



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**SAE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA PEDIÁTRICA – LITERATURA VERSUS PRÁTICA**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

**LUANA CARDINALE DOS SANTOS**

**SAE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA PEDIÁTRICA – LITERATURA VERSUS PRÁTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Ms. Eloíde André Oliveira

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S237s Santos, Luana Cardinale dos.

SAE [manuscrito] : intervenções de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica - literatura versus prática / Luana Cardinale dos Santos. - 2014.  
74 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Eloíde André Oliveira, Departamento de Enfermagem".

1. Assistência de Enfermagem. 2. UTI Pediátrica. 3. Prática de enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.730 69

**LUANA CARDINALE DOS SANTOS**

**SAE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA – LITERATURA VERSUS PRÁTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 11/03/2014



Prof<sup>ª</sup> Ms. Eloíde André Oliveira / UEPB

Orientadora



Enf<sup>º</sup> Esp. Antônio Carlos Narciso/ Professor do Departamento de Enfermagem

Examinador



Enf<sup>º</sup> Esp. Socorro Alana Ramalho Rocha/ Hospital de Emergência e Trauma  
Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Examinadora

***“Dedico à minha mãe, Iolanda, que muitas vezes sacrificou os seus sonhos para que eu realizasse os meus.”***

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo dom da vida, por suas bênçãos derramadas, por ser a Luz que guia as minhas escolhas e a Fortaleza que sustenta a minha vida.

A minha mãe, Iolanda, por todo amor e dedicação. Obrigada por sempre acreditar em mim e por me proporcionar condições necessárias para que eu alcance os meus propósitos de vida que juntos traçamos. Eu amo você.

A minha querida família, agradeço o incondicional apoio e os conselhos que sempre me deram. Aos meus adoráveis tios e tias que contribuíram para que eu chegasse até aqui. Obrigada pelo incentivo em minha formação e pela ajuda dada a minha mãe nos momentos difíceis, em especial a minha tia Izabel. Família linda e abençoada muito obrigada por tudo.

À Maila, por ser minha companheira, confidente e irmã que nunca tive. À Marizélia, por ser mais que amiga, ser uma segunda mãe.

À Eloíde André Oliveira, minha orientadora, obrigada por me servir de inspiração e ser minha referência na Enfermagem, me ensinando a amar essa ciência cada vez mais. Obrigado pelo incentivo e conhecimento que dividiu comigo durante minha trajetória acadêmica. Que Deus a ilumine sempre.

Às amizades fraternas que me acompanham e tornam minha vida mais feliz, em especial, Danila, Zuíla, Cíntia, Priscilla e Thaíse. À Danila e Zuíla, pela ajuda essencial nesta pesquisa.

À Universidade Estadual da Paraíba, agradeço pelo suporte fornecido para que eu adquira a tão almejada realização profissional.

Ao Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, obrigada pela oportunidade de realizar esta pesquisa com todo apoio imperioso. Em especial à equipe da UTI Pediátrica.

Às enfermeiras, Ana Larissa César e Socorro Alana Ramalho, obrigada pela troca de conhecimentos, apoio e receptividade que confiaram a este estudo.

## RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI/P) é um espaço completo dotado de aparelhos de monitorização contínua que visa à recuperação da saúde de pacientes com idade de 29 dias de nascidos até adolescentes com 17 anos 11 meses e 29 dias em condição potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. A SAE aplicada aos pacientes da UTI/P proporciona uma assistência individualizada e baseada nas reais necessidades do indivíduo. Esta pesquisa teve por fim analisar as intervenções prescritas pelos enfermeiros aos dez diagnósticos de enfermagem mais frequente na UTI Pediátrica, comparando com as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) e literatura especializada. Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa, que teve como campo a UTI Pediátrica de um Hospital Público em Campina Grande – PB composta por 10 leitos. Os 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UTI Pediátrica foram distribuídos aos 13 enfermeiros do setor para que eles descrevessem os cuidados que prescreveriam para cada um deles, e posteriormente foi feita uma análise comparativa com as intervenções descritas na *Nursing Interventions Classification* (NIC) e literaturas pertinentes; os dados receberam tratamentos estatísticos simples feitos pelo programa Excel 2007 e foram apresentados na forma de tabelas. Foram respeitados os direitos dos pesquisados conforme Resolução 466 de 12/12/2012. Aos resultados, foi observado que os diagnósticos obtiveram a citação de intervenções a seguir: para “Risco de infecção” houve 15 intervenções prescritas; “Motilidade gastrointestinal disfuncional” (14); “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” (15); “Risco de integridade da pele prejudicada” (13); “Risco de trauma vascular” (15); “Dor aguda” (7); “Constipação” (8) e “Integridade da pele prejudicada” (15). Os resultados mostraram que muitos enfermeiros não estão habituados a diagnosticar; também falta o manuseio e utilização dos exames complementares e laboratoriais para relacionar ao cuidado, o que aponta para a dificuldade e falta de precisão, evidenciada na prescrição dos enfermeiros e, com isso, muitos deixaram transparecer uma resistência para prescrever os cuidados de enfermagem aos diagnósticos e, até mesmo, no uso da SAE. Os resultados também apontaram que a SAE ainda não é uma prioridade e, nem tão pouco, familiar na prática do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem, UTI Pediátrica, Enfermagem.

## ABSTRACT

The Pediatric Intensive Care Unit (ICU/ P) is a complete space endowed with devices for continuous monitoring that aims at recovering the health of patients aged between 29 days and 17 years 11 months and 29 days in serious condition or decompensation of one or more organ systems. The Care System Nursing (NCS) is configured as a methodology to organize and systematize care, based on the principles of the scientific method. The NCS applied to ICU/P patients provides an individualized care based on the real needs of the individual. This research was done in order to analyze the interventions prescribed by nurses to the ten most frequent nursing diagnoses in the pediatric ICU, compared to the interventions proposed by the Nursing Interventions Classification (NIC) and specialized literature. This was a study with a quantitative approach, which had as field the Pediatric ICU of a public hospital in Campina Grande - PB composed of 10 beds. The 10 most frequent diagnostics were distributed to the 13 nurses of the sector so they so that they describe the care they would prescribe for each of them, and then a comparative analysis was made with the interventions described in the Nursing Interventions Classification (NIC) and relevant literature; data received simple statistical treatments done by Excel 2007 and were presented in tables. Rights of respondents were respected according to Resolution 466 of 12/12/2012. With the results, it was observed that the diagnoses obtained the following quote of interventions: for "Risk of infection" there were 15 interventions prescribed; "Dysfunctional gastrointestinal motility" (14); "Ineffective airway clearing" (15); "Risk for impaired skin integrity" (13); "Risk of vascular trauma" (15); "Acute pain" (7); "Cold" (8) and "Impaired skin integrity" (15). The results showed that many nurses are not used to diagnose, also lacks the handling and use of complementary and laboratory tests to relate to the care, pointing to the difficulty and lack of precision, evidenced in the prescriptions made by nurses and, thus, many showed resistance to prescribe nursing care to the diagnosis and even the use of NCS. The results also showed that the NCS is still not a priority, nor is common in nursing practice.

**Keywords:** Nursing Care, Pediatric ICU, Nursing.

## LISTA DE TABELAS

**TABELA 1.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de infecção” .....27-29

**TABELA 2.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Motilidade gastrointestinal disfuncional”. ..... 32-33

**TABELA 3.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” ..... 35-37

**TABELA 4.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de integridade da pele prejudicada” ..... 39-40

**TABELA 5.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de trauma vascular” ..... 43-44

**TABELA 6.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de desequilíbrio eletrolítico” ..... 46-48

**TABELA 7.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Ventilação espontânea prejudicada” ..... 49-51

**TABELA 8.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Dor aguda” ..... 52-53

**TABELA 9.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Constipação” ..... 54-55

**TABELA 10.** Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Integridade da pele prejudicada” ..... 57-58

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
2.1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	15
2.1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI PEDIÁTRICA.....	20
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	22
3.1. OBJETIVO GERAL .....	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	22
4.1. TIPO DE PESQUISA E LOCAL A SER REALIZADA .....	22
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	23
4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
4.3.1. Para os pacientes da primeira etapa.....	23
4.3.2. Para os enfermeiros – etapa foco da pesquisa.....	24
4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	24
4.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	25
4.5.1. Primeira etapa – identificação dos diagnósticos de enfermagem .....	25
4.5.2. Segunda etapa - Identificação dos principais fatores de risco e relacionados, das características definidoras e os domínios nos diagnósticos de enfermagem.....	25
4.5.3. Terceira etapa - Relacionar os cuidados que os enfermeiros prescreveram aos 10 diagnósticos identificados com maior frequência e, posteriormente compará-los com as intervenções propostas pela NIC .....	26
4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	26
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	27
5.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE INFECÇÃO .....	27
5.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL.....	32
5.3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS.....	35
5.4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA .....	39
5.5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE TRAUMA VASCULAR .....	43

5.6. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETRLÍTICO.....	46
5.7. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA.	49
5.8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: DOR AGUDA.....	52
5.9. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: CONSTIPAÇÃO .....	54
5.10. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA .....	56
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>71</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço completo dotado de aparelhos de monitorização contínua que visa à recuperação da saúde de indivíduos em condição potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Esta apresenta recursos tecnológicos complexos e específicos, assim como uma equipe de saúde alerta e especializada para qualquer necessidade (SOARES et al., 2013).

Geralmente, a UTI é formada por uma equipe multidisciplinar composta por diversos profissionais da saúde, os quais devem oferecer uma assistência ao paciente 24 horas por dia (CURTIS et al., 2006), e a equipe de enfermagem precisa estar presente a todas as circunstâncias desse ambiente hospitalar.

Como líder da equipe de enfermagem, o enfermeiro gerencia e aperfeiçoa a assistência de enfermagem de maneira segura, organizada, dinâmica e competente, mas para que isso ocorra é necessário que este profissional se insira na realidade concreta de forma consciente, técnica e científica (BACKES et al., 2005).

Truppel et al. (2009) afirma que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A SAE além de direcionar a prática da enfermagem, proporciona o cuidado integral e individualizado e funciona como um artifício de aproximação entre enfermeiro, paciente e família (COFEN, 2009). Todavia, para que a assistência seja pautada em conhecimentos científicos, o método empregado na implementação da SAE deve ser simples o bastante para que a prática seja direcionada às necessidades de cada paciente (BACKES et al., 2005).

O processo de trabalho de enfermagem na UTI é indispensável, pois se caracteriza por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência

técnica e científica para lidarem com situações de saúde graves dos pacientes ali internados (CURTIS et al., 2006).

A SAE representa, para os pacientes, instituição, fontes pagadoras e, principalmente, para a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional da saúde, um documento de relevante valor técnico, científico e ético-legal (BACKES et al., 2005).

Mesmo com um número relevante de pesquisas recentes relacionadas à SAE no Brasil, especificamente em relação às intervenções de enfermagem, percebe-se que ainda é elementar quando se analisa a acuidade desse conhecimento na prestação da assistência de enfermagem.

As intervenções de enfermagem devem ser baseadas no julgamento e no conhecimento clínico, que sejam realizadas por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (NIC, 2010).

Para tal, é necessária a coleta de dados em enfermagem, que consiste na obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana com o auxílio de métodos e técnicas variadas (COFEN, 2009) e o diagnóstico de enfermagem, definido pela Nanda como julgamento clínico sobre as respostas individuais, familiares ou comunitárias aos atuais ou potenciais problemas de saúde.

O sistema NIC, é uma classificação, utilizada como base na prescrição das intervenções de enfermagem, é uma linguagem padronizada de tratamentos que os profissionais da área de enfermagem utilizam, incluindo cuidados diretos e indiretos ao paciente.

Esses sistemas, Nanda e NIC, precisam ser difundidos entre os profissionais de enfermagem, para que a assistência prestada ao paciente seja padronizada e mais bem documentada em todas as instituições de saúde.

Embora a maior parte dos enfermeiros já tenha a percepção da necessidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na realidade concreta, o processo de implantação, assim como a escolha de um referencial teórico e uma metodologia adequada, ainda se constituem um grande desafio, principalmente para as lideranças dispostas a desencadear o processo (BACKES et al., 2005).

Surgiu então, os questionamentos que permearam esse estudo: o que o enfermeiro prescreveria acerca dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no seu setor de trabalho? As intervenções de enfermagem na prática estão de acordo com o que preconiza as literaturas de referência? A atuação do enfermeiro é empírica ou ele se utiliza sempre de bases científicas ao planejar sua assistência?

Acerca da relevância desse assunto, este estudo visa contribuir para a reflexão do enfermeiro sobre a aplicação da SAE na UTI, conquistando espaços na tentativa de romper a dicotomia entre a teoria e o fazer na enfermagem e colaborando para a organização da prática assistencial; além disso, este estudo indica a necessidade de desenvolver e implementar a SAE para uma assistência qualificada e holística ao cliente, família e coletividade.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nos primórdios da história, a enfermagem se fundamentava apenas em princípios, crenças, valores e normas tradicionalmente aceitas. Por muitos séculos a enfermagem foi exercida de maneira empírica por freiras, nos hospitais religiosos, e por “mulheres de má vida”, dadas a vícios como o alcoolismo, fora deles (NIGHTINGALE, 2010). Apenas em 1854, na Guerra da Crimeia, a enfermagem passou a atuar de maneira sistêmica, quando Florence Nightingale foi convidada a cuidar dos soldados feridos em combate.

Florence pôs em prática seus conhecimentos matemáticos e criou gráficos mostrando que os feridos tinham sete vezes mais chances de morrer de infecções hospitalares do que nas batalhas, evidenciando que a melhoria das condições sanitárias iriam resultar num decréscimo da mortalidade. (NIGHTINGALE, 2010)

As concepções teórico-filosóficas de enfermagem desenvolvidas por Nightingale tiveram como base observações sistematizadas e registros estatísticos extraídos de sua experiência prática no atendimento diário a doentes. Dessa vivência, foram obtidos quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Esses conceitos, considerados revolucionários para sua época, foram revistos e ainda hoje se identificam com as bases humanas da enfermagem (OLIVEIRA, 2007).

A evolução da enfermagem e sua consolidação como ciência só foi possível no período de 1950, quando os questionamentos a cerca de preceitos tradicionais tomaram impulso, fazendo surgir a necessidade de conhecimentos específicos, o que seria possível apenas com a elaboração de teorias próprias (CIANCIARULLO, 2001).

As teorias de enfermagem constituem um modo sistemático de olhar o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. É dessa forma que a teoria de enfermagem é definida como uma conceitualização articulada e comunicada da realidade, inventada ou descoberta, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (OLIVEIRA, 2007).

Dentro desse corpo de conhecimentos, baseado em teorias de enfermagem, surge o processo de enfermagem (PE), cujo propósito é prover uma abordagem para identificar as necessidades do cliente, da família e comunidade e implementar o cuidado necessário à situação identificada, como uma representação do mecanismo por meio do qual esses conhecimentos são aplicados na prática profissional (CARVALHO, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) tem sido denominado, em nosso meio, por distintos termos, sendo o mais comum Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (CARVALHO, 2009).

O PE ou SAE pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem aos pacientes, tratando-se de uma forma organizada de cuidar, seguindo alguns passos previamente estabelecidos, como: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados (COFEN, 2009).

É um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem: identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL et al., 2009). Esta divisão tem cunho apenas didático, uma vez que na prática assistencial a SAE é um processo com etapas inter-relacionadas e dinâmico (ANDRADE, 2005).

A primeira etapa do processo de enfermagem (PE) pode ser compreendida como àquela onde o raciocínio clínico dar-se-á pela identificação de problemas que deverão ser solucionados à luz dos referenciais teóricos que possibilitaram a sua identificação e que apoiarão as ações de enfermagem para solucioná-los (BARROS, 2009).

Sua segunda etapa está atrelada ao uso de Classificações de Diagnósticos, onde o raciocínio clínico faz-se pela formulação de hipóteses diagnósticas, que serão afirmadas ou refutadas se as metas/objetivos declarados forem, ou não, alcançados. A utilização de Classificações de Intervenções pode, ou não, ser adotada nesta geração (BARROS, 2009).

Na terceira e quarta etapa do PE, as três classificações necessariamente são utilizadas: Diagnósticos, Resultados e Intervenções. O raciocínio clínico baseia-se na avaliação de um resultado inicial, advindo do estabelecimento de indicadores de resultados para o suposto diagnóstico identificado e o seu progresso ou ausência de progresso é julgado após as intervenções realizadas (BARROS, 2009).

Tal método, de maneira geral, pode ser entendido como uma forma sistemática e ordenada de delimitar problemas, fazer e executar planos para resolvê-los, mesmo que seja necessário delegar a outros a execução desses planos, e exige como última etapa a avaliação da eficácia na resolução dos problemas (LEOPARDI, 1999).

Deste modo, conhecer as classificações, utilizá-las, pesquisá-las e divulgá-las torna-se imperioso no mundo globalizado, onde evidências científicas ditam condutas aos profissionais da área da saúde (BARROS, 2009).

Essa metodologia é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (TRUPPEL et al., 2009), contudo, fatores inerentes à própria estrutura do processo de enfermagem, ao ensino de suas etapas, às características dos cenários da prática assistencial e, ainda, às habilidades e competências dos profissionais têm dificultado seu emprego (CARVALHO, 2009).

Como consequência, nota-se a ocorrência de desacordos clínicos, que resulta na qualidade insuficiente do cuidado e no prejuízo da autonomia profissional. Entende-se por desacordos clínicos as divergências entre a situação real e a inferência feita pelo profissional, sobre a situação do paciente, em função de distintos fatores (CARVALHO, 2009).

Desacordos estes que estão relacionados ao examinador, como por exemplo, tendência de registrar inferência em vez de evidência e estabelecimento de expectativas à *priori* e competência restrita. Ao examinado, por suas variações biológicas, efeitos da doença ou terapêutica, memória e foco de atenção e desacordo entre examinadores/testes. Ao exame/coleta de dados, devido ao ambiente não apropriado, interação examinador-examinado prejudicada e uso ou

função incorreta dos instrumentos diagnósticos, e ainda os relacionados ao próprio processo diagnóstico, relacionado a influência da especificidade da enfermagem; complexidade da tarefa diagnóstica; influência das categorias diagnósticas e efeito da expectativa do papel de diagnosticador por outros grupos (CARVALHO, 2009).

É viável salientar que os erros no processo diagnóstico são de diferentes tipos: por omissão (quando um dado relevante é ignorado), por conclusão prematura (diagnóstico pouco justificado pelos dados existentes), por síntese incorreta (dados disponíveis contradizem conclusões) e por síntese inadequada (conclusões que podem ser suportadas pelos dados não extraídas) (CARVALHO, 2009).

No entanto, a implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem (ANDRADE, 2005), além de proporcionar um padrão mínimo de qualidade da assistência e, um melhor sistema de registro de informações sobre o paciente (LEOPARDI, 1995).

Ao se falar de SAE, é de fundamental importância uma linguagem uniformizada para comunicar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Sendo assim, diversos estudos e projetos tem sido conduzidos em muitos países a fim de desenvolver tais classificações (CHIANCA, 2003).

Dentre as etapas da SAE, destaco a terceira e quarta etapa: planejamento de enfermagem/intervenções e implementação, que consistem, respectivamente, nas ações ou intervenções de enfermagem, e na realização destas ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, como foco desta pesquisa.

O termo **Classificação das Intervenções de Enfermagem** compreende "o ordenamento ou arranjo das atividades de enfermagem dentro de um grupo ou dispostas numa base de relações e a determinação dos níveis de intervenções para estes grupos" (GUIMARÃES, 2001).

Uma intervenção é definida como "qualquer tratamento, baseado em julgamento e conhecimento clínico que a enfermeira executa para melhorar os resultados alcançados pelo paciente/cliente, família e comunidade" (BULECHEK et al., 2010).

Titler et al.. (1991) afirmam que um sistema de classificação das intervenções de enfermagem é essencial em virtude de: delinear o corpo de conhecimento único para a enfermagem, determinar o conjunto de serviços de enfermagem, desenvolver um sistema de informação, refinar o sistema de classificação do paciente, ser um elo entre os diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados, alocar recursos para os planos de enfermagem, e articular outros profissionais na função específica da enfermagem.

Existem nove sistemas de classificação de intervenções de enfermagem realizados por enfermeiros de vários países, porém A *Nursing Interventions Classification* (NIC) representa uma das mais avançadas propostas em termos de pesquisas sobre intervenções de enfermagem, apresentadas em uma estrutura taxonômica validada e codificada de 542 intervenções voltadas para os diagnósticos de enfermagem da NANDA (BULECHEK et al., 2010).

A NIC Foi elaborada para retratar o cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade e descrever intervenções e tratamentos executados pelos enfermeiros em todos os ambientes de cuidados e especialidades. As intervenções de enfermagem contidas na NIC possuem um nome de designação, uma definição, uma lista de atividades que o enfermeiro poderia realizar para executá-la em uma ordem lógica. A linguagem padronizada é o nome de designação e sua definição. As atividades podem ser escolhidas ou modificadas conforme a necessidade para atender às necessidades específicas de uma população ou indivíduo. Desta forma, a NIC pode ser utilizada para transmitir um significado comum através dos diferentes cenários, mas, ainda propiciará um meio para que os enfermeiros individualizem a assistência (BULECHEK et al., 2010).

A NIC é considerada útil para a documentação clínica, comunicação entre os profissionais acerca do cuidado executado, inserção de dados em sistemas, pesquisa de efetividade, medidas de produtividade, avaliação de competência e reembolso, além de ser usada para estruturar currículos de enfermagem (BULECHEK et al., 2010).

## 2.2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI PEDIÁTRICA

A história do surgimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) nos remete a varias "eras" assim chamada pela contribuição de vários personagens importantes, dentre eles, Florence Nightingale, que idealizou a UTI como unidade de monitoração de paciente grave, sendo essa a primeira enfermeira intensivista que preconizou a UTI (MENDES, 2010).

Os cuidados intensivos evoluíram a partir de um reconhecimento histórico que as necessidades dos pacientes com doença aguda, com risco de vida ou lesão poderiam ser mais bem tratadas se fossem agrupados em áreas específicas do hospital (MENDES, 2010).

Desta forma, surgiu a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como uma área crítica destinada à recuperação da saúde de indivíduos em condição potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, utilizando recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, por meio de uma prática assistencial segura e contínua, busca o restabelecimento no processo saúde/doença (SOARES et al., 2013).

Além de gerenciar a equipe de enfermagem, o enfermeiro é responsável por assegurar uma assistência baseada em princípios éticos e que forneça segurança ao paciente. Para que isso ocorra é necessário que este profissional se insira no contexto atual das práticas assistenciais de forma consciente, técnica e científica (BACKES et al., 2005).

Entende-se que, para que se tenha uma assistência holística e individualizada de enfermagem, é necessária a aplicação de uma ferramenta assistencial denominada Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SOARES et al., 2013).

Além do mais, particularidades da UTI pediátrica precisam ser observadas no desenvolvimento da SAE: a internação na UTI/P gera diversos estressores, afeta diretamente a criança e família e ocasiona alterações de papel social, incerteza da condição futura familiar e da criança, perda de controle emocional, permanência em

ambiente desconhecido, constrangimentos financeiros e medo da perda. Sendo assim, o enfermeiro intensivista deve incluir o cuidado humanizado também com a família, resgatar o conceito de bem-estar biossociopsicospiritual, preconizando o cuidado holístico (KNOBEL et al., 2009).

Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem visa organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico, auxiliando o enfermeiro no seu processo de trabalho (TRUPPEL et al., 2009), na UTI a SAE torna-se indispensável, pois seu ambiente caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica para lidarem com situações de saúde graves dos pacientes ali internados.

Assim, para alcançar uma garantia na qualidade do cuidado de enfermagem em UTI, é necessário ater-se não somente à qualificação dos trabalhadores, mas, também, a capacidade dos profissionais para utilizar instrumentos que possam facilitar e contribuir na assistência (SOARES et al., 2013).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

- Analisar as intervenções prescritas pelos enfermeiros aos dez diagnósticos de enfermagem mais frequente na UTI Pediátrica, comparando com as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) e literaturas pertinentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Campina Grande – PB.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Relacionar as intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros para os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UTI Pediátrica.
- Comparar as intervenções prescritas pelos enfermeiros com as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) e literaturas pertinentes.

### **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **4.1. TIPO DE PESQUISA E LOCAL A SER REALIZADA**

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma UTI Pediátrica de um Hospital Público em Campina Grande – PB com 08 leitos gerais e 02 para isolamento. A instituição é apresentada como referência no Estado e é o segundo maior hospital do Norte-Nordeste. O hospital oferece atendimento especializado nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ortopédica, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, buco-maxilo-facial, laboratórios de hematologia, bioquímica, microbiologia, líquor, parasitologia/análise e principalmente na área traumatológica, onde recebe pacientes de Campina Grande – PB e das cidades circunvizinhas.

O presente trabalho é um recorte da pesquisa do Programa de Iniciação Científica intitulado “Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais Frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Público de Campina Grande – PB”.

O estudo foi composto de três etapas. Na primeira etapa foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; na segunda etapa foram identificados os principais fatores relacionados, as características definidoras e os domínios desses diagnósticos e, na terceira etapa foi feita a relação dos cuidados que os enfermeiros prescreveram aos 10 diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência e, posteriormente comparados com as intervenções propostas pela NIC.

#### 4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A unidade hospitalar conta com 220 enfermeiros, 604 técnicos de enfermagem. Na UTI Pediátrica há 13 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem, os quais são distribuídos em turnos e dias diferentes.

A amostra foi constituída por 13 enfermeiros graduados que trabalhavam na UTI Pediátrica pesquisada com vínculo empregatício com o hospital e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Os participantes da pesquisa estão na faixa etária correspondente ao intervalo entre 29 - 39 anos de idade, sendo 12 do sexo feminino e um do sexo masculino. Foram entrevistados 13 enfermeiros atuantes dos três turnos para que os dados coletados ficassem mais fidedignos com a realidade.

#### 4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

##### 4.3.1. Para os pacientes da primeira etapa

**Critérios de Inclusão:** Pacientes que estavam internados na UTI Pediátrica do respectivo hospital e que, por serem menores de idade, tiveram a participação na pesquisa possibilitada após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ser assinado pelo responsável legal.

**Critérios de Exclusão:** Pacientes internados em qualquer outra ala ou setor do respectivo hospital que não seja a UTI Pediátrica, pacientes cujos responsáveis não concordaram com a realização da pesquisa e/ou não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e pacientes maiores de 18 anos.

#### **4.3.2. Para os enfermeiros - etapa foco desta pesquisa**

**Critérios de inclusão:** Ser enfermeiro graduado, trabalhar na UTI Pediátrica pesquisada com vínculo empregatício com o hospital, os que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e os que entregaram o instrumento de coleta de dados em período estipulado para o encerramento desta etapa da pesquisa.

**Critérios de exclusão:** Técnicos e auxiliares de enfermagem, qualquer outro profissional a não ser Enfermeiro, não possuem vínculo empregatício com o hospital, professores de enfermagem que estavam acompanhando estágio, enfermeiro que não concordasse em participar da pesquisa e/ou não assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e os que entregaram o instrumento de coleta de dados após o encerramento desta etapa da pesquisa.

#### **4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, seu domínio, características definidoras e fatores relacionados foi utilizado o Roteiro de Histórico de Enfermagem específico para UTI, proposto por Amante et al.. (2009) – no qual foram realizadas algumas adaptações, com exclusão de alguns tópicos e acréscimos de outros no intuito de tornar o instrumento melhor aplicável à faixa etária da população em questão.

Para comparar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem para os dez diagnósticos mais frequentes com as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) foi entregue aos enfermeiros um instrumento contendo os 10 DE mais frequentes e solicitado que fosse feita a prescrição de enfermagem para cada um deles (APÊNDICE B).

#### 4.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

##### 4.5.1. Primeira etapa - identificação dos diagnósticos de enfermagem

Nesta etapa, foi construído o histórico de enfermagem – levantamento de dados incluindo as atividades referentes à coleta de informações pertinentes ao cliente com o propósito de identificar as necessidades, problemas, preocupações ou reações humanas do cliente.

Realizou-se o exame físico utilizando-se o Roteiro de Histórico de Enfermagem específico para UTI, proposto por Amante et al.. (2009) – com adaptações, além de coleta de dados aos prontuários.

Para a definição do diagnóstico de enfermagem, foi utilizada a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2010), onde os dados coletados foram analisados e interpretados criteriosamente, objetivando identificar os problemas, necessidades, e reações humanas do paciente, o que resultou na identificação dos 10 diagnósticos mais frequentes na respectiva UTI pediátrica.

##### 4.5.2. Segunda etapa - Identificação dos principais fatores de risco e relacionados, das características definidoras e os domínios nos diagnósticos de enfermagem

Para os dez diagnósticos mais frequentes indicados pela pesquisa foram identificados os principais fatores de risco e relacionados, as características definidoras e os domínios desses diagnósticos.

#### **4.5.3. Terceira etapa - Relacionar os cuidados que os enfermeiros prescreveram aos 10 diagnósticos identificados com maior frequência e, posteriormente compará-los com as intervenções propostas pela NIC.**

Nesta etapa, os 10 diagnósticos mais frequentes identificados foram distribuídos aos 13 enfermeiros da UTI pediátrica, em impresso próprio (APÊNDICE B), para que eles descrevessem os cuidados que prescreveriam para cada um deles e, posteriormente foi feita uma análise comparativa com as intervenções descritas na *Nursing Interventions Classification* (NIC) e literaturas pertinentes.

#### **4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

As respostas do formulário que compõem a primeira e a segunda etapa da pesquisa receberam tratamento estatístico simples feito pelo programa Excel 2007 e foram apresentadas na forma de tabelas. Conforme os percentuais dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, foram avaliados os seus fatores de risco e relacionados, características definidoras, domínios e identificados as intervenções de enfermagem necessárias aqueles diagnósticos, comparando-as com as prescritas pelos enfermeiros da respectiva UTI.

#### **4.7. ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi desenvolvido somente após a aprovação do pelo Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba – CEP/UEPB, sob parecer nº 0277.0.133.000-12 (Anexo A). A pesquisa foi realizada respeitando o que está proposto na Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, cuja, algumas das obrigações do pesquisador são: a garantia o anonimato, a privacidade e a desistência do participante em qualquer etapa do estudo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes encontrados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foram distribuídos a 13 enfermeiros (n=13) da respectiva UTI, em impresso próprio, onde eles descreveram os cuidados que prescreveriam para cada um deles e posteriormente foi feita uma análise comparativa com as intervenções descritas na *Nursing Interventions Classification* (NIC) e literaturas pertinentes. A maioria dos enfermeiros participantes da pesquisa está na faixa etária correspondente ao intervalo entre 29 - 39 anos de idade, sendo 12 do sexo feminino e um do sexo masculino.

Para fins deste estudo, o total de prescrições de enfermagem não se refere ao número de enfermeiros, pois, o mesmo enfermeiro pode prescrever mais de uma intervenção para cada diagnóstico.

Seguem abaixo as intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros da UTI em estudo para cada diagnóstico de enfermagem e seguidas de discussões as quais estão apresentadas por ordem decrescente de frequência.

### 5.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE INFECÇÃO

**Tabela 1** – Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de infecção”

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Lavagem das mãos	13	Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado com o paciente
Uso de EPI's adequados	10	Instituir precauções padrões (usar EPI's adequados)

Técnica asséptica	8	Assegurar técnica asséptica em todos os procedimentos
Realizar desinfecção de equipamentos e leitos	4	Limpar adequadamente o ambiente após o uso de cada paciente
Uso de material e equipamentos estéreis	2	Assegurar o manuseio asséptico de materiais e equipamentos
Manter paciente em isolamento quando necessário	2	Isolar pessoas expostas a doenças transmissíveis isoladas e instituir precauções de isolamento
Administrar antibioticoterapia conforme prescrição nos horários corretos	2	Administrar terapia antibiótica, conforme apropriado
Orientar acompanhantes quanto à lavagem das mãos, uso da bata e evitar circular nos demais leitos	1	-Orientar as visitas a lavarem as mãos ao entrar e sair do quarto do paciente e limitar o número de visitas, conforme apropriado -Examinar todas as visitas quanto à presença de doenças transmissíveis
Higienização adequada e diária	1	-Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado -Providenciar cuidados adequados à pele em áreas edemaciadas

Atentar para sinais de infecção	1	-Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção -Examinar a pele e mucosa em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem
Evitar procedimentos invasivos	1	Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos e curativos conforme as orientações atuais do CDC*
Não utilizar adornos durante o turno de trabalho	1	Não consta na NIC
Dimensionamento adequado da equipe	1	Não consta na NIC
Manter precauções padrão	1	Seguir orientações atuais da CDC*
Manuseio mínimo	1	Estimular aumento de mobilidade e exercícios, conforme apropriado

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

\*CDC: Centro de Controle de Doenças.

O diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de infecção é definido pela NANDA (2010) como risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.

Para tal diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros entrevistados prescreveram 15 intervenções (**Tabela 1**), dentre estas, todos (n=13) os enfermeiros apontaram a higienização das mãos como medida essencial para prevenir/reduzir infecções.

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório

de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados, além do mais, a higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA, 2007).

O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados aparece, segundo os enfermeiros entrevistados, como a segunda medida mais eficaz no combate a infecção (n=10). Segundo Magalhães (1993), o objetivo dos EPI's não se restringe apenas a proteção dos profissionais de saúde, mas destina-se também, a redução dos riscos de transmissão de microrganismos.

A realização de técnica asséptica foi relevante para 8 enfermeiros e aparece como a terceira intervenção de enfermagem mais citada na pesquisa para esse diagnóstico.

A Sociedade Brasileira de Controle de Contaminação afirma que a técnica asséptica é um método utilizado para manipular produtos estéreis a fim de manter a sua esterilidade (total ausência de contaminação), através de uma série de procedimentos que evitam a contaminação do produto por microrganismos e partículas e, compete ao operador realizar estes procedimentos adequadamente. Prezar pela assepsia do procedimento é essencial no controle de infecções que possam acometer o paciente e/ou ambiente (ANVISA, 2013).

As intervenções acima citadas são recomendadas pela *Nursing Interventions Classification* – NIC (2010), porém, o que observamos na tabela comparativa é que as intervenções prescritas pelos enfermeiros são sucintas em relação às intervenções da NIC, nos levando a considerar a possibilidade de um conhecimento superficial por parte dos enfermeiros. Além do mais, intervenções consideradas relevantes para o diagnóstico “Risco para infecção” deixaram de ser citadas na maior parte das prescrições, sendo citada apenas uma vez.

Por exemplo, a intervenção “Orientar acompanhantes quanto à lavagem das mãos, uso da bata e evitar circular nos demais leitos” foi mencionada em uma prescrição e é descrita na NIC como “Orientar as visitas a lavarem as mãos ao entrar e sair do quarto do paciente e limitar o número de visitas, conforme

apropriado”. Nota-se que a intervenção “Examinar todas as visitas quanto à presença de doenças transmissíveis”, também descrita na NIC, e relacionada ao diagnóstico “Risco de infecção”, não foi mencionada.

Ainda em relação ao exposto acima e considerando que o princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado, observamos a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença (BRASIL, 2007).

A intervenção “controle de imunização/vacinação” não aparece prescrita por nenhum enfermeiro entrevistado, embora o cenário do estudo tenha se desenvolvido em uma UTI infantil e o ministério da saúde caracterize a imunização/vacinação como sendo a maneira mais eficaz de prevenir doenças imuno-previníveis (BRASIL, 2003).

Outra intervenção também considerada importante, “Observar sinais de infecção”, foi encontrada uma vez nos questionários analisados, demonstrando pequena relevância para os enfermeiros. Em contrapartida, a literatura nos mostra que sinais observados pelo enfermeiro e sintomas relatados pelo paciente que indiquem risco de infecção devem ser observados com atenção pela equipe para evitar que a infecção se instale (POTTER E PERRY, 2009).

“Evitar procedimentos invasivos” não foi descrita na NIC. Para tal atividade, ela considera “Trocar os acessos endovenosos centrais e periféricos e curativos conforme as orientações atuais do CDC”, mas, observamos em literaturas pertinentes que equipamentos médicos e realização de procedimentos invasivos promovem um modo de entrada para os patógenos, aumentando o risco de introduzir infecção (POTTER E PERRY, 2009).

“Não utilizar adornos durante o turno de trabalho” e “Dimensionamento adequado da equipe” não foram descritas na NIC. Porém, é sabido que anéis, relógios e correntes podem ser veículos de transmissão e devem ser retirados. Sob tais objetos podem acumular-se microrganismos (ANVISA, 2007). Não foram

encontradas relações entre o diagnóstico “Risco de infecção” e a intervenção “Dimensionamento adequado da equipe”.

As intervenções encontradas na NIC (2010): monitorar a contagem absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais e obedecer às precauções para neutropenias, conforme apropriado; não foram relatadas pelos enfermeiros como intervenções para o diagnóstico “Risco de infecção”, o que nos faz ratificar sobre a necessidade dos enfermeiros começarem a relacionar a clínica do paciente com os exames laboratoriais e de imagens, considerando não ser esta uma prática na rotina de trabalho destes.

## 5.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: MOTILIDADE GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL

**Tabela 2** – Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Motilidade gastrointestinal disfuncional”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Adequação da dieta	9	-Orientar sobre a dieta -Monitorar o preparo seguro dos alimentos
Estimular deambulação	5	Orientar o paciente/família sobre a relação entre dieta, exercícios e ingestão de líquidos
Mudar o decúbito	4	Não consta na NIC
Medir resíduos gástricos	3	Orientar o paciente/família sobre registros da cor, volume, frequência e consistência das fezes

Ingesta hídrica adequada	2	-Orientar o paciente/família sobre a relação entre dieta, exercícios e ingestão de líquidos -Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado
Administrar antibioticoterapia conforme prescrição	2	Não consta na NIC
Mobilizar o paciente	1	Não consta na NIC
Avaliar distensão abdominal	1	-Monitorar ruídos hidroaéreos -Comunicar o médico sobre redução/aumento da frequência de ruídos hidroaéreos -Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado
Realizar ou orientar massagem abdominal	1	Não consta na NIC
Posicionar paciente de forma adequada	1	Não consta na NIC
Acionar nutricionista para avaliar o paciente	1	Não consta na NIC
Promover higienização adequada	1	Não consta na NIC
Compressa morna no abdome	1	Não consta na NIC
Toque retal quando necessário	1	Informar o paciente sobre o procedimento para remoção manual das fezes, se necessário

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

Tal diagnóstico é definido pela NANDA (2010) como *atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrintestinal*.

Para este diagnóstico, os enfermeiros prescreveram 14 intervenções, entre elas: adequação da dieta (n=9), estimular deambulação (n=5), mudar decúbito (n=4) e medir resíduos gástricos (n=3) foram as mais prescritas (**Tabela 2**).

A NIC (2010) elenca diversas atividades de intervenção para o diagnóstico acima citado, porém, em se tratando de UTI pediátrica, achamos pertinente destacar as seguintes intervenções: “Monitorar o preparo seguro dos alimentos”, “Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação”, “Identificar os fatores que possam causar os distúrbios gastrintestinais”, “Avaliar o perfil medicamentoso quanto a efeitos colaterais gastrintestinais”, “Orientar o paciente/família sobre a relação entre dieta, exercícios e ingestão de líquidos”, “Orientar o paciente/família sobre registros da cor, volume, frequência e consistência das fezes”, “Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado”, “Monitorar ruídos hidroaéreos”, “Comunicar o médico sobre redução/aumento da frequência de ruídos hidroaéreos”, “Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado”.

Analisando a tabela comparativa, percebemos que as intervenções prescritas “Adequação da dieta”, “Estimular deambulação”, “Ingesta hídrica adequada” e “Avaliar distensão abdominal”, estão relacionadas com as atividades de intervenção citadas acima, porém, são descritas de maneira resumida.

Em literatura relacionada, encontramos que as principais intervenções de enfermagem para o diagnóstico mencionado são: avaliar o paciente quanto à presença de distensão e dor abdominal, inspecionar o abdome, auscultando-o, palpando-o e percutindo, além de atentar para o histórico de possível anorexia, dispepsia, náuseas/vômitos, frequência e consistência das fezes. Avaliar déficit hídrico e nutricional, consultando um nutricionista. Avaliar medicamentos em uso quanto a seus efeitos colaterais gastrintestinais e revisar os resultados de exames laboratoriais e outros testes diagnósticos que determinarão o esvaziamento gástrico lento ou rápido (LADWIG, 2012), servindo como um complemento das intervenções descritas na NIC.

“Medir resíduos gástricos” é citada por apenas 3 enfermeiros, nos levando a considerar o desconhecimento por parte destes profissionais sobre a relação consumo/eliminação. Principalmente em pediatria, as intervenções “Monitorar e registrar consumo e eliminações” e “Pesar e observar perda de peso diariamente” são de extrema importância (LADWIG, 2012).

A intervenção pediátrica “Observar déficits nutricionais e hídricos como, avaliação do turgor da pele, mucosas, fontanelas, sulcos na língua, eletrólitos, estado hídrico e função cardiovascular”, considerada de suma importância por Ladwig (2012) não foi mencionada por nenhum enfermeiro entrevistado.

Apenas um enfermeiro mencionou “Acionar nutricionista para avaliação do paciente” e/ou “Avaliar distensão abdominal”. Intervenções como: “Promover higienização adequada” (n=1) e “Toque retal quando necessário” (n=1) não foram mencionadas na literatura pesquisada.

Observamos que em relação ao diagnóstico “Motilidade gastrointestinal disfuncional”, os enfermeiros demonstram pouco ou nenhum conhecimento sobre o diagnóstico, não sabendo diferenciá-lo de diagnósticos como “Risco de constipação” e “Diarreia”, por exemplo.

### 5.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

**Tabela 3** – Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Desobstrução ineficaz de vias aéreas”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Aspirar secreções quando necessário	12	-Determinar a necessidade de aspiração, auscultando ocorrência de crepitações e roncos sobre principais vias aéreas -Monitorar secreções respiratórias do paciente

Fluidificar vias aéreas	9	Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios (p. ex., nebulizador), se necessário
Manter decúbito elevado	8	-Realizar drenagem postural -Posicionar o paciente com o segmento pulmonar a ser drenado na posição mais elevada possível
Solicitar avaliação do fisioterapeuta	4	Determinar a presença de indicações e contraindicações ao uso de fisioterapia respiratória
Manter paciente hidratado	3	Não consta na NIC
Monitorar SSVV com ênfase em R e SPO2	3	-Monitorar os padrões respiratórios -Monitorar dados do ventilador mecânico -Registrar mudanças no SaO2, SvO2 e CO2
Manter VVAA pérvias	1	-Abrir vias aéreas, usando a técnica de elevação do queixo ou de manobra mandibular, conforme apropriado
Estimular tosse	1	-Monitorar a capacidade do paciente para tossir de forma eficaz -Registrar início, característica e duração da tosse -Encorajar a tosse durante e após a drenagem postural
Limpeza das narinas	1	Não consta na NIC

Realizar tapotagem	1	Fazer percussão com drenagem postural colocando as mãos em concha e batendo na parede do tórax numa rápida sucessão, de modo a produzir uma série de sons ociosos
Verificar permeabilidade do TOT	1	Não consta na NIC
Verificar enchimento correto do cuff	1	Não consta na NIC
Promover conforto	1	Usar travesseiros como apoio do paciente na posição escolhida
Administrar O2 prescrito	1	Não consta na NIC
Administrar medicação prescrita	1	-Administrar broncodilatadores e agentes mucocinéticos -Usar terapia com aerossol, conforme apropriado

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

A “Desobstrução ineficaz das vias aéreas” é definida como a incapacidade do organismo de remover secreções ou obstruções do trato respiratório para manter pérvias as vias aéreas (NANDA, 2010).

Foram prescritas pelos enfermeiros 15 intervenções. A mais descrita por eles foi “Aspirar secreções quando necessário” (n=12) (**Tabela 3**).

Especialmente, em UTIs, existe um percentual altíssimo de paciente com limitações respiratórias e, portanto, fazendo uso de tubos traqueais, que comumente acumulam secreções. Uma das intervenções mais eficazes para eliminar as secreções por eles acumuladas é a aspiração das vias aéreas através de um cateter, limitando a aspiração por no máximo 15 segundos (GEISSLER; MOORHOUSE; DOENGES, 2000).

Embora a NIC (2010) não descreva intervenções relacionadas a “Verificar permeabilidade do TOT”, podemos subentender que tal intervenção está inserida no campo de abrangência da intervenção “Aspirar secreções quando necessário”.

A segunda intervenção mais mencionada pelos enfermeiros (n=9) foi “Fluidificar vias aéreas”, que se relacionamos a “Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios (p. ex., nebulizador), se necessário” descrita por NIC (2010), iremos promover a umidificação e fluidificação através da nebulização, aumentando a depuração mucociliar, o mecanismo natural do corpo para remover muco e resíduos celulares do trato respiratório (POTTER E PERRY, 2009).

Porém, se a intervenção descrita pelos enfermeiros for relacionada à instilação de solução fisiológica no momento da aspiração das vias aéreas, tal medida não é mais recomendada, pois, segundo Geissler et al. (2000), o líquido instilado se acumula na parte distal do tubo endotraqueal, comprometendo a oxigenação, aumentando o broncoespasmo e o risco de infecção.

A intervenção “Manter decúbito elevado” foi prescrita por 08 enfermeiros e de acordo com Geissler et al. (2000), reposicionar, elevar, ou mudar o decúbito periodicamente, promove a drenagem das secreções e ventilação para todos os segmentos pulmonares, reduzindo o risco de atelectasia.

Outra forma de drenagem de secreções, por meio da sua mobilização, é através da intervenção “Realizar tapotagem” (n=1), sendo explanada pela NIC (2010) como “Fazer percussão com drenagem postural colocando as mãos em concha e batendo na parede do tórax numa rápida sucessão, de modo a produzir uma série de sons ocos”, porém foi elencada por apenas um enfermeiro.

“Manter paciente hidratado” (n=3) não foi descrita na NIC (2010), porém, analisando outras literaturas, encontramos que tal medida auxilia o paciente a liquefazer as secreções, ajudando-o na eliminação e promovendo sua expectoração (GEISSLER; MOORHOUSE; DOENGES, 2000).

“Estimular tosse” (n=1) é encontrado na NIC (2010) como “Monitorar a capacidade do paciente para tossir de forma eficaz”, “Registrar início, característica e duração da tosse” e “Encorajar a tosse durante e após a drenagem postural”, sendo essas intervenções de suma importância e que foi relatada por um enfermeiro.

“Administrar medicação prescrita” é considerada uma intervenção ampla e em se tratando do diagnóstico “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” ela pode ser

melhor entendida se especificarmos os tipos de medicações, como elenca a NIC (2010): “Administrar broncodilatadores e agentes mucocinéticos” e “Usar terapia com aerossol, conforme apropriado”.

“Administrar O<sub>2</sub> conforme prescrito” (n=1) também não foi descrita na NIC (2010), mas Ladwig (2012) ressalta a importância de administrar oxigênio conforme prescrito, classificando tal intervenção como colaborativa do plano de cuidados.

A intervenção fundamental e primordial encontrada em todas as literaturas pesquisadas trata-se de “Auscultar os sons pulmonares” e não foi mencionada por nenhum enfermeiro, mesmo por que, poucos enfermeiros se dedicam a prática da ausculta na assistência de enfermagem.

Vale salientar que os profissionais que constituem nossa amostra demonstram desapropriação e falta de utilização dos conhecimentos de semiótica e semiologia no exame físico dos pacientes e em medidas importantes como a ausculta pulmonar e posições para a drenagem postural, principalmente na pediatria, onde os menores tem dificuldade na expectoração (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

#### 5.4. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

**Tabela 4** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de integridade da pele prejudicada”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Realizar mudança de decúbito	9	Mudar posição do paciente pelo menos a cada duas horas
Manter pele hidratada	8	Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessiva

Diminuir pressão em áreas de proeminências	7	Proteger proeminências ósseas
Promover higienização adequada	5	-Manter a pele do paciente limpa e seca -Não usar sabão irritativo
Realizar massagem de conforto	4	Massagear ao redor da área afetada
Avaliar pele	3	Examinar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor, edema e drenagem
Manter lençóis estirados	3	Manter roupas de cama secas, limpas e sem dobras
Não massagear a pele hiperemiada	2	Massagear ao redor da área afetada
Verificar dieta a ser administrada	2	Monitorar ingestão nutricional
Orientar hidratação	1	Manter a hidratação adequada
Manuseio mínimo	1	Não consta na NIC
Uso de fitas hipoalergênicas	1	Tirar resíduos de esparadrapo
Verificar fluidez das punções venosas antes de administrar medicações	1	Não consta na NIC

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

O conceito para “Risco de integridade da pele prejudicada” é compreendido como risco de a pele ser alterada de forma adversa (NANDA, 2010).

Para este diagnóstico, foram citadas 13 intervenções, sendo as mais mencionadas: “Realizar mudança de decúbito” (n=9), seguida por “Manter pele hidratada” (n=8), “Diminuir pressão em áreas de proeminências” (n=7) e “Promover higienização adequada” (n=5) (**Tabela 4**).

Percebe-se que a intervenção “Realizar mudança de decúbito” quando comparada a proposta pela NIC (2010) “Mudar posição do paciente pelo menos a cada duas horas”, torna-se vaga e superficial, visto que o resultado proposto pela

*Nursing Outcomes Classification* – NOC “A pele do paciente permanecerá intacta” só será alcançado se houver, de fato, a mudança de decúbito a cada duas horas, no mínimo (JOHNSON, 2009).

O cuidado proposto pelos enfermeiros “Manter pele hidratada”, se não for bem supervisionado, pode tornar-se um agravante, pois a NIC (2010) nos leva a refletir sobre o nível adequado de hidratação: “Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessiva”.

A NIC (2010) nos aponta a intervenção “Proteger proeminências ósseas” e Ladwig (2012) enfatiza essa importância, além de complementá-la: “Evitar massagear a pele sobre proeminências ósseas”. Diante disso, é sabida a relevância de tal intervenção para o diagnóstico “Risco de integridade da pele prejudicada”, mas apenas 7 enfermeiros a consideraram.

Potter e Perry (2009) afirmam que a higienização corporal promove bem-estar ao cliente, porém, suas necessidades devem ser respeitadas. Se o cliente apresenta “Risco de integridade da pele prejudicada”, a avaliação da pele deve ser feita de maneira criteriosa, os cuidados cutâneos devem ser fornecidos de maneira a reduzir os riscos de ruptura da pele e a higienização deve ser realizada de maneira correta: deve-se evitar agentes de limpeza fortes, água quente, atrito ou força extrema, ou limpeza muito frequente (LADWIG, 2012). Portanto, a intervenção “Promover higienização adequada” torna-se incompleta, quando comparada a literatura.

Ainda segundo Potter e Perry (2009), o preparo do leito do cliente deve ser feito de forma correta, baseado em técnica específica a fim de manter os lençóis esticados e sem dobras, pois dobras e pregas provocam irritação da pele. Sendo assim, a intervenção “Manter lençóis estirados” corrobora com a literatura, porém, foi mencionada por apenas 03 enfermeiros entrevistados.

Para a intervenção “Realizar massagem de conforto” a NIC (2010) contraindica se o paciente apresentar diminuição da integridade da pele, logo, essa proposta de cuidado é contrária à literatura. A NIC (2010) nos orienta sobre “Massagear ao redor da área afetada”, a fim de ativar a circulação.

Potter e Perry (2009) classificam as úlceras por pressão em quatro estágios, sendo o primeiro estágio descrito como: Pele intacta com vermelhidão não

branqueável de uma área localizada, usualmente sobre uma proeminência óssea. Desta forma, a intervenção “Não massagear a pele hiperemiada” aparece como cuidado essencial a fim de evitar a ruptura da pele, que daria início ao segundo estágio, porém, foi relatada por apenas 02 enfermeiros.

O fator nutrição influencia diretamente a integridade da pele: deficiência em quaisquer dos nutrientes resultam em uma cicatrização prejudicada ou retardada (POTTER, 2009). Por conseguinte, a intervenção “Verificar dieta a ser administrada” (n=2) deve ser relevante considerando um paciente que esteja com o diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada”, porém, foi descrita por apenas 02 enfermeiros e, na prática, observamos que a dieta do paciente é de pouca relevância para a enfermagem.

A intervenção: “Manuseio mínimo” (n=1) não foi descrita na literatura pesquisada e é contrária a todas as outras indicações para este diagnóstico de enfermagem.

Em se tratando de pediatria, um dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que causam dor é a punção venosa e, dependendo das circunstâncias, as crianças passam por várias punções no mesmo dia (DIAS, 2000). É comum a prática do uso de talas a fim de conter o membro puncionado, evitando a perda do acesso precocemente. Porém, deve haver um cuidado com a fixação das talas e um rodízio de membros para não lesionar a pele.

A NIC (2010) propõe “Tirar resíduos de esparadrapo” a fim de minimizar o risco da integridade da pele prejudicada, o que nunca acontece na prática. Apenas uma intervenção acerca desse tema foi proposta pelos enfermeiros entrevistados: “Uso de fitas hipoalergênicas” que nos remete a pensar sobre seu uso em curativos e inserção de cateteres de punção venosa, mas o que presenciamos na diária é o uso comum de esparadrapos.

A intervenção “Verificar fluidez das punções venosas antes de administrar medicações” está relacionada ao diagnóstico “Risco de trauma vascular” e não ao diagnóstico proposto, demonstrando desconhecimento sobre o tema.

Comparando as intervenções prescritas com a literatura, percebemos que falta uma complementação nas prescrições dos enfermeiros entrevistados. Levando em

consideração o que a NIC (2010) propõe e Ladwig (2012) reafirma, em relação ao diagnóstico de enfermagem “Risco de integridade da pele prejudicada”, o enfermeiro deve, prioritariamente, “Monitorar as condições da pele pelo menos uma vez ao dia”. Esta intervenção não foi mencionada.

#### 5.5. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE TRAUMA VASCULAR

**Tabela 5** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de trauma vascular”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Verificar constantemente as condições do acesso venoso observando sinais de flebite, infiltração, alteração de temperatura, cor e mobilidade e comunicar as anormalidades	5	-Verificar posição e permeabilidade do cateter na veia -Administrar o medicamento na velocidade adequada -Aspirar antes de injetar -Monitorar sinais de infiltração e flebite no local da infusão
Elevar membros	4	Não consta na NIC
Estimular movimentação dos membros e deambulação, se possível	4	Não consta na NIC
Estimular o retorno sanguíneo aos membros com massagens	2	Não consta na NIC
Realizar punção e curativo com técnica asséptica	2	-Seguir os cinco certos da medicação -Manter a esterilidade do sistema EV
Realizar compressa local, caso necessário	2	Não consta na NIC

Realizar diluição adequada dos medicamentos, principalmente antibióticos	2	Preparar a concentração apropriada da medicação EV
Não submeter a extremas temperaturas	1	Não consta na NIC
Manter curativos folgados	1	Não consta na NIC
Trocar acesso venoso de 72/72h	1	Trocar acesso seguindo protocolo
Evitar venóclises repetidas	1	Não consta na NIC
Colocar acesso em lugares menos propícios à perda, evitando articulações	1	Não consta na NIC
Posicionar o membro do acesso adequadamente	1	Não consta na NIC
Realizar fixação adequada, não garrotear o membro	1	Não consta na NIC
Realizar limpeza do injector lateral com álcool a 70% antes de injetar a medicação	1	Manter a esterilidade do sistema
Manuseio mínimo	1	Não consta na NIC
Verificar SSVV com ênfase na PA	1	Não consta na NIC
Controle hídrico rigoroso	1	Não consta na NIC
Monitorar o uso de anticoagulantes	1	Não consta na NIC

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

É definido pela NANDA (2010), como risco de dano à veia e tecidos ao redor relacionados com a presença de cateter e/ou soluções infundidas.

Para o diagnóstico citado, os enfermeiros planejaram dezoito intervenções, sendo as mais citadas: “Verificar constantemente as condições do acesso venoso

observando sinais de flebite, infiltração, alteração de temperatura, cor e mobilidade e comunicar as anormalidades” (n=5), “Elevar membros” (n=4) e “Estimular movimentação dos membros e deambulação, se possível” (n=4) (**Tabela 5**).

Os fatores de risco para o trauma vascular, segundo Ladwing (2012), são: tipo de cateter; largura do cateter; capacidade prejudicada para visualizar o local de inserção; duração do tempo de inserção e natureza da solução a ser introduzida (concentração, substância química irritante, temperatura e pH). Conseqüentemente, é de suma importância que o enfermeiro trace um plano de cuidados a fim de evitar um possível trauma vascular, atentando para seus fatores de risco.

Ladwing (2012) ainda afirma que é de suma importância verificar se o cliente é alérgico ao material ou à fixação desde, desinfetar o local da punção venosa, utilizar um curativo de estabilização confortável, seguro, hipoalergênico e facilmente removível, permitindo a visualização do sítio de acesso, aplicar um curativo estéril e transparente sobre o dispositivo, além de sempre descontaminar o dispositivo antes de infundir medicamentos ou manipular o equipamento EV, evitar áreas de flexão articular e proeminências ósseas, substituir o dispositivo de acordo com o protocolo da instituição.

Tais medidas podem ser incluídas nas intervenções: “Realizar punção e curativo com técnica asséptica” (n=2), “Realizar limpeza do injector lateral com álcool a 70% antes de injetar a medicação” (n=1), “Trocar acesso venoso de 72/72h” (n=1), intervenções estas que são fundamentais ao diagnóstico “Risco de trauma vascular”, mas, que na prática é pouco relevante para os enfermeiros e técnicos.

A NIC (2010) não aborda as intervenções “Evitar venóclises repetidas”, “Colocar acesso em lugares menos propício a perda, evitando articulações”, “Posicionar o membro do acesso adequadamente” e “Realizar fixação adequada, não garroteando o membro”, mas, sabemos que na prática essas medidas são importantes.

É dever do enfermeiro procurar reduzir o número de punções venosas através da utilização de técnicas adequadas, fluidez das punções e o uso de dispositivo intravenoso de qualidade (DIAS, 2000).

É cabível, portanto, “Verificar constantemente as condições do acesso venoso observando sinais de flebite, infiltração, alteração de temperatura, cor e mobilidade e comunicar as anormalidades” antes de administrar medicações para evitar extravasamento no tecido, causando trauma vascular. Tal intervenção está de acordo com o recomendado por NIC (2010) e é citado por Ladwig (2012) como medida essencial para prevenir o trauma vascular.

Percebe-se que as intervenções “Elevar membros” (n=4), “Estimular movimentação dos membros e deambulação, se possível” (n=4) e “Estimular o retorno sanguíneo aos membros com massagem” estão relacionadas ao diagnóstico “Perfusão tissular ineficaz”, definido pela NANDA (2010) como redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde.

Já as intervenções “Verificar SSVV com ênfase na PA” e “Controle hídrico rigoroso” podem ser cuidados referentes ao diagnóstico “Volume de líquido excessivo”, definido pela NANDA (2010) como retenção aumentada de líquidos isotônicos, por exemplo.

Observamos, então, que há insegurança por parte dos enfermeiros sobre a diferença dos diagnósticos acima citados e, provavelmente, equivoco de prescrição de enfermagem.

## 5.6. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO

**Tabela 6** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Risco de desequilíbrio eletrolítico”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Realizar e monitorar balanço hídrico	9	Manter registro preciso da ingestão e da eliminação
Realizar e monitorar hidratação do paciente observando ingesta hídrica	8	Administrar líquidos conforme a prescrição, se adequado

Observar volume de diurese e evacuações e também o número de episódios	4	Monitorar a ocorrência de perda de líquidos ricos em eletrólitos
Observar e controlar infusões venosas/administrar infusões venosas cpm	4	Manter registro preciso da infusão e da eliminação
Coletar gasometria e avaliar níveis eletrólitos	3	-Obter amostras prescritas para análise laboratorial dos níveis de eletrólitos -Monitorar níveis de eletrólitos séricos
Repor perdas eletrolíticas conforme prescrição	2	-Instituir medidas de controle de perda excessiva de eletrólitos -Monitorar a resposta do paciente à terapia eletrolítica prescrita
Verificar SSVV a cada 3 horas dando ênfase na PA	2	Monitorar pressão arterial média, periférica, pressão venosa central
Administrar dieta adequada	2	Oferecer dieta adequada ao desequilíbrio eletrolítico
Avaliar o nível de consciência	1	Monitorar ocorrência de manifestação neurológica de desequilíbrio eletrolítico
Avaliar ECG	1	Monitorar os traçados de ECG em busca de mudanças relativas a níveis anormais de cálcio, potássio e magnésio
Solicitar avaliação do nutricionista	1	Oferecer a dieta prescrita adequada ao desequilíbrio eletrolítico

Identificar a origem do desequilíbrio hídrico	1	Identificar as possíveis causas de desequilíbrios eletrólitos
Passar SVD quando prescrito	1	Manter registro preciso da infusão/ingestão e da eliminação
Manuseio mínimo	1	Não consta na NIC
Administrar medicamentos (diuréticos) quando prescritos	1	Consultar médicos sobre a administração de medicamentos
Verificar presença de vômitos	1	Monitorar a ocorrência de náuseas vômitos e diarreia

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

Os enfermeiros prescreveram 16 intervenções para o diagnóstico de enfermagem “Risco de Desequilíbrio Eletrolítico” que é definido como: risco de redução, aumento ou alteração rápida do volume de líquidos intravasculares, intersticiais e/ou intracelulares. Isso se traduz por risco de perda ou acúmulo de líquidos corporais, ou ambos (NANDA, 2010).

As intervenções mais citadas foram: “Realizar e monitorar balanço hídrico” (n=9), “Realizar e monitorar hidratação do paciente observando ingesta hídrica” (n=8), “Observar volume de diurese e evacuações e também o número de episódios” (n=4) e “Observar e controlar infusões venosas/administrar infusões venosas conforme prescrição médica” (n=4) (**Tabela 6**), as quais também são recomendadas pela NIC (2010), mas de maneira mais precisa e completa.

“Coletar gasometria e avaliar níveis de eletrólitos” (n=3), “Repor perdas eletrolíticas conforme prescrição” (n=2), “Verificar SSVV a cada 3 horas dando ênfase na PA” (n=2) e “Administrar dieta adequada” (n=1) são intervenções também citadas pela NIC (2010), mas, que foram prescritas por um número mínimo de enfermeiros. Estas intervenções ajudam o enfermeiro a evitar que o funcionamento dos órgãos seja afetado, detectar indicadores de desidratação/hipovolemia, e repor possíveis perdas excessivas de eletrólitos no geral, respectivamente.

A intervenção “Pesar paciente diariamente” destacada na NIC (2010) não foi mencionada por nenhum enfermeiro entrevistado, porém trata-se de medida fundamental no controle hidroeletrólítico, principalmente em pediatria.

Vale ressaltar que a NIC (2010), também aconselha a monitorização dos traçados do ECG na busca de mudanças relacionadas a níveis anormais de K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, e Mg<sup>++</sup>, tal intervenção, “Avaliar ECG”, foi prescrita por apenas um enfermeiro, nos levando a refletir sobre o déficit de conhecimento e de acompanhamento de exames complementares por estes, o que conseqüentemente, limita o julgamento clínico.

A intervenção “Manuseio mínimo”, prescrito por um dos enfermeiros, não encontra respaldo na literatura pesquisada para o diagnóstico em questão.

#### 5.7. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA

**Tabela 7** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Ventilação espontânea prejudicada”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Posicionar paciente em Fowler/ decúbito elevado	11	-Posicionar o paciente visando ao alívio da dispneia -Posicionar o paciente visando minimizar esforços respiratórios
Administrar oxigenoterapia conforme prescrição	10	Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrição
Manter VAS livres monitorando possíveis obstruções	5	Manter desobstruídas as vias aéreas

Acionar médico e fisioterapeuta	3	-Consultar outro profissional da saúde para escolher um modo ventilatório -Colaborar rotineiramente com o médico e o fisioterapeuta -Realizar fisioterapia respiratória, conforme apropriado
Verificar aferição de saturação e frequência respiratória	2	Monitorar o estado respiratório e saturação
Verificar SSVV	2	Monitorar saturação e frequência respiratória
Promover ambiente tranquilo e arejado/ promover conforto	2	Oferecer cuidados para alívio do sofrimento do paciente
Auxiliar na entubação traqueal	2	Monitorar as necessidades de suporte ventilatório invasivo
Aspirar VAS quando necessário	2	Realizar aspiração com base na presença de ruídos respiratórios adventícios e/ou na pressão inspiratória aumentada
Uso de broncodilatadores e outros medicamentos quando prescritos	2	Administrar medicamentos que promovam a desobstrução das vias aéreas e a troca de gases
Avaliar nível de consciência	1	Monitorar ocorrência de manifestação neurológica para hipoxia
Verificar presença de objetos obstruindo a passagem aérea	1	Manter desobstruídas as vias aéreas
Realizar coleta gasométrica quando prescrito	1	Monitorar a ocorrência de efeitos da troca de posição na oxigenação: gasometria arterial, SaO <sub>2</sub> , SvO <sub>2</sub> , CO <sub>2</sub> expirado

Balanço hídrico rigoroso	1	Não consta na NIC
Umidificar narinas	1	Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios (p. ex., nebulizador), se necessário

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

Reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida, é o conceito de “Ventilação espontânea prejudicada”, podendo estar relacionada a fadiga da musculatura respiratória e a fatores metabólicos (NANDA, 2010).

O objetivo da ventilação é produzir uma tensão de dióxido de carbono ( $\text{PaCO}_2$ ) arterial normal entre 35 e 45 mmHg e manter uma tensão de oxigênio arterial normal ( $\text{PaO}_2$ ) entre 95 e 100 mmHg (POTTER, 2009). Alterações nestes níveis de tensão podem prejudicar a ventilação espontânea interferindo na frequência respiratória, alterando assim, o equilíbrio ácido-básico do organismo.

As intervenções de enfermagem mais prescritas pelos enfermeiros foram: “Posicionar paciente em Fowler/decúbito elevado” (n=11) e “Administrar oxigenoterapia conforme prescrição” (n=10) (**Tabela 7**).

A elevação da cabeceira do leito, segundo Geissler, Moorhouse e Doenges (2000) é benéfica tanto física como psicologicamente ao paciente, além do mais, administrar  $\text{O}_2$ , conforme prescrição médica, mantendo os percentuais de oxigênio e saturação adequados para a condição do paciente, garante que o mesmo receba concentrações satisfatórias garantindo o equilíbrio ácido-básico do organismo.

A realização do exame físico diário na busca de achados clínicos é essencial ao desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, porém, percebe-se um descaso e/ou não prioridade dos profissionais em relação a essa prática. Intervenções básicas como “Monitorar estado respiratório e saturação”, mencionada por uma minoria (n=2), e “Realizar ausculta pulmonar com frequência”, não foi mencionada.

A intervenção de enfermagem “Verificar SSVV” considerada relevante pelos enfermeiros na maioria dos diagnósticos aqui discutidos, torna-se superficial quando mencionada no plano de cuidado de diagnósticos específicos, não surtindo o efeito

desejado. O enfermeiro além de verificar, deve monitorar os sinais vitais em determinadas situações.

Mais uma vez nos deparamos com intervenções de enfermagem que não contemplam o monitoramento e avaliação de dados laboratoriais como evidências para o cuidado.

## 5.8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: DOR AGUDA

**Tabela 8** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Dor aguda”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Administrar medicação conforme prescrição	12	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia
Realizar técnicas de relaxamento e entretenimento/ promover medidas de conforto	10	Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas antes, durante e após as atividades dolorosas, quando possível; antes que a dor ocorra ou aumente, e juntamente com outras medidas de alívio da dor
Avaliar a dor do paciente de acordo com a escala de dor	4	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência da dor
Promover acompanhamento psicológico	3	Analisar o desejo do paciente de participar, sua capacidade para isso, suas preferências, apoio de pessoas importantes em relação aos métodos e contraindicações ao escolher alguma estratégia de alívio da dor

Identificar a causa da dor	3	Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo os fatores precipitadores
Compressas mornas locais	2	Ensinar o uso técnicas não farmacológicas como aplicação de calor/frio e massagem
Solicitar que o paciente localize a dor	1	Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, característica, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

É definido pela NANDA (2010) como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.

Ladwig (2012) ainda acrescenta que dor é o que a pessoa que vivencia, diz que é, e existe sempre que essa pessoa assim o disser.

Foram descritas na **Tabela 8**, 07 intervenções para o DE Dor aguda: “Administrar medicação conforme prescrição” (n=12), “Realizar técnicas de relaxamento e entretenimento/ promover medidas de conforto” (n=10), “Avaliar a dor do paciente de acordo com a escala de dor” (n=4), “Promover acompanhamento psicológico” (n=3), “Identificar a causa da dor” (n=3), “Compressas mornas locais” (n=2) e “Solicitar que o paciente localize a dor” (n=1).

Há uma relação entre as intervenções sugeridas pelos enfermeiros com a NIC (2010), contudo, os cuidados traçados pela NIC são descritos de forma mais planejada e completa. Observamos também, que na tabela comparativa, a avaliação completa da dor, incluindo local, característica, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores não são tão importantes quando comparada ao uso de terapia farmacológica, mas, é sabido que tal avaliação é primordial para traçar o plano de cuidados a ser desenvolvido no paciente com o diagnóstico de enfermagem “Dor aguda”.

Em relação às intervenções pediátricas, Ladwig (2012) ressalta a utilização, sempre que possível, de intervenções ambientais e comportamentais em relação à terapia farmacológica, porém, como foi observado, a maioria dos enfermeiros preocupa-se com “Administrar medicação conforme prescrição médica” e, parece desconhecem as intervenções ambientais e comportamentais.

As intervenções ambientais e comportamentais, comumente chamadas de estratégias não farmacológicas, podem ser usadas isoladamente ou em combinação com o tratamento farmacológico. Estas estratégias incluem: manter a criança ou RN em posição confortável, utilizando-se de faixas no leito ou incubadora, fazendo com que o bebê retome a posição uterina (flexionada), sucção não nutritiva (“consolo”), contato direto com a mãe, utilização de elementos de distração como brinquedos, se possível, além de promover um ambiente confortável, livre de ruídos incômodos.

Catelin et al. (2005) afirmam que os pacientes internados em UTI pediátrica e neonatal são frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos e encaram o processo de dor com mais temor se comparados a adultos. Em contrapartida, estratégias farmacológicas incluindo sedativos opióides não podem ser usadas na rotina para procedimentos invasivos devido aos seus efeitos colaterais importantes.

## 5.9. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: CONSTIPAÇÃO

**Tabela 9** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Constipação”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Aumentar ingesta hídrica	10	Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado
Administrar dieta laxativa	8	Ensinar o paciente/família como manter um diário alimentar
Estimular deambulação se possível	6	Estimular deambulação, conforme apropriado

Mobilizar o paciente/ mudança de decúbito	5	Fazer exercícios passivos e/ou ativos no leito
Solicitar avaliação nutricional	5	Não consta na NIC
Uso de supositórios, fleet enema e outros medicamentos quando prescritos	5	-Administrar enema ou irrigação, conforme apropriado -Sugerir o uso de laxantes/emolientes fecais, conforme apropriado
Manobras desobstrutivas mecânicas quando necessário	1	Remover manualmente a impactação fecal, se necessário
Verificar se está associada a procedimentos realizados	1	Identificar os fatores que possam causar ou contribuir para a constipação

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

“Constipação” é a diminuição na frequência normal de evacuações, acompanhada de dificuldade de eliminação, ou eliminação parcial das fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas (NANDA, 2010).

É um problema de origem funcional, decorrente de um mau funcionamento intestinal relacionado a inúmeros fatores, mas, diante dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em questão, podemos citar: motilidade do trato gastrointestinal diminuída, o uso de opiáceos e/ou sedativos e mudança nos padrões alimentares.

Para o diagnóstico de enfermagem “Constipação”, os enfermeiros prescreveram 08 cuidados (**Tabela 9**) onde os mais frequentes foram: “Aumentar ingestão hídrica” (n=10), “Administrar dieta laxativa” (n=8), “Estimular deambulação se possível” (n=6), “Mobilizar o paciente/mudança de decúbito” (n=5), “Solicitar avaliação nutricional” (n=5), “Uso de supositórios, fleet enema e outros medicamentos quando prescritos” (n=5).

Percebemos que as ações mais citadas para o diagnóstico relacionam-se a hidratação e nutrição do paciente, corroborando com o que a NIC (2010) recomenda. No entanto, em relação à nutrição, a NIC vai além de “Administrar dieta

laxativa”, ela considera “Ensinar o paciente/família como manter um diário alimentar” um fator relevante. Por vezes, a constipação está relacionada a maus hábitos alimentares.

Em contrapartida, a investigação e identificação das causas que podem estar diretamente relacionadas à constipação (fatores de causa medicamentosa, repouso no leito, desconforto para evacuar) foram desconsideradas na assistência de enfermagem.

A permanência da criança em instituição hospitalar por longos dias, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que se submetem, somados com o ambiente estranho, experiências desconhecidas e a separação da família podem levar a criança a uma perturbação emocional grave, piorando sua doença (DIAS, 2000). A constipação pode estar relacionada à internação e a NIC (2010) destaca a intervenção “Orientar a família sobre a fisiologia da eliminação normal das fezes e o treinamento para o uso do vaso sanitário em crianças” como medida para estimular o uso adequado do vaso sanitário e minimizar o desconforto. A UTI pediátrica mencionada nesta pesquisa dispõe de banheiros conjuntos para acompanhantes e crianças.

A intervenção prescrita “Solicitar avaliação do nutricionista” não foi encontrada na NIC (2010) para cuidados de enfermagem em pacientes com constipação, mas é sabido sobre a importância da interdisciplinaridade na assistência.

Doenges, Moorhouse e Murr (2010), também recomendam estimular a prática de atividade física/exercícios dentro dos limites de tolerância do indivíduo para estimular o peristaltismo, promover o bem-estar e assegurar a privacidade do paciente.

#### 5.10. DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

**Tabela 10** - Intervenções de enfermagem prescritas pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica do município de Campina Grande (PB) para o conceito diagnóstico “Integridade da pele prejudicada”.

<b>Intervenções prescritas</b>	<b>N</b>	<b>Intervenções da NIC</b>
Realizar curativo com materiais e assepsia adequados para cada tipo de curativo	13	-Assegurar técnica asséptica em todos os procedimentos -Assegurar o manuseio asséptico de materiais e equipamentos
Orientar quanto a uma dieta balanceada	5	-Garantir a ingestão adequada de alimentos -Monitorar o estado nutricional -Confirmar a ingestão adequada de calorias e proteínas de alta qualidade
Mudar paciente de decúbito	5	Mudar posição do paciente pelo menos a cada duas horas
Manter paciente higienizado adequadamente, realizando assepsia da lesão	5	-Manter a pele do paciente limpa e seca -Não usar sabão irritativo -Limpar a lesão com solução atóxica adequada
Realizar medidas adequadas de prevenção, como o uso de coxins evitando que a área lesionada permaneça com pontos de pressão e também o uso de aliviadores de pressão	5	-Facilitar pequenas trocas do peso do corpo, com frequência -Posicionar travesseiros para minimizar pontos de pressão -Posicionar a cada duas horas para evitar pressão prolongada -Usar dispositivos sobre a cama para proteger o indivíduo

Avaliar a evolução da ferida (aspecto e odor) e do curativo	4	-Descrever as características da ferida a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudado, tecido granular ou necrosado e epitelização -Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele ao redor
Ativar circulação com massagens de conforto	3	Massagear ao redor da área afetada
Avaliar diariamente a pele hidratando-a	2	-Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas diariamente - Hidratar a pele seca e compactada
Estimular hidratação	2	Manter a hidratação adequada
Manter lençóis esticados, sem rugas	1	Manter limpa, seca e sem rugas a roupa de cama
Administrar analgésicos cpm	1	Administrar medicação, conforme apropriado
Evitar procedimentos invasivos	1	Não consta na NIC
Evitar manuseio da área afetada, protegendo-a	1	Proteger região afetada
Se lesão extensa, manter em isolamento de contato reverso	1	Não consta na NIC
Solicitar orientação da comissão curativos	1	Não consta na NIC

Fonte: dados coletados na pesquisa 2013

A NANDA (2010) define “Integridade da pele prejudicada” como epiderme e/ou derme alteradas.

Os enfermeiros entrevistados planejaram 15 ações para serem executadas no diagnóstico acima e, todos (n=13) consideraram “Realizar curativo com materiais e assepsia adequados para cada tipo de curativo” uma intervenção imprescindível (**Tabela 10**).

Rocha et al. (2006) afirmam que as principais intervenções de acordo com a ligação entre NANDA e NIC para Integridade da pele prejudicada é cuidar do local de incisão e lesões; proteger contra infecção; prevenir úlcera de pressão; supervisionar a pele, o que de maneira geral, condiz com o planejamento dos enfermeiros entrevistados.

Os enfermeiros prescreveram cuidados referentes a “Orientar quanto a uma dieta balanceada” (n=5), “Mudar paciente de decúbito” (n=5), “Realizar medidas adequadas de prevenção, como o uso de coxins evitando que a área lesionada permaneça com pontos de pressão e também o uso de aliviadores de pressão” (n=5) e “Manter paciente higienizado adequadamente, realizando assepsia da lesão” (n=5) (**Tabela 10**).

Apenas 05 enfermeiros consideraram importante a realização da mudança de decúbito, mas, essa intervenção vai além de apenas mudar a posição do paciente. A literatura nos mostra que a mudança de decúbito deve ser realizada frequentemente (a cada 90 minutos, máximo de duas horas) a fim de remover a pressão contra a pele e permitir a resposta hiperêmica normal (POTTER E PERRY, 2009).

Também é recomendado manter a pele seca e limpa, mas deve-se ter cuidado a respeito da utilização dos produtos tópicos utilizados. A NIC (2010) recomenda a utilização de sabonetes atóxicos para essa finalidade.

Durante a higienização da pele deve-se evitar esfregar a área, pois, a umidade suaviza a pele e faz com que haja uma ruptura em sua integridade, além do mais, a fricção sobre uma área de eritema não branqueante causará ainda mais lesão ao tecido (POTTER E PERRY, 2009).

Avaliar o estado nutricional do paciente e encaminhar para um nutricionista e/ou instituir suplementos nutricionais, quando necessário, segundo Ladwig (2012), também é essencial no cuidado com a integridade da pele prejudicada.

Cinco enfermeiros sugeriram a orientação quanto a uma dieta balanceada, mas a NIC (2010) utiliza os verbos “garantir”, “monitorar” e “confirmar” a ingestão adequada de nutrientes, enfatizando a responsabilidade do enfermeiro nesse aspecto.

A avaliação da ferida para a NIC (2010) vai além de “Avaliar aspecto e odor” (n=4), consiste na descrição das características da ferida a intervalos regulares, incluindo tamanho (comprimento x largura x profundidade), estágio (I-IV), localização, exsudado, tecido granular ou necrosado e epitelização. Além do mais, devem-se monitorar regiões adjacentes quanto à cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele.

Como já mencionado anteriormente, a realização da massagem de conforto é contraindica pela NIC (2010) se o paciente apresentar diminuição da integridade da pele. Sendo assim, a intervenção “Ativar circulação com massagens de conforto” (n=3) é contrária à literatura. A NIC (2010) nos orienta sobre “Massagear ao redor da área afetada”, a fim de ativar a circulação.

Em relação ao cuidado “Manter lençóis esticados, sem rugas”, mencionado por um enfermeiro, Potter (2009) afirma que deslizar a pele do paciente sobre lençóis vai causar fricção e vai deteriorar a área envolvida, mostrando assim a importância da intervenção acima citada.

Na NIC (2010) não consta a intervenção “Solicitar orientação da comissão de curativos”, mas o serviço onde foi coletado os dados desta pesquisa dispõe de tal comissão, que dá suporte aos enfermeiros no cuidado das feridas.

“Administrar analgésicos conforme prescrição médica” (n=1) citada por um enfermeiro encontra sintonia com outros autores que alegam que tal medida, reduz um grande sofrimento físico e emocional associado com as trocas de curativo e desbridamento (GEISSLER; MOORHOUSE; DOENGES, 2000).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem é uma prática que necessita de uma metodologia que possibilite o acesso ao pensamento crítico para a descrição e caracterização de julgamentos clínicos que irão subsidiar o alcance dos resultados de enfermagem através da tomada de decisão clínica.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo de qualificação profissional que requer um espaço reflexivo com vistas à problematização da realidade concreta na qual os enfermeiros estão inseridos. Ela constitui um caminho a ser utilizado pelos enfermeiros para a realização de suas ações, que possibilita a identificação das respostas dos pacientes aos problemas de saúde e aos processos vitais que exigem intervenções.

A prescrição adequada das intervenções de enfermagem permite que a assistência prestada seja direcionada e específica aos reais problemas de saúde do sujeito a ser cuidado. Em pacientes com estado de saúde crítico, como os que se encontram internados em uma UTI, é essencial que o cuidado seja aplicado corretamente para que assim o enfermeiro proporcione um cuidado individualizado e alcance os resultados esperados.

Comparando as intervenções prescritas pelos enfermeiros entrevistados com a literatura, para os 10 diagnósticos de enfermagem mais frequentes nesta UTI Pediátrica, percebemos que falta uma complementação nas prescrições, os cuidados prestados são vagos e poderiam ser melhor incrementados se a SAE fosse realmente implantada nos serviços de saúde e se os enfermeiros fossem melhor preparados tecnicamente para utilizarem a SAE.

Os enfermeiros também demonstraram insegurança sobre os diagnósticos de enfermagem citados e, conseqüentemente, surgiram vários equívocos de prescrições, nos levando a refletir sobre o déficit de conhecimento e a limitação do julgamento clínico.

Métodos básicos e essenciais na busca de achados clínicos, como o exame físico, por exemplo, deixam de ser utilizados, muitas vezes, por despreparo dos profissionais, refletindo no processo de cuidar da enfermagem como um todo. Não

há como prestar assistência de qualidade sem conhecer as reais necessidades do paciente e como isso o afeta.

Os resultados mostraram que muitos enfermeiros não estão habituados a diagnosticar; também falta o manuseio e utilização dos exames complementares e laboratoriais para relacionar ao cuidado, o que aponta para a dificuldade e falta de precisão, evidenciada na prescrição dos enfermeiros e, com isso, muitos deixaram transparecer uma resistência para prescreverem os cuidados de enfermagem aos diagnósticos e, até mesmo, no uso da SAE. Os resultados também apontaram que a SAE ainda não é uma prioridade e, nem tão pouco, familiar na prática do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S. VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 261-5, 2005.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm** (Especial - 70 Anos), v. 22, p. 864-7, 2009.

BACKES, D. S. et. al.. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 25-29, 2005.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Ministério da Saúde. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações – 30 anos – Série C Projetos e Programas e Relatórios. Brasília, 2003.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde**. Brasília, 2007.

BRASILIA. Resolução COFEN-358/2009, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providencias. **Legislação básica para o exercício profissional da enfermagem**. 3 ed., Coren-PB, João Pessoa, 2012.

BULECHEK, G. M. BUTCHER, H. K. DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CARVALHO, E. C. D. KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. (Especial-Nefrologia), v. 22, p. 554-7, 2009.

CATELIN, C.; TORDJMAN, S.; MORIN, V.; OGER, E.; SIZUN, J.. Clinical, Physiologic, and Biologic Impact of Environmental and Behavioral Interventions in Neonates During a Routine Nursing Procedure. **The Journal of Pain**, v. 12 , n. 6, p. 791-797, 2005.

CHEREGATTI , A. L. AMORIM , C. P. O. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva**. 2 ed.- São Paulo: Martinari, 2010.

CHIANCA, T. C. M. Mapeamento das ações de enfermagem do cipesec às intervenções de enfermagem da nic. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 513-518, 2003.

CIANCIARULLO, T. O. Desenvolvimento ao conhecimento na enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. In: CIANCIARULLO, T. O. et al. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo, 1 ed., p. 15-28, 2001.

CURTIS, J. R. et al. Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team. **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 34, n. 1, p. 211-218, 2006.

DIAS E. F; VIANA A. C. N; ANDRAUS L. M. S; PEREIRA M. S; BARBOSA M. A. Utilização do dispositivo intravenoso periférico intermitente em pediatria. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] 2000; v. 2, n. 2. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista2\\_2/dipi.html](http://www.fen.ufg.br/revista2_2/dipi.html)> Acesso em: 19 de dezembro de 2013.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C.. **Diagnósticos de Enfermagem**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GEISSLER, A. C.; DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.. **Plano de Cuidado de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L de. Classificação das intervenções enfermagem. **Rev Esc Enf USP**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-4, jun, 2001.

JOHSON, M. et al. Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2009

KNOBEL, E.; LASELVA, C. R.; JÚNIOR, D. F.M. et al. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, p. 636, 2009.

LADWIG, G. B.; ACKLEY, B. J. **Mosby - Guia de diagnósticos de enfermagem**. Editora Elsevier. 3º edição. Rio de Janeiro, 2012

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Ed. Papa-Livros, p.226, 1999.

LEOPARDI, M. T. O método como objetificação científica na assistência da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 9-18, 1995.

MAGALHÃES, H. P. de. **Técnica cirúrgica e cirurgia experimental**. São Paulo: Sarvier, p.338, 1993.

MENDES, T. N. C. UTI – Passado, Presente e Futuro, Itapecuru-mirim, UEMA, 2010 Disponível em: < <http://nursingreport.files.wordpress.com/2011/01/uti-passado-presente-e-futuro.pdf>> Acesso em: 28 de Dezembro de 2013.

NIGHTINGALE, F. **Anotações de enfermagem: o que é e o que não é.**/ Florence Nightingale: tradução Janaína Belem. São Paulo, 1 ed, Rideel , 2010.

OLIVEIRA, M. L. PAULA, T. R. FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.6, p. 127-136, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Editora Guanabara Koogan, 7º edição, Rio de Janeiro, 2009.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F.. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 321-6, 2006.

SOARES, M. I. S. et. al.. Processo de enfermagem e sua aplicação em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7. p. 4183-91, 2013.

TITLER, M. G. et al. Classification of nursing interventions for care of the integument. **Nurs Diagnosis**. v.2, n.2, p.45-56, 1991.

TRUPPEL, T. C. et al.. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.

## ANEXOS

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –  
CEP/UEPB

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER DO RELATOR: ( 9 )

Número do parecer: 0277.0.133.000-12

Pesquisador: Eloíde André Oliveira

Data da relatoria: 28/ 09/ 2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**Apresentação do Projeto:** O Projeto é intitulado “Diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Público de Campina Grande-PB”. O presente estudo será para fins de elaboração do trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

**Objetivo da Pesquisa:** O projeto tem como objetivo geral “Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e comparar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem com as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* em pacientes internados em uma Unidade de terapia Intensiva Pediátrica do município de Campina Grande-PB”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** A proposta é boa, trazendo apenas benefícios para essa clientela infantil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** É um trabalho de Iniciação Científica de cunho científico, abordando uma discussão inovadora.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** De acordo com as normas do CEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**Aprovado ( X )**

**Pendente ( )**

**Retirado ( )** – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

**Não Aprovado ( )**

**Cancelado ( )** - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

## **ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anos na Pesquisa **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB** terá como objetivo geral Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e comparar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem com as intervenções propostas pela Nursing Interventions Classification em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do município de Campina Grande – PB;

- Ao responsável legal pelo (a) paciente só caberá a autorização para que seja realizado o exame físico e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário;

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde;

- O Responsável legal do paciente participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo;

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial;

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável;

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 93424135 com Eloíde André Oliveira;
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse;
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do responsável legal pelo paciente



Assinatura Dactiloscópica

Responsável legal

**APÊNDICE****APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO PARA OS  
ENFERMEIROS**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO  
ENFERMEIRO

**Dados pessoais**

- 1.Nome: \_\_\_\_\_
2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Idade: ( ) 18-28 ( ) 29-39 ( ) 40-50 ( ) 51- 59 ( ) 60 ou mais
4. Etnia: ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
5. Estado civil: \_\_\_\_\_
6. Renda:  
( ) Menos de 1 salário mínimo  
( ) 1 salário mínimo  
( ) 2 a 4 salários mínimos  
( ) 4 a 6 salários mínimos  
( ) Mais de 6 salários mínimos
7. Reside em: ( ) Zona rural ( ) Zona urbana
8. Há quanto tempo terminou a graduação? \_\_\_\_\_
9. Você fez algum tipo de pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não
10. Se sim, qual? ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ou Pós-doutorado
- 11.Há quanto tempo trabalha em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ENTREGUE AOS ENFERMEIROS PARA  
PRESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA OS  
DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

“SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO  
DE CAMPINA GRANDE – PB”

**Enfermeiro**

**(a):** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES**

Descreva as intervenções de enfermagem necessárias para cada diagnóstico  
abaixo:

**1. Risco de Infecção**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

**2. Motilidade Gastrointestinal Disfuncional**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

**3. Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

#### **4. Risco de Integridade da Pele Prejudicada**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

#### **5. Risco de Trauma Vascular**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

#### **6. Risco de Desequilíbrio Eletrolítico**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

#### **7. Ventilação Espontânea Prejudicada**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

#### **8. Dor Aguda**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

#### **9. Constipação**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---

### **10. Integridade da Pele Prejudicada**

Intervenções de Enfermagem:

---

---

---

---