

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL
DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

TAÍS LINS SEVERO DA SILVA

RECIFE – 2021

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL
DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA

Dissertação apresentada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para conclusão do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos associado à Residência em Saúde do IMIP e obtenção do grau de mestre em cuidados intensivos.

Autora: Taís Lins Severo da Silva

Orientadora: Suzana Lins da Silva

Co-orientadora: Maria de Fátima Costa Caminha

Linha de Pesquisa: Controle dos sintomas, reabilitação e qualidade de vida em cuidados intensivos.

TAÍS LINS SEVERO DA SILVA¹

1. Enfermeira pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), concluinte do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos associado à Residência em Saúde do IMIP. E-mail: tais.lins@outlook.com. Telefone (81)99743-0796.

SUZANA LINS DA SILVA²

2. Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP (2016), Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco- UFPE (2010), Especialista em Didática Pedagógica para Educação em Enfermagem pela UFPE (2014), Residência em Saúde da Criança - IMIP (2005) e graduada em enfermagem pela UFPE (2002). E-mail: suzanalinsilva@gmail.com. Telefone: (81)99155-6712.

MARIA DE FÁTIMA COSTA CAMINHA³

3. Pós-doutorado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP (2016), Doutora em Nutrição (Saúde Pública) pela Universidade Federal de Pernambuco / Departamento de Nutrição (2009), Mestre em Saúde Materno Infantil pelo IMIP (2005) e graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Matias de Albuquerque Coelho (1993). E-mail: fatimacaminha@imip.org.br. Telefone: (81)98173-0087

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-030/2021
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

S586e Silva, Taís Lins Severo da

Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva. Orientadora: Suzana Lins da Silva. Coorientadora: Maria de Fátima Costa Caminha – Recife: Do Autor, 2021.

63 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2021.

1. Assistência de enfermagem. 2. Insuficiência cardíaca. 3. Unidade de terapia intensiva. I. Silva, Suzana Lins da: orientadora. II. Caminha, Maria de Fátima Costa: coorientadora. III. Título.

CDD 616.1

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL
DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação de Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos Associado à
Residência em Saúde do IMIP, submetido à defesa pública e aprovada pela
banca examinadora em 30 de setembro de 2021.

Dra. Suzana Lins da Silva
(Orientadora)

Dra. Carmina Silva dos Santos
(Membro da Banca Examinadora)

Dra. Maria do Carmo Menezes Bezerra Duarte
(Membro da Banca Examinadora)

Dedico esta obra à Eliete Cavalcanti Lins Severo da Silva, minha mãe, meu porto seguro, a pessoa que mais me ama e que dedicou sua vida para que eu me tornasse o que sou hoje, minha principal incentivadora.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de Mestrado, de muito esforço, empenho e estudo, gostaria de agradecer a muitas pessoas que direta ou indiretamente contribuíram e foram fundamentais para a realização de mais um sonho.

A Deus e a Nossa Senhora, por me conceder saúde, sabedoria, perseverança e fé na caminhada, guiando-me e segurando a minha mão para que eu possa ser instrumento, servindo ao meu próximo e por me abençoarem talvez além do que posso merecer.

Aos meus pais, Eliete e Walter (*in memoriam*) por todo o apoio e incentivo em minha vida. Por acreditarem em mim e não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. Vocês foram e são minha inspiração, equilíbrio e porto seguro.

Ao meu esposo, Hélio, por sempre caminhar ao meu lado, pela sua paciência, compreensão e ajuda prestada, especialmente por entender todos os dias, noites, fins-de-semana e feriados em prol da realização deste estudo.

À minha família, sinônimo de amor e união. Obrigada a todos por sempre me motivarem a subir degraus na vida pessoal e profissional. É gratificante saber que posso contar com todos vocês, em todos os momentos.

A todos os amigos e colegas que contribuíram ou auxiliaram na elaboração da presente dissertação, pela paciência, atenção e força. Para não correr o risco de esquecer algum, prefiro não mencionar nomes, aqueles a quem este agradecimento se destina sabê-lo-ão.

À professora e orientadora, Suzana Lins, que me inspirou desde a vida acadêmica e sempre foi um grande exemplo de ser humano e profissional. Com sua leveza, calma e inteligência, Deus me permitiu ter a senhora como mentora nessa jornada. Pela sua ética, cidadania, amizade e cuidado, minha eterna gratidão.

À minha coorientadora, Fátima Caminha, por toda a ajuda durante a realização deste trabalho, sua contribuição foi essencial para o resultado final do presente estudo.

Às alunas e aos coautores dos artigos construídos pela dedicação mútua e colaboração para obtermos um resultado final satisfatório.

Ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP, por ter permitido a realização do estudo e ser mais do que um local de trabalho, sendo uma segunda casa.

À Direção e Coordenação de Enfermagem, nas pessoas de Gisele Pereira, Mayla Silva e Paula Oliveira por permitirem a conciliação da jornada de trabalho com a carreira acadêmica, por todos os ensinamentos e palavras encorajadoras.

Àquelas que me acolheram e estenderam a mão logo depois da graduação, Ingrid Boormann e Daniele Dourado, sendo como irmã e mãe para a minha vida pessoal e profissional, além de serem exemplos na área da Enfermagem.

À Stephanie Steremberg que deu o maior incentivo para que eu ingressasse no Mestrado. Pessoa admirável e grande exemplo de esforço e dedicação. Aquela que realiza o seu trabalho de forma brilhante e que ajuda todos à sua volta. Agradeço do fundo do coração pelas inúmeras vezes que me apoiou.

Aos chefes mais queridos da minha vida, cada um com a sua personalidade, Cristiano Berardo e Fernando Figueira, pelos ensinamentos que transcendem os limites do trabalho. Obrigada por todo carinho e por todo conhecimento transmitido.

À amiga e sócia, Carla Gomes, pelos incontáveis gestos de carinho e palavra amiga. És uma pessoa iluminada e prova que Deus coloca anjos em nossas vidas, exemplo de força e ombro amigo.

Aos amigos, gerentes de enfermagem, nas pessoas de Meysi, Flávia, Edilene, Bruno e Edivaldo, que dividem comigo a rotina diária e que me ajudaram na coleta de dados em seus respectivos setores. Muito obrigada por toda forma de ajuda, pela companhia durante um café, pelas inúmeras conversas e risadas.

Aos enfermeiros que participaram do estudo, por toda contribuição, disposição, compartilhando vivências e contribuindo para o aprendizado e evolução da enfermagem baseada em evidências.

De forma especial, minha eterna gratidão a todos que compõem a Unidade de Terapia Intensiva COVID 2, toda a equipe multidisciplinar e principalmente aos técnicos de enfermagem e enfermeiros por me ajudarem a ser líder, a manter a organização e excelência de trabalho mesmo quando estava ausente devido às atividades acadêmicas.

A todos, o meu sincero e profundo muito obrigada!

“Hoje, neste tempo que é seu, o futuro está sendo plantado. As escolhas que você procura, os amigos que você cultiva, as leituras que você faz, os valores que você abraça, os amores que você ama, tudo será determinante para a colheita futura”.

Padre Fábio de Melo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em relação às doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) caracteriza-se como uma síndrome que afeta o organismo de forma sistêmica decorrente do inadequado funcionamento cardíaco. Associada a desfechos difíceis, a ICC demanda cuidados intensivos. Diante deste cenário, a atuação de profissionais de enfermagem executando um atendimento efetivo, com qualidade e segurança durante a hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI) torna-se indispensável, com a finalidade de minimizar os efeitos causados pela patologia. Existem instrumentos construídos e validados voltados para teoria das Necessidades Humanas Básicas relacionados à assistência de enfermagem, em baixa e média complexidade, aos portadores de ICC, porém, são escassos os planos assistenciais direcionados à terapia intensiva. **OBJETIVO:** Elaborar e validar um plano assistencial de enfermagem para paciente com insuficiência cardíaca congestiva em Unidade de Terapia Intensiva fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Wanda Horta. **MÉTODOS:** Realizou-se uma pesquisa metodológica desenvolvida no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP nas UTIs. O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: na primeira, realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Publisher Medline (PUBMED), Sci Verse Scopus (SCOPUS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Na segunda etapa, realizou-se a validação de conteúdo do plano assistencial quanto à clareza, relevância, pertinência e abrangência dos itens abordados. Foram escolhidos especialistas na área do construto de interesse, os juízes, de acordo com os critérios de Jasper. Após o aceite, mediante a carta convite, foi enviado por correio eletrônico (e-mail) um questionário para caracterização das atividades profissionais, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sinopse da Teoria de Wanda Horta e o plano assistencial com instruções anexadas no formato *Google Docs*. A terceira etapa (validação semântica de face) ocorreu após considerar as modificações e sugestões dos juízes, elaborando-se uma segunda versão do plano assistencial e conseqüentemente a validação semântica/face. Nessa etapa participaram enfermeiros intensivistas (especialistas) que opinaram acerca da compreensão e clareza do plano assistencial. Na quarta etapa, houve o retorno do plano assistencial para os juízes com a finalidade de adequar às dificuldades apontadas no instrumento quanto à clareza, compreensão e relevância, e consecutivamente a elaboração da versão consensual final. Na quinta e última etapa, a versão final do plano assistencial foi aplicada a outros enfermeiros intensivistas para a análise da consistência interna das respostas por meio da utilização de Teste Alfa de Cronbach. **RESULTADOS:** O plano assistencial foi considerado confiável mediante avaliações positivamente semelhantes. Os diagnósticos de enfermagem de acordo com o sistema de classificação CIPE para pacientes com ICC mais frequentemente encontrados nos artigos selecionados foram: dispneia, troca de gases prejudicada, edema, função cardíaca prejudicada, fadiga, débito cardíaco prejudicado, dor, risco para infecção, risco de aspiração e risco para queda. As principais intervenções de enfermagem relacionadas aos pacientes com ICC descritas nos artigos selecionados foram: realizar ausculta pulmonar e cardíaca, elevar decúbito a 45°, realizar punção arterial, verificar sinais de descompensação cardíaca, administrar oxigenoterapia, auxiliar paciente no autocuidado, realizar balanço hídrico, verificar presença de sinais flogísticos, manter grades elevadas e leitos travados, aplicar escala de avaliação de dor e administrar drogas vasoativas. Elaborou-se o instrumento com 10 diagnósticos referentes às necessidades psicobiológicas, conforme a teoria das necessidades humanas básicas e 48 intervenções relacionadas à insuficiência cardíaca

congestiva, utilizando a taxonomia da CIPE. Após a validação de conteúdo dos juízes, todos os itens apresentaram IVC > 0,80. Houve apenas uma rodada, pois nenhum item foi retirado, apenas melhorado. Na análise semântica foi sugerido acrescentar 13 intervenções de enfermagem, bem como foram alteradas redações que geraram dúvidas. Após essa avaliação houve a segunda validação de conteúdo dos juízes que sugeriram ajustes na redação de três intervenções. Ao final, houve a aplicação do teste Alfa de Cronbach com 25 enfermeiros assistenciais (especialistas) em UTI para verificação da confiabilidade dos diagnósticos e intervenções. O instrumento foi avaliado por seis *experts* na área da temática escolhida que identificaram concordância entre os itens avaliados, obtendo o valor de Alfa de Cronbach igual a 1, sendo este o valor máximo para validações. **CONCLUSÃO:** Após realização da revisão de literatura foi construído o plano assistencial de enfermagem para pacientes com ICC em UTI contendo 10 diagnósticos referentes às necessidades psicobiológicas, conforme a teoria das necessidades humanas básicas e 48 intervenções. O instrumento foi considerado válido.

Palavras-chaves: assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem; diagnósticos; enfermagem; insuficiência cardíaca e unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In relation to cardiovascular diseases, congestive heart failure (CHF) is characterized as a syndrome that affects the body in a systemic way due to cardiac functioning. Associated with difficult outcomes, CHF requires intensive care. Given this scenario, the performance of nursing professionals providing effective, quality and safe care during hospitalization in the intensive care unit (ICU) becomes indispensable, with less harm to the effects caused by the pathology. There are instruments built and validated aimed at the theory of Basic Human Needs related to nursing care, in low and medium complexity, for patients with CHF, however, there are few care plans aimed at intensive care. **OBJECTIVE:** To develop and validate a nursing care plan for patients with congestive heart failure in an Intensive Care Unit based on Wanda Horta's basic human needs model. **METHODS:** A methodological research was carried out at Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP in the ICUs. The study was carried out in five stages: in the first, an integrative review was carried out in the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Publisher Medline (PUBMED), Sci Verse Scopus (SCOPUS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane and Nursing Databases (BDENF). In the second stage, the content validation of the care plan was carried out in terms of clarity, relevance, pertinence and scope of the items addressed. Experts in the area of the construct of interest were chosen, the judges, according to Jasper's criteria. After acceptance through the invitation letter, a questionnaire was sent by e-mail (e-mail) to characterize the professional activities, Free and Informed Consent Form (FICF), a synopsis of Wanda Horta's Theory and the care plan with instructions attached in the Google Docs format. The third stage (face semantic validation) took place after considering the modifications and suggestions of judges, preparing a second version of the care plan and, consequently, semantic/face validation. In this stage, intensive care nurses (specialists) participated, who gave their opinion on the understanding and clarity of the care plan. In the fourth stage, there was the return of the care plan to the judges in order to adapt to the difficulties pointed out in the instrument regarding clarity, understanding and relevance, and then the elaboration of the final consensual version. In the fifth and final stage, the final version of the care plan was applied to another intensive care nurses to analyze the internal consistency of the responses through the use of Cronbach's Alpha Test. **RESULTS:** The care plan was considered reliable based on positively similar evaluations. The nursing diagnoses according to the ICNP classification system for patients with CHF most frequently found in the selected articles were: dyspnea, impaired gas exchange, edema, impaired cardiac function, fatigue, impaired cardiac output, pain, risk for infection, risk of aspiration and risk of falling. The main nursing interventions related to patients with CHF described in the selected articles were: performing pulmonary and cardiac auscultation, raising the decubitus to 45°, performing arterial puncture, checking for signs of cardiac decompensation, administering oxygen therapy, assisting the patient in self-care, performing fluid balance, checking presence of phlogiston signs, maintain elevated grids and locked beds, apply pain assessment scale and administer vasoactive drugs. The instrument was elaborated with 10 diagnoses referring to psychobiological needs, according to the theory of basic human needs, and 48 interventions related to congestive heart failure, using the ICNP taxonomy. After the judges' content validation, all items had CVI > 0.80. There was only one round, as no items were removed, only improved. In the semantic analysis, it was suggested to add 13 nursing interventions, and wordings that generated doubts were changed. After this evaluation, there was the second validation of content by the judges, who suggested adjustments in the wording of three interventions. At the end, the Cronbach's Alpha test

was applied with 25 clinical nurses (specialists) in the ICU to verify the reliability of diagnoses and interventions. The instrument was evaluated by six experts in the chosen subject area who identified agreement between the items evaluated obtaining a Cronbach's Alpha value equal to 1, which is the maximum value for validations. **CONCLUSION:** After conducting the literature review, a nursing care plan for patients with CHF in the ICU was constructed, containing 10 diagnoses related to psychobiological needs, according to the theory of basic human needs and 48 interventions. The instrument was considered valid.

KEYWORDS: nursing care; nursing care; diagnoses; nursing; heart failure and intensive care units.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos	30
MÉTODOS	31
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 Local do estudo	31
3.3 Período do estudo	31
3.4 População/amostra do estudo.....	31
3.5 Critérios de elegibilidade.....	31
3.5.1 Critérios de inclusão.....	31
3.5.2 Critérios de exclusão.....	31
3.6 Definição e operacionalização das variáveis.....	32
3.7 Instrumento para coleta de dados.....	32
3.8 Etapas do estudo.....	32
3.8.1 Primeira: identificação e elaboração do conteúdo do instrumento, a partir da revisão integrativa da literatura.	32
3.8.2 Segunda: validação do conteúdo do plano assistencial através de análise de juízes.	33
3.8.3 Terceira: validação Semântica/ FACE.	36
3.8.4 Quarta: retorno do plano assistencial para os juízes para validação de conteúdo (revisão pelo segundo painel de juízes).....	37
3.8.5 Quinta: verificação da confiabilidade do plano assistencial.	37

3.9 Fluxograma do processo de elaboração e validação do plano assistencial para assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.	37
3.10 Processamento e análise dos dados	38
3.11 Aspectos éticos	38
RESULTADOS.....	39
Manuscrito 1: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.	40
Manuscrito 2: Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.....	62
CONCLUSÕES.....	83
SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Carta convite aos juízes.	91
APÊNDICE B – Formulário de qualificação profissional aos juízes e especialistas assistenciais	92
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para o participante do painel de juízes.	93
APÊNDICE D- Sinopse da Teoria de Wanda Horta.....	96
APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido para o participante da Validação FACE.	97
APÊNDICE F - Carta de anuência	100
APÊNDICE G – Termo de confidencialidade	101
ANEXOS	

ANEXO 1 – Formulário para coleta de dados.	102
ANEXO 2 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem para paciente com insuficiência cardíaca em cuidados intensivos.	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C: Concordo

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CB: Compreendi Bem.

CP: Compreendi Pouco

CT: Concordo Totalmente

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

dL: Decilitro

DT: Discordo Totalmente

DE: Diagnósticos de Enfermagem

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

E: Enfermeiro

FiO₂: Fração Inspirada de Oxigênio

FR: Frequência Respiratória

g: Grama

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva

IE: Intervenções de Enfermagem

IJCS: *International Journal of Cardiovascular Sciences* (Revista Internacional de Ciências Cardiovasculares)

IMIP: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

IVC: Índice de Validade do Conteúdo

l: Litros

mEq: Miliequivalência

mg: Miligrama

ml: Mililitro

NC: Não Compreendi

NC: Não Concordo

NC/ND: Nem Concordo Nem Discordo

NHB: Necessidades Humanas Básicas

PE: Processo de Enfermagem

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

RE: Resultados

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SNE: Sonda Nasoenteral

SNG: Sonda Nasogástrica

SPSS: *Software Statistical Package for the Social Sciences* (Pacote Estatístico de Software para Ciências Sociais)

SUS: Sistema Único de Saúde

T: Técnico

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOT: Tubo Orotraqueal

TQT: Tubo Endotraqueal

UTI: Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

DISSERTAÇÃO:

Figura 1 – Fluxograma do processo de elaboração e validação do plano assistencial para assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva. 37

ARTIGO- Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.

Figura 1 – Fluxograma coleta e análise dos dados. 46

LISTA DE QUADROS

DISSERTAÇÃO:

Quadro 1- Caracterização dos juízes de acordo com os critérios de Jasper. Recife, 2019. 35

ARTIGO- Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.

Quadro 1 – Características dos estudos selecionados em bases de dados sobre os diagnósticos e intervenções aos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva. 48

ARTIGO- Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

Quadro 1 – Síntese da análise quantitativa das respostas dos juízes. Recife, 2021. 69

Quadro 2 – Sugestões para acrescentar no item intervenções de enfermagem, após validação do conteúdo do plano assistencial, através de análise de juízes. Recife, 2021. 70

Quadro 3 – Síntese da análise quantitativa das respostas dos especialistas. Recife, 2021. 72

Quadro 4 – Sugestões para acrescentar no item intervenções de enfermagem, após validação do conteúdo do plano assistencial através de análise de especialistas. Recife, 2021. 73

Quadro 5 – Sugestões para acrescentar no item intervenções de enfermagem, após validação do conteúdo do plano assistencial através da segunda análise de juízes. Recife, 2021. 75

LISTA DE TABELAS

ARTIGO- Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.

Tabela 1 – Principais diagnósticos de enfermagem para pacientes com ICC de acordo com a revisão integrativa de literatura. Recife, 2020. 52

Tabela 2 – Principais intervenções de enfermagem para pacientes com ICC de acordo com a revisão integrativa de literatura. Recife, 2020. 52

ARTIGO- Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

Tabela 1 – descritivo do Alfa de Cronbach por diagnóstico e intervenções. Recife, 2021. 75

I. INTRODUÇÃO

A população idosa no Brasil apresenta aumento considerável devido à diminuição dos níveis de natalidade e mortalidade⁽¹⁾. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2017 a população brasileira apresentava 12% de pessoas idosas e as estimativas apontam que em 2050 esse valor poderá ser em torno de 29%. Com esse panorama da população brasileira, compreende-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), são os principais causadores de morbidade e mortalidade entre os adultos e idosos⁽²⁾.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tratam-se de um tema relevante para a saúde pública, pois são as principais causas de mortalidade e incapacidade, com consequências na diminuição do desenvolvimento social e econômico do país⁽³⁾. Fazem parte desse conjunto o câncer, diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas⁽⁴⁾.

Em relação às doenças cardiovasculares, a ICC caracteriza-se como uma síndrome que afeta o organismo de forma sistêmica decorrente do inadequado funcionamento cardíaco, resultando em um suprimento sanguíneo ineficaz para atender as demandas metabólicas e conseqüentemente, comprometendo a atividade dos órgãos alvos⁽⁵⁾.

A ICC ocorre devido a qualquer dano relacionado ao enchimento ventricular e ao débito cardíaco, manifestando sintomas como dispneia, fadiga, comprometimento da funcionalidade corporal e retenção de líquidos, causando congestão pulmonar e edema⁽⁶⁾. A gravidade e progressão da doença são medidas através da fração de ejeção do ventrículo esquerdo, sinais e sintomas relatados, repetidas internações hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e morte⁽⁷⁾.

Dados do DATASUS referentes ao ano de 2019 demonstraram que houve mais de 22.500 óbitos por ICC no Brasil, com Pernambuco responsável por mais de 800 desses⁽⁸⁾. A elevada taxa de morbidade e mortalidade, como também o prolongado período de internamento hospitalar, variando entre três meses a aproximadamente um ano, torna a ICC uma doença de alto custo para o sistema de saúde pública⁽⁹⁾.

A despeito de sua epidemiologia, a doença acomete principalmente adultos e idosos, entre a faixa etária de 55 a 65 anos, e sua prevalência cresce de acordo com o

aumento da idade⁽⁸⁾. Os indivíduos acima de 85 anos podem apresentar uma taxa de prevalência em torno de 17%. A sobrevida após cinco anos de diagnóstico pode ser de apenas 35%, tornando-a uma síndrome grave⁽¹⁾.

Os principais fatores de risco da ICC são classificados em modificáveis e não modificáveis. Os primeiros são suscetíveis a modificações relacionadas aos hábitos de vida, dentre eles diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), infarto agudo do miocárdio (IAM), sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas, tabagismo, alimentação inadequada, sobrepeso, obesidade, estresse, ansiedade e depressão. Em contrapartida, os segundos estão relacionados ao indivíduo e não são passíveis de mudanças, sendo esses, idade, sexo, etnia e histórico familiar⁽⁷⁾.

Devido às características supracitadas e a elevada taxa de diagnóstico de ICC, o crescente número de casos relaciona-se com as variadas modalidades terapêuticas existentes para os fatores de risco, principalmente, HAS e IAM, contribuindo para uma maior sobrevida, reinternações hospitalares e um déficit na qualidade de vida dos pacientes⁽⁸⁾.

Associada a desfechos difíceis, a ICC demanda cuidados intensivos em UTIs, pois os pacientes acometidos pela doença representam aproximadamente um terço do número das internações em unidades de cuidados intensivos e a maior parte dos óbitos nesse setor^(10,11). O manejo aos pacientes cardíacos é considerado um desafio para equipe multidisciplinar em decorrência da complexidade do cuidado e escassez de pesquisas nessa temática⁽¹²⁾.

Diante deste cenário, a atuação de profissionais executando um atendimento efetivo, com qualidade e segurança durante a hospitalização em UTI, torna-se indispensável, com a finalidade de minimizar os efeitos causados pela doença⁽¹³⁾. Dessa forma, o enfermeiro pode atuar de maneira significativa e baseada na identificação das respostas humanas e no estabelecimento de estratégias que proporcionem a promoção e recuperação da saúde individual⁽¹⁴⁾.

Através da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro utiliza o raciocínio clínico e o julgamento crítico para a identificação e levantamento de problemas, de forma que o ajuda na escolha da decisão do cuidado de acordo com as necessidades bio-psico-social-espirituais⁽¹⁵⁾. A SAE caracteriza-se como

uma metodologia que norteia o trabalho da equipe de enfermagem e é construída de forma individualizada para cada perfil de paciente dependendo da condição de saúde em que cada um se encontra⁽¹⁶⁾.

A SAE é pautada na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009 e tem como objetivo principal o Processo de Enfermagem (PE) composto por cinco etapas: 1º coleta de dados ou histórico, 2º diagnósticos de enfermagem, 3º planejamento, 4º implementação e 5º avaliação de enfermagem⁽¹⁷⁾. O estabelecimento e cumprimento da SAE contribuem para a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde, de forma organizada e humanizada, e acima de tudo com uma visão holística dos cuidados a serem fornecidos⁽¹⁸⁾.

É importante ressaltar que o PE originou-se a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), publicada por Wanda de Aguiar Horta, que engloba as necessidades psicobiológicas, sociais e espirituais⁽¹⁶⁾. A teoria tem como seguimentos principais a homeostase, a adaptação e a visão holística do ser humano e para isso possui cinco linhas de ajuda, sendo elas: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar ao outro⁽¹⁹⁾.

Neste contexto, a equipe de enfermagem torna-se protagonista na elaboração e desenvolvimento de um planejamento de cuidados para promover o equilíbrio das necessidades humanas básicas⁽²⁰⁾.

Os estudos mostram que, quando aplicados em conjunto, a SAE e o PE, ajudam na redução do tempo de internação e no quantitativo de reinternações, além de auxiliar na melhora da assistência prestada, na segurança do paciente e nos custos hospitalares, como também na diminuição dos riscos durante o cuidado, evitando eventos adversos ao paciente^(12,21).

Para a construção do plano de cuidados é necessário conjuntos preestabelecidos de diagnósticos de enfermagem (DE), resultados de enfermagem (RE) e intervenções de enfermagem (IE). A taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) auxilia na linguagem científica e unificada desses elementos⁽²²⁾. Composta por um modelo de 7-Eixos, os quais se denominam ação, tempo, localização, cliente, foco, julgamento e meios; promovem suporte para a tomada de decisão do enfermeiro⁽²³⁾.

O diagnóstico de enfermagem (DE) torna-se importante para que haja a elaboração e execução dos cuidados a serem prestados pelo enfermeiro e sua equipe. O DE exige do profissional um pensamento crítico sobre o processo saúde-doença e a capacidade de planejar e priorizar suas ações. O direcionamento da enfermagem estimula a avaliação da assistência prestada e a participação do paciente e familiar durante os cuidados⁽⁵⁾.

As intervenções de enfermagem (IE) são elaboradas a partir da definição dos DE e constituem-se como sendo o cuidado, direto e indireto, exercido pela equipe de enfermagem, de acordo com as necessidades dos pacientes, sendo resultado de uma avaliação crítica do quadro clínico. Os DE e IE juntos garantem a aplicabilidade da SAE⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, o atendimento ao paciente com ICC é complexo em função das características peculiares do adoecimento, requerendo do enfermeiro responsabilidades que lhe são privativas, como por exemplo, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem⁽¹⁵⁾. Sendo assim, a equipe de enfermagem deve promover de forma contínua e a partir de inúmeras discussões um desfecho favorável para o binômio saúde - enfermidade e para que isso ocorra é necessário a elaboração e desenvolvimento de um plano assistencial promovendo o equilíbrio das necessidades humanas básicas⁽²⁵⁾.

Existem instrumentos construídos e validados voltados para teoria das NHB para assistência de enfermagem em baixa e média complexidade aos portadores de ICC^(1,8). Porém, são escassos os planos assistenciais direcionados a terapia intensiva.

Diante desse cenário, acredita-se que a elaboração do plano de cuidados com base no referencial teórico das NHB permitirá a assistência do paciente portador de ICC em UTI como um todo, indivisível no seu universo bio-psico-social-espiritual.

Cabe ressaltar que a elaboração e validação de um instrumento para a assistência em saúde é um processo importante para implantar, de forma previsível e conclusiva, um plano assistencial, a partir de testes que demonstrem a relevância do produto construído⁽²⁶⁾.

O presente estudo mostra-se relevante para a elaboração e validação de um plano assistencial que auxilie na Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente portador de ICC no âmbito de terapia intensiva, a fim de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida desses pacientes diagnosticados com uma doença terminal. Desse modo, objetiva-se elaborar e validar um plano assistencial de enfermagem para paciente

com insuficiência cardíaca congestiva em Unidade de Terapia Intensiva fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, num hospital de referência do Recife-PE.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Elaborar e validar um plano assistencial de enfermagem para paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva fundamentado no modelo da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta.

2.2 Objetivos específicos:

- Elaborar a versão inicial do plano assistencial baseado na revisão de literatura científica relacionada aos pacientes com ICC;
- Realizar a validação do conteúdo do plano assistencial pelos juízes;
- Realizar a validação semântica/FACE do plano assistencial pelos especialistas;
- Verificar a confiabilidade do plano assistencial, por meio da análise da consistência interna das respostas, utilizando o teste Alfa de Cronbach.

III. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa metodológica de elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP. O IMIP é um hospital de ensino e pesquisa, privado e sem fins lucrativos. Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) provenientes, principalmente, da região metropolitana do Recife e do interior do estado de Pernambuco. Existem 8 (oito) Unidades de Terapia Intensiva, com 72 leitos no total; em média/mês de 42 pacientes com ICC e 50 enfermeiros. O IMIP possui um programa de Pós-Graduação *Lato Sensu e Strito sensu* que é avaliado com conceito 5 pela Capes.

3.3 Período do estudo

O período de estudo foi de março de 2019 a abril de 2021.

3.4 População/Amostra do estudo

A fase de validação de conteúdo foi composta por um painel de juízes com seis membros. Participaram deste painel: 1 especialistas no processo de enfermagem; 5, em assistência em UTI e no tema abordado no instrumento (ICC). Após a validação de conteúdo, ocorreu a validação semântica. Nessa validação, participaram 25 enfermeiros especialistas em terapia intensiva. E para a verificação de confiabilidade do instrumento, participaram outros 25 enfermeiros especialistas em terapia intensiva.

3.5 Critérios de elegibilidade

3.5.1 Critérios de Inclusão

Juízes: *experts* na área de Sistematização da Assistência de Enfermagem e no manejo da insuficiência cardíaca congestiva e unidade de terapia intensiva e que preencheram dois dos cinco critérios de Jasper.

Especialistas: enfermeiros assistenciais das UTIs no período do estudo.

3.5.2 Critérios de Exclusão

Juízes: aqueles que não preenchiam dois dos cinco critérios de Jasper.

Especialistas: enfermeiros assistenciais que estavam de férias ou licença médica.

3.6 Definição e operacionalização das variáveis

Idade: variável numérica contínua, determinada pelo número de anos completos do nascimento até o momento da entrevista, conforme informação do entrevistado. A variável foi categorizada em anos.

Sexo: variável nominal dicotômica categorizada para a análise em: 1. Feminino 2. Masculino.

Tempo de formação em enfermagem: variável numérica contínua determinada pelo número de anos completos desde a formação até o momento da entrevista.

Tempo de atuação como enfermeiro assistencial em UTI: variável numérica contínua determinada pelo número de anos completos na assistência em UTI.

3.7 Instrumento para coleta de dados

O instrumento para coleta de dados foi elaborado pelas pesquisadoras contendo duas partes, a primeira com informações sobre as características sociodemográficas, acadêmicas e profissionais dos participantes e a segunda com dados para avaliação do plano assistencial que foi elaborado a partir da revisão integrativa da literatura contendo 10 diagnósticos referentes às necessidades psicobiológicas, conforme a teoria das necessidades humanas básicas e 48 intervenções relacionadas à insuficiência cardíaca congestiva.

3.8 Etapas do estudo

3.8.1 Primeira: identificação e elaboração do conteúdo do instrumento, a partir da revisão integrativa da literatura⁽²⁸⁾.

A revisão integrativa de literatura permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para a análise da temática estudada⁽²⁹⁾.

A fim de desenvolver a revisão integrativa foram seguidos os seguintes passos: elaboração da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, organização das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, apresentação e discussão dos resultados⁽³⁰⁾.

Ainda nesta primeira etapa foi formulada a seguinte questão norteadora foi considerada: “*Quais os diagnósticos e intervenções esperados na assistência de enfermagem aos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva?*”

A coleta de dados foi realizada nas bases MEDLINE/PUBMED, SCOPUS, LILACS, CUIDEN, CINAHL, BDNF e nas bibliotecas COCHRANE e SciELO. Foram utilizados os descritores em saúde (DECs): assistência de enfermagem diagnóstico, enfermagem, insuficiência cardíaca e unidades de terapia intensiva; e suas respectivas traduções devidamente padronizadas no MESH: nursing care, diagnosis, nurses, heart failure e intensive care units. O operador booleano “and” foi aplicado para a associação dos descritores nas bases de dados.

Foram incluídos artigos redigidos em português, inglês e espanhol, com textos completos, disponíveis *on-line* e publicados nos últimos 10 anos. Os estudos localizados em mais de uma base de dados foram referidos uma única vez considerando a primeira base em que foi encontrado. Editoriais e artigos de reflexão foram excluídos.

Os resultados da revisão integrativa de literatura foram utilizados para a elaboração do plano assistencial de acordo com os principais diagnósticos e intervenções relacionadas à ICC, composto por 10 diagnósticos e 48 intervenções de enfermagem para, posteriormente, ser apresentado aos juízes.

Esse plano assistencial foi fundamentado na Teoria de Wanda Horta que quando aplicada, juntamente com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, auxilia na orientação, por parte da equipe de enfermagem, almejando-se promover um melhor cuidado e reabilitação do paciente, fazendo com que o mesmo torne-se cada vez mais independente e responsável pelo seu autocuidado^(19,31).

3.4.2 Segunda: validação do conteúdo do plano assistencial através de análise de juízes.

A validação do conteúdo se refere a um domínio específico do conteúdo elaborado, ou seja, do que se pretende medir/avaliar. Esse tipo de validação visou avaliar

a representatividade do plano assistencial elaborado e a abrangência do conceito relacionado ao tema abordado⁽³²⁾.

O processo de validação de conteúdo foi realizado a partir da apreciação do plano assistencial por *experts* na área do construto de interesse, os juízes. A tarefa consistiu em avaliar o plano assistencial quanto à clareza, relevância, pertinência e abrangência dos itens abordados.

Nesta etapa de validação de conteúdo participaram: um especialista em sistematização da assistência de enfermagem e cinco especialistas nos temas abordados no plano assistencial (insuficiência cardíaca congestiva e unidade de terapia intensiva).

Tais critérios foram pontuados via escala de *Likert*, a qual é utilizada para medir opiniões, crenças ou atitudes dos respondentes de um instrumento, por meio de uma sequência de afirmações, que permite diferentes graus de concordância. A pontuação para cada critério avaliado foi da seguinte forma: 5 - concordo totalmente, 4 – concordo, 3 – nem concordo nem discordo, 2 – não concordo e 1 - discordo totalmente. Após a avaliação do plano assistencial pelos juízes, os dados foram analisados pelo Índice de Validade do Conteúdo (IVC), o qual mede a proporção ou porcentagem de concordância entre juízes sobre determinados itens de um instrumento.

Para o cálculo do IVC, foram adotadas as pontuações mais elevadas, ou seja, respostas (quatro) concordo e (cinco) concordo totalmente para cada item, divididas pelo número total de especialistas, sendo excluídos os valores de um a três. A taxa de concordância aceitável para essa proporção foi igual a 80% ou superior, efetuando-se as modificações dos itens que não atingiram essa taxa, de acordo com as sugestões dos juízes. Considerando as modificações e sugestões dos juízes, foi elaborada a segunda versão do plano assistencial para seguir na etapa de validação semântica/FACE⁽³³⁾.

Seleção dos Juízes

Em relação ao número de juízes para executar a análise de conteúdo, não há um consenso na literatura, podendo variar de cinco a dez pessoas, sendo cinco considerados adequados para avaliação de concordância⁽³⁴⁾.

Os juízes foram selecionados por conveniência, de acordo com a avaliação do Currículo Lattes, a partir de sua prática e experiência com a sistematização da assistência em enfermagem em instituições do Nordeste, os quais preencheram os critérios: experiência na temática de Sistematização da Assistência de Enfermagem e expertise no

manejo da insuficiência cardíaca congestiva e unidade de terapia intensiva e que preencheram dois dos cinco critérios de Jasper (QUADRO 1).

Quadro 1- Caracterização dos juízes de acordo com os critérios de Jasper⁽³⁵⁾. Recife, 2019.

Critérios/características	n
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência	
<ul style="list-style-type: none"> -Ter experiência profissional/em unidade de terapia intensiva de no mínimo 5 anos. -Ter experiência docente na área de terapia intensiva. -Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde aos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva internados em UTI. 	
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	
<ul style="list-style-type: none"> -Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse.* -Ter orientado trabalho (s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa à área de interesse.* -Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse.* -Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse.* -Participação de mesas redondas de eventos científicos na área de interesse.* 	
Possuir habilidade especial em determinado tipo de assunto.	
<ul style="list-style-type: none"> -Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse. -Ser autor de artigo(s) científico(s) com temática relativa à área de interesse. -Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>. 	
(Mestrado ou Doutorado) com temática relativa à área de interesse.*	

Possuir especialização em Unidade de Terapia Intensiva	
- Ser profissional titulado como especialista em unidade de terapia intensiva por órgãos competentes no Brasil (MEC) ou no exterior.	
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	
- Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse.* - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is)-internacional(is) cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse.*	

*Área de interesse: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Unidade de Terapia Intensiva e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Para o contato inicial com os juízes, uma carta convite (APÊNDICE A) foi encaminhada por *e-mail* para participação na pesquisa, com a descrição dos objetivos e orientações para avaliação do plano assistencial. Após o aceite foi enviado um questionário para caracterização de suas atividades profissionais (APÊNDICE B), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), sinopse da Teoria de Wanda Horta (APÊNDICE D) e instruções anexadas ao plano assistencial para os juízes referentes ao instrumento de validação.

3.4.3 Terceira: validação Semântica/FACE.

A validação Semântica/FACE consistiu em identificar problemas referentes ao entendimento e relevância do plano assistencial proposto por parte da população a qual se destina. Para este fim, o plano assistencial foi apresentado a um número de participantes e o objetivo foi que houvesse a compreensão do instrumento para a sua aplicabilidade⁽³⁶⁾.

O plano assistencial validado por juízes foi apresentado a enfermeiros especialistas que trabalhavam nas UTIs, a fim de opinarem acerca da compreensão e clareza do plano assistencial. Neste encontro foram anotadas e editadas as sugestões para o texto.

Inicialmente, houve um contato telefônico com os profissionais e em seguida foi agendada a entrevista nas UTIs. Utilizou-se para a coleta de dados um formulário com

duas partes: a primeira com dados sociodemográficos (APÊNDICE B) e o segundo com dados para a validação semântica/FACE. Nesta segunda parte houve a apresentação dos itens a serem avaliados na primeira coluna e ao lado desta, outra com o nível de compreensão de cada item do plano assistencial, sendo categorizado numericamente em 1- não compreendi, 2-compreendi pouco e 3-compreendi bem.

O formulário conteve também um espaço em branco que permitiu o registro de dúvidas e sugestões acerca de cada item a fim de minimizar as dificuldades quanto à clareza e compreensão do plano assistencial.

Foi explicado aos profissionais o objetivo da pesquisa bem como o TCLE (APÊNDICE E) para participação. A mestranda, de posse do plano assistencial para validação, realizou a leitura dos itens. O item só pôde ser esclarecido duas vezes, evitando induzir as respostas.

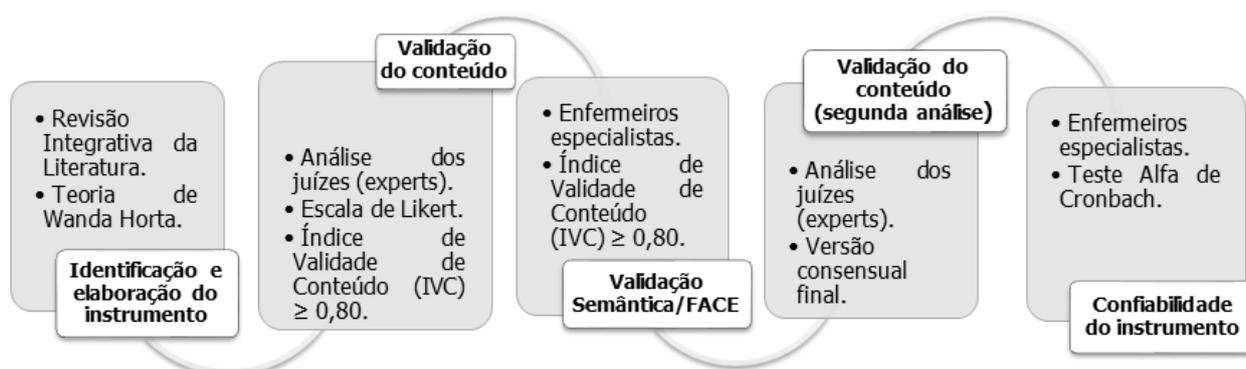
O nível de compreensão da escala foi avaliado através do IVC sendo considerado adequado valor $\geq 0,80(33,37)$. Os itens que suscitaram dúvidas/sugestões foram reformulados para torná-los mais compreensíveis e claros possíveis.

3.4.4 Quarta: retorno do plano assistencial para os juízes para validação de conteúdo (revisão pelo segundo painel de juízes).

Após a validação semântica/FACE, o plano assistencial foi reapresentado aos juízes. Esta etapa consistiu nas adequações referentes às dificuldades apontadas no instrumento quanto à clareza, compreensão e relevância, com o objetivo de elaborar a versão consensual final.

3.4.5 Quinta: verificação da confiabilidade do plano assistencial.

A confiabilidade de um instrumento refere-se a sua constância nos resultados, ou seja, é a confiança que é demonstrada através da sua aplicabilidade e avaliação⁽³⁸⁾. O plano assistencial foi aplicado a enfermeiros especialistas após a assinatura do TCLE (APÊNDICE F) para a análise da consistência interna das respostas por meio da utilização de Teste Alfa de Cronbach. O Teste Alfa de Cronbach trata-se de correlacionar as perguntas e respostas do instrumento. O objetivo é que seja semelhante entre si, e com isso, um item explique o outro⁽³⁹⁾.



3.5 Fluxograma do processo de elaboração e validação do plano assistencial para assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

3.9 Processamento e análise dos dados:

A partir das informações do instrumento foi construído o banco de dados, em dupla entrada, no programa estatístico de domínio público Excel 10. Para a verificação da consistência dos dados foi utilizado o Data Compare, módulo do Epi Info.

Para a avaliação das características de base dos participantes foi verificada a distribuição de frequência das variáveis categóricas (percentual).

Para o cálculo do IVC, foram adotadas as pontuações mais elevadas, ou seja, respostas (quatro) concordo e (cinco) concordo totalmente para cada item, divididas pelo número total de especialistas, sendo excluídos os valores de um a três. A taxa de concordância aceitável para essa proporção foi de 80% ou superior, efetuando-se as modificações dos itens que não atingirem essa taxa, de acordo com as sugestões dos juízes⁽³³⁾.

Para a avaliação da confiabilidade/estabilidade do plano assistencial foi realizado o teste de alfa de Cronbach, considerando como válido valor entre 0,70 a 0,90⁽³⁸⁾. Através da aplicação do Teste Alfa de Cronbach pretendeu-se avaliar a consistência interna do plano assistencial, refletindo o grau de covariância dos itens dispostos.

3.10 Aspectos éticos

Esta pesquisa atendeu aos princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto para ser executado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CAAE: 30417620.4.0000.5201). Todos os participantes foram devidamente esclarecidos dos objetivos do estudo, sendo incluídos mediante concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação de mestrado foram utilizados na produção de dois manuscritos.

Manuscrito 1: será submetido ao *International Journal of Cardiology (print)*, fator de impacto 2.229, com o título “Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa”.

Manuscrito 2: será submetido ao *International Journal of Cardiology (print)*, fator de impacto 2.229, com o título “Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva”.

Título: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.

Título abreviado: Diagnósticos e intervenções de enfermagem para ICC.

Autores: Taís Lins Severo da Silva, Aniely Tavares da Silva, Elisama da Paz Oliveira Lima, Camila Carvalho dos Santos, Maria de Fátima Costa Caminha e Suzana Lins da Silva.

RESUMO

Identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas aos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva a partir da revisão integrativa da literatura. Trata-se de revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados: LILACS, PUBMED, SCOPUS, SciELO, BDENF. Utilizaram-se os descritores: *nursing care; diagnosis; nursing; heart failure; intensive care units*, resultando em 15 artigos. A literatura apontou 09 diagnósticos e 11 intervenções. Os diagnósticos mais frequentemente encontrados foram dispneia, troca de gases prejudicada e edema. Ausculta pulmonar e cardíaca e elevação do decúbito a 45° foram às intervenções mais frequentes. Conclusões: o reconhecimento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem pode contribuir para um aprimoramento na assistência de enfermagem ao paciente portador de insuficiência cardíaca internado em unidade de terapia intensiva.

Palavras-chaves: assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem; diagnósticos; enfermagem; insuficiência cardíaca; unidades de terapia intensiva.

Keywords: nursing assistance; nursing care; diagnostics; nursing; cardiac insufficiency; intensive care units.

Título: Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

Título abreviado: Elaboração e validação de um plano assistencial de enfermagem para ICC.

Autores: Taís Lins Severo da Silva, Aniely Tavares da Silva, Elisama da Paz Oliveira Lima, Camila Carvalho dos Santos, Maria de Fátima Costa Caminha e Suzana Lins da Silva.

RESUMO

Objetivo: Elaborar e validar um plano assistencial de enfermagem para paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva, fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Wanda Horta. **Método:** O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: revisão integrativa, validação do conteúdo, validação semântica/face, retorno do plano assistencial para os especialistas e elaboração da versão consensual final e por fim, aplicação do Teste Alfa de Cronbach. **Resultados:** a versão final do instrumento apresentou 10 diagnósticos e 48 intervenções de enfermagem. **Conclusões:** o índice de validade do construto foi alcançado ($IVC \geq 0.80\%$), assim como o Teste Alfa de Cronbach (igual a 1).

Palavras-chaves: enfermagem; estudos de validação; insuficiência cardíaca; intervenções; unidades de terapia intensiva.

Keywords: nursing; validation studies; cardiac insufficiency; interventions; intensive care units.

V. CONCLUSÕES

Em conclusão, os resultados do presente estudo demonstram que:

- Os principais diagnósticos de enfermagem para pacientes com ICC em UTI descritos na literatura foram: dispneia, troca de gases prejudicada, edema, função cardíaca prejudicada, fadiga, débito cardíaco prejudicado, dor, risco para infecção, risco de aspiração e risco para queda.
- As principais intervenções de enfermagem para pacientes com ICC em UTI descritos na literatura foram: realizar ausculta pulmonar e cardíaca, elevar decúbito a 45°, realizar punção arterial, verificar sinais de descompensação cardíaca, administrar oxigenoterapia, auxiliar paciente no autocuidado, realizar balanço hídrico, verificar presença de sinais flogísticos, aplicar escala de avaliação de dor e administrar drogas vasoativas.
- Após realização da revisão de literatura foi construído o plano assistencial de enfermagem para pacientes com ICC em UTI contendo 10 diagnósticos referentes às necessidades psicobiológicas, conforme a teoria das necessidades humanas básicas e 48 intervenções. O instrumento foi considerado válido.

VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1 Recomendações para a prática clínica

No âmbito assistencial da enfermagem ressalta-se a importância da utilização do plano assistencial de enfermagem para pacientes com ICC internados em UTI, com o objetivo de diagnosticar e realizar intervenções que foquem no desempenho biopsicossocial, promovendo a qualidade de vida.

Os principais diagnósticos e intervenções descritos neste estudo contribuem para a eficácia do plano terapêutico, pois favorece a visão holística do cuidado proposto ao paciente portador de ICC, otimizando a reabilitação clínica.

6.2 Recomendações para a pesquisa

O presente estudo trouxe resultados relevantes sobre a temática abordada. Considerando o crescente número de internamentos em UTI causados pela ICC e o elevado comprometimento dos pacientes, a elaboração do plano assistencial de enfermagem contendo principais diagnósticos e intervenções com a finalidade de garantir um cuidado seguro e eficaz, mostra-se relevante para a prática clínica e pode incentivar a elaboração de novas pesquisas relacionadas ao tema, a fim de contribuir para uma enfermagem baseada em evidências.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018; 111(3):436-539
2. Romero DE, Pires DC, Marques A, Muzy J. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. *Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde.* 2019;13(1):134–57.
3. Freitas CV, Pimentel GFM, Rodrigues RHL, Silva ÉQ. Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. *Amazôn., Rev. Antropol. (Online)* 10 (2): 506 - 516, 2018.
4. Cavalcante J de S, Schnarwiler ; Natasha Oliveira, Castro ; Wenden Maciel de, ;, Morais HCC. Doenças Crônicas Não Transmissíveis E Fatores Associados Aos Sintomas Das Doenças Cardiovasculares. *J Chem Inf Model.* 2013;53(9):1689–99.
5. Original A. Síndrome Metabólica em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. 2015;28(3):206–14.
6. Chávez Alfonso CO, Centurión OA. Epidemiological concepts, diagnostic and pharmacological management of chronic congestive heart failure. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna.* 2019;6(1):75–85.
7. Araiza-Garaygordobil D, Fuentes-Mendoza A, Guerrero-Pando C, Cabello-López A, Martínez-Amezcuca P, Gopar-Nieto R, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: The dark side of an old disease. *Arch Cardiol Mex [Internet].* 2019;89(4):360–8. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v89n4/1665-1731-acm-89-04-360.pdf>
8. Brazilian Health Ministry, Foundation OC, Pan American Organization of Health. FUNDAÇÃO {OSWALDO} {CRUZ} A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Vol. 2. 2009. 1–148 p.
9. Mota FG de A, Menezes BC, Bezerra B de S, Queiroz DT, Carneiro DTO, Barros FO, et al. Diagnósticos de Enfermagem no paciente com insuficiência cardíaca: Estudo de caso / Nursing diagnoses in patients with heart failure: A case study. *Brazilian J Heal Rev.* 2020;3(5):13028–40.
10. Souza K, Pereira B, Mara L, Aguiar M. Artigo Original Perfil clínico de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Geral por doenças cardiovasculares Clinical profile of patients admitted to the General Intensive Care Unit for cardiovascular diseases Resumo Introdução As doenças car.
11. Gaúcha R, Julia M, Oliveira G, Maria S, Bezerra S. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. 2017;38(2):1–8.
12. Mesquita CT, Jorge AJL, Rabelo LM, Souza Junior CV. Entendendo a Hospitalização em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. *Int j Cardiovasc sci.* 2017;30(1):81–90.

13. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, Volume 02, Número 2, Dez. 2016. 2016;02.
14. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(1):192–200.
15. Nascimento LKA da S, Medeiros ATN de, Saldanha E de A, Tourinho FSV, Santos VEP, Lira ALB de C. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):177–85.
16. Coelho AV, Molina RM, Labegalini MP de C, Ichisato SMT, Pupulim JSL. Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Gauch Enferm*. 2017;38(3):e68133.
17. Enfermagem C federal de. Resolução COFEN nº 358/2009. *Cons Fed Enferm*. 2009;2007–9.
18. Service EC. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) The Implementation of Nursing Care Systematization in the Mobile. 2019;11(2015):417–24.
19. Maria N, Fontes L. Reflexões da teoria de wanda horta no cuidado a pacientes ostomizados. 2017;71–82.
20. Ciencias U De, Sancti M, De D, Elizabeth D, Elizabeth D. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac méd espirit*. 2017;19(3):89–100.
21. Paim AE.; Do Nascimento, ERP.; Bertoncetto, KCG.; Sifroni, KG.; Salum, NC.; Do Nascimento KC. Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):476–84.
22. Maris C, Carvalho G, Regina M, Ii C, Miriam M, Federal U, et al. Método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE ® : limites e potencialidades. 2017;70(2):449–54.
23. Resende FZ, Almeida MV de S, Leite FMC, Brandão MAG, Cubas MR, Araújo JL, et al. Subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) para assistência à amamentação: estudo de validação de conteúdo. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(1):35–45.
24. Paula R De, Faria R, Alves C, Jesus C De, Elaine P, Lúcia D, et al. Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem no Brasil : uma revisão integrativa Introdução Os conceitos e postulados de Dorothea Orem são de grande relevância para a. 2018;1–19.
25. Disarz V. Processo de Enfermagem como ferramenta de cuidado. II Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem. 1 Mostra Internacional de Cuidado de Enfermagem no Ciclo de Vida. 2017. 1–685 p.
26. Original A. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. 2020;73(Suppl 6):1–7.

27. Crestani AH, de Moraes AB, de Souza APR. Content validation: Clarity/relevance, reliability and internal consistency of enunciative signs of language acquisition. *Codas*. 2017;29(4):1–6.
28. Ramalho Neto JM, Fontes WD de, Nóbrega MML da. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):535–42.
29. Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD, et al. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2010;8(1):102–6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400002&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.ncbi.
30. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2014;23(1):183–4.
31. Coelho AV, Molina RM, Labegalini MP de C, Ichisato SMT, Pupulim JSL. Validation of a nursing report for a pediatric intensive care unit. *Rev Gauch Enferm*. 2017;38(3):e68133.
32. Oliveira DMN. Construção e validação de protocolo da CIPE® para a prevenção e tratamento da pessoa com lesão por pressão. 2020;2507(February):1–9.
33. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(7):3061–8.
34. Gilberto de andrade Martins. Ensino e Pesquisa Sobre Confiabilidade e Validade. *Rev Bras Gest Negocios*. 2006;8(20):1–12.
35. Mota FRN, Victor JF, Silva MJ, Bessa MEP, Amorim VL, Cavalcante MLSN, Moreira ACA, Barbosa TM. Adaptação transcultural e validação do Caregiver Reaction Assessment para uso no Brasil: aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes. 2014;55:3909.
36. Salbego LP, Silveira A da, Hammerschmid KS de A. Práticas de enfermagem com educação em saúde no contexto familiar: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE line*. 2014;8(12):4362–72.
37. Que F, En I, Autoeficacia LA, Lactancia DELA, Integradora R. Artigo Revisão Integrativa Fatores Que Interferem Na Autoeficácia Da Amamentação : Revisão Integrativa Factors Those Influence in Self-Efficacy of Breastfeeding : Integrative Review. *Rev Enferm UFPE line - ISSN 1981-8963* [Internet]. 2013;7(5):4144–52. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11643>
38. Nunes AIBL, Silveira R do N. Conceituação, estratégias e concepções de aprendizagem. *Psicologia da aprendizagem*. 2015. 12–34 p.

39. Rego H, Da Hora M, Torres G, Monteiro R, Arica J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach [Reliability in Questionnaires for Quality: a study with the Cronbach's alpha Coefficient]. *Prod Produção* [Internet]. 2010;11(2):85–103. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/viewFile/9321/8252>
40. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1):01–33.
41. Ministério da Saúde, Pan American Health Organization, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Vol. 1. 2009.
42. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Cancerol*. 2009;55(4):379–88.
43. de Souza MFG, dos Santos ADB, Monteiro AI. [The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital]. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):167–73.
44. COFEN. Resolução Cofen-358 / 2009. Cofen [Internet]. 2009;1–3. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/print/4384>
45. De Araújo AA, Da Nóbrega MML, Garcia TR. Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP. *Rev da Esc Enferm*. 2013;47(2):380–7.
46. Poffo MR, Vieira De Assis A, Fracasso M, Miguel O, Filho L, Matos S, et al. Perfil dos Pacientes Internados por Insuficiência Cardíaca em Hospital Terciário Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2017;30(3):189–98. Available from: <http://www.onlineijcs.org>
47. Neto OP de A, Soares TAM, Ribeiro-Júnior AL, Cunha CM, Pedrosa LAK, Santana-Lima AD. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida TT - Nursing diagnosis in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *Rev méd Minas Gerais* [Internet]. 2017;27:[1-6]. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2256%0Ahttp://document/view/g2wh3>
48. Mascote J, Salcedo D, Mascote M del R. Prevalencia de factores de riesgo para insuficiencia cardíaca y discusión de sus posibles interacciones fisiopatológicas. *Rev Médica Vozandes*. 2018;29(2):55–65.
49. Borges JA, Quintão MMP, Chermont SSMC, Mendonça Filho HTF de, Mesquita ET. Fatigue: A Complex Symptom and its Impact on Cancer and Heart Failure. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018;31(4):433–42.
50. Sousa MM de, Almeida T da CF, Gouveia B de LA, Carvalho MF de, Brito FM de, Oliveira SH dos S. Relationship between self-care and social and clinical conditions of patients with heart failure. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2018;19:e33062.

51. Cardoso JN, Del Carlo CH, de Oliveira Junior MT, Ochiai ME, Kalil Filho R, Barretto ACP. Infection in patients with decompensated heart failure: In-hospital mortality and outcome. *Arq Bras Cardiol.* 2018;110(4):364–70.
52. I EN, I LNS, Cristine D, Kiomi R, Ii F, Vinicius M, et al. Comparação de instrumentos para avaliar fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca. 2018;71(5):2547–54.
53. Rabelo-Silva ER, Saffi MAL, Aliti GB, Feijó MK, Linch GF da C, Sauer JM, et al. Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados a adesão ao tratamento: estudo multicêntrico-EMBRACE. *Rev Gauch Enferm.* 2018;39:e20170292.
54. Scolari FL, Simonetto L, Goldraich LA, Clausell N. Insuficiência Cardíaca - Fisiopatologia Atual E Implicações Terapêuticas Heart Failure - Current Pathophysiology and. *Rev da Soc Cardiol do Estado São Paulo.* 2018;28(1):33–41.
55. Xavier S de O, Ferretti-Rebustini RE de L. Clinical characteristics of heart failure associated with functional dependence at admission in hospitalized elderly. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27.
56. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet].* 2019;53(3):1–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0633.pdf <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf> [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100444&tlng=en)
57. Dourado MB, Oliveira FS GG et al. Artigo Original Perfis Clínico E Epidemiológico De Idosos Com Insuficiência Clínica and Epidemiological Profiles of Elderly People With Heart Failure. *Reevista Enferm UFPE [Internet].* 2019;13(1):408–15. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236661/31347>
58. Abreu e Souza TCT de O de, Correia DM da S, Nascimento DC, Christovam BP, Batista DCS, Cavalcanti ACD. The Difficult Daily Life of Heart Failure Bearing Patients / O difícil cotidiano dos pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019;11(5):1340–6.
59. Nascimento MNR, Vieira NR, Aguiar CA da S, Coelho MEAA, Félix ND de C, De Oliveira CJ. Aspectos Da Assistência De Enfermagem Para a Pessoa Com Insuficiência Cardíaca. *Rev Enferm e Atenção à Saúde.* 2020;8(2):123–34.
60. Orzechowski R. Cardíaca Avançada Internados Em Um Hospital Terciário. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2019;59:1–6.
61. Maria Bastos Pires S, Joaquim Méier M, Tannia Reichembach Danski M. Fragmentos da trajetória pessoal e profissional de Wanda Horta: contribuições para a área da enfermagem. *História Enferm Rev eletrônica [Internet].* 2011;2:3–15. Available from: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n3vol2artigo1.pdf>

62. Comunes E, Todos P, Artículos LOSTDE. GACETA MÉDICA ESPIRITUANA.

APÊNDICE A – Carta convite aos juízes

Eu, Taís Lins Severo da Silva, aluna de mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP irei elaborar e validar um plano assistencial para assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva. Reconhecendo sua experiência profissional na área da temática supracitado você foi escolhido (a), na qualidade de juiz, para emitir seu julgamento sobre o conteúdo do plano assistencial.

As atividades que solicito ao (a) Senhor (a) são:

- 1) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- 2) Leitura da sinopse da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a fim de melhor compreender o referencial teórico utilizado no estudo.
- 3) Apreciação do conteúdo do plano assistencial (validação de conteúdo).
- 4) Sugestões e comentários acerca dos domínios e itens do plano assistencial. Tendo a liberdade para sugerir exclusão, inclusão ou modificação de qualquer item que achar pertinente.

A fim de cumprir o cronograma da pesquisa, solicito que o senhor (a) devolva os formulários dentro do prazo de 15 dias e em tempo hábil essa etapa de validação seja concluída. No entanto, caso não haja retorno, um novo contato por e-mail será realizado e outro prazo será estipulado. Antecipadamente, agradecemos sua disponibilidade em contribuir com nossa pesquisa. Estamos à disposição para possíveis esclarecimentos que se façam necessários.

Taís Lins Severo da Silva
R. Elzanira Bezerra , nº 222, Cajá, Recife-PE.
Telefone: (81) 99743-0796
Email: tais.lins@outlook.com

Prof. Dra. Suzana Lins da Silva
Orientadora
Email: suzanalinsilva@gmail.com

Recife, ____ de ____ de 2020

APÊNDICE B – Formulário de qualificação profissional aos juízes e especialistas assistenciais

Identificação Juíz N°	
Nome:	nam:
Idade:	id:
Universidade que se graduou:	uni:
Sexo: 1. Masculino 2. Feminino:	sex:
Local de trabalho:	loc:
Área de atuação:	are:
Atua na docência? 1. Sim 2. Não:	doc:
Se sim, há quanto tempo (em anos)?:	docano:
Experiência com o tema insuficiência cardíaca e unidade de terapia intensiva (em anos):	expano:
Experiência anterior com validação de instrumentos: 1. Sim 2. Não:	valid:
Participação de algum projeto de pesquisa: 1. Sim 2. Não:	part:
Se sim, qual a temática?:	tema:

Qualificação	
Formação - Ano:	form:
Especialização - Ano:	espec:
Especialização na modalidade de Residência - Ano:	resid:
Mestrado - Ano:	mest:
Tema da dissertação:	dissert:
Doutorado - Ano:	doc:
Tema da Tese:	tese:
Outros:	
Ocupação Atual: 1. Ensino 2. Assistência 3. Pesquisa 4. Consultoria:	ocup:
Tempo em (anos): Ensino: Assistência: Pesquisa: Consultoria:	temp:

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Para o participante do painel de Juízes****Resolução 466/12****Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP**

Título da pesquisa: “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “Elaboração e validação de plano assistencial para assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva”. O objetivo desse projeto é elaborar e validar um plano assistencial para auxiliar na sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

A importância desse plano assistencial é fornecer orientações válidas e factíveis, que possam contribuir para melhorar os cuidados prestados aos portadores de insuficiência cardíaca congestiva, internados na unidade de terapia intensiva.

O processo de elaboração e validação do plano assistencial será composto pelas seguintes etapas: elaboração da primeira versão do plano assistencial com base nos pressupostos da aprendizagem baseada em problemas, a etapa de validação de conteúdo (primeiro e segundo painel de juízes), etapa de validação FACE ou semântica e a etapa de verificação da confiabilidade/estabilidade do plano assistencial.

Estamos solicitando a sua participação no painel de juízes o qual terá a tarefa de realizar a validação de conteúdo e técnica do plano assistencial que está sendo elaborado.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Este estudo não envolverá intervenções e maiores riscos para os participantes, contudo, poderá haver algum constrangimento pelas informações prestadas e pelo

tempo e esforço despendidos por todos os participantes das etapas de validação do plano assistencial. Como forma de evitar ou minimizar esses possíveis constrangimentos os pesquisadores se comprometem em garantir o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas e de procurar otimizar o tempo, de aproximadamente trinta minutos, utilizado durante as etapas de validação e tornar o ambiente de trabalho o mais acolhedor possível.

Os benefícios envolvem a disponibilidade de um plano assistencial válido para a assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva, promovendo uma assistência de qualidade.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você e nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. As pesquisadoras Taís Lins Severo da Silva e Suzana Lins da Silva certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa são confidenciais. Também sei que

caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Taís Lins Severo da Silva (Rua Elzanira Bezerra, nº 222, Cajá, Recife-PE, CEP: 55610460, telefone: 81-99743-0796, email: tais.lins@outlook.com), sob orientação da Prof. Dr^a. Suzana Lins da Silva (telefone: 81-99155-6712, email: suzanalinsilva@gmail.com) ou Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP no endereço: (Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista, Recife- PE. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81)2122-4756– Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07h00 às 11h30 e 13h30 às 16h00.

O CEP-IMIP objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____	____/____/____	
Nome Assinatura do Participante	Data	
_____	____/____/____	
Nome Assinatura do Pesquisador	Data	Impressão digital
_____	____/____/____	
Nome Assinatura da Testemunha	Data	

APÊNDICE D - Sinopse da Teoria de Wanda Horta

Wanda de Aguiar Horta foi uma das pioneiras a estudar e se aprofundar sobre o Planejamento de Enfermagem (PE), no Brasil. Em 1979, publicou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a qual deu origem às seis etapas do PE, sendo: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem⁽⁶¹⁾.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas tem como seguimentos principais a homeostase, a adaptação e a visão holística do ser humano. Refere-se à prática do autocuidado cujo seguimento é tornar o indivíduo capaz de cuidar de si, de maneira mais independente. A teoria de Wanda Horta possui cinco linhas de ajuda, sendo elas: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar ao outro⁽¹⁹⁾.

A Teoria de Wanda Horta quando aplicada juntamente com a Sistematização da Assistência de Enfermagem auxilia na orientação por parte da equipe de enfermagem, almejando-se promover um melhor cuidado e reabilitação do paciente, fazendo com que o mesmo se torne cada vez mais dependente e responsável pelo seu autocuidado⁽⁶¹⁾.

Por fim, o autocuidado deve ser promovido a todos, de forma contínua e através de inúmeras discussões para que o binômio saúde – enfermidade tenha um desfecho favorável na melhoria da qualidade de vida do paciente. A equipe de enfermagem torna-se protagonista nessa elaboração e desenvolvimento de um planejamento de autocuidado promovendo o equilíbrio das necessidades humanas básica⁽⁶²⁾.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Para o participante da Validação FACE****Resolução 466/12****Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP**

Título da pesquisa: “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “Elaboração e validação de plano assistencial para assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva”. O objetivo desse projeto é elaborar e validar um plano assistencial para auxiliar na sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

A importância desse plano assistencial é fornecer orientações válidas e factíveis, que possam contribuir para melhorar os cuidados prestados aos portadores de insuficiência cardíaca congestiva, internados na unidade de terapia intensiva.

O processo de elaboração e validação do plano assistencial será composto pelas seguintes etapas: elaboração da primeira versão do plano assistencial com base nos pressupostos da aprendizagem baseada em problemas, a etapa de validação de conteúdo (primeiro e segundo painel de juízes), etapa de validação FACE ou semântica e a etapa de verificação da confiabilidade/estabilidade do plano assistencial.

Estamos solicitando a sua participação na etapa de validação FACE, o qual terá a tarefa de avaliar se o plano assistencial está compreensível para os potenciais usuários do mesmo, se há sugestões para retirar e/ou acrescentar algum conteúdo e outras contribuições cabíveis.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

Este estudo não envolverá intervenções e maiores riscos para os participantes, contudo, poderá haver algum constrangimento pelas informações prestadas e pelo tempo

e esforço despendidos por todos os participantes das etapas de validação do plano assistencial. Como forma de evitar ou minimizar esses possíveis constrangimentos, os pesquisadores se comprometem em garantir o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas e de procurar otimizar o tempo utilizado durante as etapas de validação e tornar o ambiente de trabalho o mais acolhedor possível.

Os benefícios envolvem a disponibilidade de um plano assistencial válido para a assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva em unidade de terapia intensiva.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O senhor(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. As pesquisadoras Taís Lins Severo da Silva e Suzana Lins da Silva certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e

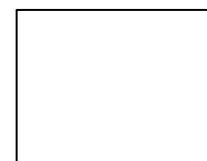
não terei nenhum custo com esta participação. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Taís Lins Severo da Silva (Rua Elzanira Bezerra, nº 222, Cajá, Recife-Pe, CEP:55610460, telefone: 81-99743-0796, email: tais.lins@outlook.com), sob orientação da Prof. Dr^a. Suzana Lins da Silva (telefone: 81-99155-6712, email: suzanalinsilva@gmail.com) ou Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP no endereço: (Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista, Recife - PE. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81)2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07h00 às 11h30 e 13h30 às 16h00.

O CEP-IMIP objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____/_____/_____
Nome Assinatura do Participante Data

_____/_____/_____
Nome Assinatura do Pesquisador Data



Impressão digital

_____/_____/_____
Nome Assinatura da Testemunha Data

APÊNDICE F - CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador (a) Taís Lins Severo da Silva a desenvolver o seu projeto de pesquisa “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, cujo objetivo é elaborar e validar um plano assistencial de enfermagem para paciente com insuficiência cardíaca congestiva em Unidade de Terapia Intensiva, nesta instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do(a) pesquisador(a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP credenciado ao sistema CEP/CONEP.

Recife, __ de _____ de 20__

Chefia do Setor

(Assinatura e Carimbo)

APÊNDICE G – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**(Elaborado de acordo com a Resolução 466/12-CNS/CONEP)**

Em referência a pesquisa intitulada “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PLANO ASSISTENCIAL PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, eu, Suzana Lins da Silva, do(a) Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e minha equipe, composta por Taís Lins Severo da Silva, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS/CONEP, comprometemo-nos a:

1. PRESERVAR o sigilo e a privacidade dos dados que serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes;
2. DESTRUIR fotos, gravações, questionários, formulários e outros;
3. ASSEGURAR que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

Recife, __ de _____ de 20__

Pesquisador Responsável (Assinatura e carimbo)

Assinatura de todos os membros da equipe

ANEXO 1: FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.

Questionário Completo do Mestrado - Formulários Google.pdf

ANEXO 2: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM CUIDADOS INTENSIVOS (PRODUTO TÉCNICO)

SSVV – Valores de Referência	FC: 60 a 100 bpm FR: 12 a 20 irpmSatO ₂ : > 95% PA: 120x80 mmHg T: 36° - 37,5°	
Escalas de Avaliação/Score	Morse: ____ Braden: ____ Glasgow: ____ RASS: ____ Dor: ____ TISS-28: ____	
Precaução	() Padrão () Contato () Gotículas () Aerossóis () Reverso	
Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem Profissional Executante	Horários
1. Do <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> () Realizar a escala de avaliação da dor a cada 12 horas. (E) () Avaliar características, intensidade e local da dor. (E/TE) () Administrar analgésicos conforme prescrição médica. (TE) () Reavaliar a dor após a administração da medicação. (E/TE) () Promover medidas de conforto como mudança de decúbito e massagens durante a realização do banho no leito, assim como práticas integrativas e complementares. (E/TE) OUTRO: _____	_____ _____ _____ _____ _____
2. Função cardíaca prejudicada <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> () Observar a frequência e regularidade do pulso, descrevendo-o de 2/2 horas ou quando necessário. (TE) () Atentar para sinais de arritmias como palpitação cardíaca, taquicardia, dor no peito, falta de ar, fraqueza, tontura, sudorese. (E/TE) () Na ausência de respiração ou apenas <i>gasping</i>, sem pulso, acionar o enfermeiro e o médico responsáveis e iniciar a RCP: 100 a 120 compressões por minuto. Se não houver via aérea avançada a relação compressão/ventilação será 30:2 e com via aérea avançada 1 ventilação a cada 6 segundos. (E/TE) () Atentar e administrar as drogas vasoativas e soroterapia conforme prescrição médica. (TE) OUTRO: _____	_____ _____ _____ _____ _____
3. Débito Cardíaco prejudicado <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> () Manter decúbito elevado em 45° conforme prescrição do enfermeiro. (TE) () Realizar ausculta pulmonar e aferir a FR de 2/2 horas ou quando necessário. (E/TE) () Avaliar pulsos periféricos de 2/2 horas ou quando necessário e sinais de descompensação cardíaca (fadiga, dispnéia, edema, distensão da veia jugular, crepitações, oligúria, tosse, pele fria e pegajosa, mudanças na cor da pele). (E/TE) () Observar a presença de pele fria e pegajosa. Se sinais presentes comunicar ao enfermeiro, checar infusão de líquidos intravenosos e instalar o aparelho de aquecimento. (TE) () Atentar para sinais de resistência vascular sistêmica (hipotensão, presença de 3º bulha cardíaca, oligúria, alteração da perfusão periférica com enchimento capilar > 3'', pele fria e pulso filiforme). (E/TE) OUTRO: _____	_____ _____ _____ _____ _____

4. Dispneia <input type="checkbox"/>	<p>() Manter decúbito elevado em 45° conforme prescrição do enfermeiro. (TE)</p> <p>() Realizar ausculta pulmonar e registrar a saturação de oxigênio de 2/2 horas ou quando necessário. (E/TE)</p> <p>() Registrar frequência cardíaca e respiratória de 2/2 horas ou quando necessário. (TE)</p> <p>() Realizar balanço hídrico a cada 12 horas e estimar as perdas insensíveis e após o resultado avaliar a reposição hídrica por via oral ou parenteral, oferecendo líquidos ou restringindo-os, buscar sinais de edema ou de desidratação. (E)</p> <p>() Supervisionar a administração de oxigenoterapia e manter a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) entre 21 e 100% de acordo com a necessidade. (E)</p> <p>OUTRO: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
5. Troca de Gases Prejudicada <input type="checkbox"/>	<p>() Realizar a punção arterial para exames diagnósticos como gasometria. (E)</p> <p>() Manter decúbito elevado em 45° conforme prescrição do enfermeiro. (TE)</p> <p>() Manter via aérea pérvia, realizando a manobra de hiperextensão do pescoço e ofertando a oxigenoterapia quando indicadas. (E/TE)</p> <p>() Monitorar nível de consciência, pressão arterial, pulso, temperatura e padrão respiratório. (E/TE)</p> <p>() Avaliar ventilação-perfusão de acordo com o suporte ventilatório utilizado. (E)</p> <p>OUTRO: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
6. Fadiga <input type="checkbox"/>	<p>() Manter o ambiente calmo e tranquilo, eliminando fatores estressantes como ruídos. (E/TE)</p> <p>() Identificar fatores que contribuam para o desenvolvimento da fadiga como ansiedade, depressão, estresse, dor. (E/TE)</p> <p>() Auxiliar o paciente nas atividades que exigem esforços como alimentação e higienização. (E/TE)</p> <p>() Realizar mobilização no leito, minimizando esforços no paciente. (E/TE)</p> <p>() Acompanhar níveis séricos de eletrólitos: sódio (132-145 mEq/l), Potássio (3,5 – 5,5 mEq/l), Cálcio (8,5 – 10,5 mEq/l, Magnésio 1,5 – 2,5 mEq/l, Fósforo 2,5 – 4,5 mg/100ml), Hemoglobina (12 a 17 g/dL). (E)</p> <p>OUTRO: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
7. Edema <input type="checkbox"/>	<p>() Avaliar necessidade de restrição hídrica. (E)</p> <p>() Realizar balanço hídrico a cada 12 horas e estimar as perdas insensíveis e após o resultado avaliar a reposição hídrica por via oral ou parenteral, oferecendo líquidos ou restringindo-os, buscar sinais de edema ou de desidratação. (E)</p> <p>() Acompanhar através de exame físico alterações associadas como presença de estertores e distensão de veia jugular. (E/TE)</p> <p>() Proteger a pele edemaciada de lesões com a utilização de coxins, coberturas de proteção. (TE)</p> <p>() Verificar pulsos periféricos e grau de edema, mantendo os membros inferiores elevados quando indicados. (E/TE)</p> <p>OUTRO: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
8. Risco de aspiração <input type="checkbox"/>	<p>() Manter balonete de TQT/TOT insuflado entre 25 e 35 mmHg e mensurar uma vez a cada turno. (E)</p> <p>() Aspirar vias aéreas quando necessário. (E/TE)</p> <p>() Avaliar o posicionamento de SNE/SNG antes da administração de dietas e medicações. O correto posicionamento da SNE é até o sentido pré-pilórico (no estômago) ou pós-pilórico (no intestino — duodeno ou jejuno) e a SNG até a base do apêndice xifoide. (E)</p> <p>() Suspender dietas antes da realização do banho no leito ou procedimentos conforme prescrição do enfermeiro. (TE)</p> <p>() Trocar a fixação do tubo orotraqueal a cada 24 horas ou quando necessário conforme prescrição do enfermeiro. (TE)</p> <p>OUTRO: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>9. Risco para infecção <input type="checkbox"/></p>	<p>() Verificar sinais vitais de 2/2 horas ou quando necessário . (TE) () Atentar para sinais flogísticos (calor, rubor, dor, edema e perda de função) em acessos venosos periféricos ou centrais. (E/TE) () Trocar dispositivos de acesso venoso periférico a cada 5 dias ou quando necessário conforme prescrição do enfermeiro. (TE) () Manipular dispositivos invasivos de forma asséptica. (E/TE) OUTRO: _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>
<p>10. Risco de queda <input type="checkbox"/></p>	<p>() Manter grades elevados e leitos travados. (TE/E) () Sinalizar o risco de queda na placa e na pulseira de identificação do paciente. (E) () Solicitar ajuda ao manipular o paciente. (E/TE) () Manter leito organizado, assim como dispositivos e equipamentos à beira leito. (TE) () Realizar escala de Morse a cada 12 horas (E) OUTRO: _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>
<p>Legenda</p>	<p>E: Enfermeiro FR: Frequência Respiratória RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar SBV: Suporte Básico de Vida T: Temperatura FC: Frequência Cardíaca PA: Pressão Arterial SatO₂: Saturação TE: Técnico de Enfermagem</p>	

 Assinatura e Carimbo – Enfermeiro (a)

 Assinatura e Carimbo – Técnico de Enfermagem

