

UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Mayara Muniz Peixoto Rodrigues (1); Renata Maia de Medeiros Falcão (2); Barbara Jeane Pinto Chaves (3); Amanda Melo Fernandes (4); Jacira dos Santos Oliveira (5).

Universidade Federal da Paraíba – UFPB. mayara_muniz_@hotmail.com.

O objetivo do estudo foi identificar na literatura nacional a produção científica a cerca do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL. Os critérios de inclusão foram os artigos que abordassem a temática e disponíveis na íntegra, no período de 2005 a 2015, publicados em português e que atendessem a questão norteadora do estudo. Os critérios de exclusão foram as publicações não dispostas na forma de artigo científico, os artigos com resumos indisponíveis, estudos repetidos e aqueles desenvolvidos em unidades de terapia intensiva pediátricas ou neonatais. Para apresentação dos resultados foi utilizado tabelas, figuras e gráficos. Quanto aos resultados, foram encontradas 48.640 publicações, sendo incluídos no estudo apenas 16 artigos das referidas bases de dados. Na análise da amostra foram sintetizadas duas categorias temáticas: Implementação do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva; e a Aplicação das fases do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Nesse sentido, este estudo mostrou-se relevante para subsidiar o direcionamento de estudos a serem desenvolvidos envolvendo esta temática na Unidade de terapia Intensiva e por permitir o conhecimento do que vem sendo realizado neste âmbito nos últimos anos. Espera-se que esse estudo sirva de estímulo para que as equipes de enfermagem coloquem em prática tudo aquilo que faz da profissão uma ciência e, dessa forma, possam assistir os pacientes com um cuidado de qualidade embasado em teorias.

Palavras-chave: Enfermagem, Processos de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva.

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem é um modelo metodológico ou instrumento tecnológico do enfermeiro que favorece o cuidado, organizando as condições necessárias à realização do cuidado e documentando a prática profissional. Este modelo contribui para visibilidade e reconhecimento social e representa uma possibilidade de avaliação da prática do profissional (GARCIA, NÓBREGA, 2009).

O processo está relacionado às bases técnico-científicas e filosóficas da profissão, sendo um método utilizado para proporcionar melhoria da qualidade do cuidar realizado pelos enfermeiros, em que possibilita sistematizar suas ações e definir tarefas à toda equipe de enfermagem de forma clara e precisa. Oferece subsídios para o desenvolvimento do cuidado humanizado, com uma assistência qualificada, comprometida em seu papel social, favorecendo a elaboração de diagnósticos das necessidades individuais, planejamento e implementação da assistência, com responsabilidade e respaldo profissional (OLIVEIRA et al; BARRA; SASSO, 2012).

O início da sua história é marcado em meados de 1850, quando Florence Nightingale, na guerra da Criméia, diagnostica e trata os problemas de saúde dos soldados, e vai avançando à medida que se torna algo sistemático, composto por fases. No Brasil, o Processo de Enfermagem inicia-se por meio de Wanda de Aguiar Horta na década de 70, mesma época em que começa a ser instituído como prática assistencial e favorece o desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem relacionados às fases do processo (NÓBREGA, SILVA, 2008/2009).

Com a promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício do profissional da enfermagem e designa a elaboração, execução e a avaliação dos planos de cuidados assistenciais, como atividade privativa do enfermeiro, o planejamento da assistência de enfermagem tornou-se uma imposição legal (BRASIL, 1986).

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu a obrigatoriedade da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde no Brasil por meio da Resolução n.º 272/2002 (COFEN, 2002). Entretanto, em 2009, é aprovada a Resolução n.º 358/2009 do COFEN que revoga a resolução anterior e afirma que o Processo de Enfermagem se estrutura em cinco etapas: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Além disso, presume que o Processo de Enfermagem deve ser fundamentado em teorias que subsidiem as ações de assistência de enfermagem e que possam colaborar para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo,

família e comunidade. Ademais, assegura que a execução do Processo de Enfermagem é atividade de todos os profissionais que constituem a profissão da Enfermagem (COFEN, 2009).

De acordo com a Resolução 272/2002 do COFEN (2002) a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada, dessa forma em todos os setores de uma instituição de saúde. Entende-se, portanto, que o Processo de Enfermagem é fundamental em uma UTI, pois, além de integrar e organizar o trabalho da equipe de Enfermagem, diminuindo a fragmentação dos cuidados, garante a continuidade dos mesmos, permitindo tanto avaliar a sua eficácia ou modificá-los, de acordo com os resultados na recuperação do cliente, como também servir de fundamentação permanente para a educação, a pesquisa e o gerenciamento em Enfermagem (BARRA, DAL SASSO, MONTICELLI, 2009).

As exigências do processo de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) determinam que os enfermeiros possuam uma ampla base de conhecimentos científicos e de especializações e que integrem suas habilidades técnicas, intelectuais e de acolhimento à sua prática assistencial e administrativa diária. O Processo de Enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado por permitir ao enfermeiro sistematizar suas intervenções de forma clara e organizada, centrada nas necessidades dos clientes na UTI (SOARES, M. I. et al. 2013).

Diante da realidade do uso do Processo de Enfermagem no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva e suas contribuições para a melhoria do cuidado e valorização da Enfermagem diante da visibilidade perante a instituição, equipe multiprofissional e sociedade, percebeu-se a necessidade de maior divulgação dessa temática e do que vem sendo trabalhado sobre o Processo de Enfermagem na UTI,

Diante desta problemática, o presente estudo teve como objetivo identificar na literatura nacional a produção científica a cerca do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O procedimento foi realizado de acordo com as seguintes etapas: identificação do tema e da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento sobre a utilização do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A questão norteadora do estudo foi: “Qual a tendência a nível nacional das publicações sobre o Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva?”.

As bases de dados utilizadas foram: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Os descritores utilizados para busca dos artigos, selecionados a partir de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: “processos de enfermagem” AND “diagnósticos de enfermagem” AND “unidade de terapia intensiva” e os *Medical Subject Headings* (MeSH) foram “nursing processes” AND “nursing diagnosis” AND “intensive care unit”.

Os critérios de inclusão determinados para compor a amostra do estudo foram: artigos que abordassem a temática e que estivessem disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, no período de 2005 a 2015, publicados em português, e que atendessem a questão norteadora do estudo. Os critérios de exclusão foram: publicações não dispostas na forma de artigo científico, artigos com resumos indisponíveis, textos completos não disponíveis na íntegra de forma gratuita nas bases de dados selecionadas, estudos repetidos, e aqueles que após a leitura na íntegra não responderam ao objetivo do estudo e estudos desenvolvidos em unidades de terapia intensiva pediátricas ou neonatais.

Os dados foram organizados em um instrumento de coleta de dados com os seguintes itens: base de dados; título do artigo; autores; formação do primeiro autor; ano e local de publicação; periódico; Qualis do periódico; delineamento do estudo; região de pesquisa; objetivos; conclusão; e referência.

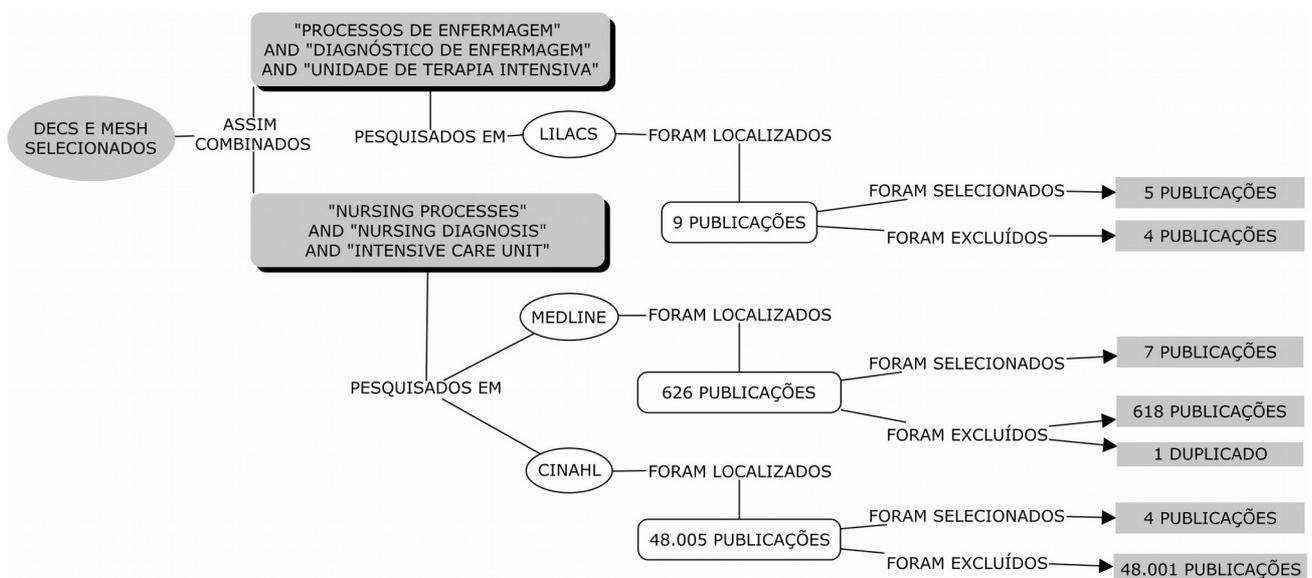


Figura 1- Mapa conceitual da seleção dos artigos por agrupamento de descritores nas bases de dados selecionadas.

Para apresentação dos resultados foram utilizadas tabelas, figuras e gráficos contendo informações que respondam à questão norteadora de pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram encontrados 48.640 artigos nas bases de dados selecionadas, sendo 9 provenientes da LILACS, 626 da MEDLINE e 48.005 da CINAHL. Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos no estudo apenas 5 artigos LILACS, 7 MEDLINE e 4 da base CINAHL e, apenas, um artigo foi encontrado em duplicidade nas referidas bases de dados.

A distribuição da amostra (n=16) por período de publicação variou de 2005 a 2015. Observou-se que em 2005 e 2006 não foram encontrados artigos que contemplassem a questão norteadora do presente estudo, porém, nos anos seguintes encontrou-se um maior número de publicações como mostra a Tabela 1, destaca-se o ano 2012 com 5 (31,2%) artigos publicados, seguido pelos anos de 2009, 2011 e 2015 com 2 (12,5%) estudos publicados cada. No que concerne a região de pesquisa foi possível observar maior número de estudos na região de Minas Gerais 5 (31,2%), seguido por São Paulo, Santa Catarina, Ceará e Bahia com 2 (12,5) publicações; e as regiões do Rio Grande do Sul, Porto Alegre e Paraná com 1 (6,25%).

ANO DE PUBLICAÇÃO	N	%
2005	0	0
2006	0	0
2007	1	6,25
2008	1	6,25
2009	2	12,5
2010	1	6,25
2011	2	12,5
2012	5	31,2
2013	1	6,25
2014	1	6,25
2015	2	12,5
Total	16	100

Tabela 1- Distribuição dos anos de publicação dos artigos selecionados de 2005 a 2015 de acordo com a frequência absoluta e relativa.

Quanto aos periódicos de publicação dos artigos: Revista da Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem e Revista Eletrônica de Enfermagem foram encontrados 4 (25%) estudos; 2 (12,5%) foram publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP; e Escola Anna Nery e a Acta Paulista de Enfermagem apresentaram apenas 1 (6,25%) artigo

publicado (Gráfico 1). Quanto ao Qualis/Capes a maioria dos artigos alcançaram o Qualis A2 com 7 (43,7%) publicações, seguidos por B1 com 5 (31,2%) artigos e A1 com 4 (25%) estudos.

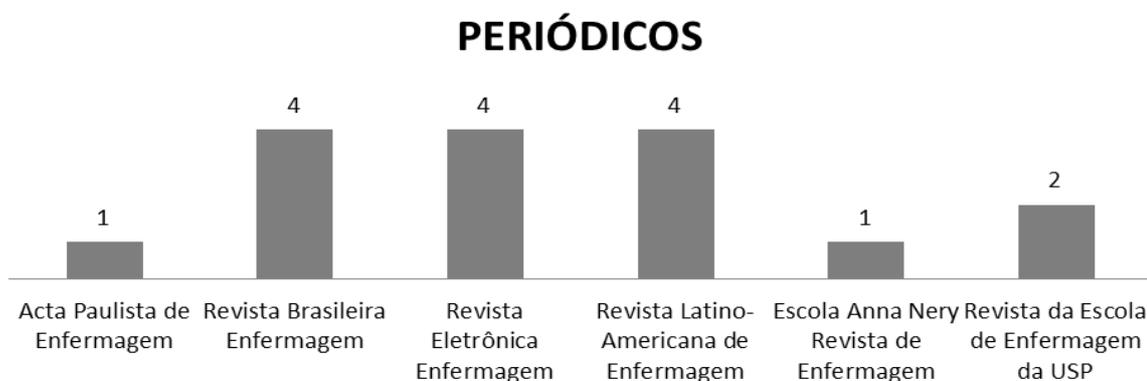


Gráfico 1- Demonstrativo do quantitativo de artigos de acordo com os periódicos em que foram publicados.

Em relação à formação dos autores, observou-se que os artigos foram desenvolvidos absolutamente por enfermeiros, 9 (56,2%) apresentavam título de doutor, 4 (25%) título de mestre, 1 (6,25%) com título de pós-doutoramento e, apenas, 1 (6,25%) não apresentou especificação da titulação do autor.

No tocante a delineamento dos estudos selecionados, houve uma preponderância em estudos do tipo descritivos 12 (75%), dos quais 1 (6,25%) tratava-se de estudo de caso. Os estudos do tipo metodológico, não-experimental, quase-experimental e convergente-assistencial apareceram uma única vez com 6,25% cada (Quadro 1).

BASE DE DADOS	TIPO DE ESTUDO	AUTORES
LILACS	DESCRITIVO	ALMEIDA, M. A. et al.
LILACS/MEDLINE	METODOLÓGICO	DAL SASSO, G. T. M. et al.
MEDLINE	DESCRITIVO	LIMA, A. P. S.; CHIANCA, T. C. M.; TANNURE, M. C.
CINAHL	DESCRITIVO	BORSATO, F. G. et al.
CINAHL	CONVERGENTE-ASSISTENCIAL	BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M.; MONTICELLI, M.
LILACS	DESCRITIVO	LUCENA, A. F. et al.
LILACS	DESCRITIVO	CARVALHO, E. C. et al.
LILACS	QUASE-EXPERIMENTAL	ASSIS, C. C.; BARROS, A. L. B. L.; GANZAROLLI, M. Z.
MEDLINE	DESCRITIVO	CHIANCA, T. C. M.; LIMA, A. P. S.; SALGADO, P. O.
MEDLINE	DESCRITIVO	SALGADO, P. O. et al.
MEDLINE	ESTUDO DE CASO	CARNEIRO, T. M.; SILVA, I. A. S.
MEDLINE	DESCRITIVO	ARAÚJO, T. M. et al.
MEDLINE	DESCRITIVO	SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M.
MEDLINE	NÃO-EXPERIMENTAL	OLIVEIRA, M. F.; FREITAS, M. C.
CINAHL	DESCRITIVO	HORTA, F. G. et al.
CINAHL	DESCRITIVO	SILVA, R. S. et al.

Quadro 1 - Demonstrativo das bases de dados de publicação dos artigos, delineamento de estudo e as respectivas referências de acordo com as categorias evidenciadas pela escala de cinza.

Ao analisar os resultados da busca integrativa, sintetizamos os dados em duas categorias temáticas: *Implementação do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*; e *a Aplicação das fases do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*.

Categoria 1: Implementação do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

De modo geral é necessário que o processo de enfermagem seja aderido pela equipe de enfermagem e sua utilização seja sistematizada, para que seu uso realmente aperfeiçoe e qualifique o cuidado de enfermagem prestado ao paciente (ALMEIDA et al., 2012). Nesse sentido, foram encontrados alguns estudos realizados a fim de avaliar o trabalho da enfermagem na execução desse processo.

O perfil do trabalho do enfermeiro em terapia intensiva é de situações diárias de emergência, o que influencia diretamente a execução e desenvolvimento do processo de enfermagem. Diante dessa realidade foi realizado um estudo em um Centro de Terapia Intensiva adulto do Hospital das Clínicas de Porto Alegre para mensurar o tempo despendido pelos enfermeiros na execução das etapas do Processo de Enfermagem, totalizando 25,58 minutos para realização do mesmo, dispensando apenas a fase do histórico de enfermagem que já vinha preenchido de outros setores (ALMEIDA et al., 2012).

Pesquisa realizada em uma UTI de adultos de Belo Horizonte, Minas Gerais, com pacientes internados nos dois primeiros leitos, durante quatro meses de 2013, permitiu a análise da eficácia do Processo de Enfermagem e mostrou que os enfermeiros têm alcançado a identificação de problemas e risco dos pacientes internados e planejado a assistência de forma sistematizada. A detecção dos diagnósticos de risco pelos enfermeiros intensivistas apresentou-se em destaque, o que aperfeiçoa a prevenção de complicações à medida que se reconhece o possível risco de um evento acontecer (LIMA, CHIANCA, TANNURE, 2015).

Ponto de destaque na amostra desta categoria foram as anotações e registros de enfermagem para operacionalização do Processo de Enfermagem ou a dificuldade de alcançar anotações de qualidade. O Processo de Enfermagem como estruturação do cuidado permite que, o enfermeiro organize e proceda ao registro sobre a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, o que funciona como fontes escritas de informações relativas às condições do paciente para melhor comunicação da equipe multiprofissional, como também resultado dos cuidados prestados de acordo com o planejamento estabelecido servindo como medida para avaliação dos mesmos (BORSATO et al., 2012).

De acordo com a Resolução 429/2012 que sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico, é de responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar as informações inerentes ao processo de cuidar necessárias para assegurar a continuidade e qualidade da assistência (COFEN, 2012).

O Processo de Enfermagem aplicado de forma informatizada evidenciou-se em pesquisas realizadas numa disciplina de pós-graduação sobre sistemas informatizados para UTI e Emergência em Santa Catarina, que tanto abordou a prática educativa sobre a temática com enfermeiros do serviço, quanto à associação de avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados do cliente na UTI. Estudos que demonstraram o sistema informatizado na aplicação do Processo de Enfermagem como um espaço permanente de informações e conhecimento que permite o diálogo a equipe multidisciplinar, o aprimoramento do raciocínio, julgamento e as tomadas de decisões clínicas (DAL SASSO et al., 2013; BARRA et al., 2009).

Categoria 2: Aplicação das fases do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

Para melhor organização e explanação dos resultados nessa categoria, expôs-se os achados nas seguintes subcategorias: *Diagnósticos de Enfermagem*; e *Intervenções e Resultados de Enfermagem*.

Subcategoria 2.1: Diagnósticos de Enfermagem

A Resolução 358/2009 do COFEN, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, o Diagnóstico de Enfermagem é o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados que resulta na escolha do conceito diagnóstico de enfermagem que representam as respostas da pessoa, família ou coletividade e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções para alcance dos resultados esperados (COFEN, 2009).

Estudos têm sido realizados na Unidade de Terapia Intensiva na intenção de conhecer quais os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes, exemplo disso foi um estudo realizado em uma UTI do estado de Minas Gerais por meio de 44 prontuários no qual obteve-se um resultado de 28 diferentes títulos diagnósticos para os pacientes, sendo os diagnósticos de Risco de infecção, Risco de constipação e Déficit no autocuidado para banho e/ou higiene os mais frequentes e presentes em todos os pacientes, seguidos por Risco de integridade da pele prejudicada presente em 43 (98%) dos indivíduos e Déficit no autocuidado para higiene íntima elencado em 41 (93%) prontuários (CHIANCA, LIMA, SALGADO, 2012).

Outro estudo com o mesmo foco foi realizado com base em 28 prontuários de mulheres internadas em uma UTI Materna, no qual os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes foram: Risco para infecção, Risco para integridade da pele prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Interação social prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Ansiedade e Maternidade alterada que foram elencados para o total da amostra (OLIVEIRA, FREITAS, 2009).

Nesse sentido, outros estudos buscam conhecer os Diagnósticos de Enfermagem traçados para pacientes com agravos ou doenças específicas, um exemplo disso foi um estudo desenvolvido em um hospital do estado do Ceará com 13 pacientes internados na UTI que apresentavam risco para desenvolvimento de úlcera por pressão e os diagnósticos mais frequentes foram: Integridade da pele prejudicada, Déficit no autocuidado para banho/higiene e Deambulação prejudicada, que estiveram presentes em todos os pacientes, seguidos por Mobilidade no leito prejudicada, Deglutição prejudicada e Troca de gases prejudicada traçados para 12 (92%) pacientes (ARAÚJO et al., 2011); outro exemplo foi um estudo desenvolvido com pacientes acometidos por Necrólise Epidérmica Tóxica internados em uma UTI do estado da Bahia, no qual os Diagnósticos de Enfermagem foram voltados para a própria condição clínica da doença e aspectos sociais (CARNEIRO, SILVA, 2012).

Subcategoria 2.2: Intervenções e Resultados de Enfermagem

Implementação é uma etapa do Processo de Enfermagem em que acontece a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Este, por sua vez, é o momento em que há determinação dos resultados que se pretende alcançar por meio das ações ou intervenções de enfermagem que serão determinadas, de acordo com as respostas da pessoa, família ou coletividade identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009). Estudos têm sido realizados com foco na implementação seja com a análise das intervenções de enfermagem mais utilizadas na Unidade de Terapia Intensiva, ou mapeamento das ações/intervenções desenvolvidas neste setor.

Destaca-se estudo realizado em um hospital universitário do Pará com 991 internações ocorridas em um período de seis meses, onde se observou a prescrição de 212 diferentes tipos de cuidados de enfermagem, distribuídas nos seguintes domínios da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC): fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental e segurança, porém as intervenções estão localizadas, principalmente, nos domínios fisiológico complexo e fisiológico básico da Classificação, o que leva a concluir que a prática de enfermagem, nessa unidade, está intimamente ligada à resolução de problemas que requerem intervenções para o suporte do funcionamento físico e homeostático do organismo (LUCENA et al., 2010).

Pesquisa realizada com 44 pacientes, por meio dos prontuários, internados em uma UTI do estado de Minas Gerais mapeou as intervenções de enfermagem planejadas para os pacientes naquele setor, observou-se 124 diferentes ações prescritas, das quais cinco (4%) foram elencadas para todos os pacientes, quais sejam: realizar hidratação cutânea com hidratante corporal após o banho, realizar higiene oral de 8/8 horas e quando necessário, monitorar continuamente níveis de saturação, padrão respiratório e frequência respiratória, manter cabeceira elevada se o estado hemodinâmico permitir e datar os equipos e trocá-los a cada 72 horas. Em relação aos domínios contemplados da NIC, a maioria pertencia ao domínio fisiológico complexo 25 (55%), seguida pelo domínio fisiológico básico 15 (33%) e o domínio segurança 5 (12%), corroborando com o achado do estudo anterior (SALGADO et al., 2012).

Nesta linha, um estudo realizado na UTI de um hospital do interior do estado de Minas Gerais com 231 prontuários analisou as intervenções prescritas pela Enfermagem na admissão e alta dos pacientes e identificou-se 6.197 ações de enfermagem prescritas que após análise e exclusão das intervenções repetidas obteve um número de 104 diferentes ações, das quais as mais frequentes foram: realizar higiene oral e ocular; realizar balanço hídrico e registrar aspecto da diurese; manter cabeceira elevada entre 30-45° e realizar banho de leito (HORTA et al., 2014).

Na medida em que se realiza o planejamento de enfermagem selecionam-se intervenções de enfermagem que possam garantir, ou que possibilitem o alcance dos resultados esperados, que por sua vez também são determinados nesta fase (COFEN, 2009).

Neste sentido, um estudo realizado na UTI de um hospital universitário do estado de São Paulo com 30 pacientes internados em um período de quatro meses buscou avaliar os resultados esperados, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), após a realização de intervenções sugeridas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem Fadiga, em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. O resultado esperado foi “Tolerância à atividade”, seu alcance foi avaliado observando os indicadores a ele relacionados durante sete dias de internação, onde foi observada boa evolução em todos indicadores, sendo atingido de forma satisfatória (ASSIS, BARROS, GANZAROLLI, 2007).

4. CONCLUSÃO

A realização da pesquisa mostrou-se satisfatória à medida que os achados permitiram o alcance do objetivo proposto. A produção científica nacional envolvendo a temática do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva no período de 2005 a 2015, utilizando os descritores Processos de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL possibilitaram a construção de duas categorias temáticas:

Implementação do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva; e a Aplicação das fases do Processo de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.

Nesse sentido, este estudo mostrou-se relevante para subsidiar o direcionamento de estudos a serem desenvolvidos envolvendo esta temática na UTI e por permitir o conhecimento do que vem sendo realizado neste âmbito nos últimos anos. Espera-se que sirva de estímulo para que as equipes de enfermagem coloquem em prática aquilo que faz da profissão uma ciência, e dessa forma, possam assistir os pacientes com um cuidado de qualidade embasado em teorias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. et al. Tempo despendido na execução do Processo de Enfermagem em um Centro de Tratamento Intensivo. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 2, p. 292-296, abr./jun. 2012.

ARAÚJO, T. M. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 671-676, jul./ago. 2011.

ASSIS, C. C.; BARROS, A. L. B. L.; GANZAROLLI, M. Z. Avaliação das intervenções e dos resultados esperados para o diagnóstico de enfermagem Fadiga, em portadores de Insuficiência Cardíaca. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 357-361, 2007.

BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0®. **Texto & Contexto Enferm [Internet]**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 54-63, jan./mar. 2010.

BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M.; MONTICELLI, M. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 11, n. 3, p. 579-589, 2009.

BORSATO, F. G. et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 14, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2012.

BRASIL. **Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: BRASIL, 1986.

CARNEIRO, T. M.; SILVA, I. A. S. Diagnósticos de enfermagem para o paciente com necrólise epidérmica tóxica: estudo de caso. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 72-76, jan./fev. 2012.

CARVALHO, E. C. et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

CHIANCA, T. C. M.; LIMA, A. P. S.; SALGADO, P. O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 5, p. 1102-1108, 2012.

COFEN. **Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Conselho Federal de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

COFEN. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorreu o cuidado profissional de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 2009.

COFEN. **Resolução n. 429, de 30 de maio de 2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 2012.

DAL SASSO, G. T. M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-249, 2013.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 816-818, mar. 2009.

HORTA, F. G. et al. Ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em um centro de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 3, p. 542-548, jul./set. 2014.

LIMA, A. P. S.; CHIANCA, T. C. M.; TANNURE, M. C. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 234-341, mar./abr. 2015.

LUCENA, A. F. et al. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 1-9, set./out. 2010.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Context Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. (Org.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2 ed. Belo Horizonte -MG: ABEn, 2008/2009. 232 p.

OLIVEIRA, M. F.; FREITAS, M. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 343-348, mai./jun. 2009.

SALGADO, P. O. et al. Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma UTI de adultos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 291-296, mar./abr. 2012.

SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2011.

SILVA, R. S. et al. Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 17, n. 2, p. 269-277, abr./jun. 2015.

SOARES, M. I. et al. Processo de enfermagem e sua aplicação em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, p. 4183-4191, mai. 2013.



CONGRESSO NACIONAL
DE **ENVELHECIMENTO**
HUMANO

