso; Cuidado Corporal; e, Sexualidade. O grupo de Avaliação das Necessidades Psicossociais ficou constituído por três subgrupos de necessidades: comunicação, gregária e segurança emocional. E o grupo de Avaliação das Necessidades Psicoespirituais ficou composto pelos subgrupos religião, religiosidade e espiritualidade. A testagem desse instrumento possibilitou que as participantes identificassem a ausência de alguns itens não sugeridos durante a sua construção e a necessidade da elaboração de um manual de orientação para o seu preenchimento. Esse manual foi construído após a versão final do instrumento e contém informações de semiologia do adulto, o que pode auxiliar na avaliação dos sinais e sintomas do paciente e servir como guia de consulta breve. Sugere-se para pesquisas futuras a validação do instrumento, verificando se os itens contemplados no mesmo possibilitam a identificação de Diagnósticos de Enfermagem prioritários em pacientes críticos. Também se recomenda a validação do manual de orientação. Outra sugestão é incluir o ensino do PE no programa de atividades da RIS, em consonância com a implantação dessa metodologia no campo das práticas. A aplicação do PE nas instituições de ensino objetiva a formação de profissionais cientes das suas responsabilidades assistenciais e educacionais, fornecendo-lhes subsídios para atuarem como multiplicadores de melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem.

Descritores: Processos de Enfermagem. Coleta de Dados. Unidades de Terapia Intensiva. Educação em Saúde.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo acerca de la primera etapa del Proceso de Enfermería (PE). Tuvo como objetivo construir un instrumento de recolección de datos para pacientes de una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), fundamentado en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas (NHB), a partir de un instrumento ya existente en un hospital público de enseñanza. La construcción se hizo por medio de la técnica de Grupo Focal, compuesto por cuatro enfermeras asistenciales de la UTI y cuatro enfermeras residentes del segundo año del programa de Residencia Integrada en Salud (RIS), con énfasis en Terapia Intensiva. Las discusiones producidas en cada sesión del grupo focal se analizaron de acuerdo con lo establecido por Horta, es decir, grupos y subgrupos de las Necesidades Humanas Básicas. Dicha construcción se estructuró en siete grupos: Identificación; Historia precedente; Historia de la enfermedad actual; Evaluación general; Evaluación de las Necesidades Psicobiológicas y Evaluación de las Necesidades Psicoespirituales. El grupo de Evaluación de las Necesidades Psicobiológicas contiene 11 subgrupos de necesidades: Regulación Cardiovascular; Alimentación y Eliminación Intestinal; Hidratación y Eliminación Urinaria; Integridad Física; Seguridad Física; Sueño y Reposo; Cuidado corporal; y Sexualidad. El grupo de Evaluación de las Necesidades Psicosociales se constituyó por tres subgrupos de necesidades: comunicación, gregaria y seguridad emocional. Y el grupo de Evaluación de las Necesidades Psicoespirituales se compuso por los subgrupos religión, religiosidad y espiritualidad. La prueba del instrumento les permitió a los participantes identificar la ausencia de algunos ítems que no habían sido sugeridos durante su construcción, así como, la necesidad de elaboración de un manual de orientación para su llenado. Ese manual fue construido tras la versión final del instrumento y contiene informaciones de semiología del adulto, lo que puede auxiliar en la evaluación de las señales y síntomas del paciente y servir como guía de consulta breve. Se sugiere para investigaciones futuras la validación del instrumento, verificando si los ítems que encierra posibilitan la identificación de Diagnósticos de Enfermería prioritarios en pacientes críticos. Se recomienda, también, la validación del manual de orientación. Otra sugerencia es incluir la enseñanza del PE en el programa de actividades de la RIS, acorde a la implantación de esa metodología en el campo de las prácticas. La aplicación del PE en instituciones de enseñanza pretende formar profesionales conscientes de sus responsabilidades asistenciales y educacionales, ofreciéndoles recursos para que puedan actuar como multiplicadores de mejores prácticas de cuidado en salud y enfermería.

Descriptores: Procesos de Enfermería. Recolección datos. Unidades de Terapia Intensiva. Educación en Salud.

ABSTRACT

This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach on the first stage of the Nursing Process (NP). The research aimed to build an instrument to collect data for patients of the Intensive Care Unit (ICU), based on the Theory of Basic Human Needs (BHN) from an existing instrument from a public teaching hospital. It happened through the technique of focus group, consisting of four clinical nurses of the ICU and four residents of the second year of the residency program in Integrated Health (RIS) with emphasis on intensive care. The discussions produced in each focus group session were analyzed as recommended by Horta; groups and subgroups of Basic Human Needs. The construct was structured into seven groups: Identity, Past Records, Current illness record, General assessment, Psychobiological Needs Assessment; Psychosocial Needs Assessment, and Psychospiritual Needs Assessment. The group of Psychobiological Needs Assessment is formed by 11 subgroups of needs: Neurological Regulation; Oxygenation; Perception of Sense Organs, Cardiovascular Regulation, Food and Intestinal Elimination; Hydration and Urinary Elimination, Physical Integrity, Physical Security, Sleep and Rest; Body Care; and Sexuality. The group of Psychosocial Needs Assessment was made up of three subgroups of needs: communication, gregarious, and emotional security. The group of Psychospiritual Needs Assessment was formed by the subgroups religion, religiosity, and spirituality. The testing of this instrument enabled the participants to identify the absence of some items not suggested during its construction, as well as the need to prepare a guidance manual for completing it. This handbook was built after the final version of the instrument and contains information on adult semiology, which can help assess the patient's signs and symptoms and serve as a guide for short consultation. It is suggested for future research the validation of the instrument, making sure that the items included enable the identification of priority Nursing Diagnoses in critical patients. It is recommended also the validation of the guidance manual. Another suggestion is to include the teaching of PE in the program of RIS activities, in line with the implementation of this methodology in practice. The application of PE in educational institutions aimed at training professionals aware of their responsibilities and educational assistance, providing them tools to act as multipliers of best practices in health care and nursing.

Descriptors: Nursing Process. Data Collection. Intensive Care Units. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVO	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	19
3.2 Processo de Enfermagem: conceitos e concepções	24
3.3 Residência Integrada em Saúde: cenário de aperfeiçoamento da formação do enfermeiro	30
4 METODOLOGIA	34
4.1 Trajetória metodológica.....	34
4.1.1 Características do grupo focal.....	34
4.2 Local do estudo.....	36
4.3 Participantes do estudo	37
4.4 Coleta das informações	38
4.5 Análise das informações.....	40
4.6 Aspectos Éticos.....	41
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
5.1 Características dos participantes do grupo focal	42
5.2 Construção Coletiva do Instrumento de Coleta de Dados.....	44
5.2.1 Identificação.....	45
5.2.2 História Progressiva	49
5.2.3 História da Doença Atual	52
5.2.4 Avaliação Geral	52
5.2.5 Avaliação das Necessidades Psicobiológicas	54
5.2.6 Avaliação das Necessidades Psicossociais	73
5.2.7 Avaliação das Necessidades Psicoespirituais	75
5.3 Testagem do Instrumento de Coleta de Dados.....	76
5.4 Construção do manual de orientação	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
APÊNDICE B – Agenda do Grupo Focal	98

APÊNDICE C – Manual das Necessidades Humanas Básicas: conceitos e subgrupos	99
APÊNDICE D – Questionário para caracterização dos participantes.....	106
APÊNDICE E – Versão final do Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas.....	107
APÊNDICE F – Manual de orientações para o preenchimento do instrumento de coleta de dados para pacientes críticos.....	110
ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados do GEDEPI – Hospital Nossa Senhora da Conceição.....	144
ANEXO B – Termo de aprovação no Comitê de Ética.....	148

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento valioso para aprimorar e guiar a prática da enfermagem, proporcionando uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, sendo o foco principal a assistência à saúde do ser humano. Além disso, possibilita o planejamento e desenvolvimento de cuidados qualificados e específicos ao indivíduo, à família e à comunidade, assim como, o registro da prática profissional da enfermagem. O PE foi introduzido no Brasil na década de 1960 por Wanda de Aguiar Horta, composta por seis fases: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. É considerado uma metodologia científica, podendo ser desenvolvido em várias áreas de atuação do enfermeiro, não somente na prática clínica, mas também no âmbito da educação e pesquisa^(1,2,3).

A motivação para realizar este estudo advém da experiência profissional como enfermeira especialista em Terapia Intensiva, preceptora de enfermagem do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e integrante do Grupo de Estudo de Diagnósticos de Enfermagem e Prescrição Informatizada (GEDEPI) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Almejando contribuir com a formação dos enfermeiros, na especialidade de residência, para o aprimoramento e a qualificação da assistência de enfermagem ao paciente em estado crítico de saúde, optei pela primeira etapa do Processo de Enfermagem, o Histórico de Enfermagem. Essa etapa consiste na coleta de dados, que é a base das demais etapas do PE e uma investigação inicial ampla e focalizada nos problemas, prioritários do paciente pode contribuir com a resolução dos mesmos.

No decorrer da experiência como preceptora, pude desenvolver uma visão mais crítica e reflexiva em relação à qualidade da formação em serviço do enfermeiro residente em Terapia Intensiva. Com o transcorrer dessa prática, deparei-me com fatores que implicariam mudanças de paradigmas, como a existência de um Histórico de Enfermagem que contemplassem além de questões biológicas, outras questões importantes que também fazem parte do universo do ser humano, a exemplo das necessidades sociais e espirituais. Desse modo, considero que a utilização do PE é uma importante contribuição na formação de um profissional em saúde e enfermagem, fornecendo-lhe subsídios para a realização de uma assistência integral e humanizada.

Pesquisar esse tema é uma maneira de refletir sobre a importância do saber e do fazer profissional em enfermagem no contexto assistencial, contando especialmente com a

participação de enfermeiros em processo de formação. Além disso, estarei contribuindo com o GEDEPI, que foi criado em 2005 e é constituído por enfermeiras de vários setores do HNSC. Os integrantes desse grupo desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar a implantação da nota de internação, diagnóstico e prescrição de enfermagem informatizada na Unidade de Recuperação Cardíaca (URC), com o propósito de expandir para os demais setores do hospital, após o término desse teste piloto.

Uns dos fatores limitantes do desenvolvimento do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HNSC é a existência de um modelo de Histórico de Enfermagem sucinto e incompleto para ser aplicado em pacientes críticos, não oferecendo informações suficientes que contemplem as Necessidades Humanas Básicas (NHB) no âmbito psicossocial, psicobiológico e psicoespiritual. Nessas condições, possivelmente deixa-se de identificar sinais e sintomas relevantes para o estabelecimento dos Diagnósticos de Enfermagem e suas intervenções de acordo com as reais necessidades de saúde afetadas.

Outra situação a ser ressaltada é que a UTI em questão integra o campo de estágio dos residentes de enfermagem da RIS, motivo pertinente para aprimoramento e implantação de etapas do Processo de Enfermagem na prática assistencial. O ensino do PE na formação dos residentes pode ser uma estratégia metodológica que possibilita o desenvolvimento de um pensar problematizador, com a construção de novos conhecimentos a partir da realidade vivenciada, modificando o pensar e o agir. Desse modo, a inclusão dessa metodologia de trabalho ampliará os conhecimentos técnico-científicos do enfermeiro/residente, fortalecendo a credibilidade, o respeito e a visibilidade das ações de enfermagem perante equipe, paciente e família.

Também vale salientar que a implantação de etapas do PE vai ao encontro de um cuidado individualizado e humanizado, uma vez que a UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem, que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento e morte⁽⁴⁾.

Diante desse cenário, aceitei o desafio de construir um Histórico de Enfermagem, que será denominado de instrumento de coleta de dados no transcorrer do estudo, para pacientes adultos em estado crítico de saúde, seguindo o modelo de Processo de Enfermagem de Horta que se baseou na Teoria da Motivação Humana e nas Necessidades Humanas Básicas de Maslow.

Como referência, foi utilizado o instrumento de coleta de dados do Grupo de Estudo dos Diagnósticos de Enfermagem e Prescrição Informatizada da instituição. Espera-se que a partir deste trabalho, construído coletivamente com enfermeiros residentes, preceptores e orientadores que atuam na UTI, possa contribuir no desenvolvimento com maior precisão das demais etapas do PE, como os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, de modo que sejam específicos e adequados para cada necessidade de saúde identificada, favorecendo um olhar mais holístico sobre o paciente crítico.

A elaboração de um instrumento de coleta de dados estruturado em um referencial teórico como das NHB permite a avaliação do paciente como um todo indivisível no seu universo bio-psico-sócio-espirituais, facilitando ao enfermeiro levantar dados que ajudam a direcionar na determinação dos DE e nas intervenções individualizadas^(5,6). A adequação e precisão desse instrumento para cada paciente favorecerá a prática assistencial, além de proporcionar informações valiosas para a pesquisa e o ensino da anamnese e do exame físico de pacientes críticos.

Em busca da assistência sistematizada e individualizada ao paciente crítico, da visibilidade da prática clínica da enfermagem e da participação dos enfermeiros na mudança de paradigma, estabeleceu-se a seguinte **questão de pesquisa**: É possível enfermeiros assistenciais e enfermeiros residentes construírem, a partir de instrumento existente na instituição deste estudo, um novo instrumento de coleta de dados que aborde as NHB de pacientes em UTI e dê sustentação para as etapas subsequentes do Processo de Enfermagem?

2 OBJETIVO

A partir do panorama apresentado e do questionamento levantados, elaborou-se o seguinte objetivo para este estudo:

- Construir, de forma coletiva, um instrumento de coleta de dados para pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a partir de instrumento existente em um hospital público de ensino.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresentam-se os temas que subsidiam e conferem sustentação teórica à pesquisa. Para tanto, constituíram-se três tópicos: as Necessidades Humanas Básicas, referencial escolhido para nortear o PE; Processo de Enfermagem: conceitos e concepções, pontuando a importância dessa metodologia no cuidado aos pacientes e a necessidade de incluí-la na formação dos enfermeiros; e, a Residência Integrada em Saúde como cenário de aperfeiçoamento da formação do enfermeiro.

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

Como esta temática faz parte da proposta do estudo, cabe ressaltar algumas considerações para melhor compreensão da sua escolha.

O presente estudo sustentou-se na Teoria da Motivação com a categorização das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Maslow, utilizado por Horta para operacionalizar o Processo de Enfermagem, a qual foi precursora dessa metodologia no Brasil, na década de 1970. Neste período o Processo de Enfermagem passou a ser empregado como um instrumento de trabalho do enfermeiro, como um método sistematizador da assistência, que lhe possibilita aplicar na prática o marco teórico que direciona e que embasa as suas ações⁽⁷⁾. A escolha de uma ou mais teorias é uma decisão essencial para a implementação do Processo de Enfermagem em qualquer cenário de atuação do enfermeiro, no qual se busca a qualidade da assistência ao paciente⁽⁸⁾.

Associar uma teoria nesta metodologia proporciona ao enfermeiro guiar, aprimorar e fundamentar a sua prática profissional, com a possibilidade de encontrar novos conhecimentos para a resolutividade de problemas no cotidiano, assim como, oferece sustentação, segurança e confiança no desenvolvimento de um saber mais científico. Outros objetivos como orientar a assistência sistematizada, organizada e documentada, permiti a formalização das ações realizadas pelos enfermeiros⁽⁹⁾.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas apóia-se e engloba leis gerais como a do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica): todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; a lei da adaptação: ocorre uma interação dos

indivíduos com o seu meio externo buscando maneira de se manterem em equilíbrio e a lei do holismo: o todo não é a mera soma das partes, mas o conjunto destas⁽³⁾.

As Necessidades Humanas estão intimamente inter-relacionadas uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. Podem ser definidas como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, exigindo do enfermeiro a resolução dos problemas encontrados”^(3:39). De modo geral, essas necessidades são consideradas universais, porém a maneira como elas são expressas e resolvidas varia de uma pessoa para outra, de acordo, por exemplo, com a idade, o sexo, a cultura, a escolaridade, o fator socio-econômico, o ciclo de saúde, a enfermidade e o ambiente⁽³⁾.

Maslow as organizou de forma hierarquizada, em cinco níveis de prioridade. O primeiro nível inclui as necessidades fisiológicas como o ar, água e o alimento. O segundo nível inclui as necessidades de segurança e proteção, compreendendo a segurança física e psicológica. O terceiro nível apresenta as necessidades de amor e gregarismo, incluindo a amizade, as relações sociais e o amor sexual. O quarto nível engloba as necessidades de autoestima, que incluem a autoconfiança, a utilidade, o propósito e autovalorização. Em quinto e último nível está a necessidade de autorrealização, o estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar com as situações de vida. Horta adotou a denominação de João Mohana, em necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual; porém, ela introduziu em cada um desses níveis subgrupos de necessidades com o propósito de facilitar a prática assistencial de enfermagem⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

As **Necessidades Psicobiológicas** são consideradas forças, instintos ou energias inconscientes que surgem sem planejamento, do nível psicobiológico do homem, e se manifestam, por exemplo, na vontade de se banhar, de repousar, e assim por diante⁽¹²⁾. Este grupo está constituído de 16 subgrupos, o quadro a seguir descreve o conceito de cada necessidade⁽¹³⁾:

Quadro 1 – Subgrupos das Necessidades Psicobiológicas

SUBGRUPO	CONCEITO
Regulação neurológica	É a necessidade do indivíduo de preservar e/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.
Percepção dos	É a necessidade do organismo perceber o meio através de

órgãos dos sentidos	estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente.
Oxigenação	É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida.
Regulação vascular	É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
Regulação térmica	É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° a 37,3°C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda da energia térmica).
Hidratação	É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Alimentação	É a necessidade dos indivíduos em obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida.
Eliminação	É a necessidade do organismo em eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal.
Integridade física	É a necessidade do organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo.
Atividade física	É a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da 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.
Cuidado corporal	É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal.
Segurança física/meio ambiente	É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica.
Sexualidade	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e

	procriar.
Regulação: crescimento celular	É a necessidade do organismo em manter a multiplicação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade com o objetivo de crescer e desenvolver-se.
Terapêutica	É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde.

Fonte: Benedet AS, Bub MBC. Manual de Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora; 2001.

As **Necessidades Psicossociais** são manifestações que ocorrem no indivíduo por meio de instintos do nível psicossocial, como a necessidade de comunicar-se, de viver em grupo e realizar trocas sociais⁽¹²⁾. O quadro a seguir descreve os conceitos das 11 subcategorias deste grupo de necessidades⁽¹³⁾.

Quadro 2 – Subgrupos das Necessidades Psicossociais

Comunicação	É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada ou escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária e lazer	É a necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e lazer	É a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir idéias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se.
Segurança emocional	É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor e aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integração aos grupos, de ter amigos e família.
Auto-estima, autoconfiança, auto- respeito	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias idéias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicobiológico e de perceber-se

	como o centro vital da própria existência.
Liberdade e participação	É a necessidade que cada um tem de agir conforme a sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas definidas (sociais, culturais, legais). 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.
Segurança emocional	É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Educação para a saúde/aprendizagem	É a necessidade de adquirir conhecimentos e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde.
Auto-realização	É a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser.
Espaço	É a necessidade 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 de ter idéias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se (vir a ser).

Fonte: Benedet AS, Bub MBC. Manual de Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora; 2001.

Em relação às **Necessidades Psicoespirituais** o homem procura buscar e compreender o que vivencia de inexplicável cientificamente, transcendendo e ultrapassando os limites de sua experiência⁽¹²⁾. O quadro a seguir, apresenta o conceito do subgrupo que constitui esta necessidade⁽¹³⁾.

Quadro 3 – Subgrupo das Necessidades Psicoespirituais

SUBGRUPO	CONCEITO
Religiosidade/espiritualidade	É a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Como, por exemplo: ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião.

Fonte: Benedet AS, Bub MBC. Manual de Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora; 2001.

De acordo com Maslow, não se consegue satisfação completa ou permanente de uma determinada necessidade, pois, caso contrário, não haveria mais motivação individual. Essa teoria pode ser utilizada pelos enfermeiros no planejamento do cuidado para compreender as relações entre as diferentes necessidades dos pacientes⁽³⁾.

A correlação dos conceitos da teoria de Necessidades Humanas Básicas com o Processo de Enfermagem é fundamental para garantir a especificidade da abordagem de Enfermagem, uma assistência individualizada e integral, ampliando o olhar desta profissão⁽⁸⁾.

3.2 Processo de Enfermagem: conceitos e concepções

Neste tópico, apresentam-se algumas concepções sobre o Processo de Enfermagem focalizando especificamente em sua primeira etapa, o Histórico de Enfermagem, buscando estabelecer sua importância para educação em serviço dos enfermeiros residentes.

O Processo de Enfermagem é um instrumento técnico-científico que o enfermeiro utiliza na sua prática assistencial. Possui seis etapas inter-relacionadas e interdependentes, conforme descrito por Horta: a primeira é chamada de **Histórico de Enfermagem**, que consiste em um roteiro para a coleta de dados por meio de entrevista e exame físico do indivíduo. A segunda etapa é o **Diagnóstico de Enfermagem (DE)** – baseia-se na identificação das necessidades humanas que precisam ser resolvidas. A terceira etapa é o **Plano Assistencial** - são elaboradas as intervenções de enfermagem que o paciente deve

receber, a partir dos Diagnósticos estabelecidos. A quarta etapa consiste no **Plano de Cuidado ou Prescrição de Enfermagem** - ocorre a implementação dos cuidados determinados na etapa anterior. A quinta etapa é a **Evolução de Enfermagem** - consiste no relato diário das respostas do paciente aos cuidados prescritos. Novas propostas de ações podem ser implementadas, de acordo com as necessidades do paciente. Na sexta e última etapa, **Prognóstico de Enfermagem**, objetiva estimar a capacidade do indivíduo em atender suas necessidades alteradas, a partir da implementação do plano assistencial e da evolução de enfermagem⁽³⁾. Outros autores designam cinco etapas para o Processo de Enfermagem^(1,2,14).

Diante das descrições acima, não restam dúvidas de que se trata de um método sistemático de prestação de cuidados humanizados que enfoca a obtenção de resultados desejados, conforme as necessidades dos pacientes. É sistemático por consistir de etapas inter-relacionadas. É humanizado por basear-se na crença de que à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devem considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento à saúde⁽¹⁵⁾. Com isso, possibilita a organização das atividades do enfermeiro, orienta a realização dos cuidados com base em escolhas racionais, pressupõe o cuidado centrado na pessoa, a partir de uma ação onde o entendimento é fundamental, é uma ação comunicativa⁽¹⁶⁾. Neste contexto, o alvo central da assistência é o ser humano, o qual possui maneiras diferentes de ser e estar no mundo do cuidado, exigindo do profissional conhecê-lo de forma holística, possibilitando intervir nas situações de saúde com precisão, alcançando os resultados propostos⁽¹⁷⁾.

Com a utilização desse método de trabalho, é possível diagnosticar e solucionar problemas de saúde referente aos cuidados do paciente, permitindo que o enfermeiro organize sua assistência, melhorando a qualidade e aperfeiçoando suas ações⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, vale lembrar que o enfermeiro está amparado legalmente para seguir tal metodologia, pois é de seu uso exclusivo, possibilitando identificar problemas de saúde e subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, podendo ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde, como prática de um processo de trabalho⁽¹⁹⁾.

Mesmo considerando todo o respaldo legal existente, os enfermeiros referem uma série de dificuldades para viabilizar a implantação de uma sistemática na prática assistencial como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho à medida que a instituição impõe várias normas e rotinas a serem seguidas, as quais despendem muito tempo, afastando o enfermeiro da beira do leito. Na realidade, acredito que todo o enfermeiro é um diagnosticador, porém não se reconhece

como tal, em função, possivelmente, da falta de conhecimento técnico-científico relativo aos Diagnósticos de Enfermagem (DE). Os enfermeiros sabem/são capazes de evidenciar situações de saúde do paciente e planejar os cuidados, porém, à medida que as informações não são registradas, o seu agir e ser tornam-se invisíveis no contexto assistencial.

A aplicação do PE coloca em evidência a assistência realizada, capaz de atestar e conferir a necessária cientificidade do fazer profissional e proporciona uma maior autonomia e visibilidade de suas ações, obtendo o real conhecimento da categoria⁽²⁰⁾, para isso, é imprescindível o registro de todas as atividades realizadas pelo enfermeiro⁽²⁾.

A autonomia supracitada será reconhecida a partir da conscientização dos enfermeiros em utilizar uma metodologia científica em suas ações de cuidado, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do Processo de Enfermagem⁽³⁾. O emprego das diferentes fases retrata a busca de uma base segura para a assistência, assim como o registro correto de cada fase aplicada se torna fundamental para o desenvolvimento e controle do processo de cuidar⁽²¹⁾.

Tratando-se de um método científico de uso exclusivo dos enfermeiros, parte-se do pressuposto que o mesmo deva perpassar toda sua formação acadêmica e sua atuação profissional, independente do cenário escolhido. Analisando a evolução do ensino de enfermagem, notamos que, desde 1996, com a publicação de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) substituindo o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, o ensino do PE passa a ser inserido de maneira mais efetiva nos currículos, o que possibilita flexibilização à organização e à operacionalização do ensino dessa metodologia de trabalho ao abordar a formação do enfermeiro como ser holístico que desempenha o papel de educador em todas as suas áreas de atuações⁽²²⁻²⁴⁾.

Um dos fatores relevantes para o sucesso da aplicação do PE é a sua realização nas práticas de ensino em instituições que proporcionam essa sistemática. Com isso, observa-se o esforço das instituições para a propagação e aceitação deste método⁽²⁵⁾ no intuito de formar profissionais cientes das suas responsabilidades assistenciais e educacionais, conforme a resolução sobrescrita. De acordo com um estudo de revisão integrativa⁽²⁶⁾, há inúmeros trabalhos produzidos sobre implantação do PE, com predomínio de origem o próprio ambiente hospitalar. Essa mudança de comportamento contribui para um novo olhar para a enfermagem sobre o PE.

Nesse contexto, percebo a necessidade da elaboração de um instrumento de coleta de dados no campo de atuação da RIS, conforme proposto pelo presente estudo, para facilitar o ensino das demais fases do processo consistindo em uma busca permanente de saberes e fazeres entre todos os profissionais envolvidos com o processo de formação. O PE deve fazer

parte de uma Educação Permanente (EP), a qual possibilita uma aprendizagem significativa, centrada na resolução de problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, contribuindo no contexto assistencial da equipe multiprofissional⁽²⁷⁾. É considerada uma modalidade de educação em serviço e constitui uma estratégia fundamental para a efetivação de transformações na área da saúde, em busca de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e com competência técnica⁽²⁸⁾.

Corroborando a proposta do estudo, destaca-se a fase do Histórico de Enfermagem, a qual implica na coleta contínua de informações sobre a saúde, por meio de entrevista e exame físico com os objetivos de monitorar e evidenciar os problemas de saúde e fatores de risco que possam contribuir para esses problemas. Esta coleta é um processo permanente que começa no primeiro encontro com o paciente e continua até sua alta⁽⁷⁾. Esse momento propicia ao enfermeiro conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, possibilita a identificação de problemas, ao se utilizar as técnicas propedêuticas de inspeção, ausculta, palpação e percussão, obtendo-se, assim, informações sobre o estado de saúde do paciente. As informações obtidas são analisadas e interpretadas pelo enfermeiro, por meio de julgamento clínico⁽²⁹⁾.

O propósito científico em investir na primeira etapa, parte da premissa de que para elaborar os Diagnósticos de Enfermagem de forma acurada, é necessário o auxílio de um instrumento específico e adequado que dê subsídios suficientes para coletar as informações mais completas possíveis sobre o estado de saúde do paciente. Se a investigação for insuficiente e inconclusiva, provavelmente os DE não serão precisos e, conseqüentemente, as intervenções estabelecidas não abrangerão as reais necessidades do paciente. A finalidade de se coletar dados é identificar os problemas reais e potenciais do paciente para prevenir e tratar as complicações de forma precoce e também fornecer subsídios para elaborar os planos de cuidados de enfermagem. Desse modo, quanto mais específico for esse instrumento melhor será a assistência para o indivíduo de uma determinada unidade ou clínica⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, a coleta de informações torna-se a fase fundamental para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, pois se configura como o alicerce que sustentará as demais etapas. Portanto, o instrumento de coleta de dados deve estar em consonância com a filosofia do serviço e com o local onde ele será aplicado, para que as intervenções de enfermagem atendam e resolvam as necessidades evidenciadas nos pacientes durante a realização desse processo. Quanto mais evidências forem reunidas para descrever adequadamente as particularidades de cada paciente, maior validade lhe será conferida, pois cada paciente é único e possui singularidades que precisam ser consideradas⁽³¹⁻³³⁾.

Em termos de conhecimento, para a realização das etapas do Processo de Enfermagem, atualmente estão à disposição dos enfermeiros algumas ferramentas para guiar e auxiliar a prática da aplicação dessas atividades, fornecendo uma linguagem organizada e unificada. Os sistemas de classificação, internacionalmente mais conhecidos são: a taxonomia de diagnósticos da NANDA International; a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC); e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE)⁽³⁴⁾.

O Diagnóstico de Enfermagem propicia a base científica para as ações independentes com resolutividade das mesmas^(35,18). Sua definição foi aprovada na 9ª Conferência da NANDA, em 1990, consiste em um:

juízo clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais, é a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis^(36,436).

Nessa fase, ocorre a identificação das necessidades de saúde do ser humano que precisa de atendimento e a determinação do seu grau de dependência em natureza e em extensão⁽³⁾. Não é tão simples de ser estudada e aplicada no dia-a-dia, pois requer domínio técnico-científico exigindo do enfermeiro para sua aprendizagem o desenvolvimento do pensamento crítico.

O DE representa uma mudança de paradigma na prática profissional do enfermeiro, sua utilização possibilita alterar o modo de realizar o processo assistencial, pois é um referencial que exige julgamento das respostas do ser humano, proporciona a elaboração das intervenções terapêuticas de enfermagem para o cuidado⁽³⁷⁾. Essa metodologia, ao fazer parte do processo de formação do enfermeiro residente, permite exercitar a análise crítica da realidade e de seu real papel no mundo do cuidado, servindo como agente transformador das boas práticas de saúde.

Na prática assistencial, a utilização do PE vem proporcionando uma abordagem holística do paciente, a obtenção de um corpo de conhecimento, a qualidade da assistência e o favorecimento do aprimoramento contínuo do enfermeiro⁽³⁸⁾. A sua implantação no processo assistencial traz vários benefícios aos cuidados do paciente, como o planejamento melhorado e mais coerente; melhor comunicação entre enfermeiros, entre enfermeiros e médicos e entre enfermeiros e pacientes; e, um melhor reconhecimento dos fenômenos que os enfermeiros consideram desafiadores para investigar e descrever, a exemplo das questões psicológicas, espirituais e sexuais⁽³⁹⁾, possibilitando uma assistência individualizada, além de nortear

tomadas de decisões em diferentes cenários do cotidiano do enfermeiro enquanto gerente da equipe de enfermagem⁽⁴⁰⁾.

A essência da utilização do PE reside nas habilidades técnico-científicas e no relacionamento interpessoal do enfermeiro, sendo fundamental que esse profissional aprenda a desenvolver seu Pensamento Crítico (PC), que é:

o alvo direto do pensamento que aponta para realizar julgamentos baseados nas evidências (fatos), ao contrário da suposição (trabalho por conjectura). Baseado nos princípios da ciência e no método científico, requer desenvolvimento estratégico que eleve o potencial humano (p.ex.: recorrer a força individual) e compense os problemas causados pela natureza humana (p.ex.: influência poderosa na percepção pessoal, valores e crenças)^(41,26).

O PC permite a elaboração da crítica sobre o que se está pensando, considerado um processo analítico mental, intelectual, raciocínio reflexivo, lógico e sistemático utilizado para resolver problemas, resultando na tomada de decisão, um instrumento básico do enfermeiro na prática assistencial, atuando diretamente nas reais condições clínicas do indivíduo, família e comunidade⁽⁴²⁾. Nesse sentido, quando se realiza a tomada de decisão, utilizam-se estratégias do pensamento crítico de maneira racional e reflexiva, pois se torna um componente fundamental para enfermagem, possibilitando o desenvolvimento da autonomia profissional e a garantia da qualidade no cuidado assistencial^(43,44).

O desenvolvimento de habilidades do PC para a acurácia dos DE é importante, pois a interpretação dos dados do paciente, sinais e sintomas requerem altos níveis de habilidade do pensamento e da inteligência e oferece um suporte lógico para a validade desses dados, visando à elaboração com precisão dos DE⁽⁴⁵⁾.

Após essa explanação, acredito que utilizar um instrumento de coleta de dados estruturado no modelo das NHB proporciona uma avaliação do ser humano na sua totalidade, como um todo indivisível e facilita a visualização das manifestações das necessidades em desequilíbrio. Além disso, estabelece um excelente exercício de aprendizagem para o enfermeiro e o residente em processo de formação, instigando o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo para as tomadas de decisões, proporcionando o planejamento da assistência à saúde com um maior embasamento técnico e científico.

3.3 Residência Integrada em Saúde: cenário de aperfeiçoamento da formação do enfermeiro

Neste item, aborda-se alguns aspectos em relação à Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Essa residência tem como missão formar profissionais para a área da saúde, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, inserindo-os em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, levando em consideração os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁶⁾.

Com base na necessidade de capacitação técnica dos enfermeiros no cotidiano assistencial, em 1961, surge a primeira experiência de Residência de Enfermagem no Brasil, especificamente no hospital infantil do Morumbi, SP, propondo um ensino eminentemente prático, com aproveitamento dos conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem⁽⁴⁷⁾. O programa de Residência em Enfermagem proporciona ao enfermeiro residente a realização de uma gama de atividades que envolvem conhecimentos referentes à pesquisa, à assistência e ao ensino de enfermagem, qualificando-o como profissional crítico-reflexivo⁽⁴⁸⁾. Essa modalidade de ensino possibilita um crescimento profissional e pessoal não apenas para os residentes, como também pode repercutir positivamente para o serviço que o recebe e os demais profissionais envolvidos nesse processo de aprendizagem.

Uma das diretrizes do GHC é transformar-se em uma instituição Pólo de Educação e Pesquisa. Para tanto, esse hospital vem modificando, estrategicamente, seu enfoque assistencial de maneira a contribuir com o processo de consolidação do SUS, tornando-se um campo de ensino e formação profissional em gestão e assistência, capacitação e desenvolvimento de pessoal, educação em saúde e pesquisa voltadas as necessidades do SUS. Dessa maneira, amplia-se a responsabilidade da instituição em relação à formação/qualificação profissional⁽⁴⁹⁾.

Em 2004, o GHC tornou-se referência para formação de Recursos Humanos para o SUS com a criação do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) apoiado pela Portaria 109/04. Trata-se de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde considerado uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* de caráter multiprofissional cujo objetivo é especializar profissionais da área da saúde por meio da formação em serviço, capacitando-os para pesquisa, ensino e assistência no intuito de alcançar a integralidade, a universalidade e a

equidade na atenção à saúde do paciente, família e comunidade. Para alcançar esse objetivo, são oferecidas atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial por profissionais qualificados^(50,51).

A cada ano esse programa vem ampliando suas vagas e profissões nas ênfases, pela demanda interna e externa, sendo reconhecido como um espaço de qualificação para atender as necessidades de formação de profissionais da saúde para o SUS. Anualmente, são oferecidas 64 vagas para residentes de diversas categorias. Inicialmente contava com três áreas de ênfases, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva. Em 2009, foi organizada uma nova área de ênfase, a Oncologia/Hematologia e a partir deste ano, a ênfase em Terapia Intensiva foi modificada para Atenção ao Paciente Crítico, tornando uma ênfase mais ampla, envolvendo os serviços de Terapia Intensiva, Emergência e outros serviços de atenção ao paciente crítico e potencialmente crítico. A mesma também se beneficiou com uma nova categoria: a fonoaudiologia, uma especialidade fundamental para esta ênfase, pois a maioria dos pacientes críticos possui tempo de entubação prolongado, prejudicando a fala e a deglutição. Trabalhando tais problemas, pode-se contribuir para a redução do tempo de permanência e morbidades, também conta com a participação da Nutrição.

As áreas de ênfases e profissões que compõe a RIS/GHC e suas respectivas vagas são: a ênfase **Saúde da Família e Comunidade**, que oferece sete vagas para Enfermagem, quatro vagas para Farmácia, duas vagas para Nutrição, nove vagas para Odontologia, cinco vagas para Psicologia e sete vagas para Serviço Social; a ênfase **Saúde Mental** inclui as profissões de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional com duas vagas ofertadas para cada área; a ênfase **Atenção ao Paciente Crítico** disponibiliza para Enfermagem oito vagas, quatro vagas para Fisioterapia, para Fonoaudiologia e Nutrição com duas vagas cada; e a ênfase **Oncologia/Hematologia** contempla a Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social todas com uma vaga ofertada⁽⁵¹⁾.

A Residência Integrada em Saúde foi criada para atender a necessidade de especializar os profissionais para a atuação no SUS, e busca desenvolver aprendizagens para atenção integral à saúde, a partir das suas premissas e diretrizes. Entre esses princípios, destacam-se o acolhimento dos usuários, o estabelecimento de vínculos terapêuticos, a responsabilização pelo cuidado à saúde necessária em cada caso ou condição de vida, a ampliação permanente da resolutividade da ação assistencial e o estímulo continuado à autonomia das pessoas na gestão da proteção à sua saúde individual e coletiva⁽⁵²⁾.

Desde a implantação da RIS/GHC, muitas dificuldades foram enfrentadas. Médicos e residentes, por exemplo, colocaram-se contrários à nova proposta de formação em serviço, refletindo as disputas corporativas vigentes no País naquele momento. Sendo assim, foi criada a Residência Multiprofissional em Saúde, em novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial 2.117 do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a qual garante o desenvolvimento de programas de residências destinados conjuntamente às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuando a médica⁽⁵³⁾.

Desse modo, a Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007, dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, definindo que as duas Residências mencionadas sejam consideradas uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* para os profissionais da área da saúde, caracterizando-se pela formação em serviço^(54,55).

Contudo, a terminologia Residência Integrada em Saúde do GHC continua sendo utilizada na instituição para se referir à Residência Multiprofissional em Saúde. A área médica permaneceu com a sua regulamentação própria. Alterar programas cristalizados, como a Residência Médica, que já está instalada no GHC desde 1962, parece algo utópico, pois a hegemonia médica persiste décadas após décadas. Corroboro com a necessidade das equipes de saúde a desenvolverem suas ações pautadas na interdisciplinaridade no contexto saúde, doença e qualidade de vida do usuário do SUS, de tal forma que a integração dos vários saberes e práticas de cada profissional da saúde possam viabilizar a integralidade da assistência.

A integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividades requer a percepção do usuário como sujeito histórico, social e político, integrado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade em que vive, é fundamental articular as ações de educação em saúde para promover um saber coletivo que possibilite a cada indivíduo atingir sua autonomia para cuidar de si e de sua família⁽⁵⁶⁾.

Portanto, é responsabilidade de cada profissional inserido no programa da RIS, formar seus alunos para atuarem em equipe de forma interdisciplinar e com resolutividade no atendimento integral e humanizado aos pacientes e seus familiares. Nessa perspectiva, a inclusão de uma metodologia científica, como o PE, na formação em serviço do enfermeiro, também visa contribuir com os princípios da RIS/GHC no que se refere principalmente a integralidade da atenção à saúde, qualificando as ações do cuidado com resolução de problemas referente às Necessidades Humanas Básicas do paciente. Desse modo, o

enfermeiro em formação poderá realizar as atividades que lhe competem legalmente, permanecendo mais próximo ao paciente e desenvolvendo suas ações para além das questões patológicas, pois o cerne da atuação da enfermagem é o cuidado holístico ao ser humano.

4 METODOLOGIA

Nesta seção, apresentam-se os aspectos metodológicos que foram seguidos na busca por respostas às questões e aos objetivos que norteiam este estudo.

4.1 Trajetória metodológica

O percurso escolhido para realizar este estudo foi a pesquisa com abordagem qualitativa, que se baseia na premissa de que a construção de conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores⁽⁵⁷⁾.

Desse modo, elencou-se a técnica do Grupo Focal (GF) para realizar a construção de um instrumento de coleta de dados na Unidade de Terapia Intensiva do HNSC, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

4.1.1 Características do grupo focal

O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais. Trata-se de uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico⁽⁵⁸⁾.

A técnica do GF é aplicada com frequência nas pesquisas da área da saúde, principalmente na enfermagem, ciências sociais e educação. A essência dessa técnica consiste na interação entre o pesquisador e os participantes com o objetivo de obter informações a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos. É apropriada nas pesquisas qualitativas que objetivam explorar um foco, ou seja, um ponto em especial⁽⁵⁹⁻⁶²⁾.

Entre as vantagens da utilização da técnica do GF, destaca-se a possibilidade do desencadeamento de construções de novas ações por parte dos participantes do grupo, ao mesmo tempo oportunizando o autoconhecimento, a autoafirmação, a revisão conceitual e a

reflexão crítica sobre o tema pesquisado. Desse modo, o uso dessa técnica de coleta de dados é importante na medida em que propicia o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos participantes da pesquisa⁽⁵⁹⁾. Isso é possível porque os diferentes olhares que são expressos pelos sujeitos, os despertam para elaboração de certas percepções que ainda se manifestavam numa condição de latência e a transição desse nível ao de elaboração-expressão ocorre no processo interativo que vai se estabelecendo no grupo⁽⁶²⁾.

O grupo focal possui algumas particularidades. É importante considerar a homogeneidade dos integrantes do grupo para permitir que os mesmos sintam-se confortáveis e livres para participar da discussão. A seleção dos participantes ocorre de forma intencional, conforme os objetivos do estudo e o grupo pode ser composto por 6 até 15 pessoas. Outro fator importante é o respeito ao tempo destinado a cada uma das sessões, que pode variar entre 1h30min à 2h, pois ao exceder esse tempo corre-se o risco de provocar fadiga e desinteresse entre os participantes. Além disso, o ambiente deve proporcionar privacidade para os participantes expressarem-se sem serem observados por espectadores indesejáveis, deve ser isento de ruídos externos e internos para que a escuta entre os participantes não tenha interferência nas gravações^(58,62,63).

O coordenador (moderador) faz a abertura da sessão com boas vindas aos participantes e logo a seguir apresenta-se, assim como o observador. Os participantes são esclarecidos sobre os objetivos e as finalidades da pesquisa e também da técnica de grupo focal, explica-se o porquê da gravação, o destino das fitas e assegura-se a confidencialidade e o anonimato das informações. Também é importante esclarecer a dinâmica de discussão (debate), em que não há respostas corretas ou incorretas e cada um pode expressar sentimentos diferentes dos demais, esclarecendo a importância do *setting* (contrato, juramentação, enquadre do grupo), referem-se aos aspectos éticos da pesquisa e o compromisso dos pesquisadores com os pesquisados^(58,63).

Para direcionar a discussão, segue-se um guia de temas relacionados aos objetivos do estudo. O moderador deve manter a discussão focalizada, procurando retomar o assunto quando desviado, encorajar os participantes mais tímidos a falar e evitar a monopolização da discussão por outros. Ao finalizar a discussão de cada tema, sugere-se que a elaboração de uma síntese, que deve ser confirmada com os participantes da pesquisa. A sessão é encerrada com os acertos e combinações para o próximo encontro^(58,63).

O observador é responsável por auxiliar a condução da sessão, intervindo para obter esclarecimentos quando percebe que não houve os devidos encaminhamentos. Ele utiliza um diário de campo para os registros das reações dos participantes nas várias formas de expressão

(verbal e não verbal). Além disso, deve controlar o tempo e monitorar o equipamento de gravação. Concomitantemente, registra cada fala dos participantes para facilitar a transcrição das mesmas. Um detalhe importante a mencionar é com relação ao posicionamento do observador, ele deve sentar-se junto ao grupo, nunca ao lado do pesquisador, para evitar o reforço de comando, participando com o moderador no feedback sobre o que transcorreu no encontro^(58,63).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o qual faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e se localiza em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, estando diretamente vinculado ao Ministério da Saúde, integrando a rede de saúde local e regional. Também pertencem a esse complexo o Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmeina (HF) e doze Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UTIs desses outros hospitais também fazem parte do campo prático dos residentes de enfermagem da ênfase em Terapia Intensiva. Em 2009, o GHC possuía 1800 leitos e mais de sete mil trabalhadores. Recebe a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado, oferecendo atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maior emergência do Rio Grande do Sul está situada no Hospital Nossa Senhora da Conceição, hospital geral, que atende aproximadamente 800 pessoas/dia. Conta com 840 leitos distribuídos entre a internação, hospital-dia e auxiliares. São 79 consultórios, totalizando uma área de 43.030 m². O quadro funcional chega a 4.000 trabalhadores⁽⁶⁴⁾.

A Unidade de Terapia Intensiva do HNSC é considerada de nível 3 (maior complexidade), pois disponibiliza monitores Hewlett-Packard em cada leito, possibilitando a monitorização invasiva à beira do leito; ventiladores mecânicos; bombas de infusões; gerador de marca-passos; desfibrilador cardíaco; máquinas de hemodiálise venovenosa contínua e outras particularidades. Possui 28 leitos divididos da seguinte forma: 13 leitos na UTI área I, 11 leitos na UTI área II, dos quais dois leitos são destinados a pacientes tetânicos e quatro leitos na UCC (Unidade de Cuidados Coronarianos). A maioria dos pacientes é oriunda da emergência e das unidades de internação da própria instituição, de várias especialidades. No

entanto, por apresentar essas características específicas, torna-se um campo riquíssimo para aprendizagem profissional^(46,65).

Nessa UTI, são desenvolvidas três etapas do Processo de Enfermagem: o Histórico de Enfermagem, o qual possui poucos itens, impossibilitando levantar informações suficientes em relação às reais necessidades de saúde do paciente; a Prescrição de Enfermagem, realizada manualmente em impressos contendo os cuidados de enfermagem pré-determinados, comum a todos os pacientes críticos, sendo que as especificidades são acrescentadas posteriormente; e, a terceira etapa utilizada é a Evolução de Enfermagem, realizada diariamente pelo enfermeiro no prontuário do paciente.

4.3 Participantes do estudo

A escolha dos participantes ocorreu de forma intencional, em função da relevância que eles apresentaram em relação a um determinado assunto⁽⁶⁶⁾. Foram convidadas oito participantes: quatro enfermeiras assistenciais da Terapia Intensiva, uma de cada turno (M, T, NI e NII), sendo que duas eram preceptoras da Residência Integrada em Saúde e as demais orientadoras, e quatro enfermeiras residentes do segundo ano do programa da RIS da ênfase em Terapia Intensiva. As enfermeiras residentes foram inseridas no Grupo Focal por fazerem parte de um processo de formação em serviço e com base na premissa de que sua inclusão enriqueceria as discussões em torno do tema, possibilitando o surgimento de diferentes opiniões e percepções em cada momento compartilhado, um momento singular e importante, proporcionando crescimento e aprendizagem profissional entre todos os envolvidos.

Os critérios de inclusão das enfermeiras preceptoras e orientadoras da ênfase em Terapia Intensiva e enfermeiras residentes do segundo ano foram: possuir conhecimento do Processo de Enfermagem, com interesse em participar da discussão do tema e disponibilidade em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Como critérios de exclusão foram elencados: enfermeiras residentes de outras ênfases e enfermeiras residentes da ênfase em Terapia Intensiva que ainda não vivenciaram a realidade da UTI em estudo.

4.4 Coleta das informações

A coleta das informações ocorreu nos meses entre julho e outubro de 2009. Como o início dos encontros do grupo focal coincidiu com o período de férias das residentes e de algumas enfermeiras, os participantes sugeriram fazer esse intervalo e reiniciar após as férias, de tal forma que o período de coleta de dados se estendeu além do previsto inicialmente.

A moderadora do grupo focal foi à própria pesquisadora mestranda, a qual buscou capacitação para tal por meio da realização da disciplina do curso de mestrado “Grupo Operativo: dinâmica e fundamentos teóricos”. Foi escolhida e treinada uma enfermeira do HNSC com conhecimento do Processo de Enfermagem para atuar como observadora. A proposta inicial era a realização de cinco encontros, um a cada semana de forma consecutiva, porém, o interesse e envolvimento das participantes foram tão significativos que foram necessários mais dois encontros, totalizando, portanto, sete encontros. A data dos encontros, assim como o horário foi combinado, previamente, com os participantes. Os grupos foram realizados em três segundas-feiras, duas terças e duas quintas, sempre no horário das 18h, e tiveram duração média de duas horas. Esse horário foi estabelecido de forma consensual pelo grupo, com o intuito de facilitar e viabilizar que aqueles que estavam trabalhando à tarde e os que iam trabalhar a noite pudessem participar dos encontros, mediante consentimento prévio das colegas do setor. Todos os encontros do GF ocorreram na própria instituição para facilitar o acesso aos integrantes do grupo. Quanto ao local das reuniões, utilizaram-se salas de aula da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e a sala de reuniões da nova UTI, proporcionando um ambiente livre de trânsito de outros profissionais.

Os encontros ocorreram de acordo com a agenda elaborada contendo a descrição das atividades (APÊNDICE B). No início de cada reunião, era realizada uma síntese dos momentos anteriores e no final eram feitas combinações para os encontros subsequentes. A observadora registrava em um diário de campo as reações dos participantes, atentando para as expressões verbais, não verbais, inclusive da moderadora. Também foi incumbida de controlar o funcionamento do aparelho utilizado nas gravações. Todas as falas foram gravadas e transcritas, respeitando os aspectos éticos. A presença das participantes nos encontros foi satisfatória, as faltas eram comunicadas previamente à moderadora. Em todas as atividades, foram oferecidos lanches, tornando a discussão mais produtiva e descontraída.

No primeiro encontro, após a apresentação da moderadora e da observadora foi entregue um crachá ao grupo para facilitar a interação face a face. Na apresentação dos

participantes, foi realizada uma técnica de descontração, para se sentirem à vontade e seguros. A técnica foi bem aceita pelo grupo, possibilitando conhecer algumas particularidades em comum do cuidador. A seguir, foram esclarecidos os objetivos do estudo, a trajetória do Grupo de Estudo de Diagnóstico de Enfermagem e Prescrição Informatizada do HNSC, assim como a sua relação com o projeto de pesquisa, as características da técnica escolhida e as regras de compromisso para com o grupo. Também foi explanado sobre as questões éticas conforme a resolução 196/1996 que regulamenta pesquisa com seres humanos e o TCLE. As cadeiras foram posicionadas em círculo, de modo a possibilitar maior aproximação entre os componentes do GF, facilitando o diálogo. Foi fornecido aos participantes o referencial teórico sobre o Processo de Enfermagem, utilizando capítulos de livros e artigos, outros referenciais sobre coleta de dados que se basearam nas NHB e um manual sobre essas necessidades (APÊNDICE C) com seus subgrupos e definições, o qual foi elaborado pela pesquisadora para melhor compreensão da proposta do estudo e facilitar na construção do instrumento. Todos os participantes assinaram o TCLE, concordando com a proposta apresentada. Também foi entregue um questionário (APÊNDICE D), a cada um dos participantes, contendo nove questões que caracterizam os indivíduos do grupo.

No segundo encontro, discutiu-se sobre o referencial teórico distribuído no encontro anterior. O grupo considerou o material relevante para o aprendizado profissional. Na seqüência, com mais subsídios, os participantes iniciaram a construção da nova versão do instrumento de coleta de dados, utilizando o instrumento do GEDEPI como referência. (ANEXO A), no intuito de reestruturar a forma e conteúdo conforme a teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta. Para tanto, discutiu-se quanto ao acréscimo, à exclusão, à substituição e/ou à manutenção dos itens por meio da consulta a livros sobre anamnese e exame físico. Nesse dia, reestruturaram-se os itens da identificação, história pregressa e história da doença atual, sendo que não foi possível a finalização da revisão desse último item.

No terceiro encontro, a discussão continuou com a história da doença atual. Revisado os itens anteriores e iniciou-se o estudo das necessidades psicobiológicas, como a regulação neurológica, oxigenação e percepção dos órgãos e sentidos.

No quarto momento, revisado a necessidade da oxigenação. Na seqüência, a regulação cardiovascular, alimentação e eliminação intestinal, hidratação e eliminação urinária e integridade física.

Na quinta sessão, foram revisadas as necessidades anteriormente discutidas, sendo acrescentados ou excluídos alguns itens.

No penúltimo encontro, deu-se continuidade com as necessidades de segurança física, sono e repouso, cuidado corporal e sexualidade. Terminada a discussão sobre as psicobiológicas, partiu-se para as psicossociais e psicoespirituais. Finalizado o instrumento, a moderadora propôs a testagem em 16 pacientes da Unidade de Terapia Intensiva, duas internações por participante, levando em consideração alguns critérios para a avaliação deste instrumento, como organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo. O grupo solicitou um período de 15 dias para aplicar o instrumento, mas o tempo real chegou quase há 30 dias, em função da dificuldade em conciliar o momento da internação do paciente com a disponibilidade do enfermeiro, naquele momento. Ao total foram testados 10 instrumentos de coleta de dados, apenas uma participante não conseguiu efetuar esta etapa.

No último encontro, foi realizada avaliação da aplicabilidade do instrumento, após testagem pelas participantes, sendo necessário acrescentar, excluir e/ou substituir alguns itens para o refinamento do mesmo. Durante a testagem do instrumento, surgiram algumas dúvidas em relação ao seu preenchimento e o grupo manifestou a necessidade da elaboração de um manual de orientação, o qual foi elaborado pela pesquisadora e submetido a apreciação das participantes por meio eletrônico. Para o fechamento, foi realizada avaliação do Grupo Focal.

4.5 Análise das informações

As respostas do questionário de caracterização dos participantes do GF foram analisadas de forma quantitativa, por meio de estatística descritiva. Todos os tópicos do instrumento de coleta de dados, assim como os itens contidos no mesmo, foram elaborados conforme sugestões das participantes durante a realização do grupo focal. As falas, inseridas no contexto da discussão, serviu para corroborar os dados elencados no instrumento. As discussões produzidas em cada sessão do grupo focal foram analisadas conforme o preconizado por Horta, ou seja, grupos e subgrupos das Necessidades Humanas Básicas⁽³⁾.

Cada participante recebeu um nome fictício para garantir o anonimato, obedecendo-se os aspectos éticos da Resolução 196/1996. Sendo assim, as falas dos participantes foram identificadas com nome de flores e cada sessão realizada no Grupo Focal foi identificada pela letra S, seguido de um número correspondente à sessão: S1, S2, S3, S4, S5, S6 e S7.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Coordenadora das UTIs para seu conhecimento e sua autorização para realizá-lo. Após, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC, obtendo aprovação sob o protocolo de nº 058/09, FR: 258781, em reunião do dia 10 de junho de 2009 (ANEXO B). Estando de acordo assim como o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (APÊNDICE A), com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/1996 e complementares do Conselho Nacional de Saúde⁽⁶⁷⁾.

A coleta das informações iniciou somente após a aprovação do projeto pelo CEP assim como, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas oito enfermeiras que concordaram em participar da pesquisa. Assegurou-se a confidencialidade das informações obtidas, evitando-se, desse modo, possíveis constrangimentos ou prejuízos aos participantes da pesquisa e a garantia da preservação do anonimato das mesmas.

Ressaltou-se que as informações coletadas foram utilizadas para a realização desta Dissertação e também serão empregados na elaboração de artigos e comunicações que dela resultarem, sem causar risco na carreira profissional ou acadêmica dos participantes da pesquisa. Os dados coletados serão guardados por cinco anos e após serão destruídos conforme recomendação da Resolução supramencionada.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está dividido em quatro tópicos: 1) Características dos participantes do Grupo Focal; 2) Construção do instrumento de coleta de dados; 3) Testagem do instrumento de coleta de dados; e, 4) Construção do manual de orientação de preenchimento para o instrumento de coleta de dados. No item construção do instrumento de coleta de dados, foram elaborados sete grupos visando a responder aos objetivos da pesquisa.

5.1 Características dos participantes do grupo focal

O perfil dos participantes, a experiência prévia em relação à aplicação do Processo de Enfermagem, suas dificuldades e sugestões são apresentadas a seguir.

Os oito participantes são do sexo feminino. Cinco delas são enfermeiras graduadas há menos de cinco anos e apenas uma enfermeira possui mais de 15 anos de formação. Em relação ao tempo de assistência na UTI, seis enfermeiras trabalhavam há menos de cinco anos neste setor e uma desenvolve suas atividades profissionais há mais de 15 anos nesse setor. Assim, pode-se considerar que o grupo em questão é relativamente jovem, homogêneo e possui conhecimento em Terapia Intensiva.

Quanto ao ensino do Processo de Enfermagem na graduação, todas as enfermeiras que participaram da pesquisa mencionaram ter estudado as fases do processo de enfermagem durante a formação acadêmica e sete referiram a aplicação desse conhecimento na prática em estágios. Apenas uma não o utilizou na prática, pois o processo de enfermagem não estava instituído no hospital escola, de tal forma que sua aplicação ocorria mediante estudos de casos. Seis participantes são egressas de universidades federais e duas enfermeiras são graduadas por instituições particulares de ensino. Essas falas expressam o investimento das instituições de ensino em relação ao incentivo da aplicação do PE na prática assistencial, formando profissionais com maior conhecimento científico no modo de saber e fazer enfermagem.

Em relação à busca por cursos de pós-graduação pelas participantes do estudo, constatou-se que quatro enfermeiras realizaram Residência na Ênfase em Terapia Intensiva e

duas enfermeiras realizaram especialização em Terapia Intensiva. Assim, participaram da pesquisa seis enfermeiras especialistas no campo em estudo. Cabe ressaltar que cinco enfermeiras possuíam um curso de pós-graduação; duas delas, dois cursos; e, uma, quatro cursos de especialização, coincidindo com o tempo de formação, ou seja, se graduou há mais de 15 anos. Esses dados mostram a preocupação das participantes com sua formação profissional, buscando conhecimento para aprimorar sua prática, especialmente por trabalharem em instituição que oferece residência.

Outra questão levantada foi sobre as etapas do Processo de Enfermagem que cada participante já aplicou no cotidiano profissional. Todos já utilizaram as etapas do histórico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem, sendo que somente duas tiveram oportunidade de aplicar os Diagnósticos de Enfermagem na prática assistencial. A experiência de cada uma em relação ao histórico de enfermagem facilitou a construção de um novo instrumento de coleta de dados.

Entre as dificuldades para implementação do Processo de Enfermagem, no cotidiano assistencial, cinco enfermeiras do grupo destacaram a falta de conhecimento técnico-científico do enfermeiro. A falta de interesse da enfermagem em colocá-lo na prática foi mencionado por três enfermeiras. Na seqüência está a sobrecarga de trabalho, tendo como consequência a falta de tempo para o enfermeiro realizar essas atividades; a falta de um programa informatizado para o histórico de enfermagem (exame físico e anamnese), diagnósticos e intervenções de enfermagem para agilizar o trabalho do enfermeiro com qualidade e efetividade; falta de apoio institucional, cada uma dessas dificuldades foi levantada por duas enfermeiras. A falta de um instrumento adequado para coleta de dados dos pacientes em situação crítica de vida foi citada como dificuldade por uma enfermeira, entretanto considero relevante por ter sido a mola propulsora para realização desta pesquisa. Tais dificuldades também foram descritas em estudos anteriores que relatam experiências relacionadas à implantação do processo de enfermagem^(29, 68-72).

Diante do panorama apresentado, as enfermeiras citaram algumas sugestões para superar as dificuldades supramencionadas. Com frequência de aparição de três vezes, destacaram-se as seguintes sugestões: realizar grupos de estudos sobre a temática; realizar capacitação dos profissionais; elaborar um programa informatizado específico para o processo e realizar educação permanente. A importância do processo de enfermagem ser informatizado é uma tendência forte e atual para a enfermagem e tem sido mencionada como justificativa⁽⁶⁹⁾.

Envolver toda a equipe na implantação do PE e incentivo da instituição foram outras sugestões pontuadas duas vezes cada uma. Para obter o incentivo institucional, deve-se

apresentar aos gestores o que realmente significa o Processo de Enfermagem, qual a sua importância e implicações perante o paciente, família e a equipe de enfermagem. Além disso, destaca-se o aspecto legal relativo à implementação desse Processo, o qual deve ser realizado, de modo deliberativo e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem⁽²⁾.

Para amenizar as dificuldades, foi citada a necessidade de diminuir a carga de trabalho do enfermeiro, à medida que se institui uma linguagem padronizada no cotidiano assistencial, isso pode refletir na otimização de carga de trabalho, possibilitando outros benefícios como à utilização melhor do tempo do enfermeiro para as relações humanas do cuidado⁽⁷⁰⁾. Embora algumas respostas foram citadas somente uma vez, também são consideradas importantes, como, por exemplo, a sensibilização e a conscientização do enfermeiro em valorizar o seu próprio trabalho, pois essa atitude é a base para o sucesso da implantação do Processo de Enfermagem, o qual depende não só do sistema, mas também do interesse desse profissional.

Quanto à importância da aplicação do Processo de Enfermagem na prática assistencial do enfermeiro, destacaram-se cinco aspectos distintos: organiza o trabalho da enfermagem, especialmente no que se refere ao planejamento e a uniformização do cuidado prestado ao paciente; qualifica a assistência ao possibilitar a continuidade do cuidado; propicia visibilidade e valorização profissional ao retratar o cuidado diário realizado pela enfermagem e a estimular uma atitude pró-ativa de suas competências; possui respaldo legal na medida em que existe registro dos cuidados realizados, disponibilizando dados pertinentes ao paciente que auxiliem nas ações da equipe de saúde; favorece o cuidado integral e individualizado ao paciente priorizando suas necessidades. Esses resultados assemelham-se aos achados de pesquisas relacionadas à implementação do PE^(29,72).

5.2 Construção Coletiva do Instrumento de Coleta de Dados

A construção do instrumento de coleta de dados ocorreu em sete sessões, utilizando como referencial o manual das Necessidades Humanas Básicas: conceitos e subgrupos (APÊNDICE C), bem como o instrumento do Grupo de Estudo Diagnóstico de Enfermagem e Prescrição Informatizada (GEDEPI) do HNSC (ANEXO A). O instrumento de coleta de dados construído coletivamente no grupo focal ficou estruturado em sete grupos: Identificação; História pregressa; História da doença atual, Avaliação geral; Avaliação das

Necessidades Psicobiológicas; Avaliação das Necessidades Psicossociais e Avaliação das Necessidades Psicoespirituais. A seguir, descreve-se cada uma delas.

5.2.1 Identificação

Esta parte contempla os dados de identificação do paciente. As participantes não tiveram dúvidas em relação a esse primeiro título. Consideraram que os itens **idade, sexo, cor, estado civil, profissão e proveniência** devem estar presentes. O item proveniência refere-se ao setor de origem do paciente, sendo incluído **Bloco Cirúrgico (BC) e Unidade de Internação (UI)**. Também foram acrescentados **data de internação hospitalar, data de internação no setor, nome do cuidador, acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS), responsável para contato e telefone**. Neste grupo, não foi incluído **religião**, pois ela foi inserida nas NHB psicoespirituais. O item **SUSEP** (Superintendência de Serviços Penitenciários) também foi retirado por não ser um local de origem frequente dos pacientes internados, podendo ser registrado no item **outros**. **Escolaridade** foi substituída por **profissão**. Em relação ao item **sexo**, as participantes acharam que deve constar no instrumento, pois muitos nomes são ambíguos e podem corresponder tanto a homens quanto mulheres. Os demais itens foram mantidos conforme o instrumento do GEDEPI.

Outra questão relevante que merece atenção em relação ao item sexo é a correlação com alguns fatores de risco como o uso do tabaco, sendo o sexo masculino o que tem maior hábito de fumar, conforme evidenciado por alguns estudos⁽⁷³⁻⁷⁶⁾. Enquanto que outras doenças como a dislipidemia, obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tem maior prevalência em mulheres⁽⁷³⁾.

Houve grande discussão em relação à escolha da denominação **raça** ou **cor**, em função da dificuldade na sua definição, pois, ao longo dos anos, ocorreram miscigenações que contribuíram para a descaracterização fenotípica dos indivíduos, tornando difícil identificar determinada raça para um paciente crítico, o qual, muitas vezes, está impossibilitado de informar esses dados por estar sedado e/ou confuso. Diante disso, optou-se por deixar o termo cor por ser mais prático, apesar de gerar um dado subjetivo também passível de enganos. Algumas falas revelam essas dificuldades:

É tão banalizado que as pessoas não valorizam a sua origem (Rosa, S2).

A própria pessoa, que raça você é? Sou branco. Tem o pé na África e diz que é branco (Orquídea, S2).

Acho que não é uma coisa banalizada e sim confusa, levando o profissional ignorar a raça e nacionalidade se interessando só pela patologia (Azaléia, S2).

Na literatura, muitos estudos utilizam a terminologia cor de pele ou raça como uma variável demográfica, podendo estar associando a determinadas doenças, como níveis pressóricos elevados sendo mais prevalente nos indivíduos de cor amarela (asiáticos)⁽⁷⁷⁾. Outros estudos evidenciam que a cor branca tem maior prevalência para HAS, doença renal crônica, HDL, LDL e colesterol total, e entre os negros predominou o tabagismo, DM, obesidade, hipertrigliceridemia e sedentarismo^(71,78). O fator demográfico continua sendo um forte preditor de pior função cardiovascular em um estudo sobre as disparidades raciais, identificando que os negros mantiveram maior associação a esta patologia⁽⁷⁹⁾. Nesse contexto, torna-se fundamental o profissional preencher o item cor na identificação do indivíduo, uma vez que poderá associá-la a uma melhor prevenção e controle, pois a maioria dessas doenças é modificável, possibilitando melhorar a qualidade dos cuidados à saúde, assim como a qualidade de vida, principalmente nas intervenções visando à pós-alta.

Com relação ao registro de **datas da internação hospitalar** e do **setor**, essas informações são importantes, por exemplo, para o Controle de Infecção Hospitalar, pois esse dado é utilizado para definir se uma determinada infecção é comunitária ou hospitalar, se o resultado de exames culturais e procedimentos invasivos estão relacionados com a data da chegada ao setor.

Uma infecção considerada comunitária quando for diagnosticada ou em incubação no momento da internação do paciente, desde que não esteja relacionada com internação anterior no mesmo hospital. Também é considerada comunitária a infecção associada com complicação ou extensão da infecção já existente na chegada; infecção em recém nascido adquirida via transplacentária e infecção em recém nascido com bolsa rota. A infecção nosocomial é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante ou após a alta, em virtude da internação ou realização de procedimentos hospitalares⁽⁸⁰⁾.

As palavras **proveniência** e **procedência** têm o mesmo significado: origem, lugar onde alguém ou algo procede⁽⁸¹⁾. Os participantes optaram por utilizar proveniência para identificar o setor de origem do paciente e a procedência para registrar a cidade de onde ele vem, tendo em vista que o GHC recebe muitos pacientes do interior, possibilitando levantar

dados que sugerem alguma necessidade psicossocial prejudicada. As falas a seguir assinalam a importância desse dado.

Acho interessante colocar procedência porque ele pode ser do interior. (Azaléia, S2).

Se tiver alguma criança que a mãe precisa ficar junto, tu vê que a família não tem condições, daí se encaminha para assistente social para ganhar almoço. (Lírio, S2).

Então na proveniência a gente acrescenta residência, UTI, BC, emergência, Unidade de Internação e podemos colocar outros (Azaléia, S2).

A identificação da procedência revela não só possíveis problemas sociais, mas também a correlação de determinados sinais e sintomas que podem estar relacionados a algum diagnóstico de enfermagem, à alguma Necessidade Humana Básica ou a uma patologia, como o caso da leptospirose, sendo investigado com o paciente e familiar a região de origem e as condições dos locais onde convive e/ou trabalha. Assim sendo, estabelecer uma ligação dos dados a serem investigados com as informações adquiridas e as reais condições de saúde do paciente, permite que a enfermeira utilize o raciocínio crítico-reflexivo para possíveis tomadas de decisão em prol de uma boa prática assistencial.

Outro item importante é identificação do **cuidador** do paciente, pois sua existência indica que o paciente necessita de ajuda para o autocuidado e essa pessoa pode trazer dados complementares que contribuirão para as intervenções de enfermagem. Além disso, o **responsável para contato** geralmente não é a mesma pessoa que cuida, mas é outro dado relevante no prontuário do paciente, como segue nas falas a seguir.

Eu acho interessante, pois uma menina de 14 anos ganha filho, quem ela gostaria que chamasse a mãe, o namorado [...] (Lírio, S2).

Um paciente tinha duas mulheres e optou somente pelo contato de uma (Dália, S2).

O registro do nome da pessoa para contato é imprescindível tanto para a equipe multidisciplinar, que, muitas vezes, precisa definir terapêutica durante e/ou após internação, quanto para o paciente no intuito de evitar determinados conflitos ou desentendimentos familiares.

Alguns estudos assinalam que a maioria dos cuidadores de pacientes são mulheres da própria família, geralmente a esposa, filha, irmã, neta, mãe e até sobrinha⁽⁸²⁻⁸⁴⁾. A justificativa

dessa predominância pode estar na origem cultural das crenças e valores da família, em que a figura feminina é vista desde pequena, aquela que organiza, que cuida do irmão mais velho, que fica de companhia para os avós, enfim, está presente nas diversas atividades domésticas. Esse cuidador/familiar torna-se um elo importante entre o paciente e a equipe de saúde, o qual deve ser orientado e treinado quanto às ações de cuidados a ser continuados no período pós alta hospitalar, cultivando sentimentos de segurança e confiança tanto para o cuidador quanto para o paciente, mantendo a qualidade da assistência à saúde.

Nesse sentido, a equipe multidisciplinar deve incluir a família/cuidador desde o início do tratamento do doente, devido a sua importância em todo o processo do cuidar^(85,86), ouvindo-os, orientando-os e apoiando-os em busca de um enfoque voltado à humanização da assistência. Dessa feita, a família também deve estar presente, indo ao encontro dos objetivos da instituição hospitalar^(82,87).

Os participantes discutiram quanto à necessidade de saber se o paciente tem ou não **acesso a uma Unidade Básica de Saúde (UBS)**, pois possibilita ao profissional investigar problemas prévios de saúde não informados durante a internação e elaborar planos de cuidados para alta hospitalar visando à continuidade da assistência à saúde.

Eu colocaria, pensando na nossa nota de alta, se tem um cuidador e uma Unidade Básica de Saúde (Azaléia, S2).

Essa é uma prática não vivenciada por muitos profissionais da instituição, inclusive da UTI em estudo. Porém, acredito que a utilização de um instrumento de coleta de dados que possibilite determinada informação, facilita o intercâmbio entre as fases do cuidado à saúde. A inclusão dessa prática no processo de trabalho da equipe de saúde possibilita a continuidade da assistência, levando em consideração todo o investimento que o hospital fez pelo paciente. A organização desses cuidados são alcançados com a utilização do sistema de referência e contra-referência, proporcionando a adesão às alternativas de ações assistências fora do contexto hospitalar, a exemplo dos cuidados domiciliares⁽⁸⁸⁾.

Entende-se por referência o encaminhamento do paciente a ações e serviços de saúde especializados ou de maior grau de complexidade (hospitais e clínicas especializadas) e a contra-referência diz respeito às de menor grau de complexidade, como na alta hospitalar, o paciente é contra-referenciado, conduzido, para UBS mais próxima de seu domicílio⁽⁸⁹⁾. Um estudo realizado em um hospital de Santa Catarina revela alguns benefícios com a utilização deste processo de trabalho, tais como: a humanização, mantendo vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de permanência no hospital e da exposição às

complicações; assim como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos⁽⁹⁰⁾. Portanto, torna imprescindível o registro da rede social a que o indivíduo pertence e o diálogo entre as equipes de profissionais da saúde para a construção de uma assistência coletiva, incluindo o cuidador nesse processo, para que ele se sinta seguro e confiante com o desenrolar das suas ações para com o paciente.

As informações contidas nesse grupo são de extrema importância por oportunizar ao profissional conhecer melhor algumas particularidades de cada paciente, o que contribui para o planejamento do cuidado. O hábito de coletar e registrar todos os dados solicitados deve fazer parte do cotidiano como qualquer outra atividade, pois proporciona melhor interação com o paciente e a família. O residente, ao participar dessa fase, também tem a possibilidade de ampliar suas habilidades investigativas sobre o ser humano e o seu contexto, intermediando a resolução de alguma necessidade encontrada.

Nesse primeiro momento, as participantes do grupo mostraram-se empolgadas em dar continuidade às discussões e concordaram com a pesquisadora de que o instrumento de coleta de dados deve ser estruturado conforme as Necessidades Humanas Básicas. Portanto, a opinião das enfermeiras vai ao encontro da proposta do estudo, pois elas referiram que o instrumento do GEDEPI, utilizado como referência, é muito extenso e não contém questões abertas que possibilitam a inclusão de outras informações, o que denota a necessidade de averiguar se o mesmo contempla uma nova versão.

5.2.2 História Progressa

Este grupo foi nomeado com o mesmo título do instrumento do GEDEPI, porém ocorreram algumas modificações.

No item doenças pré-existentes, por exemplo, foi mantido somente a palavra doenças com a inclusão de outras comorbidades como **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), cardiopatia e obesidade**. Quanto aos itens **alergia alimentar** e **medicamentosa**, optou-se por manter somente **alergia** com espaço para registrar as especificidades. Não foram utilizados os itens **transfusão de sangue, exercícios e habitação** nessa subcategoria, sendo inserido o item sono na NHB específica. Foram mantidos os itens **medicação em uso, cirurgias prévias** e alterado a palavra **álcool** para **alcoolismo, droga** para **drogadição e tabagismo** para **tabagista**. Em

relação a esse último aspecto, foram acrescentados os quesitos quantidade de cigarros consumidos por dia e o tempo de uso do tabaco. O item referente a ser portador de germe multirresistente ou pan-resistente foi mantido e acrescentado as especificações relacionados ao sítio e à data, os quais permitem identificar, respectivamente, o local colonizado e/ou infectado e quando o germe foi isolado. No momento da internação, é imprescindível averiguar esses dados, porque dependendo do germe e do sítio afetado, será determinado um tipo de medida de bloqueio epidemiológico, conforme orientação do Controle de Infecção Hospitalar.

A seguir, apresentam-se algumas falas exemplificadoras dessa subcategoria:

Além das doenças DM e HAS, vamos incluir DPOC e cardiopatia, pois estão muito presentes (Azaléia, S2).

Eu acho interessante, pois um familiar teve um AVC, fumava 3 maços/dia e acabou com DPOC (Jasmim, S2).

Gurias, ali no tabagismo tem que colocar um espaço para o número de cigarros por dia (Tulipa, S2).

A quantidade é importante para ver se ele é tabagista pesado ou não (Rosa, S2).

Menos de oito cigarros/dia é tabagista leve (Orquídea, S2).

O registro do resultado de cultura positiva para germes pan-resistentes é bem importante para se estabelecer alguns cuidados (Dália, S2).

Apesar das campanhas contra o fumo, o consumo do tabaco causa mais de 5 milhões de mortes por ano. Devido às doenças associadas, esse número tem a possibilidade de aumentar para mais de 8 milhões em 2030, por falta de conscientização das pessoas⁽⁹¹⁾. Resultados de um estudo cubano sobre os fatores de mortalidade atribuída ao consumo do tabaco indicam que em primeiro lugar está o câncer de pulmão, seguido da DOPC, cardiopatia isquêmica e enfermidade cerebrovascular⁽⁹²⁾.

No contexto hospitalar, ainda se encontram pacientes fazendo uso do tabaco durante a internação, seja escondido no quarto ou até mesmo circulando no pátio aos olhos dos profissionais. Nesses casos, geralmente ocorre apenas advertência verbal em relação a essa prática, por ser um local considerado livre do tabaco. Um estudo realizado no Hospital do Servidor Público em São Paulo evidenciou, em uma amostra de 110 pacientes, uma prevalência de 17% de tabagistas entre os pacientes internados, sendo que 15% apresentaram sintomas de abstinência e 58%, sintomas respiratórios⁽⁷⁵⁾.

Resultados de um estudo assinalam que o manejo em direção à motivação individual para parar de fumar, é um dos fatores mais importantes para o abandono do tabagismo, sendo imprescindível também o envolvimento de uma equipe multidisciplinar especializada e a inclusão da família nesse processo⁽⁹³⁾. Assim, contribuir-se-á para um ambiente livre do tabaco, protegendo os pacientes com enfermidades pulmonares e também os indivíduos não-fumantes da exposição à fumaça⁽⁹⁴⁾. As campanhas de advertências sanitárias com imagens negativas do resultado do uso do tabaco, também são imprescindíveis para uma abordagem cognitivo-comportamental, no intuito de sensibilizar os fumantes⁽⁹⁵⁾.

A investigação com o paciente e/ou familiar sobre outras doenças mencionadas na história pregressa também é importante, pois a HAS, DM, tabagismo, obesidade e alcoolismo são os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares^(73,96-98). Em algumas situações esses fatores são passíveis de mudanças e o enfermeiro durante a coleta das informações pode identificar diagnósticos de enfermagem, de acordo com a NANDA-I, por exemplo: Estilo de vida Sedentário; Nutrição Desequilibrada; e, Risco de Glicemia Instável. Assim, a partir dos sinais e sintomas e da história pregressa será possível implementar ações para possíveis mudanças do estilo de viver desse indivíduo, levando em consideração a participação familiar para que os resultados sejam alcançados.

A última fala da participante reforça a importância de buscar identificar se o paciente apresenta cultura positiva para germe PAN resistente, ou seja, bactérias sensíveis a todos os antibióticos. Essa identificação é primordial na admissão, para que nesse momento seja preconizado isolamento de contato (uso de luvas e aventais) e quarto individual ou coorte, que é a locação de pacientes portadores de um mesmo germe em um mesmo quarto ou enfermaria⁽⁹⁹⁾.

Todas essas doenças que compõem a história pregressa já estão contempladas no cronograma de atividades da residência de enfermagem da ênfase em Terapia Intensiva, geralmente, por meio de aulas dispositivo-dialogadas. Porém, acredito que ainda falta um elo com o campo da prática, pois o entendimento da fisiopatologia das doenças é comum a qualquer profissional da saúde e cada núcleo do saber utilizará essas informações de acordo com as suas competências específicas. Nessa ótica, a enfermagem utiliza instrumentos metodológicos para o planejamento de suas atividades. Esse é o aspecto que destaco, pois o campo de terapia intensiva em estudo deve disponibilizar condições técnicas para o residente desenvolver atividades específicas e legais do profissional enfermeiro e, para isso, a sensibilização e conscientização da importância da aplicação das etapas do PE de forma adequada representa uma válvula propulsora para mudanças de paradigmas.

5.2.3 História da Doença Atual

Os integrantes do Grupo Focal decidiram substituir a palavra histórico por história. O item **motivo da internação** gerou dúvidas no grupo, pois não ficou claro se ele se refere à **internação hospitalar** ou **internação no setor**. Em algumas ocasiões, pode ser pelo mesmo motivo, mas geralmente transferências internas, ou seja, entre setores, possuem motivações diferentes. Portanto, optou-se por manter a **queixa principal** especificando tratar-se da **internação hospitalar** e acrescentado o item **motivo da internação no setor**. Também foi acrescentado o item diagnóstico médico. A fala a seguir ilustra o exposto.

Queixa principal, a que ele internou no hospital ou no setor? Porque ele pode vir pra nós por insuficiência respiratória e no hospital por erisipela [...] Daí podemos colocar motivo de internação hospitalar e motivo de internação no setor (Azaléia , S2).

Nos itens motivo de internação hospitalar e/ou internação no setor, cabe ao enfermeiro avaliar e registrar os sinais e sintomas que determinaram a necessidade de internação do paciente, o que facilita a elaboração dos DE e seus respectivos cuidados, com vistas aos resultados a serem alcançados. A descrição do diagnóstico médico será considerada um complemento aos demais itens, já que o alvo para a atuação do enfermeiro está direcionado aos sinais e sintomas do paciente. Esse é o momento do enfermeiro seguir sua própria metodologia de trabalho, garantindo seu espaço e autonomia profissional.

5.2.4 Avaliação Geral

A parte do exame físico passou a ser denominada **avaliação geral**, por opção dos participantes do grupo. Os itens referentes aos **sinais vitais** (temperatura axilar, frequência cardíaca, pressão arterial sistêmica, frequência respiratória, dor e o local), **hemoglicoteste**, **oximetria de pulso**, **peso** e **altura** foram mantidos. A esses quesitos acrescentaram-se os itens **exames laboratoriais alterados** e **pressão arterial média**. Após discussões, o grupo concluiu ser necessário manter esses dados no início do instrumento e não distribuí-los nas diferentes NHB, com o intuito de facilitar e agilizar a avaliação realizada pelo profissional.

Para a mensuração da dor, o enfermeiro deverá utilizar escala específica que está disponível no manual de orientações.

A verificação dos sinais vitais é uns dos primeiros cuidados prestados quando o paciente interna na UTI, permitindo que a enfermeira levante os primeiros diagnósticos de enfermagem, tais como: Padrão Respiratório Ineficaz, que é caracterizado pela inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada; e, Débito Cardíaco Diminuído, definido pela quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais, tendo como uma das características definidoras a alteração da frequência e do ritmo cardíaco⁽³⁶⁾.

Em relação à dor, as participantes consideram pertinente manter esse item no instrumento com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência, uma vez que a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor (APS) a dor é o 5º sinal vital, devendo ser mensurado e registrado com o mesmo rigor que os demais parâmetros vitais⁽¹⁰⁰⁾. A dor é definida como “uma experiência associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões, é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências prévias”⁽¹⁰¹⁾. Além das questões físicas, a dor também pode estar ligada a hábitos de vida e/ou relacionada a questões emocionais, sentimentais e religiosas, que são inerentes à condição humana⁽¹⁰²⁾. A mensuração e o registro da dor de forma rotineira, do mesmo modo que é realizado com os demais sinais vitais, é fundamental para direcionar a conduta terapêutica e contribuir com a qualidade da assistência à saúde⁽¹⁰⁰⁻¹⁰⁴⁾.

A intensidade da dor varia de pessoa para pessoa, pois depende do motivo que desencadeou o evento, do grau de sensibilidade e percepção de cada um, caracterizando um dado subjetivo, que é quantificado pela pessoa que a sente. Pesquisas indicam alguns instrumentos unidimensionais (aqueles que avaliam somente uma das dimensões da experiência dolorosa) os mais utilizados na prática clínica são a Escala Visual Analógica (EVA) que consiste em uma linha reta, não numerada, contendo em uma das extremidades a ausência de dor e na outra a pior dor imaginável e a Escala Visual Numérica (EVN) graduada de zero a dez, em que o zero corresponde a ausência de dor e dez a pior dor imaginável^(100,104,105). Os intervalos entre os numerais também devem ser interpretados por valores fixos e previamente combinados⁽¹⁰⁶⁾.

Durante a avaliação da dor, a enfermeira pode definir se a dor é aguda ou crônica baseando-se nas definições diagnósticas da NANDA-I. O diagnóstico de dor aguda caracteriza-se pelo início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término

antecipado ou previsível e duração menor de seis meses; a dor crônica, diferencia-se por ser constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com uma duração que se estende por mais de seis meses⁽³⁶⁾.

Na Unidade de Terapia Intensiva, frequentemente, o paciente experimenta os mais variados estímulos de dor. Quando ele se encontra desacordado, torna-se inviável utilizar as escalas descritas acima. Nesse caso, é importante que o profissional fique atento para os sinais objetivos da dor: expressão facial de dor; taquicardia; sudorese; hipertensão; inquietação; agitação e interferência na ventilação mecânica⁽¹⁰⁷⁾. Nessas condições, faz-se necessário o ajuste da analgesia para que o paciente fique confortável e se obtenha a eficácia da terapêutica instituída. É direito de todo o paciente um controle adequado das condições álgicas, assim como, administração de analgésicos em doses corretas para o manejo da dor.

Desse modo, considerar a dor como o 5º sinal vital proporciona imediata intervenção como ocorre nas demais alterações dos sinais vitais e exige dos profissionais reavaliações subsequentes. Essa avaliação sistemática deve fazer parte da educação em saúde de todos os envolvidos com a assistência, incluindo os enfermeiros residentes que serão os multiplicadores de melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem.

5.2.5 Avaliação das Necessidades Psicobiológicas

Este grupo está constituído de 11 subgrupos de necessidades, elencados pelas participantes do estudo a partir da realidade dos pacientes da UTI em que a pesquisa foi realizada. Para apresentar as necessidades de Regulação Neurológica; Oxigenação; Percepção dos Órgãos dos Sentidos; Regulação Cardiovascular; Alimentação e Eliminação Intestinal; Hidratação e Eliminação Urinária; Integridade Física; Segurança Física; Sono e Repouso; Cuidado Corporal e Sexualidade, utilizaram-se letras de A a K.

A – Regulação Neurológica

Para a construção deste subgrupo, as integrantes levaram em consideração os aspectos neurológicos do instrumento do GEDEPI. Durante as discussões, a **regulação neurológica** foi constituída pelos itens **nível de consciência, pupilas, linguagem, mobilidade física e observações**.

No item nível de consciência, substitui-se a palavra **acordado** por **alerta**. Mantiveram-se os termos **lúcido, confuso, torporoso e comatoso. Acrescentaram-se os itens letárgico, agressivo e agitado**. Porém, foi lembrado que esses dois últimos itens já estão contemplados na escala de **RASS** (Escala de Analgesia e Sedação de Richmond), assim como, podendo fazer parte de outra necessidade. Foi retirado escala de coma e mantido somente **Glasgow** e um espaço para documentar o escore obtido pelo paciente. Nesse item, o grupo considerou fundamental acrescentar Abertura Ocular (AO), Resposta Verbal (RV) e Resposta Motora (RM), com espaço para o registro do valor de cada da avaliação, tornando mais fácil o acompanhamento da evolução do estado neurológico do paciente. No item escala de RASS, as participantes excluíram a palavra escala, pois já está contemplada na sigla. Nesse mesmo item, foi acrescentado **sedação/analgesia** e um espaço para o registro do nome da droga e o seu gotejo.

Em relação à avaliação das **pupilas**, as participantes sugeriram a utilização dos itens isocóricas, anisocóricas, direita maior que a esquerda e vice-versa, fotorreagentes sim ou não, mióticas e midriáticas e um espaço destinado para anotar o tamanho do diâmetro pupilar.

No item **linguagem**, as participantes concluíram que não há necessidade de descrever os tipos de alterações, pois elas serão contempladas no manual de orientações, sendo possível a consulta em caso de dúvidas. Foi acrescentado o item **alteração sim/não** com espaço para registrar o nome do evento e o item **Não Avaliado (NA)** também com espaço para justificar esta escolha.

Também foi sugerido acrescentar o item **mobilidade física** para avaliar os membros superiores e inferiores em relação à preservação da atividade motora, presença de **paresia, plegia ou parestesia**. O título desse item, escolhido pelas participantes, é composto de terminologias dos diagnósticos de enfermagem. De acordo com a NANDA-I, o profissional deve especificar o nível de dependência utilizando uma escala específica, porém esse tipo de avaliação será incluído no subgrupo cuidado corporal. As falas, a seguir, ilustram tais considerações das participantes do estudo.

É importante ter o Glasgow seguido do tamanho pupilar, para se ter um acompanhamento, ficando fácil de ver a variação (Jasmim, S3).

Coloca o Glasgow total e ao lado as abreviações AO, RV e RM, para saber o que foi avaliado (Azaléia, S3).

Sim, na hora da avaliação neurológica você vai dizer, bom ele está mais midriático do que quando eu olhei anteriormente (Dália, S3).

Sempre é pertinente avaliar para se ter um parâmetro, dependendo da lesão cerebral, a avaliação da pupila será o primeiro sinal, o problema mesmo é ficar anisocórica muito rápido (Dália, S3).

Agitado e agressivo vai entrar lá nas Necessidades Humanas Psicossociais, quando a gente falar de segurança física (Lírio, S3).

[...] o paciente não foi avaliado, tem que colocar o porquê (Dália, S3).

Mobilidade física pode ficar: membros superiores e inferiores com parestesia, plegia ou parêstesia (Tulipa, S3).

[...] daí pode colocar esquerda e direita. Muito a gente pega paciente que flexiona a direita e é parético a esquerda.tem uma parestesia severa de um membro e leve em outro (Orquídea, S3).

No item observação, deixar duas linhas em branco caso tenha alguma coisa específica como convulsão, memória (Azaléia, S3).

Na Unidade de Terapia Intensiva, local onde a avaliação do estado neurológico do paciente é sistemática, faz-se necessário o uso de instrumentos específicos padronizados para avaliar tanto o nível de consciência quanto o estado de agitação e sedação do paciente crítico, como guia para as condutas terapêuticas. Para uma avaliação mais objetiva do déficit de consciência a escala mais utilizada é a de Glasgow, a qual se baseia na quantificação de três variáveis (abertura ocular, resposta motora e verbal), sendo que a pontuação varia entre 3 a 15, que correspondem, respectivamente, a alerta e coma irreversível^(108,109).

Como a internação em unidade intensiva propicia sentimentos de angústia, ansiedade, privação do sono, delírio, dor e outros sofrimentos, a analgesia e sedação são amplamente utilizadas para os pacientes tolerarem os cuidados intensivos⁽¹¹⁰⁾. Por esse motivo, as participantes mantiveram o RASS (Escala de Analgesia e Sedação de Richmond) que possibilita identificar e quantificar a agitação e o grau de profundidade da sedação do paciente, uma vez que, rotineiramente também já vem sendo utilizada na UTI em estudo. Números positivos classificam os níveis de agitação enquanto que os níveis de sedação recebem os números negativos⁽¹¹¹⁾, a avaliação diária dos níveis de sedação se faz necessária

ao paciente crítico, uma vez que o uso prolongado aumenta o tempo de permanência na UTI e pode favorecer o desenvolvimento de pneumonias associadas à ventilação mecânica (VM)^(110,112).

Concordo com as participantes em relação à importância de avaliar as pupilas rotineiramente, para o acompanhamento de possíveis alterações, pois em pacientes graves as modificações do estado neurológico podem ocorrer de uma hora para outra, o que torna imprescindível a observação e o registro do diâmetro das pupilas, da forma e da reação à luz, assim como a comunicação imediata das alterações encontradas⁽¹¹³⁾, já que o desenvolvimento unilateral ou bilateral de pupilas não reativas indica uma alteração importante do estado do paciente e pode indicar uma emergência e, possivelmente, morte cerebral⁽¹¹⁴⁾.

A utilização dessas escalas na prática clínica pode facilitar e auxiliar a equipe a realizar uma avaliação mais precisa das condições neurológicas do paciente, incluindo seu estado de agitação e/ou sedação, o que possibilita a detecção precoce de problemas e a instituição de medidas para prevenir possíveis complicações consideradas modificáveis. A avaliação neurológica do paciente crítico é tão importante que está contemplada nas primeiras aulas da residência.

B – Oxigenação

Seguindo a proposta de Wanda Horta, as participantes constituíram este subgrupo com os itens **respiração, ausculta pulmonar, tosse, expectoração, aspiração, dreno de tórax, aspecto da drenagem torácica e gasometria arterial**.

No item respiração, foram acrescentadas informações como: **espontânea, óculos nasal, cateter nasal** com espaço para registrar litros/minuto e **máscara de Venturi** com espaço para a percentagem e a medida também em litros/minuto. Ainda nesse item, foram acrescentados **tubo orotraqueal** com espaço para registrar o número e a posição da comissura labial, **taqueostomia** com a pressão do cuff em cmH₂O, **ayre, ventilação mecânica não invasiva, ventilação mecânica invasiva** com espaço para assinalar a modalidade, FiO₂ e PEEP, os tipos de respiração como **eupnéia, bradipnéia, dispnéia** e o item **outros** com espaço para descrever outras alterações respiratórias que podem ser pesquisadas no manual de orientações.

Na ausculta pulmonar, acrescentou-se **murmúrio vesicular** presente à direita e/ou à esquerda e diminuídos à direita e/ou à esquerda e **ruídos adventícios** contendo roncos, sibilos e estertores, deixado um espaço ao lado de cada um desses itens.

No item **tosse**, foi adicionada a possibilidade de registro sim/não, improdutiva e produtiva, com espaço para descrever as características; na **expectoração**, sim/não, quantidade e aspecto; na **aspiração**, quantidade e aspecto; no **dreno de tórax**, sim/não, selo d'água, aspiração contínua, as opções direito e esquerda para localização da inserção do dreno, data do procedimento, aspecto da drenagem; e, **gasometria arterial** com todos os dados, data e horário. As participantes utilizaram alguns itens que constituem a parte da avaliação do tórax e ventilação do instrumento do GEDEPI. A seguir, algumas falas que contribuíram para essa construção:

Colocar na respiração: espontânea, o tipo de oxigenioterapia e ventilação mecânica (Orquídea, S3).

Tem que entrar máscara de Venturi, cateter nasal, óculos nasal [...] (Tulipa, S3).

[...] tem que ter um espaço para colocar a FiO2 e PEEP (Orquídea, S3).

[...] bradipnéia, taquipnéia e outros se não fica muita coisa (Orquídea, S3).

Ao lado de sibilos e estertores vamos colocar um espaço, para registrar o lado afetado (Tulipa, S3).

Tosse gurias, podemos colocar produtiva não produtiva (Jasmim, S3).

Acho importante colocar o aspecto da secreção, se é mucóide ou purulenta [...] como está a secreção na chegada, para ver se teve piora ou não (Orquídea, S3).

[...] expectoração sim/não e abaixo colocar aspiração: quantidade e aspecto (Tulipa, S3).

Colocar todos os dados da gasometria [...] (Dália, S3).

[...] data e hora da gasometria é importante (Orquídea, S3).

Os itens levantados pelas participantes são pertinentes no cotidiano dos cuidados intensivos, pois, frequentemente, o paciente é hospitalizado com alterações do padrão respiratório tornando fundamental a obtenção de dados da gasometria para determinar e/ou ajustar o tipo de suporte ventilatório a ser instituído. Desse modo, é interessante o enfermeiro saber interpretar o resultado da gasometria em busca de algumas características definidoras

específicas, como uma PO_2 diminuída, PCO_2 aumentada, SO_2 diminuída e taxa metabólica aumentada, possibilitando levantar Diagnóstico de Enfermagem da necessidade afetada em questão, como a Ventilação Espontânea Prejudicada, em que as reservas de energia estão diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida⁽³⁶⁾.

Nesse contexto, pacientes que ingressam na UTI, frequentemente, evoluem para entubação orotraqueal e ventilação mecânica, tendo como principal indicação a insuficiência respiratória aguda⁽¹¹⁵⁾, no intuito de melhorar a oxigenação, reduzindo o trabalho dos músculos envolvidos e corrigindo a acidose respiratória⁽¹¹⁶⁾. Esses pacientes são considerados um grupo de risco para o aumento do desenvolvimento de Pneumonias Associadas à Ventilação (PAV), pois estudos indicam que a incidência dessa infecção aumenta com o tempo de permanência da VM na ordem de 3%/dia durante os primeiros 5 dias de ventilação e depois 2% para cada dia subsequente⁽¹¹²⁾. As relações da PAV com o tempo de permanência da VM e na UTI também são destacadas por outros autores^(113,115), sendo consideradas uma importante causa de aumento da morbidade e mortalidade em pacientes graves internados na UTI^(117,118).

Dessa feita, a equipe multidisciplinar deve instituir medidas específicas recomendadas cientificamente para prevenção da PAV⁽¹¹¹⁾, juntamente com o Controle de Infecção Hospitalar (CIH). Assim, torna-se fundamental o registro dos dados relacionados à quantidade e às características das secreções do trato respiratório, assim como, os achados de uma ausculta pulmonar em busca de ruídos adventícios, pois são alguns dos dados fundamentais para ratificar os critérios de infecção pulmonar, de acordo com as orientações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁽¹¹⁹⁾. Cabe ressaltar que o procedimento de aspiração das secreções deve estar condicionado ao tipo da ausculta pulmonar e às condições de saturação de oxigênio do paciente⁽¹²⁰⁾.

C – Percepção dos Órgãos dos Sentidos

Este subgrupo foi incluído no intuito de detectar junto ao paciente e/ou família, alguma necessidade afetada em relação à **visão e audição**, os demais podem ser descritos no item **outros**. No item **observação**, podem ser registradas as particularidades como o uso de

próteses auditivas, óculos, ou outros dados relevantes que possam contribuir para as intervenções de enfermagem. A seguir, algumas falas que reforçam essa importância.

Acho bem importante, a gente quando está avaliando o paciente, João aperta a minha mão, bem alto, mas ele não responde, pois usa aparelho auditivo (Dália, S3).

O cara míope total, retira o óculos para internar, chega um momento que desnorteia, pois não enxerga nada pela frente. Então acho muito importante, sei que tem a questão do controle de infecção, mas o paciente está ali que não escuta, não enxerga....afeta a avaliação neurológica (Dália, S3).

Percepção dos órgãos e sentidos é a necessidade do organismo perceber o momento, por meio de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros, assim como, perceber o ambiente⁽¹³⁾. Considerando essas palavras e a fala da última participante, reporta-se ao ambiente da terapia intensiva, pois o paciente é internado, geralmente, com alteração do nível de consciência não sendo permitida a entrada de pertences pessoais, evitando assim, o extravio e até mesmo a contaminação desse material com germes de importância epidemiológica, os quais podem agravar a situação clínica do paciente. No entanto, é responsabilidade da equipe averiguar junto ao paciente/família a existência de alguma deficiência dessa Necessidade Humana Básica, para que possam adequar a assistência sem prejuízo da interação entre paciente/profissional, paciente/ambiente.

D – Regulação Cardiovascular

Este subgrupo foi construído de itens que as participantes julgaram importantes, alguns foram selecionados da parte da ausculta pulmonar, da avaliação do pescoço, dos membros superiores e inferiores do instrumento do GEDEPI. Está organizado da seguinte forma: **tipo de pulso**: regular, irregular, impalpável, filiforme e cheio; **aspecto da pele**: corada, hipocorada, cianose, sudorese, fria e aquecida; **tempo de enchimento capilar**; **turgência jugular**; **drogas vasoativas** com espaço para registrar o nome; **cateter vascular** com espaço para colocar o tipo e local, assim como a data e o aspecto da inserção; **ausculta cardíaca**: rítmico e arrítmico, sopro, atrito, bulha, fonese e o item não avaliado (NA); presença de **precordialgia**; **marcapasso** se é transitório ou definitivo; presença de **edema** ou

não, com a opção de assinalar o(s) membro(s) afetado(s) e o item **observações** para registro de outras informações.

Durante essa discussão, surgiram algumas dúvidas relacionadas ao item edema. As enfermeiras questionaram, por exemplo, em qual necessidade essa avaliação deveria ser contemplada, na cardiovascular ou na hidratação. As falas apresentadas abaixo mostram a construção dessa parte do instrumento, assim como, algumas divergências de opiniões entre participantes do grupo.

[...] *na ausculta cardíaca entra bulhas fonéticas, hipofonéticas* (Rosa, S4).

Depois de droga vasoativa, vale apenas colocar um espaço para escrever qual, pois pode ser nora, dopa [...] (Jasmim, S5).

[...] *arritmia, presença de marcapasso, coisas mais palpáveis* (Amor Perfeito, S4).

[...] *cateter tem que entrar na parte vascular* (Tulipa, S4).

[...] *então vamos colocar cateter na regulação cardiovascular, com os itens tipo, local e data* (Amor Perfeito, S4).

O aspecto da inserção é importante, vamos colocar inserção e espaço para descrever (Rosa, S4).

[...] *edema entraria automaticamente na regulação cardiovascular ou não. É uma coisa importante que temos que decidir* (Jasmim, S4).

Acho que não é na parte cardiovascular e sim na hidratação (Tulipa, S4).

[...] *na hidratação pode abrir muito o leque e confundir a cabeça das pessoas* (Jasmim, S4).

[...] *o edema não necessariamente está relacionado a hidratação, pode ser por várias coisas. Paciente com edema não quer dizer que ele esteja hidratado, o líquido pode estar no 3º espaço, pode haver com a parte cardiovascular* (Amor Perfeito, S4).

[...] *faço a ausculta cardíaca e por último vejo presença de edema, quando vejo a pele e perfusão* (Amor Perfeito, S4).

[...] *pode ter origem renal, vascular ou cardíaco* (Amor Perfeito, S4).

Acho que fica bom na parte cardiovascular (Amor Perfeito, S4).

Considerando o paciente de Terapia Intensiva um alvo potencial para diversas complicações, o edema generalizado é um sinal comum e freqüente das suas condições críticas, podendo ter origem cardíaca, renal, endócrina, hepática e outras⁽¹¹⁴⁾. Frequentemente,

o paciente crítico evolui para sepse, ocorrendo a hipoalbuminemia, fator que pode estar relacionado a um aumento da permeabilidade capilar e alteração da distribuição da albumina, este mecanismo leva ao desenvolvimento de edema^(121,122). Nessas circunstâncias, pode-se estabelecer o diagnóstico de enfermagem Volume de Líquidos Excessivo, definido como retenção de líquidos isotônicos⁽³⁶⁾, situação na qual o enfermeiro deve instituir intervenções no intuito de prevenir lesões de pele pela própria fragilidade, sendo necessário intensificar cuidados de enfermagem, como mudanças de decúbitos, proteção contra as grades do leito e elevação dos membros superiores, entre outros. Conforme o consenso das participantes, o item edema ficou na regulação cardiovascular.

Outra discussão pertinente foi em relação ao cateter venoso central, pois com a evolução da prática médica, esses cateteres intravasculares ganharam espaço na terapêutica do paciente, sendo mantidos por um período maior. No entanto, seu uso é considerado o principal fator de risco para a infecção da corrente sanguínea, contribuindo com aumento da morbidade e mortalidade nosocomial^(123,124). Com isso, faz-se necessário o registro das condições de inserção do cateter venoso central, da sua localização e da data do procedimento, os quais são dados fundamentais para busca ativa do Controle de Infecção Hospitalar (CIH) e para as intervenções de enfermagem a partir do levantamento do diagnóstico específico como o Risco de Infecção, que corresponde ao risco aumentado de invasão por micro-organismos patogênicos⁽³⁶⁾. Todos os profissionais envolvidos com o processo da assistência à saúde são responsáveis pela qualidade das ações estabelecidas ao paciente, devendo os mesmos, aderir às orientações estabelecidas pelo Controle de Infecção Hospitalar, recomendadas pela ANVISA.

A Terapia Intensiva é uma potente fonte de dados, pois são realizados muitos procedimentos invasivos com riscos para infecções. Tal questão pode ser explorada pelos enfermeiros residentes por meio da realização de pesquisas, contribuindo para o desenvolvimento/aprimoramento das suas habilidades como pesquisador e o resultado dessas pesquisas podem reverter de alguma forma para o serviço, que precisa conhecer os resultados dessas investigações. Esse é um compromisso dos residentes que deve ser estimulado pelos preceptores, já que é uma das exigências para a conclusão do curso.

E – Alimentação e Eliminação Intestinal

As participantes entraram em consenso de unir as necessidades **alimentação e eliminação intestinal** formando um subgrupo. Foram utilizados alguns itens do instrumento do GEDEPI, os quais estão distribuídos nos títulos: abdômen, alimentação e eliminação, tais como: **sonda nasogástrica; sonda nasoenterica; gastrostomia; jejunostomia; vômito, náusea; abdômen distendido, ascítico; drenos; incisão cirúrgica e RHA**. Foram acrescentados itens como a **via de administração da dieta** com as opções de Via Oral (VO), Sonda Orogástrica (SOG), Sonda Oroentérica (SOE), Nutrição Parenteral Total (NPT); **aceitação da dieta**, sim/não; **NPO** e o item **inspeção da cavidade oral**.

No item **abdômen** foi acrescentado normotenso, tenso e a opção outros, com espaço para informações específicas da avaliação do paciente.

Quanto ao item **incisão cirúrgica**, houve concordância do grupo em deixar um espaço de uma linha para descrever o tipo e as características da incisão, uma vez que nem todos os pacientes se submetem a cirurgia, e nesse caso ficaria um item repleto de informações desnecessárias.

Em relação aos **drenos**, algumas participantes posicionaram-se favoráveis à inclusão de um item específico de registro, enquanto outras defenderam a importância de mantê-los na necessidade correspondente para facilitar o raciocínio clínico na elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Após discussões, o registro dos drenos foi mantido neste subgrupo e acrescentado um espaço para descrever o tipo de dreno e o local da inserção.

Já no item **eliminação intestinal** foi modificado o termo constipação para constipado, colostomia e ileostomia foram substituídos por ostomia. Acrescentou-se um espaço para colocar o tempo de constipação do paciente e itens que avaliam o aspecto das eliminações como fezes líquidas, normais e o item não avaliado. A seguir, algumas falas que contribuíram para essa construção:

[...] devemos ordenar de maneira mais fácil para encontrar os diagnósticos (Tulipa, S4).

Se não vamos ter que catar os sinais e sintomas um pouco aqui, um pouco ali (Rosa, S4).

Na alimentação colocar as vias de administração como VO, SNE, SNG e NPT (Tulipa, S4).

[...] jejuno e gastro. Depois tem que colocar aceitação da dieta, NPO, vômitos [...] (Amor Perfeito, S4).

No abdômen acho que tem que colocar distensão, normotenso, ascítico e globoso (Tulipa, S4).

Quem sabe colocamos o item outros porque tem outros tipos de abdômen, como em avental [...] (Rosa, S4).

[...] na incisão cirúrgica precisa de um espaço para dizer se ela é limpa, aberta ou fechada, se tem Bogotá. E no dreno também, podia colocar um espaço para descrever (Amor Perfeito, S4).

Concordo, paciente que não tem nada cirúrgico fica aquele monte de coisa sem marcar. Eu também deixaria somente um espaço grande para descrever, do que deixar vários itens ainda com risco de faltar algum, tendo que complementar (Jasmim, S4).

Disponibilizar dados em cada necessidade específica possibilita uma visualização mais precisa das alterações de saúde que merecem receber intervenções de enfermagem. No caso da necessidade de alimentação, a enfermagem deve avaliar as condições do paciente crítico em cada instalação da dieta, averiguando e registrando o resíduo gástrico, como também a avaliação da presença de ruídos hidroaéreos e se o abdômen está muito distendido e tenso. Essas informações estão interligadas, pois estão concentradas nas suas necessidades específicas. Os pacientes de terapia intensiva, muitas vezes, evoluem para a depleção nutricional com intenso catabolismo e mobilização de proteínas para reparo tecidual e fornecimento de energia, como uma resposta metabólica ao estresse^(125,126), podendo ser desencadeados por trauma, sepses, cirurgia, ventilação mecânica, sedação e outros⁽¹²⁷⁾. Situações como obstrução da sonda nasoenteral, mau posicionamento, demora para repassagem, pausa para procedimentos e exames são fatores que limitam a administração da dieta^(125,126). Outros autores acrescentam que o refluxo, a diarreia, a distensão abdominal, as náuseas e os vômitos também contribuem para o inadequado fornecimento de calorias para o paciente crítico⁽¹²⁸⁾.

Nesse sentido, é necessária uma equipe multiprofissional qualificada e atenta para garantir condutas adequadas e eficientes mediante alterações dessa natureza, cabendo ao enfermeiro orientar a equipe de enfermagem e supervisionar a administração da dieta a esse indivíduo, pois a nutrição faz parte da sua terapêutica e qualquer problema interno e/ou externo pode acentuar o desequilíbrio orgânico-clínico. Portanto, é relevante mencionar que a terapia nutricional faz parte das atividades teóricas da residência, contando com a participação

da Equipe Multiprofissional em Terapia Intensiva do HNSC. É mais um tema de excelente escolha, pois se torna um cuidado fundamental para o paciente crítico.

F – Hidratação e Eliminação Urinária

Neste subgrupo, as participantes julgaram possível juntar as necessidades **hidratação e eliminação urinária**. Para isso foram utilizados alguns itens da parte genitourinário e sondas do instrumento do GEDEPI para contribuir com a construção deste subgrupo. As participantes elencaram outros dados relevantes para avaliação do paciente, tais como: **condições das mucosas**, tendo como opções os itens, úmidas e secas; **turgor da pele** preservada ou diminuída; presença ou não de **manifestação de sede**; no item **eliminação urinária** foram mantidas as opções espontânea, retenção, incontinência, cateter urinário; e, no item outros foi acrescentado um espaço para registrar outros eventos urinários, como, por exemplo, nefrostomia, cistostomia, disúria, poliúria, polaciúria, oligúria, anúria, hematúria e colúria.

Saber o **volume da diurese** de chegada na UTI gerou discussão entre as participantes, as quais questionaram a utilidade dessa informação. Desse modo, foi sugerido acrescentar o tempo para calcular o débito urinário. Também foi acrescentado o item **tratamento dialítico**, com um espaço para descrição do método dialítico utilizado pelo paciente. Na sequência, algumas falas relevantes do subgrupo em questão.

Verificação da mucosa oral, ver se está seca, se o paciente tem manifestação de sede que é um sinal importante, assim como a turgidez da pele (Amor Perfeito, S4).

Volume da diurese na chegada na UTI é tão relativo, não se sabe se está desde ontem sem esvaziar a bolsa coletora (Amor Perfeito, S4).

[...] mas te dá uma idéia se é anúrico ou não (Orquídea, S4).

Tu não podes se basear num dado que não tem certeza (Rosa, S4).

Na realidade não é feito o débito urinário na chegada, que é o volume dividido pelo tempo, então neste sentido não interfere, aí a gente avalia o aspecto da urina (Jasmim, S5).

Outra coisa, temos que colocar hemodiálise (Amor Perfeito, S4).

Quem sabe uréia, creatinina e o tipo de tratamento dialítico? (Tulipa, S4).

Não foi falado de nefrostomia e cistostomia, mas aí pode ser registrado no item outros (Jasmim, S5).

Quando o paciente é admitido na UTI, um dos procedimentos realizados pela enfermeira, geralmente, é o cateterismo vesical de demora, em função da importância da monitorização rigorosa e fidedigna da função renal do paciente crítico. Esse procedimento possibilita intervenção prévia para reduzir as complicações desse órgão e favorece o controle de diurese por meio do balanço hídrico, um dos métodos mais utilizado no cotidiano assistencial, além do controle laboratorial da bioquímica e do quadro clínico.

Na assistência nosocomial, o registro rotineiro do volume de diurese é uma prática de responsabilidade da enfermagem, que, muitas vezes, não é realizada, prejudicando a continuidade da avaliação do doente, principalmente quando é transferido para UTI, fato que gerou discussão no grupo. Estudos demonstram que a maioria dos pacientes graves evolui com oligúria (volume urinário igual ou abaixo de 400ml por dia) e anúria (volume inferior a 100ml por dia) com o desenvolvimento da Insuficiência Renal Aguda (IRA)⁽¹²⁹⁾, prevalecendo o sexo masculino e idoso⁽¹²⁹⁻¹³¹⁾, tendo como fatores predisponentes a HAS e cardiopatias⁽¹²⁷⁾ e em alguns casos sepse e choque séptico^(130,131).

Outros fatores relevantes na monitorização da eliminação urinária são os sinais e sintomas que indicam infecção do trato urinário, situação comum entre pacientes em terapia intensiva e que geralmente está associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) por falha da técnica asséptica de inserção e/ou de condutas inadequadas durante a manutenção desse dispositivo. Quanto maior o tempo de permanência, maior é o risco de infecção. Cerca de 80% das Infecções do Trato Urinário relacionadas à Assistência a Saúde (ITU-RAS) estão atribuídas ao uso da SVD, sendo prioridade estabelecer vigilância epidemiológica desses indivíduos, levando em consideração os critérios de infecção⁽¹³²⁾.

O hábito de registrar deveria ocorrer em qualquer setor hospitalar, pois é direito do paciente ter documentado em seu prontuário todas as informações relacionadas ao seu tratamento de saúde. Por outro lado, é dever da enfermagem manter os cuidados nas 24h, com registro formal dos mesmos. No entanto, observa-se que muitas informações importantes acabam subnotificadas, devido à falta de sistematização da assistência de enfermagem. Por isso, formar profissionais cientes de suas práticas pode ser uma estratégia importante para a transformação dessas atitudes e posturas profissionais.

G – Integridade Física

Este subgrupo foi constituído pelos itens pele, úlcera de pressão, Braden e albumina. Teve contribuições do instrumento do GEDEPI da parte de pele e tecidos.

As participantes decidiram compor o aspecto **pele** com os itens icterícia, equimoses, hematomas, íntegra, prurido e o item outros para os demais achados. O item icterícia foi amplamente discutido em relação a que Necessidade Humana Básica ele estaria inserido, já que não se trata de uma lesão de pele propriamente dita. Chegou-se a um consenso de mantê-lo neste subgrupo por estar evidente a pele. No item **úlcera de pressão** foi acrescentada presença ou não de lesão e um espaço para assinalar a classificação do estágio da ferida e mantido o item local e descrição, também com espaço para registrar a região do corpo afetada e as características da lesão. Na escala de **Braden** foi colocado um espaço para registrar o valor. As participantes também consideraram importante incluir o item **albumina** nessa necessidade, mesmo tal informação estando contemplada no formulário específico de lesões de pele da UTI.

A integridade física do paciente está diretamente relacionada às ações da equipe de saúde. Ao internar no hospital, a prioridade é estabelecer um acesso venoso para iniciar a terapêutica medicamentosa que vai desde um simples analgésico até medicações mais complexas, quimioterápicos, antibióticos e vasopressores. O procedimento em si já é um fator de risco para lesões de pele, como flebites, hematomas, necrose e outros. Quanto maior o grau de gravidade do paciente, maiores poderão ser as conseqüências em relação aos danos à pele, geralmente os pacientes graves evoluem rapidamente para sepse e com instabilidade hemodinâmica, ficando impossibilitados de mobilização no leito. Nessas condições e associadas a outras situações clínicas, a incidência de úlceras de pressão ainda estão elevadas na terapia intensiva, sendo as regiões sacra e calcânea as mais atingidas, também foi associado o tempo de permanência no hospital, o nível de consciência (diminuição da percepção sensorial) com a ocorrência de Úlcera por Pressão (UP)⁽¹³³⁾.

A determinação da avaliação de risco para lesão de pele, com a utilização de uma escala específica como a de Braden, auxilia a enfermeira a elaborar intervenções adequadas para a qualidade da assistência à saúde. Atualmente, essa escala é uma das mais utilizadas e está constituída de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A pontuação varia de 6 a 23. A pontuação 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado e 12 ou menos, risco elevado⁽¹³⁴⁾. Essa classificação

de risco varia muito entre os autores, de tal modo que alguns estudos reforçam que idade avançada, alterações da nutrição, hidratação, mobilidade física e albumina são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de UP⁽¹³⁵⁾.

O registro do valor da albumina sérica torna-se uma importante informação, pois pode contribuir na avaliação nutricional do paciente, uma vez que a hipoalbuminemia pode traduzir desnutrição protéica e hipercatabolismo, outras variáveis nutricionais como o peso corpóreo, anemia e aporte calórico também são considerados preditores para o desenvolvimento de UP⁽¹³⁶⁾.

Para redução dos índices de UP na Terapia Intensiva, faz-se necessário uma equipe de enfermagem bem treinada, que leve em consideração os principais cuidados para sua prevenção, como a mobilização do paciente no leito, conforme normatização do setor; administração da dieta prescrita, seguindo as avaliações prévias a instalação; higienização e conforto do paciente. A instituição em que o estudo foi realizado conta com uma equipe especializada em lesões de pele que vem capacitando os profissionais para serem os multiplicadores do cuidado, em especial, nos casos de úlceras por pressão. Durante as atividades da residência, esse protocolo assistencial é apresentado aos estudantes com o intuito de comprometê-los com esse processo de cuidar.

H – Segurança Física

De acordo com a proposta do estudo, este subgrupo foi construído baseando-se na realidade do paciente crítico. As participantes elencaram alguns itens importantes para avaliar a **segurança física** do paciente, levando em consideração o seu comportamento, averiguando se o paciente está **tranquilo, agitado ou agressivo**. Também acrescentaram os itens necessidade de **contenção mecânica** e **necessidade de isolamento**.

A segurança física é um cuidado imprescindível que a enfermagem deve primar durante a prestação do cuidado, prevenindo danos à saúde do paciente, conforme sua definição, que é a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica⁽¹³⁾. O paciente de Terapia Intensiva pode apresentar alteração de comportamento como confusão mental e agitação psicomotora após a retirada de drogas com efeitos analgésicos e sedativos como os opióides e os benzodiazepínicos, quando em uso prolongado. Algumas vezes também apresentam

agressividade corporal com os membros inferiores e superiores, dificultando a prestação dos cuidados pela equipe. Nesse caso, além da terapia medicamentosa indicada pelo médico, o enfermeiro pode solicitar a contenção mecânica para proteger o paciente dos possíveis danos corporais com o impacto nas grades do leito e até mesmo prevenir as quedas, proporcionando proteção a própria equipe assistencial e possibilitando a continuidade dos cuidados.

Contudo, acredito que os últimos itens elencados pelas participantes são condutas que a enfermeira poderá instituir a partir dos Diagnósticos de Enfermagem, como no exemplo, Risco de Quedas que é a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico⁽³⁶⁾. Dessa forma, considero desnecessário que esses itens estejam explícitos no instrumento de coleta de dados, já que, os demais itens possibilitam o direcionamento para esse diagnóstico específico.

I – Sono e Repouso

A inclusão do sono e repouso na avaliação do paciente crítico foi considerada importante pelas participantes do estudo. Elas decidiram deixar uma questão aberta, ou seja, somente com o item observações seguido de linhas pontilhadas que possibilitem ao profissional descrever as particularidades de cada paciente a partir das informações fornecidas por ele e/ou sua família, como **hábitos, características e problemas** relacionados ao sono e repouso. Eis algumas contribuições das participantes:

Sono e repouso acho importante colocar, pois tem paciente que faz uso de medicação [...] (Jasmim, S5).

[...] também vejo para relacionar diagnóstico de enfermagem, tem diagnóstico de privação do sono (Dália, S5)

[...] talvez não conseguiremos abordar tudo, então em vez de colocar sono e repouso normal, insônia...deixar linha em branco para as peculiaridades, assim, não se deixa de mencionar tal necessidade como também nos faz pensar nelas [...] (Azaléia, S5).

Concordo, pois nos faz lembrar se tem algo para relacionar [...] (Rosa, S5).

Então acho que podemos deixar em aberto e colocarmos o que é relevante. (Amor Perfeito, S5).

Avaliar as condições de sono e repouso do paciente crítico na sua admissão auxilia o profissional no planejamento de condutas que visem ao cuidado integral desse indivíduo. No cotidiano assistencial, essa é uma investigação pouco explorada, possivelmente em função da dinâmica do serviço, pois o paciente freqüentemente evolui para entubação e sedação. Porém, se o paciente já tem essa necessidade previamente alterada, somando com a situação atual, sem nenhuma intervenção a favor, provavelmente a sua resposta ao tratamento intensivo será dificultada.

Vários fatores contribuem negativamente na qualidade do sono na terapia intensiva, pois é um setor que por si só desencadeia sentimentos negativos e estressantes. Associados a essa situação, estão os inumeráveis procedimentos invasivos e não invasivos a qualquer hora do dia, que de certa forma, causam desconforto, dor e indignação. Outros fatores como os ruídos dos diversos alarmes, das conversas em tom elevado, o excesso de iluminação artificial e os extremos de temperatura também interferem nas Necessidades Humanas Básicas do sono e repouso^(137,87). Além disso, a privação dessa necessidade está entre os itens mais associados ao desenvolvimento de estresse entre os pacientes da Terapia Intensiva, conforme revelam algumas pesquisas^(138,87).

Reiterando as falas das participantes, a presença desse subgrupo no instrumento de coleta de dados possibilita ao enfermeiro a elaboração de intervenções de enfermagem que contribuam para melhoria da quantidade e qualidade do sono do paciente crítico e minimizem os efeitos dos fatores externos como os supracitados, pois todo e qualquer paciente deve ser tratado com respeito e dignidade. A conscientização dessas atitudes pelos profissionais da saúde envolvidos vai ao encontro de uma assistência mais humanizada, contribuindo para melhores respostas dos pacientes aos investimentos terapêuticos.

J – Cuidado Corporal

Considerando as características dos pacientes críticos, as participantes do estudo assinalaram a necessidade de acrescentar o subgrupo **cuidado corporal** para averiguar as condições desse paciente para o auto cuidado. Para compor este quesito de avaliação, decidiu-se pelos itens: independente, dependente e parcialmente dependente, acrescentando espaço nas observações para informações complementares. A seguir, algumas falas relacionadas a presente subcategoria:

[...] quem sabe colocamos alguma coisa para não ficar tão vago, como capacidade para o auto-cuidado, higiene corporal [...] (Azaléia, S5).

Quando eles chegam na UTI eles são dependentes, por melhor que cheguem na UTI, eles chegam dependentes (Amor Perfeito, S5).

Acho que deixa dependente, independente e parcial e deixar espaço para observações do que é importante (Rosa, S5).

Concordo com uma das participantes quando ela afirma que, geralmente, o paciente chega à UTI dependente, incapacitado de realizar as atividades para o autocuidado como o banho e higiene. Essas atividades são realizadas pela enfermagem e requer avaliação diária das condições dos pacientes para participarem/realizarem o cuidado de si próprios.

O cuidado corporal é a necessidade do indivíduo para deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal⁽¹³⁾. Está recomendado para alguns Diagnósticos de Enfermagem, tal como, o Auto-cuidado, a utilização de uma escala funcional padronizada, para especificar o nível de independência do paciente⁽³⁶⁾.

O instrumento do GEDEPI traz um item intitulado de dependência, disponibilizando a escala de avaliação de Perroca. Este instrumento é baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem, utilizando indicadores críticos de cuidado não apenas a dimensão biológica como também a psicossocial, categorizando o paciente conforme o grau de dependência⁽¹³⁹⁾. No total são 13 indicadores: Estado Mental e Nível de Consciência, Oxigenação, Sinais Vitais, Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal, Eliminações, Terapêutica, Educação à Saúde, Comportamento, Comunicação e Integridade Cutâneo-mucosa. Cada um desses indicadores é graduado de um a cinco, quanto maior o somatório, maior será a complexidade do cuidado a ser instituído. Esses cuidados são classificados em mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos⁽¹⁴⁰⁾.

É competência do enfermeiro classificar os pacientes conforme as suas necessidades de cuidado para estabelecer intervenções à assistência à saúde, assim como, dimensionar o quadro de pessoal para prestar essa assistência⁽¹⁴¹⁾. Dessa forma, o Sistema de Classificação de Paciente auxilia na dimensão do cuidado, que é a essência da enfermagem^(140,142). O instrumento construído por Perroca foi baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas preconizadas por Horta. Acredito que esse modelo facilitará sua aplicação na prática diária do enfermeiro na UTI, uma vez que o instrumento de coleta de dados já segue a linha dos cuidados individualizados.

K – Sexualidade

As participantes acordaram que este subgrupo ficaria somente com o item observações, seguido de linhas em branco para possibilitar a inclusão de informações específicas de cada paciente. A seguir, algumas falas em relação a essa necessidade:

Fora do normal as pessoas não estão acostumadas a pensar, por exemplo: internou uma puérpera com as mamas estourando, ninguém tomou uma atitude. De repente não estão acostumados, só cuidam da ventilação, não cuidam das mamas (Lírio, S5).

[...] recebi uma jovem de 27 anos cujo parceiro tinha condiloma anal. Daí onde vai este dado? vai entrar na sexualidade (Azaléia, S5).

Então vamos definir que vai ficar em aberto, deixar observações, conforme a gente achar (Amor Perfeito, S5).

[...] coloca observação e deixa uma linha, se a pessoa acha que tem alguma coisa importante ela descreve, se não tiver ela coloca sem particularidade. (Amor Perfeito, S5).

[...] se o instrumento ficar com um monte de coisa e o profissional não conseguir preencher, ele vai ficar frustrado (Amor Perfeito, S5).

[...] números de filhos, tipo de parto, menarca [...], tem questões para homens também, vai ficar muito longo, acho que fica em aberto (Lírio, S5).

As falas remetem o tema sexualidade a um universo subjetivo do processo do cuidar, que deve considerar as crenças e os valores de cada um, na dimensão sócio-cultural do ser humano. A presença de um espaço livre para descrever as informações sobre esse tema possibilita ao enfermeiro refletir e elaborar estratégias para abordá-lo de acordo com seus valores e conceitos, pois falar sobre sexualidade pode trazer à tona sentimentos de tabus e preconceitos, expressos pelo constrangimento vivenciado tanto pelo profissional quanto pelo ser cuidado⁽¹⁴³⁾. A sexualidade está relacionada a todos os aspectos da nossa vida através da rede de significados do grupo social específico, possibilitando toda a expressão relativa ao sexo⁽¹⁴⁴⁾, integrando aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser⁽¹³⁾, também é considerado um processo contínuo do ciclo vital que é influenciado por fatores biológicos, fisiológicos, emocionais, sociais e culturais⁽¹⁴⁵⁾.

Nesse contexto, na terapia intensiva ocorrem cenas que parecem fazer parte do cotidiano dos profissionais absorvendo cada indivíduo da equipe de saúde ao tecnicismo e

limitando suas práticas ao cumprimento das rotinas estabelecidas previamente. A falta de privacidade durante o banho/higiene ou a realização dos procedimentos para a terapêutica do doente é considerado uma agressão e desrespeito a sua sexualidade. Trabalhar com as Necessidades Humanas Básicas possibilita aos profissionais de enfermagem lembrar e considerar determinadas particularidades do ser humano, pois cada indivíduo tem um modo de ser e estar no mundo, devendo ser escutado, orientado e respeitado.

Portanto, embora a sexualidade seja um tema amplo e complexo, a inclusão desse aspecto no instrumento de coleta de dados contribuirá na investigação e nas práticas dos enfermeiros em relação à temática, a qual é, muitas vezes, pouco explorada ou velada devido às circunstâncias sócio-culturais.

5.2.6 Avaliação das Necessidades Psicossociais

Neste grupo, das Necessidades Psicossociais, as participantes consideram relevante escolher somente as que são mais frequentes na UTI. Desse modo, incluiu-se o subgrupo **comunicação** com o objetivo de identificar as condições da mesma pelo paciente, além do grau de entendimento do idioma português. Caso esteja prejudicada o profissional deve descrever o motivo/circunstâncias do evento. No entanto, as participantes acordaram que a comunicação se refere ao tipo de expressão da mensagem, ou seja, verbal e não verbal (gestos e/ou olhares). Em relação aos distúrbios da fala, eles não serão colocados nessa parte, pois já estão contemplados na avaliação neurológica, no item alteração da linguagem.

Outros subgrupos incluídos foram **gregária e segurança emocional**. No subgrupo, **gregária**, procurar-se-á investigar se o paciente vive com a família ou com outra pessoa e na subcategoria **segurança emocional** será investigado em relação a sentimentos de ansiedade e medo, contendo um espaço para registrar o motivo dos mesmos. O item observações pode trazer outras informações relevantes. Discutiu-se a inclusão do item “solicitante” na segurança emocional, mas as participantes chegaram a conclusão que esse termo é depreciativo, podendo rotular o paciente. A seguir, algumas falas que exemplificam o exposto.

Segurança emocional entra saudade do lar, medo do ambiente, sofrimento, medo da morte [...] (Lírio, S5).

Colocar necessidade de acompanhante, ansiedade, medo e solicitante (Amor Perfeito, S6).

Eu acho solicitante pejorativo, já tem ansiedade e medo (Rosa, S6).

A gente tinha pensado em colocar solicitante, chegamos a conclusão que é pejorativo (Tulipa, S6).

Esses subgrupos escolhidos pelas participantes refletem a necessidade de uma abordagem mais específica e direcionada à singularidade do ser paciente, frente às respostas ao desconhecido. O paciente ao sair do seu meio social e ao entrar em um ambiente como o da Terapia Intensiva, caracterizado pela ampla utilização de aparelhos e avanços tecnológicos, enfrenta o primeiro sofrimento de uma internação hospitalar: a perda do vínculo com a família e os amigos e é exposto a diversas situações desagradáveis que afetam o seu estado emocional, tais como, presenciar cenas da própria dinâmica do ambiente, o agito do atendimento de urgências, vê a morte do outro sem privacidade, a falta de informação sobre seu estado clínico de saúde, entre outros.

Esses fatores de certa forma propiciam o aparecimento de alguns sentimentos, como angústia, solidão, medo do que está por vir, insegurança e incertezas. Nesse momento, o paciente perde o controle sobre si, da sua independência trazendo todos esses sentimentos e sensação de incapacidade⁽¹³⁸⁾. O medo do desconhecido gera insegurança e desconforto ao paciente, considerado uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo⁽³⁶⁾. A incerteza da recuperação da saúde e o medo da morte, pela confirmação do diagnóstico, torna o paciente um ser vulnerável a abalos psicológicos, possíveis geradores de estresse⁽⁸⁷⁾.

Diante desse cenário, os profissionais precisam implementar medidas para amenizar os agravos à saúde, sendo uma delas a comunicação, escutar e ser escutado, olhar e ser olhado, tocar e ser tocado, aceitar o outro mesmo com suas limitações, desenvolver a empatia, colocar-se no lugar do outro. Essas atitudes são indispensáveis na inter-relação dos indivíduos envolvidos no cuidado assistencial, pois proporcionam a detecção precoce de necessidades, ansios e conflitos do paciente e de seu familiar, desmistificando o próprio ambiente em que estão inseridos.

Existem dois tipos de comunicação: a verbal e a não-verbal. A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita. A não-verbal ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal⁽¹⁴⁶⁾. Na terapia intensiva, a comunicação verbal e não-verbal tornam-se um componente essencial para o paciente e família, pois é o momento de maior fragilidade do ser humano, contribuindo de forma significativa para

diminuição da ansiedade e do stress, promovendo bem estar, segurança, respeito e carinho^(147,148).

Estrategicamente, o horário de visita pode ser utilizado para explicar os cuidados realizados, o planejamento de ações a serem desenvolvidas e esclarecer as dúvidas que permeiam o pensar, são condições que ajudam a estabelecer vínculo de confiança entre a equipe, paciente e família⁽¹⁴⁹⁾. Esse momento pode amenizar as percepções negativas do ambiente hospitalar, as experiências dolorosas, bem como auxiliar os familiares no enfrentamento do medo e da angústia inerentes ao processo de hospitalização, especialmente em nos cenários de terapia intensiva⁽¹⁵⁰⁾.

5.2.7 Avaliação das Necessidades Psicoespirituais

Esta necessidade geralmente é pouco presente no cotidiano do enfermeiro, mas as participantes definiram sua inclusão na construção do instrumento em questão. Ela contempla a investigação sobre a qual religião o paciente pertence, se é praticante ou não, se gostaria de apoio religioso ou espiritual, descrevendo qual o tipo e o item observações, para o registro de outras informações relevantes.

O presente instrumento de coleta de dados, estruturado de acordo com as NHB, possibilita ao enfermeiro abordar outras dimensões da existencialidade do ser humano, não só aquelas relacionadas a fatores físicos, mentais e sociais, como também, a **religião**, a **religiosidade** e a **espiritualidade** do paciente crítico e de seu familiar. Para tanto, é importante distinguir o significado dessas terminologias, que são, muitas vezes, erroneamente considerados sinônimos por muitos.

A religião procede do étimo latino *religio*, formado pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e pelo verbo *ligare* (ligar, unir, vincular) está ligado, fundamentalmente, a um sistema de dogmas, de crença e de rituais, ou seja, a uma dimensão institucional, é uma força divina ou sobrenatural que tem poder acima de tudo^(151,152). A religiosidade inclui um entrecruzamento de valores místicos, esotéricos, humanistas e terapêuticos, que tende a negar vínculos religiosos, sobretudo com as instituições religiosas, envolvendo um sistema de culto e doutrina compartilhados por um grupo de pessoas^(151,153). Já o componente espiritualidade consiste em uma orientação filosófica que produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a vida, capaz de fazer suportar

sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade^(152,153). Trata-se de uma necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada aos fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual⁽¹³⁾.

Nesse contexto, a enfermagem tem um importante papel de facilitadora e mediadora para que o paciente/família contemple suas necessidades espirituais, que foram afetadas com a mudança do estilo de vida. Esse cuidado implica dedicação, paciência, fazendo-se presente com disposição para ouvir e respeitar as crenças e os valores desses indivíduos⁽¹⁵⁴⁾. No ambiente da Terapia Intensiva, a busca da religião e da espiritualidade são fontes de energia para o enfrentamento da doença, proporcionando conforto, encorajamento e esperança para os envolvidos no processo saúde-doença. Para que isso ocorra de forma concreta e com consciência, os cursos de graduação devem trabalhar e proporcionar reflexões e discussões sobre a temática, pois estudos apontam que os enfermeiros sabem desta importância, mas geralmente não aplicam na prática profissional^(155,156).

Acredito que esse tema também deva ser abordado nas aulas teóricas e no campo das práticas do enfermeiro em formação. Reitero que a prática e a teoria precisam ser trabalhadas em consonância para serem significativas, por isso acredito que um instrumento guiado pela NHB favoreça uma transformação no modo de ser e fazer enfermagem. Não é possível ignorar que a essência do cuidado de enfermagem é o ser humano na perspectiva do paradigma holístico, ou seja, a compreensão do homem como um ser bio-psico-socioespiritual⁽¹⁵⁵⁾.

5.3 Testagem do Instrumento de Coleta de Dados

Finalizando a construção do instrumento de coleta de dados, o mesmo foi aplicado em 10 pacientes da UTI em estudo. A sua testagem possibilitou que as participantes identificassem a ausência de alguns itens não sugeridos durante a sua elaboração, bem como, a necessidade da elaboração de um manual de orientação para o preenchimento do mesmo.

A primeira questão levantada refere-se ao pouco espaço disponível para a descrição das informações no item observação. Diante dessa limitação, o grupo foi unânime ao sugerir a formatação do documento de modo que fosse destinado um maior espaço para essas anotações entre o texto.

Na **história pregressa**, foi sugerido pelo grupo acrescentar o item ex-tabagista, mantendo o número de cigarros fumados por dia e o tempo de uso. As mesmas informações também serão acrescidas no item tabagista.

Na necessidade de regulação neurológica, a **mobilidade física** identificou-se que faltava espaço para acrescentar o membro afetado, pois o evento pode acometer apenas um lado do corpo, também houve a necessidade de acrescentar o item não avaliado para aqueles pacientes que estão impossibilitados de ser avaliados, seja por coma medicamentoso ou não. Quanto ao **nível de consciência**, surgiram dúvidas em relação ao item comatoso durante a avaliação do paciente, pois se acredita que essa informação seja mais adequada a algum evento cerebral e não a algo induzido. Durante a discussão, foi sugerido colocar ao lado de comatoso, o item “sem sedação” para ficar mais claro. Após exaustiva discussão, chegou-se a conclusão de que o coma por evento cerebral já está explícito no valor do *Glasgow* e o coma induzido por medicação está complementado com o valor do RASS e com o item sedação/analgesia, cujo nome e gotejo da droga está contemplado. Sendo assim, o item permaneceu inalterado, ou seja, comatoso.

Outra questão que gerou dúvidas e foi discutida entre as participantes foi o item diagnóstico médico no grupo da **história da doença atual**, pois muitas registraram essa informação no item motivo da internação, por exemplo, um paciente internou por neutropenia febril, sendo o diagnóstico e o motivo da internação os mesmos. Assim sendo, as participantes decidiram excluir o item diagnóstico médico uma vez que ele pode ser contemplado tanto no motivo de internação hospitalar, como no motivo de internação no setor. Considerando que a proposta da pesquisadora foi fundamentar este instrumento nas NHB, torna-se imprescindível a descrição dos sinais e sintomas nas necessidades humanas que causaram a internação hospitalar do paciente naquele setor, a fim de subsidiar a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, o planejamento da assistência e os resultados a serem alcançados. Acredito que o diagnóstico médico também possa ser descrito nesse mesmo espaço, porém não substitui essas informações, uma vez que seu enfoque está basicamente voltado às patologias e pretende-se uma abordagem mais ampla.

Em relação ao item **cateter vascular**, onde consta tipo de cateter, local da inserção, data e aspecto do local da inserção, houve a necessidade de acrescentar mais uma linha para as informações, pois geralmente o paciente crítico tem mais de um acesso central. Como forma de ilustrar esse aspecto, destaca-se que uma das participantes referiu que seu paciente possuía um cateter monolúmen e um porto-cath.

No subgrupo **segurança física**, chegou-se a conclusão que os itens necessidade de contenção mecânica e necessidade de isolamento expressam condutas de enfermagem, ficando acordado que os mesmos seriam excluídos. Mantiveram-se os itens: tranquilo, agitação e agressivo, sendo acrescentado o item observações para acréscimo de informações específicas.

Além da sugestão de ampliar os espaços destinados ao registro das observações, também foi apontada a importância de reduzir as margens do instrumento, possibilitando que o mesmo ficasse estruturado em um menor número de folhas em relação à versão anterior. Os ajustes foram realizados conforme a avaliação e decisão das participantes, dando origem à versão final do Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas (APÊNDICE E). A partir da versão reformulada, seguindo a sugestão das participantes, a pesquisadora elaborou um manual de orientação para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

5.4 Construção do manual de orientação

O manual de orientação seguiu a mesma sequência da composição dos itens do instrumento e foi organizado para ser utilizado de guia para uma consulta breve. Em cada NHB de Regulação Neurológica, Oxigenação, Percepção dos Órgãos e Sentidos, Regulação Cardiovascular, Alimentação, Hidratação, Eliminação, Integridade Física, Segurança Física, Sono e Repouso, Cuidado Corporal, Sexualidade, Comunicação, Gregária, Segurança Emocional, Religiosidade e Espiritualidade, foram descritos os conceitos para melhor entendimento.

Levando-se em consideração que a UTI do hospital em estudo é de ensino superior, foram acrescentados dados de semiologia do adulto que visam auxiliar na avaliação dos sinais e sintomas do paciente e contribuir para o raciocínio clínico e posterior elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem. Como suporte técnico-científico para essa construção foram utilizados livros específicos e artigos científicos referenciados no próprio manual.

Após a elaboração desse manual, o mesmo foi enviado por meio eletrônico para as participantes do estudo para apreciação juntamente com algumas questões em relação ao conteúdo, organização e estrutura de apresentação, possibilitando-as incluir, excluir ou modificar algum item. O retorno das repostas foram positivos e estimuladores, mencionando

que os itens estão apresentados de forma organizada, o conteúdo é de fácil compreensão e de excelente utilidade. As figuras são elucidativas, principalmente da ausculta cardíaca que não é uma prática habitual para alguns enfermeiros. Quanto à importância do manual de orientação, as participantes do estudo consideraram que ele evitaria possíveis interpretações ambíguas dos itens, além das informações estarem disponíveis para uma consulta breve. Além disso, contribui para a organização do trabalho do enfermeiro e sistematiza a avaliação do paciente.

Em suma, foram sugeridos alguns ajustes de formatação, de terminologia, de adequação dos parâmetros de alguns sinais vitais e acréscimo de alguns dados semiológicos que julgaram necessário. Essas sugestões foram contempladas e constam na versão final do manual de orientação (APÊNDICE F).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo com a construção coletiva da primeira etapa do Processo de Enfermagem para pacientes críticos, fundamentado no modelo das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta . Para tanto, partiu-se do instrumento do Grupo de Estudo do Diagnóstico e Prescrição Informatizada utilizado na instituição em que a pesquisa foi realizada.

O instrumento de coleta de dados elaborado ficou estruturado em sete grupos assim distribuídos: Identificação; História pregressa; História da doença atual; Avaliação geral; Avaliação das Necessidades Psicobiológicas; Avaliação das Necessidades Psicossociais e Avaliação das Necessidades Psicoespirituais. O grupo da Avaliação das Necessidades Psicobiológicas está constituído por 11 subgrupos de necessidades: Regulação Neurológica; Oxigenação; Percepção dos Órgãos dos Sentidos; Regulação Cardiovascular; Alimentação e Eliminação Intestinal; Hidratação e Eliminação Urinária; Integridade Física; Segurança Física; Sono e Repouso; Cuidado Corporal e Sexualidade. O grupo de Avaliação das Necessidades Psicossociais está composto por três subgrupos de necessidades: Comunicação, Gregária e Segurança Emocional. E o grupo de Avaliação das Necessidades Psicoespirituais contém os subgrupos religião, religiosidade e espiritualidade.

Durante as discussões foram sugeridas, em cada sessão, o acréscimo, exclusão, substituição e/ou manutenção de itens. Alguns subgrupos ficaram somente com o item observação e linhas em branco para a descrição de alguma particularidade, como na necessidade de Sexualidade, Sono e Repouso. As participantes argumentaram que um instrumento contendo informações que nem sempre serão utilizadas pode gerar um sentimento de frustração no profissional que está preenchendo, pois dificilmente conseguirá completá-lo. Após a formulação da versão final, o instrumento apoiado no referencial teórico das NHB foi apresentado aos componentes do Grupo de Estudo dos Diagnósticos de Enfermagem e Prescrição Informatizada (GEDEPI) do HNSC, que o consideraram mais objetivo e completo. Dessa forma, o grupo acordou que esse instrumento será utilizado como padrão nas áreas em que o PE for implantado.

Na fase de testagem do instrumento de coleta de dados na Unidade de Terapia Intensiva, algumas participantes encontraram dificuldades em conciliar o momento da internação do paciente com a sua disponibilidade para aplicação do instrumento devido à distância entre os campos de atuação dos residentes, uma vez que das cinco UTIs do

GHC/RIS, somente uma UTI foi incluída no estudo. A aplicação ocorreu em 10 pacientes, número inferior ao planejado conforme descrito na metodologia, em virtude das dificuldades já mencionadas. Porém, essa testagem possibilitou que as participantes do estudo identificassem a ausência de itens não sugeridos durante a sua elaboração, sugerindo acrescentar, excluir e/ou substituir alguns itens para o refinamento do mesmo. Durante a testagem surgiram algumas dúvidas em relação à interpretação de itens, dessa forma, o grupo percebeu a necessidade de ter um manual de orientação para otimizar o trabalho do enfermeiro.

Como contribuição para o estudo, a pesquisadora elaborou um manual de orientação para facilitar o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Esse manual foi submetido, por meio eletrônico, à apreciação das integrantes do Grupo Focal. O retorno dessa avaliação foi positivo, tanto em relação ao conteúdo quanto à apresentação visual. O manual possui algumas possíveis vantagens, entre as quais, destacam-se: evitar interpretações ambíguas dos itens, sistematizar a avaliação, organizar o trabalho do enfermeiro e oferecer informações para uma consulta breve, salientando-se o aspecto educativo que estes materiais proporcionam.

A técnica do Grupo Focal (GF) oportunizou trocas de informações, idéias, opiniões e experiências profissionais entre enfermeiras residentes e enfermeiras assistenciais as quais são preceptoras e orientadoras da RIS. As discussões geraram a construção de um conhecimento coletivo e comprometido, estando sempre presente o respeito, a responsabilidade, a dedicação e o companheirismo. Trabalhar com essa técnica foi uma experiência gratificante, um momento de aprendizagem, riqueza no intercâmbio de saberes, de relacionamentos interpessoais e de reflexão crítica sobre o tema, ao mesmo tempo, complexa de ser realizada, pelas questões operacionais que requer.

Sugere-se para pesquisas futuras a validação do instrumento de coleta de dados, verificando se os itens contemplados no mesmo possibilitam a identificação de sinais e sintomas para a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem prioritários em pacientes críticos. Recomenda-se, ainda, a validação do manual de orientação para o preenchimento do instrumento. Outra sugestão é incluir no programa de atividades da RIS o ensino do PE, em consonância com a implantação desta metodologia no campo das práticas.

Acredito que o Histórico de Enfermagem, baseado nas NHB, permitirá maior aproximação, melhor comunicação e relacionamento interpessoal entre enfermeiros, pacientes e familiares, e uma assistência individualizada focada nas necessidades prioritárias dos pacientes com acompanhamento dos resultados esperados. Essa etapa, estando bem estruturada, fornecerá sustentação para as demais, facilitando aos enfermeiros assistenciais e

enfermeiros residentes o ensino da anamnese e exame físico, assim como, o desenvolvimento do pensamento crítico na elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, proporcionando intervenções de enfermagem de forma adequada e específica para determinado problema. O registro correto dessas etapas pode ser utilizado para subsidiar futuras pesquisas, principalmente na RIS, que tem a pesquisa como um quesito para conclusão de curso.

A utilização do PE na formação em serviço dos enfermeiros residentes, em consonância com os princípios da Educação Permanente, pode ser uma estratégia metodológica que possibilita o desenvolvimento de um pensar problematizador, com a construção de novos conhecimentos a partir da realidade vivenciada. Dessa forma, sua aplicação nas instituições de ensino pode favorecer a formação de profissionais cientes das suas responsabilidades assistenciais e educacionais, fornecendo-lhes subsídios para atuarem como multiplicadores de melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem.

Todo esforço e dedicação para realizar este trabalho, no clima da implantação do PE no referido hospital pelo GEDEPI, foi com o objetivo de contribuir e somar ao belo trabalho que as enfermeiras já vêm desenvolvendo ao longo desses anos, lutando sempre contra as incertezas, os desânimos, as decepções, os conflitos e os medos, mantendo a perseverança em busca de novos horizontes para enfermagem, no contexto da assistência, pesquisa e ensino, envolvendo um saber e fazer mais científico e qualificado.

REFERÊNCIAS

1. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Brasil. Resolução COFEN nº 358/2009, 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, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/2007/downloads/RESOLUCAO3582009.doc>. Acesso em: 14 dez. 2009.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(2):137-44.
5. Galdeano LE, Rossi LA. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. Rev Lat Am Enfermagem 2002;10(6):800-04.
6. Lima LR, Stival MM, Oliveira CR, Chianca TCM. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. Rev Eletrônica Enferm. [Internet] 2006 [citado 2009 mar 04];8(3):349-57. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>
7. Brandalize DL, Kalinowski CE. Processo de Enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. Cogitare Enferm. 2005;10(3):53-7.
8. Rodrigues AL, Maria VLR. Teoria das Necessidades Humanas Básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. Cogitare Enferm 2009;14(2):353-9
9. Cunha SM, Barros ALBL. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. Rev Bras Enferm. 2005;58(8):568-72.
10. Neves RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):556-9.
11. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

12. Marques DKA, Moreira GAC, Nóbrega MML. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. *Rev Enferm UFPE On Line* 2008;2(4):410-16.
13. Benedet AS, Bub MBC. Manual de Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora; 2001.
14. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed; 2005.
15. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
16. Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo T, Gualda DMR; Melleir M, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p 41-62.
17. Crossetti MGO. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Diagnóstico de Enfermagem e prescrição de enfermagem e resultados. Curso: 5ª aula. *Enfermagem Atual*. 2008;9(48):28-38.
18. Leon PAP, Freitas FFQ, Nóbrega MML. Sistematização da Assistência de Enfermagem em dissertação de mestrado: estudo bibliográfico. *Rev Enferm UFPE On Line* 2009;3(1):120-26.
19. Brasil. Resolução COFEN nº 272/2002, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>>. Acesso em: 14 mar. 2009.
20. Pivoto FL. Proposta de processo de enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo pós-operatória cardiológica [dissertação]. Rio Grande (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande; 2008.
21. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM et al. Relations between nursing data collection, diagnoses and prescriptions for adult patients at an intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(4):700-6.
22. Dell'acqua MCQ, Miyadahira AMK. Ensino do Processo de Enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do Estado de São Paulo. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002;10(2):185-91.

23. Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH, Napoleão AA, Camargo AB. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):299-303.
24. Fernandes CNS. Refletindo sobre o aprendizado do papel do educador no processo de formação do enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(4):691-3.
25. Cogo AL, Pedro E, Almeida M. O ensino do Processo de Enfermagem no Brasil: produções na literatura de 1996 a 2006. *On-line Braz J Nurs*. [Internet] 2006 [citado 2009 jun 04];5(3). Disponível em:
<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/542>>.
26. Santos DS, Mazoni SR, Carvalho EC. Emprego da taxonomia da NANDA no Brasil: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line* 2009; 3(1):107-13.
27. Nascimento DDG. A Residência Multiprofissional em Saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2008.
28. Ceccin RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):161-168.
29. Marques LVP, Carvalho DV. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Centro de Tratamento Intensivo: percepção das enfermeiras. *REME: rev. min. enferm*. 2005;9(3): 199-205.
30. Corrêa LCL, Beccaria LM, Amorim RC, Pacheco SS, Vacandio S, Fecho PBI. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. *Arq Ciências Saúde UNIPAR*.2008;15(2):65-9.
31. Hermida PMV. Elaboração e validação de instrumento de entrevista de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):314-20.
32. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para a implantação. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(5):675-9.
33. Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):111-6.

34. Cruz DALMA. Inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo T, Gualda DMR, Melleiro M, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p 63-83.
35. Almeida MA. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2004; 57(3):279-83.
36. NANDA-I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
37. Silva TG, Madureira VSF, Trentim M. Processo de ensino-aprendizagem para implementação do diagnóstico de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Cogitare Enferm. 2007;12 (3):279-86.
38. França FCV, Kawaguchi IAL, Silva EP, Abrão GA, Uemura H, Afonso LM, et al. Implementação do Diagnóstico de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva e os dificultadores para a enfermagem. Rev Eletrônica Enferm. [Internet] 2007 [citado 2009 fev 18];9(2): 537 - 46. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a20.htm>>.
39. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA – Internacional). Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
40. Andrade JS. Prática assistencial de enfermagem: problema, perspectivas e necessidade sistematização. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):261-5.
41. Alfaro-Lefevre R. Pensamento Crítico em enfermagem: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
42. Crossetti MGO. Sistematização da Assistência de Enfermagem: processo diagnóstico na enfermagem – condições para a tomada de decisão do enfermeiro. Curso: 2ª aula. Enfermagem Atual 2008; 8(44):45-50.
43. Katoko-Yahiro M, Saylor C. A critical thinking model for nursing judgment. J Nurs Educ 1994;33(8):351-56.
44. Jesus CAC. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

45. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part I: risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. Rev Esc Enferm USP.2003; 37(2):17-24.
46. Ministério da Saúde (BR). Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2009.
47. Barros ALBL, Michel JLM. Curso de especialização em enfermagem – modalidade residência: experiência de implantação em um hospital escola. Rev Lat Am Enfermagem 2000;8(1):8-11.
48. Ministério da Saúde (BR). Guia de orientações para enfermeiros residentes: curso de pós-graduação sob a forma de treinamento em serviço para enfermeiros. Brasília: Brasília. – Ministério da Saúde; 2005.
49. Ferreira SR. Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço. Dissertação [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.
50. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Portaria nº109, de 31 de março de 2004. Cria o Programa o Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/gepNet/risportaria.htm>> Acesso em: 16 fev. 2009.
51. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Cartilha RIS/GHC – 2010. Porto Alegre: Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição; 2010.
52. Ceccim RB, Ferla AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de Integralidade da Atenção à Saúde. In Pinheiro R; Mattos RS, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: MS/UERJ/ABRASCO; 2003. p 211-226.
53. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2117.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2010.
54. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em> 30 jun. 2010.

55. Dallegrave D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2009;13(28): 213-26.
56. Machado MFAS. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma visão conceitual. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):335-42.
57. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
58. Westphal M.F, Bógus CM, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Oficina Sanitária Panamericana* 1996;120(6):472-82.
59. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnen GD. O uso do Grupo Focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):779-86.
60. Lervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*.2001;35(2):115-21.
61. Borges CD, Santos MA. Aplicações da técnica do Grupo Focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP* 2005;6(1): 74-80.
62. Dall'agnol CM, Trench MH. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev Gaucha Enferm*. 1999;20(1):5-25.
63. Debus M. Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.
64. Grupo Hospitalar Conceição [Internet]. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; [acesso em 23 nov.2009]. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1>>. Acesso em: 23 nov. 2009.
65. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Manual para médicos residentes na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição: Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2005.
66. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 9.ed. São Paulo: Cortez Autores Associados; 2000.

67. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
68. Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiros de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):32-8.
69. Barra DCC, Dalsasso GTM., Monticelli M. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. *Rev Eletrônica Enferm.* [Internet] 2009 [citado 2009 fev 18];11(3):579-89. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/a15.htm>>.
70. Rezende PO, Gaizinski RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):152-9.
71. Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. Factors that inhabit the use of nursing language. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2008;19(4): 150-7.
72. Backes DS, Schwartz E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. *Cienc. Cuid. Saúde* 2005;4(2):182-88.
73. Arns BM, Moretti M; Moretti MP; Sakae TM; Bonatteli TH; Corrêa A *et al.* Prevalência dos fatores de risco cardiovasculares nos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC. *ACM Arq. Catarin. Med.* 2009;38(1): 33-38.
74. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ* 2007; 85(7):527-34.
75. Oliveira MVC, Oliveira TR, Pereira CAC, Bonfim AV, Leitão Filho FS, Voss LR. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. *J. Bras. Pneumol.* 2008; 34(11):936-941
76. Stramari LM, Kurtz M, Silva LCC. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em estudantes de medicina de uma universidade em Passo Fundo (RS). *J. Bras. Pneumol.* 2009; 35(5):442-448.
77. Longo CZ., Neves J, Luciano VM, Peres MA. Prevalência de níveis pressóricos elevados e fatores associados em adultos de Lages/SC. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(3):387-94.

78. Ronqui,TT, Nomoto P, Yamada S.S, Baroni EA. Caracterização epidemiológica dos pacientes atendidos no ambulatório de nefrologia do hospital universitário de Maringá no ano de 2004. Arq Ciências Saúde UNIPAR.2007;11(3):205-209.
79. Rooks RN, Simonsick EM, Klesges LM, Newman AB, Ayonayon HN, Harris TB. Racial disparities in health care Access and cardiovascular disease indicators in Black and White older adults in the healt ABC study. J Aging Health 2008;20(6):599-614.
80. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/control-de-infeccao-hospitalar/portaria_2616.pdf> . Acesso em: 26 fev. 2010.
81. Ferreira ABH. Mini Aurélio século XXI, o minidicionário da língua portuguesa. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A.; 2000.
82. Echer RB, Cogo ALP. Os familiares de pacientes adultos hospitalizados: sua participação de cuidar na enfermagem. Rev Gaucha Enferm.2005; 26(2)242-51.
83. Felix AP, Martins AP, Dyniewicz AM. Capacitação de cuidadores de pacientes em alta hospitalar. Cogitare Enferm. 2008;13(1):124-31.
84. Marin MJS, Mesquita SRAM, Gazetta GHAK, Lira TF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes e cuidadores de um programa de internação hospitalar. REME: rev. min. enferm. 2008;12(2):235-40.
85. Cesar AM. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. Rev Bras Enferm.2005; 58(6):647-52.
86. Lopes MCL, Marcon SS. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidador familiar. Rev Esc Enferm USP.2009; 43(2):343-50.
87. Strumm EMF, Kuhn DT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. Cogitare Enferm 2008;13(4):499-506.
88. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
89. Ministério da Saúde (BR). Gestão financeira do sistema único de saúde: manual básico. 3. ed. Disponível em:<<http://siops.datasus.gov.br/documentação/manual%20FNS.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2010.

90. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc. Cuid. Saúde* 2008;7(1):65-72.
91. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a epidemia global de tabagismo, 2008: pacote MPOWER. Disponível em: <www.who.int/tabaco/mpower>. Acesso em: 26 fev. 2010.
92. Pérez PV, Travieso TH, Roche RGG, Gorbea MB, Pérez TR, Fernández SJV. Mortalidad atribuible al tabaquismo em Cuba. *Rev. Cub. Salud Pública* 2009;35(2):1-13.
93. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(3):2008.
94. Viegas CAA. Tabagismo e controle da asma brônquica. *J. Bras. Pneumol.*2009;35(3):197-198.
95. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional del Cáncer. Coordinación de Prevención y Vigilancia. Brasil: Advertencias sanitarias en los productos del tabaco, 2009. Río de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional del Cáncer – INCA; 2008.
96. Lopes HF. Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. *Rev Bras Hipertens.* 2007;14(4):239-244.
97. Ortega KC, Silva GV, Ginani GF, Mion Jr D. Pré-hipertensão: conceito, epidemiologia e o que falam as diretrizes. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(2):83-86.
98. Santos AC, Lima CA. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(suppl 1):55-56.
99. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Manual de orientação para o controle da disseminação do *Acinetobacter* resistente a carbapenêmicos. Porto Alegre, 2007.
100. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Lat Am Enfermagem.*2002;10(3):446-7.
101. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor diretrizes para a implantação da dor como o 5º sinal vital. Disponível em: <http://www.dor.gov.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>. Acesso em: 03 mar 2010.
102. Budo MLD, Nicolini D, Resta DG, Bittenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente a dor. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(1):36-43.

103. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciências Saúde UNIPAR*. 2005;12(1):50-4.
104. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como o 5º sinal vital. *Cienc. Cuid. Saúde* 2007; 6(suppl. 2):481-87.
105. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):270-6.
106. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicaçõesmanual_dor.pdf>. Acesso em: 03 mar 2010.
107. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular sustentado. Unidade de terapia Intensiva do Porto alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2007.
108. Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006.
109. Andris DA. Semiologia: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
110. Sessler CN, Wilhelm W. Analgesia and sedation in the intensive care unit: an overview of the issues. *Critical Care* 2008;12(suppl 3):S1.
111. Sessler CN, Grap MJ, Ramsay MAE. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care* 2008;12(suppl 3):S2
112. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Infecções do trato respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/ceciss/manuais/manual_%20trato_respiratorio.pdf> Acesso em: 08 mar. 2010.
113. Diccini S, Whitaker IY. Exame neurológico. In.: Barros ALBL, organizador. Anamnese e exame físico. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.96-111.
114. Baikie PD. Sinais e Sintomas. Coleção Práxis Enfermagem. Vol IV. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

115. Damasceno MPCD, David CMN, Souza PCSP, Chiovane PA, Cardoso LTQ, Amaral JLG et al. Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos. Rev. Bras. Ter. Intensiva , 2006;18(3):219-28.
116. Rodrigues AP, Brochard L. Ventilación mecánica asistida: hacia una mejor adaptación del respirador a las necesidades del paciente Med. Intensiva 2008;25(1):28-38.
117. Rodrigues PM, Neto EC, Santos LRC, Knibel MF. Pneumonia associada a ventilação mecânica: epidemiologia e impacto na evolução clínica de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. J. Bras. Pneumol. 2009; 39(11):1084-91.
118. Carrilho CMDM, Grion CMC, Carvalho LM, Grion AS, Matsuo T. Pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva cirúrgica. Rev. Bras. Ter. Intensiva 2006;18(1):38-44.
119. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Trato respiratório: critérios nacionais de infecção relacionadas à assistência à saúde. 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 09 mar. 2010.
120. Martins JJ, Maestri E, Dogenski D, Nascimento ERP, Silva RM, Gama FO. Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cienc. cuid. saude 2008;7(4):517-22.
121. Pacheco SV, Wegner AA, Guevara RQ, Céspedes PF, Darras EM, Mallea LT, et al. Albumina en el paciente crítico: mito ou terapêutica. Rev. Chil. Pediatr. 2007; 78(4):403-13.
122. Uhing MR. A controvérsia da albumina. Clinica de Perinatologia, 2004; 31:475-488.
123. Tardivo TB, Farhat Neto J, Farhat Junior J. Infecções sanguíneas relacionadas aos cateteres venosos. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd 2008;6(6):224-27.
124. Mesiano ERAB, Merchán-Hamann E. Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. Rev Lat Am Enfermagem 2007; 15(3):453-9.
125. Teixeira ACC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral de terapia intensiva: infusão versus necessidades. Rev. Bras. Ter. Intensiva 2006;18(4):331-37.

126. Aranjues AL, Teixeira ACC, Caruso L, Soriano FG. Monitorização da terapia nutricional enteral em UTI: indicador de qualidade. Mundo saúde (1995) São Paulo, 2008; 32(1):16-23.
127. Ferreira IK. Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva 2007; 19(1):90-97.
128. Fujino V, Nogueira LABNS. Terapia nutricional em pacientes graves: revisão de literatura. Arq Ciências Saúde UNIPAR. 2007;14(4):220-26.
129. Garcia TPR, Romero MP, Poletti NAA, Cesarino CB, Ribeiro RCHM. Principais motivo de internação do paciente com Insuficiência Renal Aguda na Unidade de Terapia Intensiva. Arq Ciências Saúde UNIPAR. 2005; 12(3):146-50.
130. Santos ER, Matos JD. Perfil epidemiológico dos pacientes com injúria renal aguda em uma Unidade de Terapia Intensiva. ACM Arq. Catarin. Med. , 2008; 37(4):7-11.
131. Bernardina LD, Dicini S, Belasco AGS, Bittencourt ARC, Barbosa DA. Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2008;21(n. esp):174-8.
132. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Trato Urinário: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/ceciss/manuais/trato_urinario.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.
133. Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da escala de Braden e de Glasgow para a identificação do risco para úlcera de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2008;16(6): 973-78
134. Silva MSML. Fatores de risco de Úlcera de Pressão em pacientes hospitalizados [dissertação]. Paraíba (RN): Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde;1998. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/feridotecateses.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2010.
135. Lobo A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2008;11(3):403-418.
136. Serpa LF, Santos VLCG. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Acta Paul Enferm. 2008; 21(2):367-9.

137. Moreira ML, Castro ME. Percepção dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva frente à internação. Rev. RENE. 2006;7(1):75-83.
138. Bittencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM, et al. Análise de estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. ter. intensiva 2007; 19(1):53-59.
139. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev Esc Enferm USP.1998; 32(2):153-68.
140. Fonseca JP, Echer IC. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. Rev Gaucha Enferm.2003;24(3):346-54.
141. Resolução COFEN nº 189/1996, de 25 de março de 1996. Dispõe sobre os parâmetros para Dimensionamento do Quatro de Profissionais. Disponível em: < http://www.sergioluz.com/legislacao_read.asp?id=213>. Acesso em: 15 maio 2010.
142. Giglio MM, Matins AP, Dyniewicz AM. Análise do grau de dependência e a disposição à úlcera de pressão em pacientes de Hospital Universitário. Cogitare Enferm. 2007;12(1):62-8.
143. Ressel LB, Gualda DMR. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. Rev Gaúcha Enferm 2004;25(3):323-33.
144. Ressel LB. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural [tese]. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
145. Gir E, Nogueira MS, Pelá NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. Rev Lat Am Enfermagem.2000;8(2):33-40.
146. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP.2005;39(4)423-29.
147. Gonçalves MJ. O significado de comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar. Mundo saúde (1995) 2008;32(1):79-84.
148. Barlem ELD, Rosenhein DPN, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. Rev Eletrônica Enferm. [Internet] 2008 [citado 2009 fev

18];10(4):1041-9. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>>.

149. Mezzaroba RM, Freita VM, Kochla KRA. O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. *Cogitare Enferm.* 2009;14(3):499-505.
150. Ruedell LM, Beck CLC, Silva RM, Lisboa RL, Prochnow A, Prestes FC. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo bibliográfico. *Cogitare Enferm* 2010; 15(1):147-52.
151. Silva RR, Siqueira D. Espiritualidade, religião e trabalho no contexto organizacional. *Psicol. Estud.* 2009;14(3):557-64.
152. McSherry W, Phil M, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J. Clin. Nurs.* 2004; 13(8):934-41.
153. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* 2001; 8(3):107-112.
154. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiências de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):100-6.
155. Pedrão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einsten (São Paulo)* 2010; 8(1):85-91.
156. Sá AC. Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *Mundo Saúde (1995)* 2009; 33(2):205-17.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa tem como título - Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos a luz da teoria das Necessidades Humanas Básicas. Está sob responsabilidade de Rosaura Costa Bordinhão, mestranda do curso de Pós-graduação da escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e sua Orientadora Prof^{fa} Dr^a Miriam de Abreu Almeida, enfermeira docente da UFRGS. Pretende-se com este estudo padronizar e qualificar a assistência de enfermagem ao paciente crítico, tendo por objetivo adequar o instrumento de coleta de dados para pacientes críticos da Unidade de Terapia Intensiva do HNSC, fundamentando-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Será utilizada a técnica do grupo focal com um encontro semanal, totalizando em torno de 5 sessões; a duração de cada sessão será de 1h e 30min à 2h. Os encontros ocorrerão na sala de reuniões da UTI/HNSC, localizada no 1º andar no corredor restrito a este setor.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desta pesquisa, pois fui esclarecido de que os meus dados confidenciais serão mantidos em sigilo. Terei garantida a preservação do anonimato das minhas informações obtidas durante a realização do grupo focal. Será assegurada a minha liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e poderei deixar de participar do estudo, sem que isto resulte risco na carreira profissional. As sessões do grupo focal serão gravadas e registradas por escrito e após cinco anos serão destruídas. Serei informado sobre o andamento da pesquisa, assim como dos resultados finais. As informações coletadas serão utilizadas para a realização da dissertação e de artigos. Em caso de dúvida ética relativa a essa pesquisa poderei entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC, Vitto Giancristoforo dos Santos pelo telefone 33572407, localizado no 3º andar do bloco H (bloco dos ambulatorios), na Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP). Rua Francisco Trein, 596 - bairro Cristo Redentor. Para novas perguntas sobre o estudo, posso entrar em contato com a enfermeira Rosaura Costa Bordinhão, pelo telefone 33572174, Controle de Infecção Hospitalar (CIH) do HNSC, localizado no 5º andar do bloco A (bloco do Hospital Dia).

Data: ___/___/___

Nome e assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Rosaura C. Bordinhão

Cel. 99733618

rosaurab@ghc.com.br.

OBS: O Termo de Consentimento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com a(o) pesquisada(o) e outra com a pesquisadora

APÊNDICE B – Agenda do Grupo Focal

ENCONTROS/ DATA	ATIVIDADES
1º encontro 13/07/09	Abertura da sessão com boas vindas aos participantes. Apresentação do moderador, do observador e das participantes. Entrega de crachás com o nome das participantes. Realização de dinâmica de grupo. Apresentação dos objetivos do estudo e da trajetória do Grupo de Estudo de Diagnóstico de Enfermagem e Prescrição Informatizada do HNSC, sua relação com a pesquisa. Apresentação das características da técnica do Grupo Focal. Esclarecimento das questões éticas conforme a resolução 196/1996. Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Distribuição do referencial teórico sobre o Processo de Enfermagem e Necessidades Humanas Básicas. Entrega de questionário. Oferecimento lanche. Realização da síntese da reunião e encerramento, com os acertos e combinações finais para o próximo encontro. Agradecimentos.
2º encontro 03/08/09	Recolhimento dos questionários preenchidos. Realização de síntese da reunião anterior. Discussão sobre o referencial teórico. Início da construção do instrumento de coleta de dados, com utilização de livros sobre anamnese e exame físico. Utilização do instrumento do GEDEPI, como ponto de partida. Elaboração dos grupos Identificação, História Progressiva e História da Doença Atual. Oferecimento de lanche. Realização de síntese da reunião e encerramento, com os acertos e combinações finais para o próximo encontro. Agradecimentos.
3º encontro 10/08/09	Recolhimento dos questionários. Realização de síntese da reunião anterior. Elaboração dos grupos do Exame Físico, Avaliação das Necessidades Psicobiológicas e os subgrupos Regulação Neurológica, Oxigenação e Percepção dos Órgãos e Sentidos. Oferecimento de lanche. Realização de síntese da reunião e encerramento, com os acertos e combinações finais para o próximo encontro. Agradecimentos.
4º encontro 18/08/09	Realização de síntese da reunião anterior. Construção dos subgrupos Regulação Cardiovascular, Alimentação e Eliminação Intestinal, Hidratação e Eliminação Urinária e Integridade Física. Oferecimento de lanche. Realização de síntese da reunião e encerramento, com os acertos e combinações finais para o próximo encontro. Agradecimentos.
5º encontro 27/08/09	Realizado a síntese da reunião anterior. Revisão das necessidades anteriores.
6º encontro 03/09/09	Realização de síntese da reunião anterior. Construção dos subgrupos Segurança do Paciente, Sono e Repouso, Cuidado Corporal, Sexualidade e os grupos Avaliação das Necessidades Psicossociais e Avaliação das Necessidades Psicoespirituais. Propor a testagem do instrumento construído. Oferecimento de lanche. Realização de síntese da reunião e encerramento, com os acertos e combinações finais para o próximo encontro. Agradecimentos.
7º encontro 13/10/09	Avaliação da aplicabilidade do instrumento, após testagem pelas participantes. Realização da avaliação do Grupo Focal. Oferecimento de lanche. Agradecimentos.

APÊNDICE C – Manual das Necessidades Humanas Básicas: conceitos e subgrupos

1 PSICOBIOLOGICAS

1.1 Regulação neurológica

É a necessidade do indivíduo de preservar e/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 (ATKINSONS e MURRAY, 1989 Apud BENEDET e BUB, 2001).

- nível de consciência;
- condições das pupilas;
- presença de cefaléia;
- convulsões;
- dormência ou alteração na mobilização de alguma parte do corpo;
- alteração da memória.

1.2 Percepção dos órgãos dos sentidos

É a necessidade do organismo perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente (BENEDET e BUB, 2001).

- condição da visão;
- audição;
- gustação;
- olfato;
- tato;
- presença de dor (localização, frequência, tipo).

1.3 Oxigenação

É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida (BEYERS e DUDAS, 1989; GUYTON e HALL, 2000 Apud BENEDET e BUB, 2001).

- frequência respiratória;
- ausculta pulmonar;
- tosse;
- expectoração;
- presença de secreção;
- necessidade de oxigenioterapia.

1.4 Regulação vascular

É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo (GUYTON e HALL, 2000 apud BENEDET e BUB, 2001).

- pressão arterial;
- pulso;
- pressão venosa central (PVC);
- pressão arterial média (PAM);
- características dos pulsos: radial, poplíteo, femoral e pedioso;
- coloração da pele e extremidades;
- perfusão periférica.

1.5 Regulação térmica

É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° a 37,3°C, com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda da energia térmica) (BENEDET e BUB, 2001).

- temperatura axilar e/ou retal (alterações, fatores que interferem na regulação).

1.6 Hidratação

É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal (BENEDET e BUB, 2001).

- hábitos de ingestão hídrica (volume, frequência, preferência);
- turgidez da pele;
- condições da mucosa oral;
- presença de edema, sede e outras manifestações de perda ou retenção de líquidos.

1.7 Alimentação

É a necessidade dos indivíduos em obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida (BENEDET e BUB, 2001).

- hábitos alimentares;
- apetite;
- intolerância;
- deglutição;
- digestão.

1.8 Eliminação

É a necessidade do organismo em eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal (BENEDET e BUB, 2001).

- hábitos intestinais (frequência, constipação, diarreia, incontinência), ostomia;
- hábitos urinários (frequência, retenção, incontinência); disúria; urgência ao urinar.

1.9 Integridade física

É a necessidade do organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo (BEYERS e DUDAS, 1989 Apud BENEDET e BUB, 2001).

1.10 Atividade física

É a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da 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. (BENEDET e BUB, 2001)

- práticas de exercícios e atividades físicas;
- postura corporal;
- atividade motora.

1.11 Sono e repouso

É a necessidade do organismo em manter, durante um certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração (BENEDET e BUB, 2001).

- hábitos relacionados;
- características;
- problemas.

1.12 Cuidado corporal

É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal (BENEDET e BUB, 2001).

- capacidade para o auto-cuidado;
- condições de higiene pessoal.

1.13 Segurança física/meio ambiente

É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica (BENEDET e BUB, 2001).

- risco para quedas, fugas, ferimentos;
- necessidade de isolamento.

1.14 Sexualidade

É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar (BENEDET e BUB, 2001).

- traumas, problemas relacionados.

1.15 Regulação: crescimento celular

É a necessidade do organismo em manter a multiplicação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade com o objetivo de crescer e desenvolver-se (BENEDET e BUB, 2001).

- crescimento celular;
- alteração de peso nos últimos seis meses;
- problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento em relação ao grupo etário.

1.16 Terapêutica

É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde (BENEDET e BUB, 2001).

- problemas relacionados à terapêutica específica (reações alérgicas, efeitos colaterais);
- aceitação da terapêutica indicada.

2. PSICOSSOCIAIS

2.1 Comunicação

É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada ou escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais) com o objetivo de interagir com os outros (BENEDET e BUB, 2001).

- distúrbio da fala;
- idioma;
- tipo de expressão da mensagem (verbal, escrita, gestos, olhar).

2.2 Gregária e lazer

É a necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais. (BENEDET e BUB, 2001).

- isolamento social;
- presença de visitas;
- grupo a que pertence.

2.3 Recreação e lazer

É a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir idéias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se (BENEDET e BUB, 2001).

- hábitos;
- preferências.

2.4 Segurança emocional

É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente (BENEDET e BUB, 2001).

- saudade do lar;
- mudança de ambiente;
- medo do sofrimento;
- medo da morte;
- experiência negativa com tratamentos de saúde anteriores;
- medo das conseqüências da doença;
- problemas financeiros.

2.5 Amor, aceitação

É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integração aos grupos, de ter amigos e família (BENEDET e BUB, 2001).

- manifestações de carência afetiva (ansiedade; agitação; hostilidade; agressividade; depressão; negativismo, exibicionismo, choro freqüente, irritabilidade).

2.6 Auto-estima, autoconfiança, auto-respeito

É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias idéias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicobiológico e de perceber-se como o centro vital da própria existência (BRADEN, 1998 Apud BENEDET e BUB, 2001)

- manifestações de desequilíbrio (isolamento, tendência suicida);
- senso de valor depreciado;
- não aceitação da sua condição de saúde;
- revolta;

- pessimismo;
- auto-depreciação.

2.7 Liberdade e participação

É a necessidade que cada um tem de agir conforme a sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas definidas (sociais, culturais, legais). 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 (BENEDET e BUB, 2001)

- participação no plano terapêutico;
- reação à rotina hospitalar;
- restrição à liberdade.

2.8 Educação para a saúde/aprendizagem

É a necessidade de adquirir conhecimentos e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde (BENEDET e BUB, 2001).

- desejo de adotar ou adoção de comportamento para elevar o nível da saúde;
- conhecer sobre o seu estado de saúde;
- situações que interferem na não adesão ao regime terapêutico.

2.9 Auto-realização

É a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser (KALISH, 1983 Apud BENEDET e BUB, 2001).

- falta de auto-confiança;
- manifestações da não realização.

2.10 Espaço

É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retraindo-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade (BENEDET e BUB, 2001).

2.11 Criatividade

É a necessidade de ter idéias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se (vir a ser) (BENEDET e BUB, 2001).

3 PSICOESPIRITUAIS

3.1 Religiosidade/espiritualidade

É a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Como, por exemplo: ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião (BENEDET e BUB, 2001).

- fonte de força ou significação espiritual;
- prática de crença religiosa;
- necessidade da presença de um líder espiritual ou de atividades religiosas.

Referência:

BENEDET, S. A; BUB, M.B.C. **Manual de Diagnósticos de enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001. 220p.

APÊNDICE D – Questionário para caracterização dos participantes

1. Você é graduada em enfermagem há quanto tempo?
2. Você é enfermeira assistencial há quanto tempo na UTI?
3. Na sua graduação, foi ensinado o processo de enfermagem?
a) Sim b) Não
4. Qual instituição de ensino da sua graduação?
a) Particular b) Estadual c) Federal
5. Você possui algum curso de pós-graduação? Em caso afirmativo, qual?
6. Qual a sua experiência com o processo de enfermagem na assistência, no ensino e/ou pesquisa?
7. Quais as etapas do processo de enfermagem que você já desenvolveu?
8. Na sua opinião quais as dificuldades encontradas no cotidiano assistencial para o desenvolvimento do processo de enfermagem?
9. Descreva algumas sugestões para superar essas dificuldades?
10. Qual a importância da aplicação do processo de enfermagem na prática profissional do enfermeiro?

**APÊNDICE E – Versão final do Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos
fundamentado nas Necessidades Humanas Básicas**

1 IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Idade: ____ Sexo: __ Cor: __ Estado civil _____
Naturalidade: _____	Profissão: _____ Procedência: _____
Proveniência: () Emergência () UTI () SR () BC () U.I. _____ () Residência () Outros _____	
Data de Internação Hospitalar: ____/____/____ Data de Internação no Setor: ____/____/____	
Tem um cuidador: () S () N Quem? _____ Registro: _____ Leito: _____	
Tem acesso a uma UBS: () S () N Qual? _____	
Responsável para contato: _____ Telefone: _____	
2 HISTÓRIA PREGRESSA	
Internações prévias: () S () N, motivos: _____	
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista __cig/dia há ____anos	
() Alcoolismo _____ () Drogadição: _____ () Outros _____	
Cirurgias prévias: () S () N Qual _____ Quando _____	
Medicações em uso: _____	
Alergias () S () N Qual _____	
Possui GMR/PANR () S () N Qual? _____ Sítio(s) _____ Data: ____/____/____	
3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	
Queixa principal (motivo da internação hospitalar) _____	
Motivo da internação no setor: _____	
4 AVALIAÇÃO GERAL	
Sinais vitais: Tax _____ °C FC _____ bpm TA _____ mmHg PAM _____ mmHg FR _____ mpm	
HGT _____ mg/dl Dor _____ local _____ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm	
Exames laboratoriais alterados: _____	
5 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Regulação neurológica	
Nível de consciência: () Alerta () Lúcido () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso	
Glasgow _____ AO _____ RV _____ RM _____	
RASS _____ Drogas sedação/analgesia: _____	
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D Fotorreagentes () S () N () Mióticas	
() Midriáticas Diâmetro pupilar: _____ mm	
Linguagem: Alteração: () Sim Qual _____ () Não () NA _____	
Mobilidade física: MMSS: () Preservada ____ () Paresia ____ () Plegia ____ () Parestesia ____ () NA _____	
MMII: () Preservada ____ () Paresia ____ () Plegia ____ () Parestesia ____ () NA _____	
Observações: _____	

Oxigenação
Respiração: () Espontânea: () Cateter nasal ___l/min () Óculos nasal ___l/min Venturi ___ % ___l/min () TOT nº___ comissura labial nº___ () Traqueostomia Cuff ___ cmH2O () Ayre () VMNI () VMI Modalidade___ FiO2 ___% PEEP___cmH2O () Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () outros _____
Ausculta pulmonar: MV presente: () D () E Diminuídos () D () E Ruídos adventícios: () Roncos:_____ () Sibilos:_____ () Crepitantes:_____
() Estridor_____ () Atrito pleural_____
Tosse: () S () N () Improdutiva () Produtiva: _____
Expectoração: () Sim () Não Quantidade e Aspecto _____
Aspiração: Quantidade e Aspecto _____
Dreno de tórax: () S () N () Selo d'água () Aspiração contínua () D () E Data ___/___/___
Aspecto da drenagem torácica: _____
Gasometria arterial: PH___ PCO ₂ ___ PO ₂ ___ HCO ₃ ___ EB___ SpO ₂ ___ Data ___/___/___ Hora:___
Percepção dos órgãos dos sentidos
Alteração: () Não () Visão () Audição () Outros_____ () NA
Observação: _____
Regulação cardiovascular
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio
Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos () > 3 segundos Turgência jugular () Não () Sim
Drogas vasoativas () Sim () Não Qual? _____
Cateter vascular: Tipo/local: _____ Data: ___/___/___ Aspecto da Inserção: _____
Tipo/local: _____ Data: ___/___/___ Aspecto da Inserção: _____
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () atrito Bulha: _____ Fonese: _____ () NA
Precordialgia: () Sim () Não Marcapasso: () Não () Transitório () Definitivo
Edema: () Não () Sim () MMSS _____ () MMII _____ () Anasarca _____
Observações: _____
Alimentação e eliminação intestinal
Via de administração: () VO () SNG () SOG () SNE () SOE () NPT () Gastrostomia () Jejunostomia
Aceitação: () S () N () NPO () Vômito _____ () Outros _____ Cavidade oral: _____
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____
RHA: () Normais () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Drenos: tipo: _____ local: _____
Incisão cirúrgica: _____
Eliminação intestinal: () Normal () Constipado há ___ dias () Líquida () Ostomia () NA () Outros: _____
Observações: _____
Hidratação e eliminação urinária
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Turgor da pele: () Preservada () Diminuída
Manifestação de sede: () Sim () Não () NA
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência _____ () SVD Outros: _____
Volume: ___ ml de ___ horas Aspecto _____
Tratamento dialítico: () Sim () Não Tipo: _____

Integridade física
Pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Outros: _____ Úlcera de Pressão: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Estágio: _____ Local: _____ Braden: _____ Albumina: _____ Descrição: _____
Segurança física
<input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo Observações: _____
Sono e repouso
Observações: _____
Cuidado corporal
<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente Observações: _____
Sexualidade
Observações: _____
6 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Comunicação
<input type="checkbox"/> preservada – idioma _____ <input type="checkbox"/> Tipo _____ <input type="checkbox"/> prejudicada: _____
Gregária e segurança emocional
<input type="checkbox"/> vive com a família <input type="checkbox"/> outros _____ <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Medo _____ Observação: _____
7 NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Religião
Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante
Religiosidade e/ou espiritualidade
Gostaria de apoio religioso e/ou espiritual <input type="checkbox"/> Sim Qual _____ <input type="checkbox"/> Não
Observação: _____
Enfermeiro: _____ COREN: _____ Data: _____ Hora: _____

FONTE: BORDINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre, 2009.

APÊNDICE F – Manual de orientações para o preenchimento do instrumento de coleta de dados para pacientes críticos

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PACIENTES CRÍTICOS



Rosaura Costa Bordinhão

*Enfermeira de Hospital Nossa Senhora da Conceição, mestre da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Rio Grande do Sul*

Porto Alegre, outubro de 2009

MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS¹

O instrumento de coleta de dados foi estruturado e organizado seguindo a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow. Esse modelo vem ao encontro de uma assistência de enfermagem individualizada e integral, vendo o indivíduo como um ser indivisível e único. Essas necessidades são consideradas universais, porém a forma de manifestação e de satisfação varia de um indivíduo para outro, de acordo com a idade, o sexo, a cultura, a escolaridade, o fator socioeconômico, o ciclo de saúde, a enfermidade e o ambiente, entre outros (HORTA, 1979). A coleta de dados faz parte da primeira etapa do processo de enfermagem, sendo fundamental a investigação do estado de saúde do paciente, pois a partir dos sinais e sintomas das necessidades que serão elaborados os diagnósticos de enfermagem e o planejamento das intervenções.

Para facilitar o preenchimento do instrumento de coleta de dados e a melhor compreensão dos itens, optou-se em construir este manual de orientações a partir das Necessidades Humanas Básicas, conforme estruturado no instrumento. Cada item possui conceitos dessas necessidades, além de dados de semiologia do adulto que possam auxiliar na avaliação dos sinais e sintomas do paciente e contribuir para o raciocínio clínico e posterior elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

¹ Este manual de orientações para o preenchimento do instrumento de coleta de dados foi construído pela enfermeira Rosaura Costa Bordinhão na sua Dissertação de Mestrado, para auxiliar no cotidiano assistencial dos enfermeiros intensivistas e residentes de enfermagem. Porto Alegre, outubro/2009.

SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO	114
2 HISTÓRIA PREGRESSA	114
3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	114
4 AVALIAÇÃO GERAL	114
5 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	116
5.1 Regulação Neurológica	116
5.2 Oxigenação	118
5.3 Percepção dos Órgãos dos Sentidos	120
5.4 Regulação Cardiovascular	120
5.5 Alimentação e Eliminação Intestinal	123
5.6 Hidratação e Eliminação Urinária	125
5.7 Integridade Física	126
5.8 Segurança Física	127
5.9 Sono e Repouso	127
5.10 Cuidado Corporal	127
5.11 Sexualidade	128
6 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	128
6.1 Comunicação	128
6.2 Gregária e Segurança Emocional	128
7 NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	129
7.1 Religiosidade/Espiritualidade	129
ANEXO A – Escalas de Avaliação da Dor	130
ANEXO B - Escala de Coma de Glasgow	131
ANEXO C - Escala de Agitação e Sedação de Richmond – RASS	132
ANEXO D - Avaliação do Diâmetro Pupilar	133
ANEXO E - Classificação dos Estágios das Úlceras de Pressão	134
ANEXO F – Escala de Braden	135
ANEXO G - Escala de Perroca - Sistema de Classificação de Pacientes	137

1 IDENTIFICAÇÃO

Visa identificar o paciente, constando alguns dados relevantes para possíveis diagnósticos, como idade, sexo, cor e profissão. A procedência, cidade onde mora, possibilita saber a disponibilidade da família para o acompanhamento do tratamento, assim como as condições socioeconômicas. A presença do cuidador identifica o vínculo do paciente em relação à sua família. A UBS é importante até mesmo para a obtenção de dados adicionais e para receber, acompanhar e orientar o paciente após a alta hospitalar, dando continuidade à assistência à saúde. O registro de um responsável para contato se torna imprescindível no prontuário de um paciente crítico.

2 HISTÓRIA PREGRESSA

Descrição resumida dos motivos das internações prévias e/ou das cirurgias. A relação dos medicamentos em uso, assim como a sua adesão, amplia os dados relativos ao seu estado de saúde e tratamento. Especificar o tipo de alergia (remédio, alimento, esparadrapo, micropore, etc.). Investigar a presença de germe multirresistente ou PAN resistente para instituir imediatamente medidas de bloqueio epidemiológico, conforme preconizado pelo CIH.

3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O **motivo de internação e/ou queixa principal** se refere aos sinais e sintomas que determinaram a necessidade de internação do paciente. Acrescentar quando iniciou, a sua localização e intensidade, fatores relacionados que agravam e aliviam os sintomas, possibilita conhecer os aspectos principais do elemento causador do desequilíbrio das necessidades humanas. O diagnóstico médico pode ser incluído neste espaço, porém não deve substituir os sinais e sintomas.

4 AVALIAÇÃO GERAL

- **Pressão arterial:** as determinações da pressão arterial são úteis na avaliação do débito cardíaco, dos estados hídrico, circulatório e da resistência arterial. A leitura sistólica reflete a pressão máxima exercida sobre a parede arterial no pico da contração venosa

esquerda. A leitura diastólica reflete a pressão mínima exercida sobre a parede arterial durante o relaxamento ventricular esquerdo. Em geral, essa leitura é mais importante do que a leitura sistólica porque avalia a pressão arterial quando o coração encontra-se em repouso. Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão publicada em 2006, a hipertensão arterial se classificam em ≥ 18 anos como ótima, normal, limítrofe e hipertensão (estágios 1, 2 e 3), como mostra a tabela a seguir:

Classificação da pressão arterial em ≥ 18 anos	PAS (cmHg)	PAD (cmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 – 139	85 -89
Hipertensão		
Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Estágio 2	160 – 179	100 – 109
Estágio 3	≥ 180	≥ 90

PAS = pressão arterial sistólica PAD = pressão arterial diastólica

Fonte: ORTEGA, K.C. et al. Pré-hipertensão: conceito, epidemiologia e o que falam as diretrizes. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 16(2):83-86, 2009.

- **Temperatura axilar:** é medida e registrada em grau Celsius ($^{\circ}\text{C}$) e pode ser verificada por via oral, retal ou axilar. Escolha aquela que pareça mais adequada à idade e à condição física do paciente. A temperatura axilar normal varia de 35,9 a 36,9 $^{\circ}\text{C}$.
- **Frequência cardíaca:** normalmente varia entre 60 e 100 batimentos por minuto, no indivíduo adulto.
- **Frequência respiratória:** atentar para a profundidade e ritmo de cada movimento. A frequência normal para adulto é de 12 a 20 movimentos/minuto. Observe a simetria durante a expansão e relaxamento da parede torácica, pois deformidade esquelética, costela quebrada e tecido pulmonar colabado podem provocar expansão torácica desigual. Atentar para sinais de esforço respiratório, como retração intercostal, esternal, batimento de asa de nariz.
- **Dor:** é considerada como o 5 $^{\circ}$ sinal vital, portanto, deve ser mensurada e registrada com a mesma responsabilidade que os demais sinais. Os instrumentos unidimensionais mais utilizados são a Escala Visual Analógica e Escala Visual Numérica, para pacientes acordados (ANEXO A). E para pacientes sedados é importante observar reações

comportamentais e fisiológicas, como os sinais indiretos da dor: expressão facial de dor; taquicardia; sudorese; hipertensão; inquietação; agitação e interferência na ventilação mecânica.

- **Peso/Altura:** quando possível, verificar o peso pela manhã, com pouca roupa, sem calçados e com a bexiga vazia. Caso contrário, investigar com a família esses dados e/ou com o nutricionista. A determinação do peso e da altura oferece informações mais específicas sobre o estado geral e nutricional do paciente. Orienta o cálculo de diferentes fármacos, além de ajudar nos ajustes das infusões intravenosas.

- **Exames laboratoriais:** registrar os resultados dos exames alterados.

5 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

5.1 Regulação Neurológica

É a necessidade do indivíduo de preservar e/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 (ATKINSONS e MURRAY, 1989 apud BENEDET e BUB, 2001).

- **Nível de consciência:** varia desde o despertar completo até a falta de responsividade a qualquer estímulo externo. Muitos termos são utilizados para descrever o nível de consciência, mas as suas definições podem ser discretamente diferentes. Para evitar confusão utilize as diretrizes a seguir:
 - **Alerta:** segue os comandos e responde completamente e de maneira apropriada aos estímulos.
 - **Letárgico:** sonolento; respostas lentas aos estímulos verbais; pode adormecer durante o exame.
 - **Torporoso:** exige uma estimulação vigorosa para resposta.
 - **Coma:** não responde aos estímulos verbais ou dolorosos; incapaz de obedecer aos comandos ou comunicar-se verbalmente.

- **Escala de Coma de Glasgow:** avalia a profundidade e a duração do coma. Possibilita uma avaliação mais objetiva dos níveis de consciência. Quando a condição do paciente impede a avaliação de um determinado indicador, esse fator deve ser registrado juntamente com a pontuação obtida nos demais indicadores. A pontuação varia de 3 a 15, sendo que os escores mais elevados indicam melhores condições do nível de consciência. A pontuação 15 significa que o tronco cerebral e o córtex estão preservados. A pontuação que indica o coma é ≤ 8 . A pontuação 3 indica um paciente aperceptivo ou arreativo, está relacionada aos distúrbios do tronco cerebral, sendo compatível, mas não é indicativa de morte encefálica (ANEXO B). Para aplicar esta escala o paciente não deve estar sob efeito de droga sedativa contínua e/ou intermitente.

- **Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS):** é uma escala que tem 10 níveis, 4 para agitação (+ 1 a + 4), 1 para calma e alerta (0), e 5 para sedação (-1 a -5), definidos por estímulo verbal e físico. Para facilitar a utilização e compreensão desta escala seguem orientações conforme descritas no protocolo de analgesia e sedação da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição (ANEXO C).

- **Sedação/Analgesia:** descrever o nome das drogas sedativas e/ou analgésicas que estão sendo ministradas no paciente em bomba de infusão, com seus respectivos gotejos.

- **Pupilas:** comparar uma pupila com a outra e avaliar quanto ao diâmetro, à forma e a reação à luz. O diâmetro da pupila varia de 1 a 9 mm, sendo considerada uma avaliação normal de 2 a 6 mm, com um diâmetro médio em torno de 3,5 mm (ANEXO D). A seguir algumas definições em relação às condições do diâmetro pupilar:
 - Midríase: dilatação da pupila (sistema nervoso simpático);
 - Miose: pupilas constrictas (sistema nervoso parassimpático);
 - Isocóricas: as pupilas têm o mesmo diâmetro;
 - Anisocóricas: uma pupila é maior do que a outra (registrar a maior em relação à menor, p.ex.: D>E).

- **Linguagem:** a debilidade da fala ou da função da linguagem pode ocorrer em razão de alguma alteração do estado neurológico, tais como:
 - **Disfasia:** diminuição da capacidade de utilizar ou de compreender a linguagem.

- **Afasia:** incapacidade de usar ou de entender a linguagem, ou ambas, causada por lesão do córtex cerebral. Existem vários tipos de afasias, incluindo:
 - ✓ Expressiva ou afasia de Broca: redução da fluência; dificuldade em encontrar as palavras; alteração localizada no lobo frontal, a área anterior da fala.
 - ✓ Receptiva ou afasia de Wernicke: incapacidade de compreender palavras escritas ou a fala; uso de palavras inventadas; alteração localizada no córtex posterior da fala, envolvendo o lobo parietal e temporal.
 - **Afasia global:** ausência de linguagem expressiva e receptiva; debilidade de ambas as áreas da fala.
 - **Paralisia de músculo facial:** dificuldade de articulação e fala arrastada.
 - **Disartria:** alteração da fala neuromuscular.
 - **Disfonia:** alteração da voz.
- **Mobilidade física:** avaliar os membros superiores e inferiores em relação à preservação e/ou alteração da força muscular e sensibilidade.
- **Paresia ou fraqueza:** diminuição da força muscular.
 - **Plegia ou paralisia:** ausência da força muscular.
 - **Parestesia:** é a sensação de formigamento ou adormecimento referida pelo paciente.

5.2 Oxigenação

É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e do dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono; e da regulação da respiração com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida (BEYERS e DUDAS, 1989; GUYTON e HALL, 2000 apud BENEDET e BUB, 2001).

- **Respiração:** Avaliar os movimentos respiratórios do paciente em relação à frequência e profundidade. A seguir algumas características típicas dos padrões respiratórios anormais mais comuns:
- **Taquipnéia:** respiração superficial com frequência aumentada.
 - **Bradipnéia:** respiração com frequência diminuída, mas regular.

- **Apnéia:** ausência de respiração por 20 segundos ou mais; pode ser periódica.
 - **Hiperpnéia:** respiração profunda com frequência normal.
 - **Kussmaul:** respiração rápida e profunda, sem pausas; em adultos, mais de 20 respirações/minuto; a respiração em geral soa forçada, parecendo suspiros.
 - **Cheyne-Stokes:** respirações que ficam gradualmente mais rápidas e mais profundas que o normal e que depois voltam ao normal, em um período de 30 a 170 segundos, alternando-se com um período de apnéia de 20 a 60 segundos.
 - **Biot:** respirações rápidas e profundas, com pausas súbitas; a profundidade das respirações é uniforme.
- **Ausculta pulmonar:** quando o ar se move através da árvore brônquica, cria ondas de som que chegam à parede torácica. Os sons produzidos pela respiração se alteram quando o ar passa das vias respiratórias maiores para a menor. O som também muda se o ar passa através de líquidos, muco ou vias respiratórias estreitadas. A ausculta permite determinar o estado dos alvéolos e da pleura circundante.
- **Murmúrio Vesicular (MV):** sons respiratórios normais que resultam da transmissão de vibrações padronizadas pela movimentação do ar nas vias respiratórias.
 - **Ruídos adventícios:** são sons anormais que se superpõem aos sons respiratórios normais. Deve-se observar a intensidade, o timbre e a duração (fase inspiratória e expiratória), a localização e qualquer alteração após tosse ou modificação da posição do paciente. Estão descritos a seguir:
 - ✓ **Crepitantes** – são audíveis quando ocorre a abertura súbita das pequenas vias aéreas contendo líquido. Antigamente eram denominadas estertores. O som de uma crepitação pode ser reproduzido esfregando-se uma mecha de cabelo contra os dedos, próximo ao ouvido. As crepitações em geral são auscultadas durante a inspiração e não desaparecem com a tosse. As crepitações podem ser encontradas em pacientes com edema pulmonar, fibrose, bronquite, bronquiectasia e pneumonia.
 - ✓ **Roncos** – ocorrem em consequência da passagem do ar através de estreitos canais repletos de líquidos/secreções. Geralmente podem ser auscultados durante a expiração e podem desaparecer com a tosse.
 - ✓ **Sibilos** – são ruídos musicais ou sussurrantes, decorrente da passagem do ar por vias aéreas estreitas. Podem ser auscultados tanto na inspiração quanto na

expiração. Estão frequentemente associados à asma e à broncoconstrição, mas corpos estranhos também podem gerar o estreitamento das vias aéreas.

- ✓ **Estridor** – é um som alto, agudo e audível, devido à obstrução das vias aéreas superiores. Pode ser decorrente de laringite, edema de glote e corpos estranhos.
- ✓ **Atrito pleural** – som grave, ouvido tanto na inspiração quanto na expiração, causado pela fricção dos dois folhetos da pleura inflamados. O paciente queixa-se de dor no local afetado.

5.3 Percepção dos Órgãos dos Sentidos

É a necessidade do organismo, que através de estímulos nervosos tem o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente (BENEDET e BUB, 2001).

Avaliar o paciente em relação às condições da visão, audição, gustação, olfato e tato.

5.4 Regulação Cardiovascular

É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo (GUYTON e HALL, 2000 apud BENEDET e BUB, 2001).

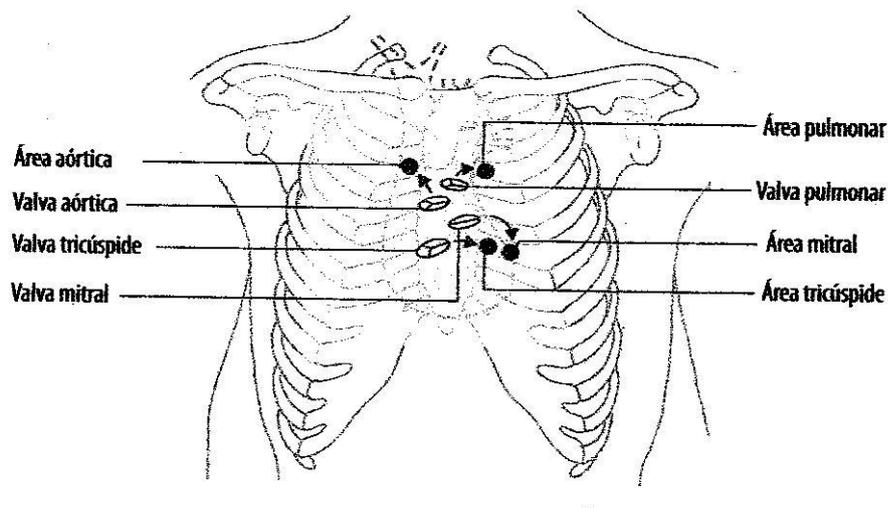
- **Pulso:** o pulso reflete a quantidade de sangue ejetada a cada batimento cardíaco. Observar o ritmo (regular/irregular) e a amplitude (força [volume]). Em emergências cardiovasculares deve-se palpar o pulso femoral ou carotídeo, pois são mais calibrosos e próximos ao coração. Evite usar o polegar, pois este dedo possui pulso próprio. Se palpar a artéria carótida, evite muita pressão, pois pode estimular o nervo vago e provocar bradicardia reflexa. Também evitar palpar ao mesmo tempo os pulsos carotídeos, para não comprometer o fluxo sanguíneo e a função cerebral. Tipos de pulsos:
 - **Pulso impalpável:** é o pulso não palpável.
 - **Pulso filiforme ou fraco:** é um pulso difícil de sentir, facilmente obliterado por leve pressão digital.
 - **Pulso cheio:** é um pulso facilmente palpável, obliterado por pressão digital forte.

- **Pele:** observe a cor, a temperatura e a textura da pele do paciente. Examine o lado inferior da língua, a mucosa oral e a conjuntiva em busca de sinais de cianose central. Inspeccione os lábios, a extremidade do nariz, os lobos auriculares e os leitos ungueais, quanto aos sinais de cianose periférica.

- **Tempo de enchimento capilar:** estima a velocidade do fluxo sanguíneo periférico. Aplicar uma pressão no leito ungueal por 5 segundos; a seguir, avalie o tempo necessário para que retorne à cor normal. No paciente com boa irrigação arterial, a cor deve retornar em menos de 3 segundos.

- **Drogas vasoativas:** são drogas com efeitos α (vasodilatadores), β (vasodilatadores e inotrópicos) e dopaminérgicos (vasodilatadores da região renal e esplâncnica). Exemplos de drogas vasoativas: dopamina, dobutamina, adrenalina, noradrenalina, fenilefrina, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, etc.

- **Ausculta cardíaca:** oferece informações valiosas acerca dos sons cardíacos, que são chamados de bulhas cardíacas, do enchimento ventricular e do fluxo sanguíneo através das válvulas cardíacas, bem como do ritmo. É realizada em pontos do tórax nos quais é captado o ruído das válvulas. Essas áreas são chamadas de focos de ausculta, que são o **foco mitral**, que está localizado no cruzamento do 5º espaço intercostal esquerdo com a linha hemiclavicular, o **foco tricúspide**, localizado na base do apêndice xifóide, o **foco aórtico**, que fica no 2º espaço intercostal à direita, junto ao esterno, e o **foco pulmonar**, no 2º espaço intercostal à esquerda, junto ao esterno. Observe a frequência e o ritmo cardíaco. Identifique sempre a primeira bulha cardíaca (B1), a segunda bulha cardíaca (B2) e, a seguir, procure pela presença de ruídos adventícios, como a terceira bulha (B3) e a quarta (B4), sopros e atritos.



- **B1** - é mais audível sobre o ápice do coração (foco mitral), o som corresponde ao fechamento das valvas mitral e tricúspide, descrito como um “tum”.
- **B2** – é mais audível na base cardíaca (foco aórtico) ao final da sístole ventricular. Corresponde ao fechamento das valvas pulmonar e aórtica e é descrita como um “tá”. É um som mais curto, mais alto e de intensidade mais elevada do que a B1.

Auscultas cardíacas anormais

- **B1** e **B2** - acentuadas, diminuídas ou inaudíveis. Podem resultar de alterações pressóricas, disfunções valvares e defeitos do coração.
 - **B3** – também conhecida como *galope ventrículo*. É um som com tonalidade grave, mais audível no ápice do coração. O ritmo se assemelha ao galope de um cavalo, e sua cadência é semelhante a um “tum-tá-tá”. Geralmente ocorre durante a fase inicial até a metade da diástole, ao final da fase de enchimento ventricular.
 - **B4** - conhecida como *galope atrial ou pré-sistólico* e ocorre durante a contração atrial. Tem a cadência de “tum, tum, tá”. Pode ocorrer no foco tricúspide ou mitral, dependendo de qual ventrículo encontra-se disfuncional. Indica doença cardiovascular, como IAM, HAS, DAC, miocardiopatia, angina, anemia, aumento da pressão ventricular esquerda ou estenose aórtica. A persistência da bulha pode indicar diminuição da complacência ventricular ou sobrecarga de volume.
 - **Atritos** – auscultado no 3º espaço intercostal esquerdo, ao longo da borda esternal inferior esquerda. Som áspero, rascante ou rangente que ocorre durante toda a sístole e/ou na diástole. Em geral indica a presença de pericardite.
 - **Sopros** – ruído vibratório, soprante ou ressonante. Pode ser ouvido com mais precisão no foco pulmonar.
- **Fonese:** é o som característico do fechamento das valvas.
- Normofonética: som normal.
 - Hiperfonética: som mais alto.
 - Hipofonética: som baixo, abafado.

- **Edemas:** edema de pernas é um sinal de excesso de líquidos, que pode afetar o pé e o tornozelo ou estender-se para a coxa, podendo ser leve ou grave, com ou sem depressão. Podem resultar de insuficiência ventricular direita, tromboflebite aguda ou crônica, síndrome nefrótica, cirrose e outros. Para avaliar o edema com formação de cacifo pressione o dedo indicador contra a área edemaciada por 5 segundos, removendo-o rapidamente. Avalie a profundidade da depressão em centímetros: + (1cm), ++ (2cm), +++ (3cm), ++++ (4cm).

5.5 Alimentação e Eliminação Intestinal

- **Alimentação:** é a necessidade dos indivíduos de ingerir os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida (BENEDET e BUB, 2001). Registrar a via de administração da dieta, assim como sua aceitação.
- **Vômitos:** investigar a frequência, a quantidade, as características, a presença de sangue vivo ou digerido. Essas informações também podem ser descritas na linha das observações.

Para o item **outros**, seguem algumas sugestões de distúrbios da alimentação:

- **Disfagia:** dificuldade na deglutição.
 - **Pirose:** sensação de queimação retroesternal, que pode irradiar para o abdome superior.
 - **Náuseas:** é um sintoma comum nos distúrbios GI, que também pode ocorrer com distúrbios hidreletrolíticos, infecções, doenças metabólicas, endócrinas, cirurgias, uso de fármacos e outros.
 - **Dispepsia:** sensação de plenitude gástrica, indigestão, relacionada a determinado tipo ou quantidade de alimento.
- **Cavidade oral:** inspecionar a face externa e interna dos lábios, os dentes, a gengiva, a língua e a mucosa oral. Registrar a presença de prótese dentária.
 - **Eliminação:** é a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas, com o objetivo de manter a homeostase corporal (BENEDET e BUB, 2001).

- **Abdômen:** para efetuar um exame preciso do abdômen, realizar a inspeção, a ausculta, a percussão e a palpação.
 - **Inspeção:** divide mentalmente o abdômen em quadrantes (superior D/E e inferior D/E). Observar a simetria, protuberâncias, saliências e massas.
 - **Ausculta:** coloque o estetoscópio no quadrante inferior direito, um pouco abaixo e à direita do umbigo, siga a ausculta em todos os quadrantes no sentido horário. Atentar para as características e qualidade dos sons.
 - **Percussão:** é usada para verificar o tamanho e a localização dos órgãos abdominais e para detectar ar ou líquido no abdômen, no estômago e no intestino. Na percussão direta bate-se com a mão ou com o dedo diretamente sobre o abdômen. E na percussão indireta usa-se o dedo médio da mão dominante para bater em um dedo apoiado sobre o abdômen. Inicie no quadrante inferior direito e siga no sentido horário.
 - **Palpação:** inclui toques leves e profundos para determinar o tamanho, a forma, a posição e a sensibilidade dos órgãos e para detectar massas e acúmulo de líquidos. Deixe as áreas dolorosas ou sensíveis para o fim.

ATENÇÃO: alterações não contempladas no instrumento podem ser descritas no item **observações**.

- **Abdômen ascítico:** técnica para verificar ascite:
 - **Onda líquida (sinal de piparote):** peça a um assistente para colocar a borda ulnar da mão com firmeza na linha média do abdômen do paciente. Então de pé e voltado para a cabeça do paciente, coloque a palma da mão direita no flanco esquerdo dele. Dê uma pancada seca no lado direito do abdômen com a mão esquerda. Se tiver ascite, esta pode ser vista e sentida uma “onda líquida” atravessando o abdômen.
 - **Maciez móvel:** percuta o abdômen, afastando-se do umbigo em linhas radiais imaginárias. Líquidos descem com a gravidade; assim, se houver ascite, áreas mais baixas do abdômen serão maciças e áreas mais altas, com intestino cheio de ar flutuante, serão timpânicas.

- **Ruídos hidroaéreos**
 - **Normais:** são agudos, gorgolejantes, causados pela mistura de ar com líquido durante a peristalse. Variam de frequência, altura e intensidade e ocorrem de forma irregular de 5 a 34 vezes/min. São mais intensos antes das refeições.
 - **Diminuídos:** tem a frequência menor que a normal, estão associados a íleo paralítico, obstrução intestinal, peritonite, cirurgia intestinal recente e uso de narcóticos ou de outras drogas.
 - **Aumentado:** sons frequentes, agudos e altos. Indicam aumento da motilidade intestinal. Pode ocorrer por diarreia, constipação, gastroenterite, uso de laxantes e obstrução intestinal.
- **Drenos:** descrever o tipo de dreno e o local onde está implantado.
- **Incisão cirúrgica:** descrever o tipo, a localização e o aspecto da incisão.
- **Eliminação intestinal:** avaliar quanto ao aspecto, à frequência e se há presença de ostomia. Na impossibilidade de obter essas informações, registrar como **Não Avaliado (NA)**. A seguir uma definição de constipação:
 - **Constipação:** é definida como movimentos intestinais pequenos, infrequentes ou difíceis. Esses movimentos podem variar em frequência e de indivíduo para indivíduo. A constipação intestinal deve ser determinada em relação ao padrão normal de eliminação do paciente.

5.6 Hidratação e Eliminação Urinária

- **Hidratação:** é a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal (BENEDET e BUB, 2001).
- **Condições da mucosa e turgor da pele:** ajudará a avaliar as condições de hidratação. Nos pacientes idosos a perda do turgor cutâneo é devido ao envelhecimento e, por esta razão, não é um indicador confiável do estado de hidratação.
 - **Turgor da pele:** belisque suavemente a pele do antebraço ou da junção esterno-clavicular com os dedos polegar e indicador. Se a pele voltar rapidamente à sua forma original, o paciente terá turgor normal. Se voltar lentamente à posição inicial (+ de 30seg,) ou continuar na posição elevada, a pele terá turgor reduzido.

- **Manifestação de sede:** investigar e registrar qualquer manifestação de sede, pois este pode ser um indício de uma hidratação inadequada.
- **Eliminação urinária:** avaliar e registrar as condições da eliminação urinária do paciente, quanto à espontaneidade, retenção, incontinência, presença de cateter urinário ou **outros** eventos como nefrostomia, urostomia, disúria, poliúria, polaciúria, oligúria, anúria, hematúria e colúria.
- **Incontinência urinária:** causada por anormalidades da bexiga, doenças neurológicas ou alteração da força da musculatura pélvica. Pode ser classificada da seguinte forma:
 - **Incontinência de esforço:** a perda da urina se dá por algum esforço físico repentino (tossir, espirrar, rir, etc.).
 - **Incontinência de hiperfluxo:** é a perda resultante da retenção da urina, que enche a bexiga e impede que a mesma se contraia com força suficiente para expelir o jato de urina.
 - **Incontinência de urgência:** incapacidade de controlar o desejo repentino de urinar.
 - **Incontinência total:** perda contínua resultante da incapacidade da bexiga reter a urina.
- **Tratamento dialítico:** descrever o tipo de método dialítico que o paciente está realizando, tais como Ultrafiltração, Hemodiálise convencional e Hemodiálise venovenosa contínua (HVVC).

5.7 Integridade Física

É a necessidade do organismo de manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo (BEYERS e DUDAS, 1989 apud BENEDET e BUB, 2001).

- **Pele:** a pele desempenha muitas funções, inclusive as de proteção, percepção sensorial, regulação da temperatura e pressão arterial, síntese de vitaminas e excreção. Para avaliar a pele utilize a técnica de inspeção e palpação em todas as áreas, atentando para lesões cutâneas e outras anormalidades.

- **Úlcera de pressão:** classificação dos estágios das úlceras de pressão (ANEXO E).
- **Escala de Braden:** é um instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em pacientes (ANEXO F).

5.8 Segurança Física

É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida, com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica (BENEDET e BUB, 2001).

Avaliar o paciente quanto à necessidade de contenção mecânica e de isolamento, devido ao risco de quedas, fugas e ferimentos. Atentando-se, assim, para o seu comportamento, em busca de agitação e agressividade.

5.9 Sono e Repouso

É a necessidade do organismo em manter, durante um certo período diário, a suspensão natural periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração (BENEDET e BUB, 2001).

Investigar com o paciente e/ou família, hábitos relacionados ao sono e repouso, assim como suas características e problemas. Utilizar o espaço das observações para descrever as informações.

5.10 Cuidado Corporal

É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal (BENEDET e BUB, 2001).

Avaliar o paciente quanto às condições das Necessidades Humanas Básicas, levando em consideração a sua capacidade para o autocuidado, investigando o grau de dependência dos cuidados de enfermagem, seguindo a escala preconizada por Perroca (1998) (ANEXO G).

5.11 Sexualidade

É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar (BENEDET e BUB, 2001).

Averiguar com o paciente e/ou família, questões sobre menarca, gestação, uso de anticoncepcional, problemas relacionados à sexualidade, como DST e outros.

6 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

6.1 Comunicação

É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada ou escrita) e não-verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com o objetivo de interagir com os outros (BENEDET e BUB, 2001).

Avaliar a comunicação do paciente em relação à sua preservação, o idioma e o tipo de expressão da mensagem, se é verbal ou não-verbal, em caso de prejudicada deve-se registrar o motivo.

6.2 Gregária e Segurança Emocional

- **Gregária:** é a necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais (BENEDET e BUB, 2001). Investigar se o paciente convive com a família ou com outro responsável.
- **Segurança emocional:** é a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente (BENEDET e BUB, 2001).

Avaliar o paciente quanto a sentimentos relacionados à internação hospitalar, tais como: saudade do lar; medo da mudança de ambiente; medo do sofrimento; medo da morte; experiência negativa com tratamentos de saúde anteriores; medo das consequências da doença e problemas financeiros.

7 NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

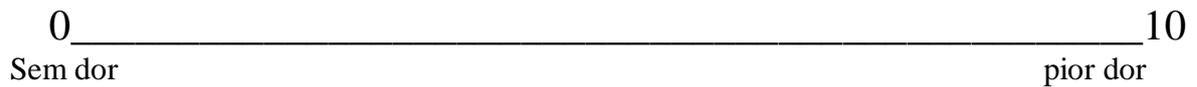
7.1 Religiosidade/Espiritualidade

É a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre a pessoa e um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual. Como, por exemplo: ter crenças relativas ao significado da vida. Cabe ressaltar que espiritualidade não é o mesmo que religião (BENEDET e BUB, 2001).

Investigar se o paciente pertence ou não alguma religião, se é ou não praticante e se gostaria de receber algum tipo de apoio religioso e/ou espiritual durante a sua internação.

ANEXO A – Escalas de Avaliação da Dor

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



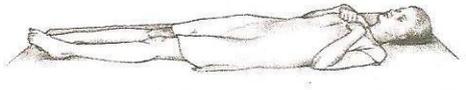
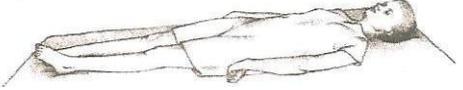
ESCALA VISUAL NUMÉRICA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Classificação da dor:

- Zero (0) = ausência de dor
- Um a três (1 a 3) = dor de fraca intensidade
- Quatro a seis (4 a 6) = dor de intensidade moderada
- Sete a nove (7 a 9) = dor de forte intensidade
- Dez (10) = dor de intensidade insuportável

ANEXO B - Escala de Coma de Glasgow

Teste	Pontuação	Resposta do paciente
Resposta de Abertura dos Olhos		
Espontaneamente	4	Abre os olhos espontaneamente
Ao estímulo verbal	3	Abre os olhos quando solicitado
Ao estímulo doloroso	2	Abre os olhos apenas ao estímulo doloroso
Nenhuma	1	Não abre os olhos a qualquer tipo de estímulo
Resposta Motora		
Obedece	6	Mostra 2 dedos quando solicitado
Localiza	5	Estende a mão até o local do estímulo doloroso e tenta removê-lo
Retirada	4	Afasta-se do estímulo doloroso
Flexão anormal	3	Assume a <u>postura de decorticação</u> (fig. abaixo)
		
Extensão anormal	2	Assume a <u>postura de descerebração</u> (fig. abaixo)
		
Nenhuma	1	Sem resposta; flacidez generalizada
Resposta Verbal (à pergunta “em que ano estamos?”)		
Orientado	5	Diz a data correta
Confuso	4	Diz a data incorreta
Palavras inadequadas	3	Responde aleatoriamente com palavras incorretas
Incompreensível	2	Gemido ou grito
Sem resposta	1	Sem resposta
Pontuação total	3 a 15	

Fonte: ANDRIS, D.A. *et al.* **Semiologia**: bases à prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ANEXO C - Escala de Agitação e Sedação de Richmond – RASS

<i>Pontuação</i>	<i>Termo</i>	<i>Descrição</i>	
+4	COMBATIVO	Violento, perigo imediato para o pessoal da UTI	
+3	MUITO AGITADO	Puxa ou retira tubos ou cateteres; agressivo	
+2	AGITADO	Movimentos não intencionais frequentes; luta contra o ventilador	
+1	INQUIETO	Ansioso, mas os movimentos não são vigorosamente agressivos	
0	DESPERTO E CALMO		
- 1	CONFUSO	Não está completamente desperto, mas consegue manter-se acordado (abertura dos olhos/direciona o olhar) à voz (>10s)	} Estímulo Verbal
- 2	SEDAÇÃO LIGEIRA	Acorda por breves períodos com direcionamento dos olhos à voz (<10s)	
- 3	SEDACÃO MODERADA	Movimento ou abertura de olhos à voz (mas sem direcionar)	
- 4	SEDAÇÃO PROFUNDA	Não responde à voz, mas movimentos ou abertura dos olhos com estímulo tátil	} Estímulo Físico
- 5	NÃO DESPERTÁVEL	Não responde à voz ou ao estímulo tátil	

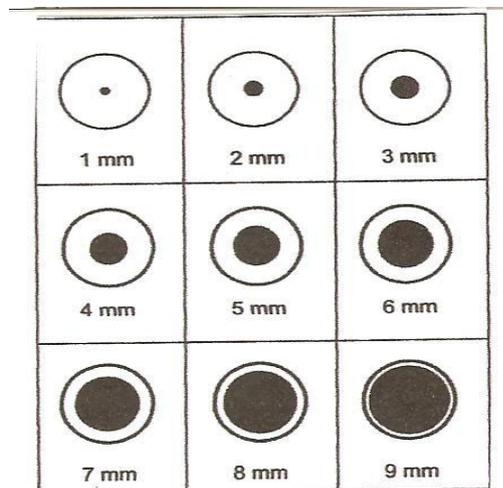
Fonte: SESSLER, C.N.; GRAP, M.J.; RAMSAY, M.A.E. Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. **Critical Care**, 2008, 12(suppl 3):s2.

Passos para aplicação da Escala de RASS

1. Observe o paciente
 - a. O paciente está alerta, inquieto ou agitado.....(escore 0 a +4)
2. Se não estiver alerta, chame o paciente pelo seu nome e fale para abrir os olhos
 - a. O paciente desperta com abertura ocular sustentada e direciona o olhar(escore -1)
 - b. O paciente desperta com abertura ocular e direciona o olhar, mas não sustenta....(escore -2)
 - c. O paciente tem qualquer movimento em resposta à voz, mas não direciona o olhar..... (escore -3)
3. Quando não ocorre resposta ao estímulo verbal, estimular fisicamente o paciente através do estímulo tátil do ombro e/ou fricção do esterno
 - a. O paciente tem qualquer movimento ao estímulo físico.....(escore -4)
 - b. O paciente não tem qualquer resposta a qualquer estímulo(escore -5)

Fonte: BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular sustentado**. Unidade de terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto alegre, 2007.

ANEXO D - Avaliação do Diâmetro Pupilar



Fonte: BAIKIE, P. D. *et al.* **Sinais e Sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

ANEXO E - Classificação dos Estágios das Úlceras de Pressão

Estágio 1	Ocorre um comprometimento da epiderme. A pele encontra-se íntegra, mas apresenta sinais de hiperemia, descoloração ou endurecimento.
Estágio 2	Ocorre a perda parcial do tecido, envolvendo epiderme, derme ou ambos. A lesão é superficial e pode apresentar-se como uma escoriação ou bolha.
Estágio 3	Ocorre perda da pele, envolvendo dano ou necrose do tecido subcutâneo.
Estágio 4	Destrução extensa, necrose tecidual, ou dano muscular, ósseo ou das estruturas de suporte com ou sem destruição total da pele.

Fonte: PRAZERES, S. J. **Tratamento de Feridas:** teoria e prática. Porto Alegre: Editora Moriá, 2009.

ANEXO F – Escala de Braden

	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
<p>Percepção Sensorial:</p> <p>Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto.</p>	<p>Completamente Limitado: não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivia ou agarra-se) devido à diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido à limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>Muito Limitado: responde somente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>Levemente Limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidade.</p>	<p>Nenhuma Limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
<p>Umidade:</p> <p>Grau ao qual a pele está exposta à umidade.</p>	<p>Constantemente Úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado</p>	<p>Muito Úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre, úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.</p>	<p>Ocasionalmente Úmida: a pele está ocasionalmente, durante o dia, úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.</p>	<p>Raramente Úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.</p>
<p>Atividade Física:</p> <p>Grau de atividade física.</p>	<p>Acamado: mantém-se sempre no leito.</p>	<p>Restrito à Cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou é inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p>Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou na cadeira.</p>	<p>Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas, durante as horas em que está acordado.</p>
<p>Mobilidade:</p> <p>Habilidade de mudar e controlar as posições corporais.</p>	<p>Completamente Imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo, por menor que seja, ou das extremidades sem ajuda.</p>	<p>Muito Limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.</p>	<p>Levemente Limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades sem ajuda.</p>	<p>Nenhuma Limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.</p>
<p>Nutrição:</p> <p>Padrão usual de ingestão alimentar.</p>	<p>Muito Pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados do leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.</p>	<p>Provavelmente Inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar, ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido, ou recebe dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades</p>	<p>Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>

			nutricionais.	
Fricção e Cisalhamento	Problema: necessita de assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos e contrações levam a uma fricção constante.	Potencial para Problema: movimentar-se livremente ou necessita de uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum Problema Aparente: movimentar-se independentemente na cama ou na cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo uma boa posição na cama ou na cadeira.	
Total de Pontos				

Fonte: SILVA, M.S.M.L. **Fatores de risco de Úlcera de Pressão em pacientes hospitalizados** [dissertação]. Paraíba (RN): Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde;1998. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/feridotecaseses.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

ANEXO G - Escala de Perroca - Sistema de Classificação de Pacientes

I – Estado Mental e Nível de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)

1. Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas; preservação da memória.
2. Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; segue as instruções corretamente apenas algumas vezes; dificuldade de memória.
3. Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos; dificilmente segue instruções corretamente; dificuldade aumentada de memória.
4. Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente; perda de memória.
5. Desacordado; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas a estímulos dolorosos ou ausência de respostas motoras.

II – Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos)

1. Não requer oxigenoterapia.
2. Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio, sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
3. Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio, com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
4. Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal.
5. Requer ventilação mecânica.

III – Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)

1. Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas.
2. Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas.
3. Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas.
4. Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas.
5. Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

IV – Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e cateteres)

1. Autossuficiente.
2. Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e na hidratação oral.
3. Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral.

4. Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou ostoma.
5. Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

V – Motilidade (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

1. Autossuficiente.
2. Requer estímulo e supervisão da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
3. Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.
4. Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
5. Requer assistência efetiva da enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido à presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.

VI – Locomoção (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

1. Autossuficiente.
2. Requer encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação.
3. Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).
4. Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação.
5. Requer assistência efetiva da enfermagem para locomoção, devido à restrição no leito.

VII – Cuidado Corporal (capacidade para realizar, por si mesmo ou com o auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)

1. Autossuficiente.
2. Requer supervisão da enfermagem na realização do cuidado corporal e do conforto.
3. Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, na higiene íntima, no banho de chuveiro e nas medidas de conforto.
4. Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, na higiene íntima, no banho de chuveiro e nas medidas de conforto.
5. Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e as medidas de conforto, devido à restrição no leito.

VIII – Eliminações (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinhas, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e ostomias)

1. Autossuficiente.
2. Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações.

3. Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações.
4. Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
5. Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação e controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou ostomas.

IX – Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)

1. Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.
2. Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estorna.
3. Requer medicação EV intermitente com manutenção de cateter.
4. Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
5. Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

X – Educação à Saúde (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre autocuidado)

1. Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
2. Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com dificuldades de compreensão, mas com pronta aceitação das informações recebidas.
3. Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão, mas certa resistência às informações recebidas.
4. Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão, mas elevada resistência às informações recebidas.
5. Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre autocuidado com pronta compreensão, mas sem aceitação das informações recebidas.

XI – Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)

Para escolher a pontuação, observe as conceituações dadas a seguir:

- Ansiedade: "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR, 1992).
- Sintomas de Ansiedade: alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV, 1995).
- Retraimento Social: tendência ocasional para evitar contatos sociais; funcionamento social diminuído.

- Irritabilidade: "Irritação: estado relativamente moderado de cólera, expressando-se, sobretudo em formas verbais" (CABRAL; NICK, 1979). Ex.: exasperação, exaltação.
 - Retraimento Social Aumentado: tendência frequente para evitar contatos sociais.
 - Apatia: "aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIOUD *et al*, 1981), indiferença. Ex.: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.
 - Passividade: "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIOUD *et al*, 1981). Ex.: não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.
 - Desesperança: "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex.: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.
 - Impotência Psíquica: "percepção que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado..." (NANDA, 1982). Ex.: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").
 - Ambivalência de Sentimentos: "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo..." (Dicionário Médico Blakiston, 1982). Ex.: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.
 - Isolamento Social: "privação de contatos sociais..." (CABRAL; NICK, 1979).
1. Calmo, tranquilo; preocupações cotidianas.
 2. Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.
 3. Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.
 4. Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).
 5. Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

XII – Comunicação (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não-verbal na interação humana)

1. Comunicativo, expressa ideias com clareza e lógica.
2. Dificuldade em se expressar por diferenças socioculturais; verbalização inapropriada.
3. Recusa-se a falar; choroso; comunicação não-verbal.
4. Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
5. Inapto para comunicar necessidades.

XIII – Integridade Cutâneo-Mucosa (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)

1. Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
2. Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade.
3. Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento.
4. Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
5. Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo; presença de áreas de necrose.

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO:**Cuidados Mínimos:** 13 a 26 pontos

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto às necessidades humanas básicas.

Cuidados Intermediários: 27 a 39 pontos

Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Semi-Intensivos: 40 a 52 pontos

Cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Intensivos: 53 a 65 pontos

Cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada.

Independente – Cuidados Mínimos

Dependente – Cuidados Semi-Intensivos e Cuidados Intensivos

Parcialmente dependente – Cuidados Intermediários

Fonte: PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.2, p. 153-68, 1998.

REFERÊNCIAS

ANDRIS, D.A. *et al.* **Semiologia**: bases a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARROS, A.L.B.L. *et al* **Anamnese e exame físico**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de Diagnósticos de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular sustentado**. Unidade de terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto alegre, 2007.

FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE. **Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer**. Saúde em movimento. Dor – mensuração. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo-exibe1.asp?cod_noticia=39>. Acesso em: 03 mar. 2010.

MENNA BARRETO, S.S.; VIEIRA, S.R.R.; PINHEIRO, C.T.S. **Rotinas em terapia intensiva**. 3ª ed. Porto alegre: Artmed, 2001.

ORTEGA, K.C.; GINANI, G.F.; SILVA, G.V.; MION Jr.D. Pré-hipertensão: conceito, epidemiologia e o que falam as diretrizes. **Revista Brasileira de Hipertensão**. 16(2):83-86, 2009.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto de Enfermagem**, 2006, abr/jun; 15(2):270-6.

PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.2, p. 153-68, 1998.

PRAZERES, S. J. **Tratamento de Feridas**: teoria e prática. Porto Alegre: Ed. Moriá, 2009.

SILVA, M.S.M.L. **Fatores de risco de Úlcera de Pressão em pacientes hospitalizados** [dissertação]. Paraíba (RN): Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde;1998. Disponível em: <<http://www.feridologo.com.br/feridotecateses.htm>>. Acesso

em: 03 mar. 2010.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica. Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC. Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH. Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol.89, n. 3, p. 24-79, 2007.

WEBER, J. **Semiologia**: guia prático para a enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

**ANEXO A – Instrumento de Coleta de Dados do GEDEPI – Hospital Nossa
Senhora da Conceição**

I IDENTIFICAÇÃO
Nome: _____ Reg: _____ Leito: _____ Naturalidade: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____ Procedência: () Residência () UTI () SR () Emergência () SUSEP Outros _____
II HISTÓRIA PREGRESSA
1- Alergia alimentar () S () N Qual _____ 2- Alergia medicamentosa () S () N Qual _____ 3- Álcool () S () N Qual _____ Freqüência: _____ 4- Tabagismo () S () N 5- Drogas () S () N 6- Internações prévias: () S () N motivo _____ 7- Cirurgias prévias: () S () N qual _____ 8- Transfusões de sangue () 9- Doenças pré existentes: _____ 10- Medicações em uso: _____ 11- Sono: () insônia () sono agitado 12- Exercícios: () S () N () regularmente qual: _____ 13- Habitação: () animais () casa () ap saneamento () S () N Cultura positiva para microorganismo MR/PANR? especificar _____
III HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL
Queixa principal (motivo da internação)
IV EXAME FÍSICO
Sinais vitais: Tax _____ FC _____ bpm TA _____ mmhg FR _____ mpm HGT _____ SPO2 _____ DOR _____ Escalas ícone -1 local _____ 2- Peso _____ kg Altura _____ cm IMC ícone-2
Avaliação Neurológica
Escala de coma de Glasgow ícone -3 () Nível de consciência () acordado () lúcido () comatoso () torporoso () confuso () desorientado () outros _____ () Pupilas () isocóricas () anisocóricas () D>E () E>D () mióticas () midriáticas tamanho Fotorreagentes () S () N Linguagem () normal () disártrica () disfásica () bradilalia () taquilalia () dislalia () afasia () rouquidão () mutismo

<p>Escala Rass ícone - 4</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit motor, <input type="checkbox"/> paresia, <input type="checkbox"/> plegias, grau e localização _____</p> <p>Movimentação</p> <p><input type="checkbox"/> deambula <input type="checkbox"/> acamado <input type="checkbox"/> restrito ao leito <input type="checkbox"/> deambula c/ ajuda</p>
Marcha
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> lenta <input type="checkbox"/> descoordenada
Dependência
Escala de avaliação de dependência ícone -5
Cabeça
formato, simetria, couro cabeludo _____
Cabelos
<input type="checkbox"/> pediculose <input type="checkbox"/> lêndeas <input type="checkbox"/> sujo <input type="checkbox"/> limpo
<input type="checkbox"/> ressecados <input type="checkbox"/> oleosos
Olhos
<input type="checkbox"/> amaurose <input type="checkbox"/> lentes corretoras
<input type="checkbox"/> edema palpebral <input type="checkbox"/> secreção aspecto _____
<input type="checkbox"/> ptose palpebral
Coloração da conjuntiva _____ lesões _____
Orelhas
<input type="checkbox"/> dim. Acuidade auditiva <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> bilateral
<input type="checkbox"/> surdez <input type="checkbox"/> zumbido
<input type="checkbox"/> uso de prótese <input type="checkbox"/> processo inflamatório
<input type="checkbox"/> lesões <input type="checkbox"/> otorréia <input type="checkbox"/> otalgia <input type="checkbox"/> prurido
Nariz
<input type="checkbox"/> coriza <input type="checkbox"/> epistaxe
<input type="checkbox"/> outros _____
<input type="checkbox"/> secreção <input type="checkbox"/> pressão nos seios da face <input type="checkbox"/> SNG
<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> BAN
Boca
<input type="checkbox"/> prótese <input type="checkbox"/> falhas dentárias <input type="checkbox"/> dentes sépticos
<input type="checkbox"/> gengivite <input type="checkbox"/> úmida <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> úlceras
<input type="checkbox"/> sangramento <input type="checkbox"/> sialorréia <input type="checkbox"/> halitose
<input type="checkbox"/> impossibilidade deglutição <input type="checkbox"/> odinofagia
<input type="checkbox"/> cianose dos lábios <input type="checkbox"/> SOG
Língua
<input type="checkbox"/> saburrosa <input type="checkbox"/> ressecada <input type="checkbox"/> sangrante <input type="checkbox"/> fissuras
<input type="checkbox"/> ulcerações <input type="checkbox"/> crostas
alinhamento da comissura labial <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Pescoço
<input type="checkbox"/> tireóide aumentada <input type="checkbox"/> gânglios palpáveis
<input type="checkbox"/> turgência de jugular <input type="checkbox"/> traqueostomia portex
<input type="checkbox"/> traqueostomia metálica <input type="checkbox"/> acesso venoso D
<input type="checkbox"/> acesso venoso E <input type="checkbox"/> drenos _____
Mobilidade do pescoço: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Observações _____
Tórax ícone -6

<p>Formato_____ simétrico () S ()N amplitude tipo:_____() esforço respiratório () uso de músculos acessórios</p> <p>AP: () sibilos () roncos () MV sem RA () estertores () dispnéia () tosse () respiração () cheyne-stokes () abdominal () toracoabdominal () apnéia () ortopnéia () Bradipnéia () Taquipnéia () Eupneico</p>
<p>Ventilação</p> <p>() ar ambiente () oxigenioterapia ()CN __l () MV__% __l () entubado ()TOT n__ comissura labial n____ () TNT __</p>
<p>Mamas</p> <p>() simétricas () assimétricas () nódulos _____ () dor () secreção_____</p>
<p>Ausculta cardíaca ícone -7</p> <p>() ritmo normal () taquicardia () bradicardia () galope () presença de sopros () arritmia () presença de marcapasso Obs:_____</p>
<p>Membros superiores e inferiores ícone-8</p> <p>() sensibilidade e força motora preservada () paresia_____ () plegia_____ () pulsos periféricos palpáveis () edema () amputações () gesso () talas () acesso venoso, localização _____ () coloração_____ () aquecido () perfundido () frios () lesões_____</p>
<p>Unhas</p> <p>() onicofagia () baqueteamento () cianóticas Observações_____</p>
<p>Abdômen - ícone 9</p> <p>() plano () distensão () rígido () ascite () dor a palpação () globoso () flácido RHA () ausentes () presentes () diminuídos () incisão cirúrgica localização_____ () drenos localização_____ () hepato/esplenomegalia () timpânico () macicez</p>
<p>Alimentação</p> <p>() SNG ()SNE () Jejunostomia () Gastrostomia () diminuição do apetite () náuseas () vômitos () pirose () eructação () dispepsia Obs:_____</p>
<p>Genitourinário</p> <p>Aspecto, lesões, secreções_____</p> <p>() micção espontânea () incontinência () bexiga neurogênica () irrigação</p>
<p>Sondas:</p> <p>() Alívio () Demora () Dispositivo urinário</p>
<p>Eliminações</p>

<p>Urinária</p> <p><input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> poliúria <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> hematúria</p> <p><input type="checkbox"/> colúria <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia</p> <p>Intestinais</p> <p><input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> fecaloma</p> <p><input type="checkbox"/> colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia</p>
<p>Pele e tecidos</p> <p><input type="checkbox"/> anasarca <input type="checkbox"/> descamação <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> icterícia</p> <p><input type="checkbox"/> descorado <input type="checkbox"/> reações alérgicas</p> <p><input type="checkbox"/> petéquias <input type="checkbox"/> equimoses <input type="checkbox"/> hematomas <input type="checkbox"/> fria</p> <p><input type="checkbox"/> aquecida <input type="checkbox"/> sudorese <input type="checkbox"/> pegajosa</p> <p><input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> corada <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> turgor preservado</p> <p><input type="checkbox"/> flebites <input type="checkbox"/> lesões Local. _____</p> <p>Obs: _____</p> <p><input type="checkbox"/> úlceras de pressão localização e descrição _____</p> <p>Escala de Braden - ícone 10</p> <p>Obs: _____</p> <p>Lesões/ Incisões/ Fraturas/ Queimaduras</p> <p>(localize no desenho e descreva) - Desenho Ícone 11</p>
<p>DRENOS E ACESSOS VENOSOS</p> <p><input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Dreno de Tórax</p> <p><input type="checkbox"/> Dreno de mediastino <input type="checkbox"/> Dreno de Kher</p> <p><input type="checkbox"/> Tubular <input type="checkbox"/> SUMP <input type="checkbox"/> Intracath</p> <p><input type="checkbox"/> Monolúmem <input type="checkbox"/> Duplo lúmem <input type="checkbox"/> Schilley</p>
<p>Exames das funções mentais ícone 12 e escala de avaliação de delírio 13</p>
<p>Dados adicionais:</p>
<p>Impressões do profissional</p>

Profissional:

Conselho:

Data

ANEXO B – Termo de aprovação no Comitê de Ética

	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. Av. Francisco Trêz, 536 CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Fone: 3357.2000 CNPJ: 92.787.118/0001-20	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. Rua Domingos Rizzo, 20 CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS Fone: 3357.4100 CNPJ: 92.787.126/0001-76	HOSPITAL FEMINA S.A. Rua Mostardeiro, 17 CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS Fone: 3314.5200 CNPJ: 92.693.134/0001-53	
	Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90				

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEPHNSC – GHC**

RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 10 de junho de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, em reunião ordinária de 10 de junho de 2009 analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 058/09

FR: 258781

Título Projeto: Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos a luz da teoria das necessidades humanas básicas.

Pesquisador(a): Rosaura Costa Bordinhão

Orientador(a): Miriam de Abreu Almeida

PARECER:

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área do conhecimento: Projeto pertencente ao Grupo III. Área do conhecimento: Ciências da Saúde – Enfermagem - 4.04.

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento que consta a aprovação do CEP/GHC. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Vito Giancristoforo dos Santos
Coordenador-Geral do CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC fone/fax: (51) 3357-2407 – e-mail: pesquisas-gep@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378