PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO AO PACIENTE EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

REVISÃO INTEGRATIVA

FRANÇA, Heitor Luiz de ¹

BASSETTO, Carlos Roberto ²

FIGUEREDO, Luana Prado ³

FRANÇA, Heitor Luiz de. BASSETTO, Carlos Roberto. FIGUEREDO, Luana Prado. **Processo de enfermagem aplicado ao paciente em unidades de cuidados críticos**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 03, Vol. 01, pp. 136-164. Março de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/unidades-de-cuidados-criticos>

RESUMO

Tem-se como objetivo descrever a aplicabilidade do Processo de Enfermagem dirigido ao paciente que necessita de cuidados críticos bem como as classificações mais utilizadas a ele relacionado, segundo evidências oriundas de bases de dados científicas. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura com base em uma pesquisa realizada nas bases de dados LILACS, BDENF e Scielo, no período de setembro a outubro de 2019, sendo selecionados 26 artigos para análise na íntegra

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem.

² Discente do Curso de Graduação em Enfermagem.

³ Doutorado em Gerenciamento Em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto. Especialização em Auditoria em Enfermagem. Especialização em Enfermagem Pediátrica. Especialização em Assistência de Enfermagem em Uti. Graduação em Bacharel em Enfermagem.

dos conteúdos. Os resultados demonstram que o Processo de Enfermagem, por vezes, não se contempla em sua totalidade e que sua definição teórica é confundida com a SAE, sendo isso um desafio para os enfermeiros atuantes e alunos em relação à distinção genuína dos conceitos e entendimento da inter-relação entre eles, favorecendo a lógica do saber aplicada diretamente ao fazer enfermagem. A partir desse estudo, conclui-se a viabilidade de estruturar ferramentas para minimizar diferentes incompreensões acerca do significado e aplicabilidade do PE e do gerir a SAE aos cuidados críticos assim como são necessárias melhorias na execução de todos os estágios do PE, revogando as impressões negativas dos profissionais atuantes e condicionando melhores garantias de cuidado integral por meio dessas ferramentas assistenciais e gerenciais.

Palavras-chave: Processo de enfermagem, registro de enfermagem, assistência ao paciente, cuidados críticos, Unidade de Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um conjunto de atividades organizadas de modo sequencial, e, assim, ao término do processo, precisam produzir algo mensurável, sendo uma ação contínua e dinâmica de ações de enfermagem em prol de um resultado encontrado por meio de um diagnóstico de enfermagem, fruto da adequada coleta de dados (Chanes, 2018). O PE é utilizado como uma ferramenta assistencial e gerencial, aplicado em todos os âmbitos de atuação do enfermeiro, visando o fortalecimento da sua identidade e a da Enfermagem como profissão e disciplina independente, legítima e científica. Historicamente, sempre se apresentou como um conhecimento transformador vinculado a prática clínica e, não obstante, atrelado à definição e sustentação de melhores ações centradas no cuidado ao paciente, família e comunidade à luz da integralidade, da beneficência, da ética, da moral e da justiça (George, 2000; Chanes, 2018).

Nesse contexto, a atenção à saúde tem perpassado por diferentes níveis de complexidade, e, progressivamente, exige-se, deste profissional, ações concernentes ao cuidado seguro, à medida que sua prática clínica se estrutura em processos

cognitivos e lógicos conferidos em competências e habilidades para diagnosticar com precisão as respostas humanas e melhor o gerenciamento do processo saúde-doença (Crossetti; GOUVEIA, 2014). Em razão da construção histórica do conhecimento transformador vinculado à prática, preocupa-se, sobretudo, em definir e sustentar melhores ações centradas no cuidado ao paciente, família e comunidade com base na competência à luz da integralidade, da beneficência, da ética, da moral, da justiça e da transculturalidade (George, 2000; Chanes, 2018).

Embora o PE não seja recente na história da enfermagem, considerando os relatos nursingaleanos que já haviam escritos sobre a necessidade de julgar as observações acerca das respostas humanas do paciente que receberiam cuidados, este foi amplamente divulgado e se tornou mais evidente entre as décadas 50 a 70, e, no Brasil, foi introduzido pela teórica Wanda de Aguiar Horta. Recebendo reconhecimento legal pelo COFEN – Resolução 272 somente no início do século XXI, especificamente em 2002, quando todas as suas etapas/fases foram contempladas (Resolução 358/2009) e implementadas nacionalmente em todas as instituições de saúde, contribuindo, assim, para o melhor entendimento do PE e da sua diferença conceitual e metodológica da Sistematização da Assistência em Enfermagem (George, 2000; Braga; SILVA, 2011). Então, o que é Processo de Enfermagem?

É um conjunto de atividades organizadas de modo sequencial, de tal que, ao término do processo, precisa-se produzir algo mensurável, sendo, então, uma ação contínua e dinâmica das ações de enfermagem em prol de um resultado que é encontrado por meio de um diagnóstico de enfermagem, fruto da adequada coleta de dados (Chanes, 2018). O PE visa organizar, de forma ordenada, a atuação do profissional de enfermagem envolvido no cuidado direto ao paciente, favorecendo o reconhecimento das respostas clínicas durante o cuidar (Tannure, 2019). O PE está dentro da SAE e existe que alguns estágios interdependentes sejam executados. Atualmente está dividido em 5 (cinco) etapas: I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II - D. E's (Diagnósticos de Enfermagem); III - Planejamento de

Enfermagem; IV- I. E's (Implementação de Enfermagem) e V-Avaliação de Enfermagem.

Quanto à SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), apresenta-se como uma organização mental do enfermeiro voltada ao planejamento do trabalho profissional de Enfermagem e abrange o: método (forma de execução), pessoal (quem irá executar) e instrumento (habilidades, conhecimentos e atitudes indispensáveis para a execução de uma atividade), tornando possível a concretização do plano operacional do processo de Enfermagem (COFEN-358/2009). Dessa forma, a incorporação do PE é uma maneira de promover um cuidar de enfermagem humanizado, individualizado e assistido com segurança e qualidade para o paciente, independente da enfermidade e grau de complexidade, como se observa em unidades de atendimentos intensivos, dada a vulnerabilidade, as suas manifestações clínicas críticas e instáveis e a assistência fundamentada e validada no PE.

É, até então, imprescindível, visto que há a propensão ao enfermeiro no processo de tomada de decisão clínica, domínio apurado das técnicas e tecnologias concernentes com uma atuação competente e com um cuidado holístico (Silva, 2019). Ao se ter como premissa que o PE deve ser realizado de modo deliberado e sistematizado, permeando, assim, a legitimidade da prática clínica do enfermeiro e o anseio dos autores acadêmicos por se desenvolverem neste sentido e em unidades de cuidados críticos, a ambiência de atenção à saúde despertou, nos mesmos, encantamento profissional como enfermeiros durante a formação acadêmica, e, assim, a pesquisa justifica a ampliação e o aprofundamento de mais este estudo sobre a aplicabilidade do PE em unidades de cuidados críticos para adultos, visto que o trabalho pode contribuir com subsídios para reflexões e discussões em relação a esta habilidade e à responsabilidade do enfermeiro, pois ele ocupa um papel importante em práticas clínicas inerentemente complexas e, como tal, são experienciadas com inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado.

Posto isso, conhecer a aplicabilidade dos principais DE em unidades intensivas poderá permitir, ao Enfermeiro, a assimilação de pontos em comum e identificar possíveis lacunas nos cuidados implementados juntos aos pacientes críticos.

Denomina-se como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o setor de internação à clientes que necessitam de cuidados integrais e supervisionados por profissionais capacitados para promover o fortalecimento da saúde. Dessa forma, o planejamento das intervenções de enfermagem requer uma rápida e precisa prescrição, devido às graves condições clínicas e instáveis de cada indivíduo. A oferta da assistência pela equipe de enfermagem necessita de sincronismo e sinergia para compartilhar as melhores práticas e atenção estratégica, e, assim, promover os resultados esperados de acordo com os Diagnósticos de Enfermagem propostos para o atendimento integral (MS, 2005; Ferreira *et al*, 2016).

A avaliação e o planejamento do enfermeiro proporciona o ponto de partida fundamental para a exatidão dos DE. E, para isso, leva-se em consideração fatores objetivos e subjetivos bem como uma análise biopsicossocioespiritual para planejar uma assistência que previna riscos e trate de problemas reais com foco no fortalecimento da saúde (Chanes, 2018). Desse modo, questionou-se de que maneira tem sido a aplicabilidade do Processo de Enfermagem ao paciente que necessita de cuidados críticos bem como sobre as classificações mais utilizadas a ele relacionadas. A vista disso, objetivou-se, neste estudo, descrever a aplicabilidade do Processo de Enfermagem dirigido ao paciente em cuidados críticos e as classificações mais utilizadas a ele relacionadas, segundo evidências oriundas de bases de dados científicas.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura com base nas produções científicas acessadas nas bases de dados *Bdenf*, *LILACS* e *SciELO*. A expressão de pesquisa foi construída com os seguintes descritores: Processo de Enfermagem; Registro de Enfermagem; Assistência ao paciente; Cuidados Críticos e Unidade de Terapia Intensiva. O recurso booleano utilizado foi “and” associando Processo de Enfermagem e Cuidados Críticos aos demais descritores e os limites estabelecidos foram: idioma português, descritores presentes no título ou no resumo, estudo primário de aplicação clínica, disponível online na íntegra e período compreendido entre 2009 e 2019. Excluíram-se publicações como: artigos com ênfase em UTI NEO e Pediátrica,

visando o desenvolvimento dos autores em relação à temática dos cuidados aos pacientes críticos em unidade de terapia intensiva adulta, permitindo, assim, uma melhor familiaridade com a temática desenvolvida e familiaridade junto ao tema durante a graduação.

As etapas de construção deste estudo de revisão da literatura contemplaram: a elaboração da questão de pesquisa; definição do objeto de estudo e critérios de inclusão de produções científicas; representação em tabela da amostra selecionada e análise dos achados; interpretação dos resultados e demonstração das evidências identificadas. Para análise e síntese das produções foram adotados os procedimentos: leitura informativa da produção a fim de explorar se o assunto principal correspondia ao problema de pesquisa do presente estudo; leitura seletiva das produções que atenderam os critérios de inclusão, excluindo-se àquelas que não eram pertinentes a pergunta de pesquisa e tema de interesse; leitura reflexiva em busca da contextualização da aplicabilidade do PE na assistência ao paciente em cuidados críticos e as classificações mais utilizadas a ele relacionadas.

A pesquisa nas bases de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2019 e resultou em 341 produções científicas selecionadas e obedecendo ao procedimento sistemático da busca totalizou-se 26 materiais que atenderam o objetivo proposto por este estudo e aos critérios de inclusão e exclusão. Para sistematização analítica das 26 produções científicas foi criado um instrumento de organização do material para a coleta das seguintes informações: ano de publicação, autoria, periódico, descritores, objetivo, principais resultados e conclusões. Quanto à apresentação dos estudos e resultados estes serão dispostos em uma tabela e serão descritos, respectivamente.

3. RESULTADOS

A partir de uma pesquisa para consultar a literatura sobre a temática a ser investigada, apoiou-se no banco de dados Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram encontrados 120 documentos com os descritores Diagnóstico de Enfermagem, AND e Unidade de Terapia Intensiva. Após a leitura do título e do resumo foram selecionados 4 e realizada a leitura na íntegra dos documentos. Na

Base de Dados de Enfermagem (BDENF) 89 documentos foram encontrados com os mesmos descritores, entretanto não obtivemos êxito na seleção após a leitura de título e resumo. Na Biblioteca Eletrônica Científica Online (*Scielo*) 132 documentos foram encontrados e a leitura do título e resumo nos permitiu selecionar 22 artigos para leitura na íntegra. Os demais documentos não atenderam aos critérios de inclusão ou se repetiram em relação aos artigos selecionados. Como resultado serão apresentados os 26 artigos no quadro 1:

Quadro 1: Relação dos artigos

Artigo	Ano de Publicação	Autoria	Periódico	Título	Descritores	Objetivo	Principais Resultados	Conclusões
A1	2015	Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL.	REBEn	Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva mapeamento cruzado e Taxonomia NANDA I	Enfermagem ; Diagnóstico de Enfermagem ; Processos de Enfermagem ; Unidades de Terapia Intensiva; Classificação.	Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados em UTI por meio do mapeamento cruzado de termos contidos nas anotações de enfermagem, com a Taxonomia da NANDA -I.	Ausência de padrão da linguagem técnica; Despadronização acerca da Taxonomia da NANDA-I.	Déficit no cuidado integral frente aos D.E's Implicações para gestão do cuidado; Necessidade Formação na área e sistemas de informação.
A2	2010	Paganina A, Menegatti P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli T, CHAVE S I, Souza EF	RGE	Implantação do Diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva uma análise periódica	Diagnóstico de enfermagem. Unidades de terapia intensiva. Processos de enfermagem.	Identificar os principais DE uma unidade de terapia intensiva (UTI), comparando-se as diferentes categorias	Diagnósticos escassos para pacientes críticos; Previsão do cuidado focada no HD Médica; Necessidade de Educação continuada; Melhoria de grade curricular	Deficiência no cuidado integral; Destaque para Intervenções de recuperação fisiológicas; Implementações voltadas para o cuidado imediato;

						s entre os pacientes clínicos e cirúrgico s.	nas Graduações	
A3	2010	Lucena FA, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL	Rev. Latino- Am. Enfermage m	Interven ções de Enferma gem utilizada s na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva	Processos de Enfermagem /Classificaçã o; Diagnóstico de Enfermagem ; Cuidados Intensivos; Sistemas de Informação Hospitalar.	Descreve r as interven ções de enfermag em mais utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva, com base nas prescriçõ es de enfermag em, e analisar a sua similarid ade com a Nursing Intervent ions Classific ation (NIC).	Intervenções /NIC, limitada a fisiopatologi a; Prescrição direcionada similarmente as intervenções .	Complexibilidade da atuação do Enfermeiro; Regula atuação limitada as recuperações fisiológicas; Atua com implementações da biorecuperação.
A4	2009	Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K	REBEn	Sistemat ização da Assistên cia de Enferma gem em unidade de	Unidades de terapia intensiva; Processos de enfermagem; Classificaçã o; Diagnóstico de enfermagem;	Reestrutu rar a Sistemat ização da Assistênc ia de Enferma gem (SAE) em uma	Alto nível de Complexida de de no cuidado ao paciente crítico. Importância da capacitação profissional.	Valorização da SAE como um instrumento indispensável na prática da Enfermagem.

				terapia intensiva	Cuidados intensivos.	Unidade de Terapia Intensiva (UTI).		
A5	2011	Salgado PO, Chianca TCM	Rev. Latino- Am. Enfermage m	Identific ação e mapeam ento dos diagnósti cos e ações de enferma gem em unidade de terapia intensiva	Enfermagem ; Processos de Enfermagem ; Classificaçã o; Unidades de Terapia Intensiva; Adulto.	Analisar os registros dos títulos diagnósti cos e as ações de enfermag em prescritas por enfermei ros, nos prontuári os de pacientes internado s em uma unidade de terapia intensiva de adultos.	Assistência direcionada as necessidades humanas psicobiológi cas; Necessidade de diagnósticos psicossociais ; Padronizaçã o das intervenções de enfermagem -NIC de acordo com a Literatura.	Concordância de D.E's e Implementações prescritas; Ações de enfermagem voltadas para recuperação de acordo com o planejamento;
A6	2009	Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER	Rev. Latino- Am. Enfermage m	Processo de enferma gem: da literatura à prática o quê de fato nós estamos fazendo?	processos de enfermagem; cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem	descrever os passos do processo de enfermag em descrito na literatura e investiga r como este é realizado na rotina diária de um hospital geral.	Ausência de Anotações e prescrições de Enfermagem nos documentos oficiais; Falta de D.E's nos prontuários; Lacunas nas Evolução de Enfermagem ;	Necessidade de aprimoramento nos D.E's e Evolução.

A7	2014	TannureI MC, SalgadoI I PO, ChiancaI TCM	REBEn	Mapeam ento cruzado: títulos diagnósti cos formulad os segundo a CIPE® versus diagnósti cos da nanda internaci ona	Diagnóstico de Enfermagem ; Classificaçã o; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem .	Elaborar títulos diagnósti cos de enfermag em segundo a CIPE® , realizar mapeame nto cruzado entre as formulaç ões diagnósti cas e os títulos diagnósti cos da NANDA -I, identifica r dentre os títulos diagnósti cos formulad os os constante s e não constante s na NANDA -I e realizar mapeame nto dos títulos formulad os com as Necessid ades Humanas Básicas.	Consolidaçã o de diagnósticos de Enfermagem existente 120 ao total com 1665 títulos diferentes; Observasse concordânci a de em média 96% dos D.E's versus as I.E's visando melhorias das necessidades humanas básicas.	Diagnósticos não existentes na literatura elaborados nos impressos avaliados.
----	------	---	-------	---	--	--	---	--

A8	2012	Almeida MA, Barreto LNM, Severo IM, Chaves EB, Borba DM	EEAN	Tempo despendi do na execuçã o do processo de enferma gem em um centro de tratamen to intensivo	Processos de enfermagem. Unidades de terapia intensiva. Diagnóstico de enfermagem.	Mensurar o tempo despendi do pelos enfermei ros de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) na execução das etapas do Processo de Enferma gem (PE).	Morosidades nos processos de execução da SAE;Dificul dades em concluir etapas da sistematizaç ão; detratores de tempo para otimização do processo.	Necessidade de dimensionamento de recursos de Enfermagem;Possib ilidade de melhoria na atenção a pacientes críticos.
A9	2012	Chianca TCM , Lima APS, Salgado PO	Rev. esc. enferm. USP	Diagnóst icos de enferma gem identific ados em paciente s internad os em unidade de terapia intensiva adulto	Cuidados de enfermagem Diagnóstico de Enfermagem Classificaçã o Unidades de Terapia Intensiva Humanizaçã o da assistência	Para identifica r nos registros de prontuári os de pacientes internado s em uma Unidade de Terapia Intensiva de Adultos os diagnósti cos de enfermag em e mapear os diagnósti cos mais frequente s às Necessid ades Humanas Básicas. Obteve-	Diagnósticos elaborados a cerca das necessidades psicobiologi as e psicossociais ; Sugestão de estudo para prescrição exata dos cuidados.	Déficit de conhecimento na formação acadêmica do Enfermeiro a fim de diferenciar a SAE e as Etapas do processo de Enfermagem; Necessidade da acurácia diagnostica para o cuidado integral.

						se uma amostra de 44 prontuários.		
A10	2016	Chianca TCM, Gonçalves PC, Salgado PO, Machado BO, Amorim GL, Alcoforado CLGC.	RGE	Dermatite associada à incontinência estudo de coorte em pacientes críticos	Dermatite das fraldas. Unidades de terapia intensiva. Enfermagem. Diagnóstico de enfermagem.	Estimar incidência, determinar fatores de risco e propor modelo de predição de risco para desenvolvimento de dermatite associada a incontinência em pacientes adultos críticos.	Apresentação de fatores de risco direcionado aos problemas encontrados; Seleção de fatores de risco em grupo para criação de indicador a ser atuado.	Melhoria da assistência de enfermagem e pacientes críticos na unidade intensiva adulta.
A11	2011	Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA, Galvão MTG, Damasceno MMC	REBEn	Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão	Enfermagem; Úlcera por pressão; Diagnóstico de enfermagem; Unidade de terapia intensiva.	Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes críticos com risco para desenvolver úlcera por pressão.	Evidência de D.E's voltado a UPP; Destaque para diagnósticos de segurança e proteção;	Necessidade da acurácia diagnóstica do enfermeiro frente as condições de recuperação.

A12	2013	Canto DF, Almeida MA	RGE	Resultad os de enferma gem para padrão respirató rio ineficaz e ventilaçã o espontân ea prejudic ada em terapia intensiva	Enfermagem . Processos de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Classificaçã o. Avaliação de resultados (cuidados de saúde).	validar os resultado s de enfermag em seleciona dos a partir da ligação NOC- NANDA -I (Nursing Outcome s Classific ation – North America n Nursing Diagnosi s Associati on - Internati onal) para os diagnósti cos Padrão Respirató rio Ineficaz e Ventilaçã o Espontân ea Prejudica da em unidade de terapia intensiva.	Visibilidade de definição Diagnostica do Enfermeiro frente as condições respiratórias.	Avaliar de forma crítica a gravidade de infecção na ventilação Espontânea prejudicada.
A13	2009	Oliveira MF, Freitas MC	REBEn	Diagnóst icos interven ções de enferma gem	Diagnóstico de Enfermagem ; Cuidados intensivos;	Identifica r os Diagnóst icos de Enferma gem mais	Correlação dos Diagnósticos de Risco e reais e suas ligações	Usar a tecnologia em prol as ações técnicas e clínicas do enfermeiro.

				frequent es em mulheres internad as em uma unidade de terapia intensiva	Saúde da mulher.	frequente s e propor intervenç ões para mulheres internada s em uma unidade de terapia intensiva materna de um hospital público de Fortaleza -CE.	entre NANDA, NIC E NOC.	
A14	2012	Carneiro TM, Silva IAS	REBEn	Diagnóst icos de enferma gem para o paciente com necrólise epidérmica tóxica: estudo de caso	Enfermagem ; Necrólise epidérmica tóxica; Diagnósticos de enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.	Apreend er, a partir dos julgamen tos clínicos das (os) enfermei ras (os), os diagnósti cos de enfermag em.	Necessidade da capacitação do enfermeiro quanto a sua visão sobre SAE e P.E; Agregar valores não prática da profissão na condução de uma assistência customizada.	Déficit do preparo dos profissionais sobre a SAE e I.E's para pacientes portadores de NET
A15	2016	Bispo MM, Dantas ALM, Silva PKA, Fernande s MICD, Tinôco JDS, Lira ALBC	EEAN	Diagnóst ico de enferma gem risco de aspiraçã o em paciente s críticos	Diagnóstico de enfermagem; Cuidados Intensivos; Assistência à saúde.	Analisar o diagnósti co de enfermag em: risco de aspiração e a relação com seus fatores de risco no paciente internado	Nivelção de D.E's apresentados na unidade de terapia intensiva;	Evidencia cuidados para os riscos de aspiração em pacientes críticos; Refinação do planejamento do cuidado neste contexto.

						na unidade de terapia intensiva.		
A16	2016	Nascimento RAM, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ.	JSNUSP	Conhecimento do enfermeiro para identificação precoce da injúria renal aguda	Lesão renal aguda; Cuidados de enfermagem; Conhecimento; Diagnóstico precoce; Treinamento	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a identificação precoce de insuficiência renal aguda (AKI) em unidades de terapia intensiva, emergência e hospitalização.	Ausência de visão clínica do enfermeiro frente a taxas de mortalidade, incidência, permanência e identificação das alterações laboratoriais do IRA;	Avaliou a ausência de conhecimento abrangente do enfermeiro a certas das interações e complicações do IRA.
A17	2017	Seganfre do DH, Beltrão BA, Silva VM, Lopes MVO, Castro SMJ, Almeida MA	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Análise do padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada de adultos com oxigenoterapia	Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem	Analisar como se manifestam as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem em padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada	Correlação dos diagnósticos de riscos e reais frente a padrão respiratório ineficaz e ventilação espontânea prejudicada em adultos.	Sugestão de revisão para uma unificação dos diagnósticos que se assemelham em um conjunto de CD's.

						da, da NANDA Internacional, e as características definidoras identificadas na literatura para o conceito “ventilação”, em pacientes adultos hospitalizados em unidade de terapia intensiva com uso de oxigenoterapia.		
A18	2018	Freitas LS, Ferreira MA, Filho AJA, Santos CCG, Silva LB	T&C Enf	Lesões na córnea em usuários sob os cuidados intensivos contribuições a sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente	Unidades de terapia intensiva. Doenças da córnea. Processos de enfermagem. Segurança do paciente. Cuidados de enfermagem.	Desvelar os conhecimentos de enfermeiros sobre lesões na córnea e cuidados preventivos e analisar a Sistematização da Assistência de Enfermagem como estratégia de prevenção e medida	Desconhecimento sobre Lesões na Córnea; Déficit no planejamento e execução da SAE; Melhorias nos impressos institucionais para abranger o D.E de risco de olho seco; Necessidade de melhoria do P.E e I.E's Criação de POP's.	Capacitação do Enfermeiro sobre Lesões de córneas; Dificuldade no desenvolvimento da SAE; Negligência da assistência integral; Risco a segurando do paciente crítico em UTI.

						de seguranç a ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva .		
A19	2018	Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R	JSNUSP	Fatores associad os à contençã o mecânic a no ambiente hospitala r estudo transvers al	Restrição Física; Cuidados hospitalares; Cuidados de enfermagem; Humanizaçã o da Assistência; Paciente Segurança.	Estimar a prevalên cia de restrição mecânica no ambiente hospitala r e os fatores associad os ao seu desempe nho.	Grande prevalência de contenção mecânica; Justificativas de contenção para prevenção de riscos nos cuidados terapêuticos; Diferença entre contenção e necessidade de restrição por fatores necessários.	Apresentação de elevado número de pacientes contidos; Necessidade de avaliação pela equipe de contenção médica para indicação e terapia com limitação mecânica.
A20	2019	Araújo JNM, Botarelli FR, Fernande s APNL, Oliveira- Kumakur a ARS, Ferreira Junior MA, Vitor AF	JSNUSP	Fatores clínicos preditore s para o ressecam ento ocular em paciente s internad os na unidade de terapia intensiva	Diagnóstico de Enfermagem ; Síndromes do olho seco; Saúde ocular; Unidades de Terapia Intensiva.	Avaliar os fatores clínicos preditivo s de secura ocular e o diagnósti co de enfermag em Risco de olho seco na superfíci e ocular de pacientes adultos hospitali zados em uma unidade	Apresentaçã o de elevação no índice de secura ocular em UTI; Estatísticas para descrição do aumento do índice de fatores que levam a complicaçõe s.	Necessário a visão apurado para diagnosticar e prevenir riscos para olho seco e secura ocular em UTI.

						de terapia intensiva.		
A21	2014	Brandão MAG, Cerqueira FA, Matos LN, Campos JF, Peixoto MAP, Primo CC	REBEn	Características definidoras da resposta disfuncional ao desmame e ventilatório como indicadores de acurácia do desmame e ventilatório	Avaliação em Enfermagem ; Diagnóstico de Enfermagem ; Desmame do Respirador.	Avaliar as características definidoras do diagnóstico Resposta Disfuncional do Desmame e Ventilatório, como indicadores de acurácia das tentativas de desmame	Cruzamento de dados quantitativos na tentativa do desmame em pacientes críticos; Apresentação de características definidoras nos eventos de sucesso e insucesso.	As C.D's influenciariam o sucesso da decisão sobre o desmame; Importante habilidade do enfermeiro e sua equipe identificar corretamente as C.D's.
A22	2010	Almeida MA, Seganfre do DH, Barreto LMN, Lucena AF	T&C Enf	Validação de indicadores da Nursing Outcomes Classification para adultos hospitalizados em risco de infecção	Diagnóstico de enfermagem. Estudos de validação. Processos de enfermagem. Avaliação em enfermagem. Classificação.	Validar os indicadores dos Resultados de Enfermagem, propostos pela Nursing Outcomes Classification, para o diagnóstico Risco de Infecção. Foi realizada	Avaliação dos indicadores frente aos resultados apresentados pela equipe de enfermagem; Resultados e indicadores viáveis para avaliação e identificação das melhores práticas; Importância dos registros internos acerca do Risco de	Necessidade de consolidação dos resultados NOC e avaliação criteriosa desse indicador.

						validação de conteúdo, segundo a opinião de 12 enfermeiros peritos, originários de unidades clínicas, cirúrgicas e terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro.	Infecção em UTI.	
A23	2012	Moreira RAN, Caetano JA, Barros LM, Galvão MTG	Rev. esc. enferm. USP	Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica	Diagnóstico de enfermagem Cirurgia bariátrica Enfermagem perioperatória a) Fatores de risco	identificar os principais diagnósticos, fatores relacionados e de risco da classe resposta cardiovascular/pulmonar, propostos pela NANDA, versão 2009-2011.	Cruzamento de diagnósticos reais e de risco e entender suas prevalências no Pós Op. Maior incidência para Diagnósticos reais;	Direcionamento correto da assistência de enfermagem na identificação precoce de possíveis complicações.

A25	2009	Amante LN; Rossetto AP; Schneider DG	Rev. esc. enferm. USP	Ssistema tização da assistênc ia de enferma gem em unidade de terapia intensiva sustenta da pela teoria de wanda horta	Unidades de Terapia Intensiva; Processo de Enfermagem ; Cuidados de Enfermagem	Impleme ntar a Sistemati zação da Assistênc ia de Enferma gem (SAE), tendo como referenci al a teoria das necessida des humanas básicas de Wanda Horta e Diagnost ico de Enferma gem do North America n Nursing Diagnosi s Associati on NANDA, partindo da avaliação do conheci mento da equipe de enfermag em sobre a SAE e incluindo sua participa ção neste processo.	Ausência de conheciment o da equipe de enfermagem sobre SAE e seus processos; Interesse da equipe na capacitação e participação no desenvolvim ento das etapas envolvidas.	Necessidade de conceituar diferença e correlação de SAE e P.E; Melhor capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado.
-----	------	---	-----------------------------	---	---	--	---	--

[caption id="attachment_46642" align="center" width="759"]

A26	2011	Seganfre do DH, Almeida MA	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a classificação dos resultados de enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos	Diagnóstico de Enfermagem ; Estudos de Validação; Enfermagem ; Processos de Enfermagem ; Avaliação em Enfermagem	Validar os Resultados de Enfermagem (RE) da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para os dois Diagnósticos de Enfermagem (DE) frequentemente identificados em pacientes internados em unidades clínicas, cirúrgicas e de terapia intensiva.	Frequência de D.E para Risco de infecção e Déficit no autocuidado;	NOC é uma alternativa viável de identificar e avaliar os melhores cuidados e práticas ao paciente crítico.
-----	------	----------------------------	----------------------------	--	--	---	--	--

Fonte: Síntese dos dados com base no levantamento bibliográfico (2019)[/caption]

A análise de conteúdo aponta evidências do despreparo técnico científico do enfermeiro frente ao domínio da SAE, à acurácia diagnóstica e ao P.E no planejamento integral da assistência de enfermagem em pacientes críticos. A dicotomia dos enfermeiros relacionada às ferramentas de trabalho inerentes a gestão do cuidado SAE e P.E refletem, de forma direta, na rotina operacional de sua equipe e compromete os estágios do cuidado. Como esboçado anteriormente, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) compreende-se pela organização mental do enfermeiro ao planejar passo a passo do trabalho profissional quanto ao: método(forma de execução), pessoal (quem irá executar) e instrumento (habilidades, conhecimentos e atitudes indispensáveis para a execução de uma atividade),

tornando possível a concretização do plano operacional do processo de Enfermagem (COFEN-358/2009).

O P.E (Processo de Enfermagem) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e documenta as práticas executadas. Deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, sejam eles públicos ou privados. Está dividido, atualmente, em 5 cinco etapas: I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas; II - D. E's (Diagnósticos de Enfermagem): é o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados; III - Planejamento de Enfermagem: visa a determinação dos resultados que se espera alcançar e as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas.

O quarto passo compreende as I.E's (Implementação de Enfermagem): a realização das ações ou intervenções determinadas e o quinto é a Avaliação de Enfermagem: verifica-se as mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN-358/2009). A SAE e o P.E trabalham pautados nas NHB's (Necessidades Humanas Básicas) que são compreendidas como Fisiológicas: que são as necessidades ao qual o indivíduo precisa para se manter vivo e equilibrado em tempo e espaço; Segurança: amparo legal, orientação exata de processos e procedimentos, segurança no trabalho, estabilidade, remuneração.

Há, ainda, o eixo Afetivo-Social: bom clima, aceitação, família, interação social; Autoestima: ser gostado, reconhecimento, promoções, responsabilidades por resultados e a esfera da Auto- Realização: desafios mais complexos, trabalho criativo, autonomia, participação nas decisões. Assim, criam-se pilares de sustentação correlacionados às necessidades apresentadas que são: Necessidade Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais (Horta, 1974). Voltado para a Unidade de terapia intensiva, o enfermeiro necessita gozar amplo domínio do conhecimento técnico científico e das características que envolvem os diagnósticos

de Enfermagem para se obter os resultados esperados, e, assim, precisa distinguir e avaliar as causas e as suas especificidades. Espera-se, assim, que o cuidado de enfermagem na UTI seja rápido e eficaz, podendo o enfermeiro antecipar, organizar e planejar recursos humanos e o tempo necessários para os cuidados de enfermagem, uma vez que estes clientes requerem uma maior atenção (Araujo *et al*, 2011).

Indica-se que, na prática de enfermagem, deve haver a consolidação de uma linguagem técnica própria para os diagnósticos, mas mesmo com os esforços da CIPE^R e NANDA-IR^R em criar classificações de enfermagem, os estudos evidenciam que existem termos utilizados por enfermeiros ainda não listados, dificultando, assim, a unificação dos dados para uma padronização e cientificação de melhorias no cuidado. Tal fato se justificativa devido os enfermeiros se utilizarem de uma linguagem própria para diagnosticar, por embasar sua atuação em conhecimentos empíricos, por tomarem decisões e por realizarem prescrições de forma autônoma, tornando o processo de classificação moroso. Dentre os diagnósticos apresentados nos documentos, 80,8% dos achados estão voltados para o cuidado Psicobiológico, versus 17,5% Psicossociais e 1,7% Psicoespirituais (Tannure; Salgado; Chianca, 2014).

Os D.E mais evidentes foram os de domínio de Eliminação/Troca e Segurança/Proteção, destacando, assim, considerando esse contexto, a necessidade fisiológica básica, ou seja, trata-se de um trabalho de enfermagem direcionado à recuperação do Diagnóstico Biomédico. Ressalta-se que a indicação dos DE para os pacientes críticos nos documentos hospitalares como limitada atinge 1,3 diagnóstico por paciente, entretanto, a literatura atual aponta que o ideal para clientes em unidade de terapia intensiva são, em média, 5 diagnósticos por indivíduo (TanNure, 2019). Sendo a UTI um local do hospital onde os pacientes necessitam de cuidados mais complexos, o ambiente dispõe de equipamentos tecnológicos de igual complexidade, dando, ao paciente, maior exposição a situações de risco.

Assim, persistem-se as dificuldades de realização da etapa de coleta de dados pelo fato do paciente geralmente estar com o rebaixamento do nível de consciência, o acesso restrito aos seus familiares ou devido à falta de informações que são

importantes para uma visão completa do indivíduo e, ainda, em razão da possibilidade de fechar maior diagnóstico de enfermagem nos impressos hospitalares ou por meio da comunicação com acompanhantes (Carneiro; SILVA, 2012; Bispo *et al*, 2016). Observa-se, nos documentos, que os enfermeiros declinam sua coleta de dados para uma anamnese direcionada às medicações e histórico clínico do paciente, focando, assim, o exame físico e o planejamento do cuidado para a HD médica e respostas fisiológicas presentes, e, assim, há, em menor escala, o olhar concentrado para o indivíduo integralmente, não contemplando, em sua totalidade, as NHB's necessárias para uma boa recuperação dos internos na UTI.

Os resultados apresentados revelam que o exame físico é realizado em 90% dos casos, coleta de dados registradas são executados de forma incompleta e o registro do D.E não estão presentes nos prontuários, reiterando o déficit do gerenciamento do cuidado prestado pelo Enfermeiro intensivista (Pokorski *et al*, 2009). Os Enfermeiros não possuem clara visão de sua responsabilidade e execução da SAE e a equipe envolvida demonstra deficiência no conhecimento quanto a importância de seu papel na consolidação das etapas e o indispensável registro de todos os passos da sistematização. Para um efetivo desenrolar dos P.E, o entendimento é uma das principais competências para a atuação profissional do enfermeiro uma vez que compete, a ele, de forma exclusiva, a tomada de decisões relacionada ao cliente assistido, orientação da equipe, discussão clínica com equipe multiprofissional, organização das atividades administrativas, dimensionamento de pessoal, previsão e provisão de recursos (Amante; Rossetto; Schneider, 2009).

Esta fragilidade e a limitação na rotina hospitalar da enfermagem intensiva no Brasil mostra a preocupação quanto ao papel do enfermeiro frente à gestão do conhecimento e aos cuidados. Por outro lado, o estudo abrange a vontade dos profissionais envolvidos em buscar o conhecimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e os processos a ele inerentes, pois acreditam que melhorias ao serviço podem ser evidentes tais como: bom relacionamento com a equipe de enfermagem, empenho de todos na participação do estudo, amplo conhecimento nos processos utilizados e interesse de todos os profissionais no

cuidado direto com o paciente (Amante; Rossetto; Schneider, 2009). Alguns documentos defendem a importância das ações do Enfermeiro em definir os cuidados direcionados ao diagnóstico biomédico na UTI, com a alegação de que existe maior prevalência de alterações dos domínios fisiológicos em pacientes críticos.

Este indicador foi apresentado durante os grupos de estudos multiprofissionais realizados na unidade de terapia intensiva. A partir disto, novas metodologias podem ser identificadas para que os cuidados estabelecidos pelos enfermeiros sofram de forma positiva um retorno rápido. Entende-se que, esses grupos de estudos, melhoram a acurácia diagnóstica e o raciocínio clínico do Enfermeiro voltado para os aspectos priorizados na assistência (Tannure, 2019). Outra importante competência da enfermagem é a boa base de formação acadêmica, visto que propicia a realização diagnóstica de amplo espectro, aspirando a assertividade dos cuidados e reconhecendo os fatores de riscos associados a ele. Em maior parte, os pacientes críticos na UTI estão sujeitos a vários riscos, não só pelo ambiente onde se encontram, mas também pelos determinantes como: a complexidade tecnológica utilizada, a terapia farmacológica prescrita, o nível de consciência do paciente, o grau de restrição ao leito, entre outros riscos aos quais o paciente fica exposto (Oliveira; Freitas, 2009).

A reafirmação se faz clara, e, assim, é preciso ressaltar que o preparo do enfermeiro é de suma importância para que fatores adversos não impactem diretamente a parte processual da SAE. Em contrapartida, observa-se uma vasta oportunidade no registro das informações nos impressos corporativos, visto que tal fato é verbalizado como esquecido e/ou perdido pelos enfermeiros (Tannure, 2019). De acordo com os documentos, devido às gravidades e complexibilidades apresentadas pelo estado clínico do paciente internado na UTI, ao realizar o diagnóstico, o enfermeiro tende a priorizar os de cunho psicobiológico, a fim de minimizar as respostas apresentadas, não levando em consideração que o indivíduo necessita de um olhar integral, pois as NHB's são inter-relacionadas e fazem parte de um todo, ou seja, se temos o sofrimento e/ou alterações em uma delas, todas as outras são diretamente impactadas.

Na literatura pouco se disserta sobre o trabalho voltado às condições psicossociais e/ou psicoespirituais, mesmo sendo levantados problemas de enfermagem como: dificuldades de comunicação, expressão, isolamento social, ansiedade, sofrimento espiritual e outras necessidades inerentes ao seu estado que também precisam ser trabalhadas. Para melhoria da visão clara e precisa o enfermeiro tem o dever de conhecer as características e especificidades do cuidado em seu setor e ter uma atuação voltada ao olhar clínico e crítico, essa é uma das competências que tem que ser trabalhada nas grades curriculares desde o preparo acadêmico dos discentes na área de saúde até os cursos de atualização dos atuantes intensivistas ou na pós-graduação, reforçando que a gestão do cuidar necessita a abrangência do ser humano por completo, incluindo os aspectos biológicos, valores culturais, históricos e sociais somados aos de caráter emocional, espiritual e econômico que permeiam o indivíduo (Chianca; LIMA; SALGADO, 2012; Salgado; CHIANCA, 2011; Tannure, 2014).

As enfermeiras participantes dos estudos apresentados nos documentos atestam que o déficit de planejamento do cuidado no diz respeito ao estado psico-social-espiritual dos pacientes intensivos se dá devido às dificuldades voltadas ao conhecimento das ferramentas de gerenciamento na luz da enfermagem, às oportunidades de registros fidedignos nos documentos existentes na unidade, ao preparo técnico do enfermeiro quanto aos D.E e às I.E (NIC) e à criação de POP's (Protocolo Operacional Padrão) para otimização de tempo, elaboração de software que consiga consolidar, cruzar e implementar cuidados customizados para os pacientes críticos, auxiliando, então, no crescimento da identidade profissional do enfermeiro, na melhor gestão de recursos e no favorecimento de investimentos dos profissionais na busca por intervenções baseadas em evidências claras e objetivas (FERREIRA *et al*, 2016; Paganin *et al*, 2010).

Esse déficit de preparo impacta o tempo de conclusão de todas as etapas do PE que varia de 17,4 a 40 minutos. Essas variações são compreendidas como aceitas, pois existem fatores internos que impactam diretamente neste indicador, tais como a interrupção de outros profissionais durante o processo de coleta de dados e planejamento do cuidado, a necessidade de realização de processos ou

procedimentos que são privativos do enfermeiro, ausência de dados nos prontuários dos pacientes transferidos de outras unidades de internação, atendimento telefônico, resolução de dúvidas de familiares e equipe, intercorrências com os outros clientes internados e em casos isolados e de tratar problemas de escala quando não teve o devido dimensionamento ou falta de recurso de pessoal Enfermeiro nas unidades para os processos burocráticos da unidade.

Com isso, a literatura aponta a importância da informatização do histórico, da evolução e prescrição de enfermagem para aperfeiçoar tempo e da centralização das informações com o foco de melhoria no tempo de conclusão de todas as Etapas do P.E (Almeida *et al*, 2012). Tendo posto, a partir dos resultados apresentados nos documentos, 92,3% dos achados discorrem acerca do despreparo técnico do enfermeiro quanto ao planejamento da SAE na unidade de terapia intensiva. 69,2% revelam lacunas na aplicação em algumas ou em todas as etapas do P.E voltadas ao paciente em atenção extrema. 53,8% destacam a Visão Clínica do enfermeiro declinada para os cuidados acerca do diagnóstico médico ou fisiológico do paciente não abrangendo aspectos importantes apresentados de forma subjetiva durante o período de hospitalização do cliente crítico.

42,3% levantam questões de deficiência na formação acadêmica ou na educação continuada dentro das instituições pesquisadas. 30,8% apresentam as I. E's voltados para as NHB's no âmbito primário, ou seja, aponta que a recuperação psicobiológica não tem contemplado o indivíduo integralmente. 23,1% dissertam em torno de oportunidades existentes quanto ao pensamento crítico do enfermeiro, evidenciando que este em estado de privação acarretará riscos nos cuidados prescritos e executados para recuperação total do assistido. Contudo, os estudos demonstram que o Processo de Enfermagem, por vezes, não se contempla em sua totalidade e que sua definição teórica é confundida com a SAE, sendo isso um desafio para os enfermeiros atuantes e alunos, sobretudo em relação à distinção genuína dos conceitos e ao entendimento da inter-relação entre eles, favorecendo a lógica do saber aplicada diretamente ao fazer enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho pontuou-se as concepções e práticas do cuidado de enfermagem frente aos pacientes críticos em unidade de terapia intensiva, tendo como enfoque a atuação do enfermeiro e sua aptidão holística para a assistência no que tange ao planejamento, execução e gerenciamento das etapas. Com isso, possibilitou-se entender a necessidade da polivalência do enfermeiro na atuação em unidades de tratamentos críticos, devido a sua complexibilidade, levantando questionamentos quanto à ineficiência e/ou ausência da aplicabilidade do P.E aos pacientes em cuidados críticos, destacando lacunas nos passos de Diagnósticos de Enfermagem. A literatura justifica como insuficiente a base de conhecimento acadêmico em relação à sapiência dos diagnósticos existentes e possíveis a serem trabalhados na unidade, destacando-se a aplicação das classificações em maior parte para os D. E's em domínios de Segurança/Proteção e Eliminação e Troca.

Quanto ao Planejamento das Intervenções os artigos apresentam alegações frente ao déficit da acurácia no planejamento das intervenções. Observa-se que as I. E's voltadas com maior frequência para a reestabilização dos processos biológicos e, ocasionalmente, para recuperação psico e social possuem lacunas, visto que os estudos não retratam I. E's direcionadas para o âmbito espiritual e cultural. São fatores comprovados cientificamente como indispensáveis e essenciais para a recuperação do pacientes em UTI. A partir desse estudo, conclui-se que é preciso viabilizar e estruturar ferramentas para minimizar incompreensões sobre o papel do enfermeiro frente ao cuidado do paciente crítico, ampliando a visão quanto a abrangência e aplicação da SAE na UTI e as melhorias na execução de todos os estágios do P.E, revogando, assim, as impressões negativas dos profissionais atuantes, possibilitando, então, a garantia do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. de. A et al. Tempo despendido na execução do processo de enfermagem em um centro de tratamento intensivo. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 292-296, 2012.

AMANTE, L. N; ROSSETTO, A. P; SCHNEIDER, D. G. Sistematización de la asistencia de enfermería en una unidad de terapia intensiva basada en la Teoría de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

ARAÚJO, T. M. de. et al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 671-676, 2011.

BISPO, M. de. M. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 357-362, 2016.

BRAGA, C. G. da.; SILVA, J.S. **Teorias da Enfermagem**. 1ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

BRASIL. Brasília-DF. **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009**, 15 de outubro de 2009. MANOEL CARLOS NERI DA SILVA COREN-RO nº 63.592 Presidente GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE COREN-SC nº. 25.336 Primeiro-Secretário. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 02 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 551/GM, de 13 de abril de 2005. **Requisitos Comuns para Unidades de Terapia Intensiva de Adultos do Mercosul**. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0551_13_04_2005.html: Acesso em: 02 mar. 2020.

CARNEIRO, T. M; SILVA, I. A. S. Diagnósticos de enfermagem para o paciente com necrólise epidérmica tóxica: estudo de caso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 72-76, 2012.

CHANES, M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem Descomplicada**. 1ª.ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

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

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1983.

CROSSETTI, M. G. O.; GOUVEIA, G. K. D. B. **O pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**. 1ª. ed. São Paulo: Novas Edições Acadêmicas, 2015.

FERREIRA, A. M. et al. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 285, 2016.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HORTA, W. de. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 1974.

OLIVEIRA, M. F. de; FREITAS, M. C. de. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 343-348, 2009.

PAGANIN, A. et al. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 307-313, 2010.

POKORSKI, S. et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 302-307, 2009.

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

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **SAE**: sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TANNURE, M. C; SALGADO, P. de. O; CHIANCA, T. C. M. Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA Internacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 972-978, 2014.

Enviado: Novembro, 2019.

Aprovado: Março, 2020.