

ERIKA CHRISTIANE MAROCCO DURAN

VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA *DELIRIUM* EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING INTERVENTIONS AND ACTIVITIES VALIDATION OF THE
NURSING DIAGNOSIS RISK FOR *DELIRIUM* IN INPATIENTS AT INTENSIVE
CARE UNITS

CAMPINAS

2021

ERIKA CHRISTIANE MAROCCO DURAN

VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA *DELIRIUM* EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING INTERVENTIONS AND ACTIVITIES VALIDATION OF THE
NURSING DIAGNOSIS RISK FOR *DELIRIUM* IN INPATIENTS AT INTENSIVE
CARE UNITS

Projeto apresentado à chamada CNPq N°
04/2021 Bolsas de Produtividade em
Pesquisa, na Categoria 2

CAMPINAS

2021

Erika Christiane Marocco Duran

Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de
Campinas – FEnf - UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem da UNICAMP.

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária.

CEP 13083-887 - Campinas, SP - Brasil

Telefone: (19) 35218824

e-mail: erikacmduran@gmail.com

Currículo Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0145864721568698>

RESUMO

Introdução: O *delirium* é definido como perturbação conjunta da atenção, consciência e cognição, desenvolvendo-se em breve período (horas ou dias), oscilando quanto a gravidade ao longo do dia, sendo resultado de alguma alteração fisiológica. Apresenta incidência entre 3,6 até 68%, resulta em maior tempo de permanência hospitalar, custos, eventos adversos, institucionalização, pior evolução clínica, maior risco de readmissão, reoperação, piora do declínio cognitivo e funcional, maior tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva e aumento do tempo de ventilação mecânica. Em investigação realizada, anteriormente, foi elaborado o Diagnóstico de Enfermagem “Risco para *delirium*” e evidenciado que 30,4% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva apresentaram o desfecho *delirium*. Para efetivo plano de cuidados tem-se o Processo de Enfermagem, instrumento de gestão da assistência, que direciona a tomada de decisões acuradas acerca dos fenômenos identificados frente às necessidades de cuidados dos pacientes (diagnósticos), dos cuidados que se quer alcançar (resultados) e dos cuidados para atender àquelas necessidades, considerando esses resultados desejáveis (intervenções). Salienta-se que a proposição de novo diagnóstico de enfermagem na taxonomia da classificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA Internacional exige que resultados de enfermagem e intervenções de enfermagem, em linguagem padronizada, sejam oferecidos. **Objetivo:** Validar as intervenções e atividades de enfermagem do diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Estudo metodológico, longitudinal, a se realizar em três fases distintas como proposto pela literatura: revisão integrativa da literatura, análise de conteúdo por especialistas e validação clínica. Por meio da revisão da literatura será identificado o conhecimento produzido sobre intervenções, atividades e resultados de enfermagem para pacientes com *delirium* internados, presentes na literatura, pertencentes à Classificação das Intervenções de Enfermagem e Classificação dos Resultados de Enfermagem, bem como as que não pertencem ao sistema de linguagem padronizada. A revisão integrativa subsidiará as demais etapas desse estudo de validação. A análise de conteúdo ocorrerá com a avaliação, por enfermeiros especialistas, das intervenções e atividades de enfermagem e sua correlação com os resultados de enfermagem provenientes dos achados da revisão integrativa, por meio de grupo focal. Nessa etapa será identificada a relevância/representatividade das intervenções e atividades de enfermagem para a população estudada e destas com os resultados de enfermagem e seus indicadores. Será realizada a taxa de concordância entre os especialistas pelo índice de validação de conteúdo, sendo 0,8 considerada a pontuação de corte. A validação clínica será realizada com pacientes internados com o diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* internados em unidade de terapia intensiva adulto de hospital universitário, com no mínimo 24 horas de internação. Os pacientes serão acompanhados até o desfecho final, ou seja, cessação do diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium*, alta hospitalar, transferência externa ou óbito. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável e sua equipe de pesquisa por meio de levantamento de dados do prontuário e avaliação do paciente mediante exame físico, inferência diagnóstica para determinar a presença ou a ausência do diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* e, posterior, identificação ou aplicação das atividades de enfermagem que compõem cada intervenção de enfermagem com correspondente resultado de enfermagem e seus indicadores. Os pacientes serão avaliados uma vez ao dia, diariamente. Serão utilizadas as medidas de acurácia sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo e considerados bons os valores acima de 0,500 pelo poder de discriminação. A efetividade das atividades de enfermagem será

avaliada por meio de associações entre o desfecho efetividade e as atividades de enfermagem serão avaliadas por meio do teste Qui-quadrado. Se os pressupostos do teste Qui-quadrado não forem atendidos, será aplicado o teste exato de Fisher. Posteriormente será construído um modelo de regressão Poisson com variância robusta, considerando as atividades de enfermagem como variáveis independentes e o desfecho de efetividade como variável dependente. Nos resultados serão apresentadas as estimativas obtidas de razão de prevalências, assim como os seus respectivos intervalos de confiança e p-valores.

Descritores: Processo de Enfermagem. Terminologia Padronizada em Enfermagem. Estudo de Validação. Delírio. Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract

Introduction: Delirium is defined as a disturbance of consciousness, attention, cognition and perception developing in short time (hours or days), fluctuating in severity throughout the day, resulting in some physiological change. It has an incidence between 3.6 and 68%, resulting in longer hospital stays, cost increase, adverse events, institutionalization, worse clinical evolution, higher risk of readmission, reoperation, functional and cognitive decline, longer intensive care unit length of stay, and increased time of mechanical ventilation. In a previous investigation, was elaborated the Nursing Diagnosis “Risk for *delirium*” and evidenced that 30.4% of patients admitted to the intensive care unit had the outcome delirium. For effective Care Plan there is the Nursing Process, care management instrument, directing accurate decision-making about the phenomena identified in relation to the care needs of patients (Nursing Diagnosis), healthcare that you aim to achieve (Nursing Outcomes) and healthcare to assist those needs, considering these desired results (Nursing Interventions). It should be noted that the proposition of a new Nursing Diagnosis in the NANDA International taxonomy classification’s requires that Nursing Outcomes and Nursing Interventions, in standardized languages, be offered. **Aims:** To validate the Nursing Interventions and Activities of the ND “Risk for *delirium*” in patients admitted to the Intensive Care Unit. **Method:** This is a Methodological study and longitudinal, to be carried out in three distinct phases as proposed by the literature: integrative literature review, content analysis by experts and clinical validation. Through the literature review, will be identified the knowledge produced about nursing interventions, activities and outcomes for inpatients with delirium that are present in the literature belonging to the of Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification, as well as not belonging to the standardized language system. The literature review will support the remaining steps of this validation study. The content analysis will occur with the evaluation, by specialist nurses, of nursing interventions and activities and their correlation with the nursing results from the findings of the integrative review, through a focus group. In this stage, the relevance / representativeness of nursing interventions and activities for the studied population will be identified and these with the nursing results and their indicators. The rate of agreement between experts will be performed using the content validation index, with 0.8 being considered the cut-off score. The clinical validation will be performed with patients admitted with the nursing diagnosis Risk for *delirium* admitted to an intensive care unit of a university hospital, adults, with at least 24 hours of hospitalization. The patients will be followed up until the final outcome, that is, cessation of the Risk for *delirium*, hospital discharge, external transfer or death. The data collection will be carried out by the responsible researcher and her research team through data collection from medical records and patient evaluation through physical examination, diagnostic inference to determine the presence or absence of nursing diagnosis Risk for *delirium* and, later, identification or application of nursing activities that make up each nursing intervention with corresponding nursing outcomes and indicators. The patients will be evaluated once a day, daily. Measures of accuracy, sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value will be used and values above 0.500 are considered good by the power of discrimination. The effectiveness of nursing activities will be assessed through associations between the outcome effectiveness and nursing activities will be assessed using the Chi-square test. If the assumptions of the Chi-square test are not met, Fisher's exact test will be applied. Subsequently, a Poisson regression model with robust variance will be constructed, considering nursing activities as independent variables and the outcome of effectiveness as a dependent variable. The results will show the

estimates obtained from the prevalence ratio, as well as their respective confidence intervals and p-values.

Descriptors: Nursing Process. Standardized Nursing Terminology. Validation Study. Delirium. Intensive Care Units.

SUMÁRIO

1.Introdução.....	09
2. Objetivos.....	22
2.1. Objetivo Geral	22
2.2. Objetivos Específicos	22
3. Método.....	23
3.1. Revisão Integrativa da Literatura	23
3.2. Análise de Conteúdo por Especialistas.....	24
3.3. Validação Clínica	28
4. Cronograma	32
5. Orçamento	33
6. Resultados Esperados	34
7. Relevância e Impacto do Projeto	36
8. Compilação Sucinta das Atividades de Pesquisa Desenvolvidas	39
9. Referências	48
Anexo 1	60
Anexo 2	61
Apêndice I.....	62
Apêndice II.....	63
Apêndice III.....	66
Apêndice IV.....	67

1. Introdução

O *delirium* ou disfunção cerebral aguda é um transtorno neurocognitivo que se desenvolve em um curto período de tempo (horas ou poucos dias), com mudança da atenção e da consciência basal, tendendo a oscilar, quanto à gravidade, ao longo do dia; configura-se como uma alteração neurocognitiva aguda. É caracterizado por distúrbio da consciência, menor orientação para o ambiente, flutuação do estado mental e capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção. Inclui também, perturbação adicional na cognição, linguagem, capacidade visuoespacial, percepção, déficit de memória e desorientação⁽¹⁾.

Também é descrito como síndrome orgânico-cerebral, resultante de uma agressão biológica ao cérebro, podendo dificultar sua funcionalidade. Contudo, as características que definem o *delirium* podem ser encontradas na literatura como sinônimo da definição clínica de confusão aguda, causando equívocos na utilização destes termos. Os dois conceitos não devem ser compreendidos como sinônimos, visto que a confusão aguda é uma condição clínica ampla, que pode envolver um grande conjunto de situações, incluindo o *delirium*^(2,3).

O termo confusão aguda é muito utilizado por enfermeiros, porém não apresenta uma definição padronizada, sendo descrito em termos distintos, na tentativa de demonstrar a ocorrência do mesmo fenômeno. Na apresentação destes termos, a confusão aguda está associada ao “início súbito”, com “curso flutuante”, de “duração breve”, sendo o curso flutuante a única condição comum entre as definições dos estudos que abordam a confusão aguda, “alterações no nível da consciência”, “perturbações da cognição”, “diminuição da atenção”, “pensamento perturbado”, “aparecimento súbito” e “perturbação do comportamento”, evidenciando a amplitude deste fenômeno⁽⁴⁾.

Além desses termos, a Confusão Aguda, como fenômeno de enfermagem, também pode ser definida como “Distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que surgem em um período de tempo breve, com duração inferior a três meses”, tendo como características definidoras (CD) a agitação, alteração na função cognitiva, alteração na função psicomotora, alteração no nível de consciência, alucinações, incapacidade de iniciar comportamento voltado à uma meta, incapacidade de iniciar um comportamento intencional, inquietação, percepções incorretas, seguimento insuficiente de comportamento intencional e seguimento insuficiente de comportamento voltado a uma meta. O paciente pode apresentar apenas uma dessas

características, sendo suficiente para a presença do diagnóstico, demonstrando a abrangência do conceito⁽⁵⁾.

Já os fatores que contribuem para o referido fenômeno de enfermagem, fatores relacionados, são abuso de substâncias, alteração no ciclo sono-vigília, desidratação, desnutrição, dor, mobilidade prejudicada, privação sensorial, retenção urinária e uso inadequado de contenção. A população em risco engloba história de acidente vascular encefálico, idade maior ou igual a 60 anos e sexo masculino. Agente farmacêutico, alteração na função cognitiva, *Delirium*, demência, função metabólica prejudicada e infecção figuram como condições associadas, ou seja, condições que não podem ser modificadas de maneira independente pelo enfermeiro⁽⁵⁾.

Diante desse contexto, ressalta-se que o *delirium* possui critérios específicos para sua identificação, que o diferencia da confusão aguda, uma vez que o paciente necessita apresentar conjuntamente, perturbação da atenção, da consciência e da cognição, com desenvolvimento em um breve período de tempo, oscilando quanto a gravidade ao longo do dia, sendo resultado de alguma alteração fisiológica⁽¹⁾. Assim, a inadequação na utilização dos termos *delirium* e confusão aguda, dificulta a identificação do primeiro, de seus fatores de risco (FR) específicos e a implementação de ações preventivas aos indivíduos em risco^(2,3).

O *delirium* pode ser subdividido quanto ao nível de alerta do paciente em hipoativo, hiperativo ou misto. No hiperativo, a atividade psicomotora é acompanhada de oscilações do humor, agitação e/ ou recusa em colaborar com os cuidados, agressividade, ilusões ou alucinações visuais e discurso não coerente. Já no hipoativo, ocorre a diminuição da atividade psicomotora, a qual pode estar acompanhada de lentidão ou letargia se aproximando do estupor, manifestando-se também por meio da hipersonolência e pouca expressão afetiva. No nível misto de atividade, o indivíduo mantém a atividade psicomotora normal, porém com perturbação da atenção e percepção^(1,3,6).

A fisiopatologia do *delirium* ainda não está completamente definida e, provavelmente, seja resultado de diferentes mecanismos patogênicos que podem levar à diminuição do metabolismo oxidativo cerebral e à falência da transmissão colinérgica. A principal hipótese está relacionada à alteração da concentração de neurotransmissores como acetilcolina, serotonina, dopamina, noradrenalina e ácido gama-aminobutírico (GABA). O aumento da secreção de citocinas e sua elevada liberação na presença do estresse crônico resultam em inflamação, complementando a hipótese atual⁽⁷⁾. A

dopamina é apontada como contribuinte, uma vez que está interligada à regulação da acetilcolina, já as citocinas elevadas aumentam a permeabilidade da barreira hematoencefálica, alterando a neurotransmissão⁽⁸⁾.

O *delirium* representa a disfunção neurológica mais incidente em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), variando, de acordo com a população estudada, de 31,8% até 83,3%^(6,9,10,11,12), com incidência de 83,3% nos pacientes em Ventilação Mecânica (VM) de UTI geral⁽¹²⁾, 73% nos pacientes em UTI cirúrgica⁽⁶⁾, 67 % em UTI pós-trauma⁽⁶⁾, 38,8% em unidade cirúrgica e cardiocirúrgica⁽¹¹⁾ e 31,8% em unidade clínico-cirúrgica⁽⁹⁾, elucidando a grande diferença entre as incidências encontradas. O subtipo hipoativo ocorre em até 64% e oito a cada 10 pacientes em VM podem desenvolver esta disfunção^(6,9,10,11,12).

Quando utilizada avaliação clínica subjetiva, sem a utilização de método específico e sistematizado de rastreio para o *delirium* ou avaliação clínica direcionada pela American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5), o *delirium* pode não ser adequadamente identificado e tratado, sendo subdiagnosticado em até 72 % dos casos, principalmente quanto ao subtipo hipoativo^(10,11). Este subtipo está mais relacionado ao tempo prolongado de internação e desenvolvimento de lesões por pressão⁽¹³⁾.

Pode ser desencadeado por apenas um FR isolado, porém, frequentemente, é considerado como uma condição multifatorial e, na maioria dos casos, apresenta a interrelação de fatores predisponentes e precipitantes para seu surgimento. Os fatores predisponentes correspondem à vulnerabilidade do indivíduo, já os precipitantes são os eventos nocivos, presentes durante a internação, que podem contribuir para o seu desenvolvimento⁽¹⁴⁾.

Alguns fatores predisponentes relatados na literatura nacional e internacional são idade (> 65 anos), gravidade da condição, tabagismo, etilismo, uso de drogas, hipertensão, desidratação, comprometimento cognitivo prévio e deficiência visual/auditiva. Já os precipitantes são descritos como dias elevados de internação, uso de sedativos e analgésicos, restrição mecânica, dispositivos invasivos, alteração do sono, VM, dor, desnutrição e fatores ambientais como luz artificial, ruídos e rodízio de profissionais^(9-11,14-16). Os valores elevados de ureia, creatinina e leucócitos são possíveis fatores contribuintes, uma vez que podem causar alterações neurológicas^(1,9).

A presença do *delirium* é apontada como responsável pelo aumento do tempo de permanência na UTI, internação hospitalar prolongada, perda de dispositivos invasivos,

elevação dos custos e maior índice de mortalidade. Está associada ao declínio funcional e elevação da institucionalização dos indivíduos^(1,17).

Para seu rastreamento na UTI, alguns instrumentos podem ser utilizados, como o Confusion Assessment Method Intensive Care Unit (CAM-ICU), o Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), Cognitive Test for Delirium, Nursing Delirium Screening Scale e o Delirium Detection Score, elencados como os mais aplicados. Destaca-se o CAM-ICU e o ICDSC uma vez que contemplam a definição de *delirium* de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a International Classification of Diseases (ICD), sendo os mais validados e confiáveis para pacientes adultos em UTI^(18,19).

O CAM-ICU foi desenvolvido para ser utilizado em pacientes muito graves e em VM, situações em que o Confusion Assessment Method (CAM) não consegue ser aplicado. Possui sensibilidade geral de 72,5% e especificidade de 96,2% considerando-se o instrumento validado para o português do Brasil. Composto por quatro itens, avalia a mudança aguda ou flutuação do estado mental (característica 1), desatenção (característica 2), desorganização de pensamento (característica 3) e nível de consciência alterado (recurso 4)⁽²⁰⁾.

Sua aplicação pode demorar de dois a cinco minutos e colabora com a avaliação clínica objetiva, facilitando o rastreamento do *delirium*, auxiliando medidas terapêuticas e preventivas adequadas^(6,12,17,21). A utilização desse instrumento por enfermeiros pode favorecer a diminuição da subnotificação dos casos em até 60% dos pacientes, com critérios determinantes de *delirium*⁽¹⁰⁾.

A utilização do CAM-ICU deve ser considerada um indicador de assistência, elucidando qualidade do cuidado e segurança do paciente, direcionando e uniformizando os cuidados, além de contribuir para a diminuição da incidência de eventos adversos e auxiliar na indicação adequada de contenção mecânica e química. Esta ferramenta permite que os profissionais da saúde identifiquem o *delirium*, principalmente o hipoativo, diminuindo sua subnotificação^(10,17).

Quando a incidência do *delirium* em determinada população é conhecida, a identificação de seus FR torna-se relevante, para que ações sistematizadas sejam implementadas, objetivando sua diminuição. A equipe de enfermagem atua no cuidado direto ao paciente, sendo de extrema relevância para identificação dos FR e implementação de ações preventivas⁽²¹⁾.

Para gerenciar o *delirium* na UTI recomenda-se a interrupção diária da sedação ou um alvo de sedação leve em pacientes adultos, ventilados mecanicamente; a promoção do sono, otimizando o ambiente dos pacientes, usando estratégias para controlar a luz e o ruído; o agrupamento das atividades de cuidado; a diminuição dos estímulos à noite para proteger os ciclos de sono e a movimentação precoce no leito⁽¹⁹⁾.

A sistematização das ações exercidas pelo enfermeiro em relação à resposta humana do indivíduo vulnerável ao *delirium* deve ser realizada, idealmente, por meio do Processo de Enfermagem (PE) que consiste em uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Contempla cinco etapas, quais sejam: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem⁽²³⁾.

O DE, segunda etapa do PE, consiste em um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde ou processos de vida ou vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. Pode ser direcionado a um problema, um estado de promoção da saúde ou de risco potencial, sendo o diagnóstico de risco um julgamento clínico a respeito da vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a condições de saúde ou processos de vida. Um diagnóstico de risco pode ser o de maior prioridade a um paciente, uma vez que as ações sobre os fatores que determinam essa vulnerabilidade podem sofrer intervenções⁽⁵⁾. Ressalta-se que essas definições compõem um sistema de classificação de enfermagem específico para DE.

Os sistemas de classificação de enfermagem proporcionam uma linguagem padronizada para o cuidado e a descrição clínica de enfermagem. Existem diversos sistemas de classificação e seu desenvolvimento está relacionado a alguma etapa do PE. Os mais conhecidos e utilizados, principalmente na área hospitalar, são a classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação de intervenções de enfermagem – Nursing Interventions Classification (NIC) e Classificação de resultados de enfermagem – Nursing Outcomes Classification (NOC)⁽²⁴⁾.

Enfatiza-se que o risco para *delirium* é determinado pela identificação dos FRs específicos do paciente e sua resposta individual frente a cada fator. Dependendo dessa resposta, o enfermeiro realiza seu julgamento clínico e a inferência diagnóstica sobre esta vulnerabilidade, baseado no aporte científico da NANDA-I. De acordo com a

combinação entre os FR predisponentes e precipitantes, o indivíduo terá uma resposta diferenciada, apontando para um diagnóstico de enfermagem de risco e ações preventivas direcionadas⁽⁵⁾.

Diante do apresentado, foi desenvolvido, por meio de pesquisa nível mestrado, estudo de coorte que objetivou elaborar o diagnóstico de enfermagem de risco para *delirium*, além de identificar os fatores de risco para o *delirium* por meio de revisão integrativa da literatura, construir as definições conceituais e operacionais dos FR para *delirium*, realizar a análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais dos FR para *delirium* por meio de grupo focal, verificar a incidência do *delirium* de pacientes internados em uma UTI adulto geral de um hospital público de ensino, identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do *delirium* em uma UTI adulto geral de um hospital público de ensino, analisar o *delirium* como alteração cognitiva aguda específica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e construir um modelo de predição de risco de desenvolvimento de *delirium* a partir das variáveis selecionadas⁽²⁵⁾.

Investigação realizada em quatro fases, quais sejam, revisão integrativa da literatura (RI) que teve por objetivo identificar os FR do *delirium* em pacientes internados em ambiente hospitalar e construir suas definições conceituais e operacionais; análise de conteúdo das definições conceituais e operacionais dos FR para *delirium*; identificação do desfecho *delirium* em pacientes internados em uma UTI (validação clínica) e elaboração do DE Risco para *delirium*⁽²⁵⁾.

A primeira fase, RI, resultou em amostra de 78 artigos publicados entre os anos de 1993 a 2018, todos em periódicos de circulação internacional, 1,29% (n=1)⁽²⁷⁾ de autoria de pesquisadores brasileiros publicado no idioma inglês incluído nos 93,6%(n=73) ^(28,29,30-34,35-40,41-50,51-67,68-74) e 6,4% (n=5) em Espanhol; 91,02% (n=71) ^(28,29-33, 35-40, 41-49, 50-64, 66-70, 72, 75-99) com delineamento metodológico de estudo de coorte prospectivo e nível de evidência IV⁽⁹⁹⁾; 25,64% (n=20) analisaram a incidência do *delirium*, exclusivamente, em pacientes de UTI, e evidenciaram variação de 3,6-59% ^(28,36,42,44,52,53,58,61,62,66,68,70,71,77,79-99), sendo que a maior incidência se refere ao estudo junto à pacientes de UTI pós-trauma⁽⁵²⁾, no qual foram identificados 35 FR.

Os FR foram subdivididos em predisponentes (comprometimento cognitivo, comprometimento funcional, menor tempo de estudo, histórico de *delirium*, tabagismo, comorbidade, sexo masculino, idade maior ou igual a 60 anos, demência, alteração de perfusão tissular, alteração da acuidade visual, desidratação, hipoalbuminemia, escore

ASA maior que três, abuso de álcool, gravidade do paciente e alteração crônica da função renal) e precipitantes (dor, infecção, polimedicação, agente farmacológico, dispositivos invasivos, ventilação mecânica, alteração da função renal, tempo do procedimento anestésico-cirúrgico, restrição física, alteração de perfusão tissular, dias de internação na UTI, desidratação, deficiência nutricional, anemia, alteração na qualidade e quantidade do sono, sedimentação de eritrócitos e transfusão sanguínea)⁽²⁶⁻⁹⁹⁾.

Salienta-se que os artigos subsidiaram tanto a identificação dos FR para *delirium* quanto a construção de suas definições conceituais e operacionais⁽²⁵⁾.

Na etapa de análise de conteúdo, com a utilização da técnica do grupo focal, os especialistas julgaram os resultados obtidos por meio da RI, especialmente, as definições conceituais e operacionais dos FR quanto a redação e conteúdo (relevância, abrangência e compreensibilidade). Além disso, proporcionou discussão e sugestões sobre outras formas de agrupamentos destes FR. Nessa etapa obteve-se as definições conceituais e operacionais finais dos FR que serviram de base para a etapa de validação clínica⁽²⁵⁾.

A validação clínica corresponde à terceira etapa da elaboração do DE Risco para *delirium* que identificou a incidência do *delirium* e seus FR mais preditivos. Ressaltou-se que as medidas de acurácia foram realizadas para os FR, uma vez que são componentes do enunciado do DE e, portanto, são elementos que contribuem para a presença ou ausência do fenômeno de enfermagem e subsidiam o desenvolvimento de intervenções e atividades de enfermagem⁽²⁵⁾.

Foram incluídos 102 pacientes, dos quais 30,4% (n=31) apresentaram *delirium*. A idade mínima da amostra foi de 18 anos e a máxima 86 anos, com média de 54 anos e Desvio Padrão (DP) de 15,4 anos; 53,92% (n=55) do sexo masculino; 50,00% (n=55) com causa primária de internação cardíaca e 59,80% (n=61) dos pacientes com internação clínica. Dentre os FR identificados na literatura, não foi possível avaliar o comprometimento cognitivo do paciente, pois a elevada gravidade desta população, não permitiu a aplicação do Mini Mental Status Exame (MMSE), sendo este o mais utilizado para avaliação da cognição. Além desse, a sedimentação de eritrócitos avaliada por meio da velocidade de hemossedimentação (VHS) não é coletada, rotineiramente, pelo local do estudo⁽²⁵⁾.

A associação foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis consideradas características clínicas, ou seja, APACHE, ASA, SOFA, escala de coma

de Glasgow, valor do nitrogênio urêmico, tempo de estudo do paciente, polimedicação, valor de hemoglobina, pressão arterial média (PAM), creatinina, proteína C-reativa (PCR), Albumina e da taxa de filtração glomerular (TFG) relacionadas ao desenvolvimento do *delirium*⁽²⁵⁾.

Estes dados clínicos, também auxiliaram na determinação da presença dos FR previamente identificados na literatura. O APACHE e SOFA subsidiaram a determinação do FR “gravidade do paciente”; o valor de American Society of Anesthesiology (ASA) em “ASA maior que 3”; Glasgow, PCR e Leucócitos em “infecção”; Barthel em “comprometimento funcional”; Medicamentos prévios e Charson em “comorbidade”; presença de dor em “dor”; polimedicação em “polimedicação”; horas de cirurgia em “tempo do procedimento anestésico-cirúrgico”; creatinina e TFG para “alteração da função renal”; hemoglobina em “anemia”; nitrogênio urêmico em “desidratação”, tempo de Estudo em “menor tempo de estudo”; albumina em “hipoalbuminemia” e PAM em “alteração de perfusão tissular”⁽²⁵⁾.

Os FR foram subdivididos, nessa etapa de validação, em predisponentes e precipitantes, sendo predisponentes o comprometimento funcional, menor tempo de estudo, histórico de *delirium*, tabagismo, comorbidade, sexo masculino, idade maior ou igual a 60 anos, alteração de perfusão tissular, alteração da acuidade visual, desidratação, hipoalbuminemia, escore ASA maior que três, abuso de álcool e gravidade do paciente. Neste estudo, a alteração da função renal foi analisada apenas como precipitante, pois os dados obtidos não foram suficientes para diferenciar essa alteração em crônica ou aguda⁽²⁵⁾.

Para determinação da acurácia foi considerado como preditivo do desfecho (*delirium*), aqueles FR cuja sensibilidade foi maior que 0,6, pois quanto mais sensível um fator, maior a chance de o evento estar presente, na presença deste FR. Dessa forma, os FR predisponentes considerados preditivos do *delirium* foram hipoalbuminemia, escore ASA maior que três, gravidade do paciente, alteração da perfusão tissular, desidratação e sexo masculino. Os precipitantes mais preditivos foram restrição física, infecção, agente farmacológico (destacando-se os inibidores de prótons e os analgésicos), polimedicação, anemia, dias de UTI, alteração da função renal, desidratação, dispositivos invasivos (> 2), alteração da perfusão tissular, alteração na qualidade e quantidade do sono e tempo do procedimento anestésico-cirúrgico⁽²⁵⁾.

Após a identificação dos FR mais preditivos, segue-se a elaboração da proposta do DE de risco com o objetivo de contemplar o maior número de indivíduos/populações

e não somente os pacientes na UTI. Salientou-se que a validação dos FR em populações específicas evidencia os fatores mais preditivos do desfecho naquela população, auxiliando em ações preventivas direcionadas⁽²⁵⁾.

Subsidiado pelas etapas anteriores, propôs-se o DE de risco contemplando o título, definição, FR, população em risco e condições associadas. A relação dos fatores predisponentes e precipitantes ao *delirium* possibilita a identificação de resposta humana de vulnerabilidade em determinada população de risco e permite a implementação de intervenções de enfermagem direcionadas, objetivando sua prevenção⁽⁵⁾.

O título do DE elaborado foi “Risco para *delirium*” definido por vulnerabilidade conjunta de alteração da atenção, consciência e cognição, com desenvolvimento em um breve período de tempo (horas ou dias), oscilando quanto à gravidade ao longo do dia, sendo resultado de alguma alteração fisiológica. Os FR para a população em geral foram dor, polimedicação, dispositivos invasivos, ventilação mecânica, tempo do procedimento anestésico-cirúrgico, restrição física, alteração de perfusão tissular, desidratação, deficiência nutricional, alteração na qualidade e quantidade do sono, alteração da acuidade visual e gravidade do paciente. A população em risco abrangeu idade maior ou igual a 60 anos, sexo masculino e menor tempo de estudo. Tabagismo, demência, hipoalbuminemia, alteração crônica da função renal, comprometimento cognitivo, comprometimento funcional, histórico de *delirium*, comorbidades, score ASA maior que três, abuso de álcool, infecção, agente farmacológico, alteração da função renal, dias de internação na UTI, anemia, sedimentação de eritrócitos e transfusão sanguínea compuseram as condições associadas⁽²⁵⁾.

Referindo-se à população de pacientes internados em UTI, os FR assumem outra conformidade, ou seja, diferente estruturação se propôs com gravidade do paciente, alteração da perfusão tissular, desidratação, restrição física, polimedicação, dispositivos invasivos (> 2), alteração na qualidade e quantidade do sono e tempo do procedimento anestésico-cirúrgico. Como população de risco evidenciou-se o sexo masculino e como condições associadas hipoalbuminemia, score ASA maior que três, infecção, agente farmacológico, anemia, dias de UTI e alteração da função renal⁽²⁵⁾.

Ressalta-se que o DE “Risco para *delirium*” encontra-se em elaboração da submissão para o processo de análise para aceitação de diagnósticos novos na terminologia da NANDA-I junto ao Comitê de Desenvolvimento de Diagnósticos da NANDA-I (DDC)⁽⁵⁾.

Dessa forma, é imprescindível que o planejamento e implementações de ações preventivas, principalmente na presença dos FR mais preditivos do *delirium*, no contexto da população de terapia intensiva, seja elaborado. Além disso, as ações preventivas devem apresentar caráter multifatorial, para que seus resultados de enfermagem sejam alcançados, visto o padrão multifatorial do próprio *delirium*⁽²⁵⁾.

Nesse contexto, a terceira etapa do PE engloba a identificação de resultados de enfermagem e proposição de intervenções e resultados de enfermagem baseadas nos componentes do enunciado do DE. A tomada de decisão acurada deve se direcionar para os fenômenos de enfermagem identificados frente às necessidades de cuidados dos pacientes (diagnósticos), os cuidados que se quer alcançar (resultados) e os melhores cuidados para atender àquelas necessidades (intervenções), considerando esses resultados desejáveis⁽¹⁰²⁾. Sendo assim, após a realização da inferência diagnóstica, o enfermeiro identifica os Resultados de Enfermagem (RE) que pretende alcançar com o cuidado e então seleciona as Intervenções de Enfermagem (IE) apropriadas, subsidiados pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽²⁴⁾.

A estrutura taxonômica da NOC foi desenvolvida pelo projeto Iowa Intervention Project que objetivou criar uma estrutura de três níveis similares àquela desenvolvida para a NIC. A primeira publicação, de 1998, continha 197 resultados. A taxonomia da NOC compondo a classificação foi publicada pela primeira vez na segunda edição, de 2000, e contemplava sete domínios, 29 classes e 260 resultados. A terceira edição, em 2004, apresentava sete domínios 31 classes e 330 resultados; na quarta, em 2008, houve um incremento nos resultados (385) mantendo-se número de classes e domínios, quinta conta com sete domínios, 32 classes e 490 resultados e atualmente encontra-se em sua sexta edição com versão traduzida ao português em 2020⁽¹⁰²⁾.

A taxonomia da NOC é padronizada para resultados sensíveis à enfermagem com o objetivo de verificar alterações na condição do paciente após uma intervenção. Cada resultado apresenta uma definição, uma escala de mensuração, uma lista de indicadores associados ao conceito e referência de apoio⁽¹⁰²⁾.

Um resultado sensível à enfermagem pode ser definido como um estado, comportamentos ou percepção do paciente, em resposta ao cuidado prestado. Cada RE possui uma escala Likert de cinco pontos para avaliar os indicadores listados que permite a mensuração, em qualquer ponto de um continuum, de modo que o quinto ponto reflita a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado,

facilitando a identificação de alterações do seu estado, por meio de diferentes pontuações, ao longo do tempo. O uso da NOC possibilita, dessa maneira, o acompanhamento da evolução do estado do paciente, sendo possível identificar a melhora, a piora e a manutenção durante um período de cuidado⁽¹⁰²⁾.

Salienta-se que a publicação da taxonomia abrange, também, uma sessão de ligações NOC e Diagnósticos da NANDA-I que apresenta uma lista de resultados direcionados às avaliações dos DE⁽¹⁰²⁾.

A NIC, elaborada pelos membros do mesmo projeto da NOC Iowa Intervention Project, da Universidade Norte-Americana de Iowa teve início em 1987 e a primeira edição publicada em 1992, porém somente sua terceira edição foi traduzida ao português, em 2004⁽¹⁰³⁾.

A sexta edição publicada em 2016, é estruturada em sete domínios, 30 classes, 554 intervenções de Enfermagem e mais de 12 mil atividades/ações e a sua edição atual foi traduzida ao português em 2020. Intervenções de enfermagem (IE) referem-se a qualquer cuidado, embasado no julgamento e conhecimento clínico do enfermeiro, fundamentado cientificamente, efetuada e conjecturada para o benefício do paciente e em resposta a um diagnóstico de enfermagem potenciais ou reais⁽¹⁰³⁾.

As intervenções de enfermagem (IE) possuem um título, uma definição e uma lista de atividades propostas e a distinção entre intervenção e atividades de enfermagem (AE) se faz imprescindível para a compreensão desta classificação de enfermagem⁽¹⁰³⁾.

As IE são aplicadas pelo enfermeiro com base em julgamento e conhecimento clínico e envolvem tanto a assistência direta como indireta. Ao passo que, as AE representam a ação, focando nas condutas específicas que serão realizadas para implementação de uma intervenção^(24,103).

A seleção acurada da IE e, conseqüente, escolha adequada das AE impacta diretamente no sucesso do PE e do tratamento do paciente, uma vez que a IE é o elo entre a descoberta do problema (DE) e o alcance do resultado esperado⁽¹⁰³⁾.

A seção de ligações entre as intervenções da NIC e os diagnósticos da NANDA-I facilita a lógica do diagnóstico e a tomada de decisão clínica do profissional de enfermagem, uma vez que identifica as IE que constituem as opções de tratamento para a resolução de um DE⁽¹⁰³⁾.

A vulnerabilidade do indivíduo ao *delirium* consiste em fatores predisponentes que, na maioria das vezes, não são passíveis de modificação durante a internação, porém o enfermeiro é capaz de planejar intervenções que objetivam a diminuição de sua

intensificação e precipitantes que são passíveis de prevenção de forma independente ou conjunta com a equipe de saúde responsável pelos cuidados ao paciente. Com isso, aqueles indivíduos com o maior número de fatores predisponentes necessitam de ações preventivas mais intensas^(7,19).

Em relação aos fatores predisponentes, o enfermeiro deve executar e propor atividades terapêuticas, para diminuir a deterioração cognitiva, adequar a hidratação, nutrição e minimizar a perda sensorial, por meio da estimulação da utilização de óculos^(7,19,104).

Já sobre os fatores predisponentes, as ações devem estar direcionadas a orientação do indivíduo quanto ao tempo e espaço, por meio de calendários, relógios e objetos familiares, mobilização precoce do leito; planejamento das atividades de cuidado para permitir melhora na qualidade do sono (coordenar os horários para administração de medicamentos, obtenção de sinais vitais e realização de procedimentos); diminuição do ruído e iluminação adequada para um ambiente calmo e confortável; estimulação de adequada hidratação e nutrição durante a internação, atendendo às necessidades de cada paciente e abolição das restrições físicas^(7,19,104).

A presença da família é apontada como uma ação preventiva ao *delirium*, uma vez que auxilia na diminuição do estresse do paciente, ansiedade e estimula a participação desse indivíduo em seu próprio cuidado, contribuindo para a sua conexão com o ambiente. Contudo, poucas unidades no Brasil permitem e estimulam a presença da família e conseqüente humanização do cuidado no ambiente de terapia intensiva. Assim, torna-se evidente a discussão deste tópico dentro do ambiente hospitalar, sobretudo na terapia intensiva^(104,105).

Destaca-se que a elaboração e identificação de IE e suas atividades baseiam-se, especialmente, nos fatores de risco do DE de risco e os resultados de enfermagem em seu título. Dessa forma, as IE apresentadas pela literatura necessitam estabelecer correlação com os resultados de enfermagem e seus indicadores, considerando os sistemas de linguagem padronizada para a enfermagem.

Este conjunto de ações intelectuais, quando confiáveis e válidas, é imperativo para a eficácia da enfermagem e para a pesquisa de efetividade, a fim de proporcionar um incremento para a prática fundamentada em evidências. Ademais, as classificações NANDA-I, NIC e NOC necessitam serem exploradas e, profundamente, estudadas, atingindo o objetivo de aperfeiçoamento, legitimação e maior eficiência no planejamento assistencial e utilização de recursos dos estudos de validação⁽¹⁰⁶⁾.

Os estudos que determinam o benefício ou validade dos RE, IE/AE ainda são escassos, e os métodos utilizados para sua validação, sejam os tradicionais, como a técnica Delphi e Fehring, ou avançados, como as equações de estimativas generalizadas e árvores de decisão, foram estruturados para DE, não havendo metodologias padrão para o processo de validação dos RE e IE/AE^(107,108).

O processo de validação dos DE é emprestado para as demais taxonomias e figura como um recurso para contribuir com a redução da variabilidade presente nas situações clínicas e auxiliar na identificação acurada do DE, RE, IE e AE⁽¹⁰⁷⁾.

Diante desse contexto, ressalta-se que quando o DE é aceito para publicação e inclusão na taxonomia da classificação de DE da NANDA-I, há necessidade de que RE e IE, em linguagem padronizada, ou seja, NOC e NIC sejam oferecidos⁽⁵⁾.

Dessa forma, indaga-se quais os resultados de enfermagem e intervenções e atividades de enfermagem são preditivos para pacientes com DE Risco para *delirium* em pacientes internados em unidade de terapia intensiva?

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

- Validar as intervenções e atividades de enfermagem do DE Risco para *delirium* em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar os resultados, intervenções e atividades de enfermagem para pacientes com *delirium* internados, por meio de revisão integrativa da literatura;
- Estabelecer a correlação dos resultados, intervenções e atividades de enfermagem com a NOC e NIC;
- Propor resultados, intervenções e atividades de enfermagem para pacientes com *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva;
- Realizar análise de conteúdo, por especialistas, das intervenções e atividades de enfermagem para pacientes com *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva e suas correlações com os resultados de enfermagem;
- Realizar validação clínica das intervenções e atividades para pacientes com DE Risco para *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva, por meio de medidas de acurácia e verificação da efetividade.

3. Métodos

Estudo metodológico, longitudinal, a se realizar em três fases distintas como proposto pela literatura^(107,109,110): revisão integrativa da literatura, análise de conteúdo por especialistas e validação clínica.

3.1. Revisão Integrativa da Literatura

A Revisão Integrativa (RI) da literatura permite a obtenção de fontes de conhecimento sobre determinada situação, deve ser realizada seguindo padrões metodológicos rigorosos, fornecendo ao leitor subsídios para a prática e avanço da enfermagem^(111,112).

A RI tem como objetivo identificar o conhecimento produzido sobre intervenções, atividades e resultados de enfermagem para pacientes com *delirium* internados que estão presentes na literatura pertencentes ao sistema de classificação NIC e NOC, bem como as que não pertencem ao sistema de linguagem padronizada. A RI subsidiará as demais etapas desse estudo de validação.

Para tanto, a pergunta norteadora deste estudo será: “Quais os resultados de enfermagem (metas) e intervenções e atividades de enfermagem (medidas de enfermagem preventivas) são evidenciados na literatura para *delirium* em pacientes internados?”.

Para sua elaboração será seguida a diretriz Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA⁽¹⁰⁰⁾, percorrendo as etapas: identificação do tema ou questionamento; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos e apresentação da RI⁽¹¹³⁾.

As bases de dados utilizadas para pesquisa serão *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via *Pubmed*), *Biblioteca Cochrane - Metanálise / Medicina Baseada em Evidências* (Cochrane), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Scopus®, fontes relevantes para a área da saúde.

Serão utilizados *Medical Subject Headings Terms* (MeSH), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave conforme a base de dados pesquisada. Ressalta-se que, em cada base, cada descritor pode precisar do acompanhamento de seus

respectivos sinônimos. Para o cruzamento dos descritores serão utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND”.

Os critérios de inclusão serão artigos com pacientes adultos internados em instituição hospitalar, estudos que utilizaram instrumento de rastreamento específico para identificação do *delirium*, relacionaram os resultados de enfermagem (metas) e/ou intervenções de enfermagem e/ou atividades de enfermagem com o surgimento do *delirium*, publicados em idioma inglês, português ou espanhol e sem limite temporal para data de publicação.

Os critérios de exclusão serão artigos em formatos de editoriais, cartas ao leitor, resumos de congressos, artigos de revisão e relatos de casos clínicos.

Após a leitura dos resumos e a recuperação dos trabalhos na íntegra, serão selecionados os artigos e para a extração dos dados será realizado o fichamento, baseando-se no instrumento elaborado e validado por Ursi⁽¹¹⁴⁾ (Anexo 1).

Quanto à avaliação, os artigos serão classificados segundo o nível de evidência, que representa a força e a qualidade da evidência, refletindo o quanto o resultado apresentado é confiável. O método para essa avaliação está baseado no delineamento da investigação, sendo utilizados os níveis de evidência de Oxford, onde a classificação é realizada em cinco níveis, 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 e 5, sendo os trabalhos científicos e o relato de casos o menor nível de evidência e a metanálise ou trabalhos com randomização o maior⁽¹¹⁵⁾ (Anexo 2).

3.2. Análise de Conteúdo por Especialistas

A análise de conteúdo (AC) ocorrerá com a avaliação por enfermeiros especialistas das intervenções e atividades de enfermagem e sua correlação com os resultados de enfermagem provenientes dos achados da RI. Para tanto, será utilizada a técnica de Grupo Focal (GF).

O GF é uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio de interações em grupo⁽¹¹⁶⁾. Desde os anos 80, têm sido largamente utilizado para o desenvolvimento de pesquisas em saúde, educação em saúde, implementação e avaliação de programas, entre outros⁽¹¹⁷⁾.

É adotado, prioritariamente, em pesquisas explorativas ou avaliativas, propiciando que a técnica seja uma das principais fontes de dados, ou uma técnica complementar em pesquisas quantitativas⁽¹¹⁸⁾. Ressalta-se que é uma ferramenta

interessante na otimização do tempo e utilização de baixos investimentos de recursos financeiros para coleta dos dados^(118,119).

Outro benefício, é que o cerne do GF é a interação grupal para produção de dados e reflexões, que de forma individualizada poderiam não ser obtidos, uma vez que, as interações interpessoais propiciam uma rica observação de ideias novas e originais, além da obtenção pelo pesquisador, de conhecimentos diretos em relação às atitudes, expressões orais e corporais dos participantes⁽¹²⁰⁾. Ainda, o fato de que a interação entre os membros do grupo diminui a interação entre o moderador e os participantes, pode diminuir a interferência do pesquisador sobre o processo de entrevista, reduzindo a influência do entrevistador nos sujeitos de pesquisa⁽¹¹⁷⁾.

A utilização desse método é particularmente recomendada quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, uma vez que, a discussão grupal é efetiva para fornecer informações sobre o que as pessoas pensam, sentem ou, ainda, sobre a forma como agem^(119,121).

O GF é adotado, prioritariamente, em pesquisas explorativas ou avaliativas, propiciando que a técnica seja uma das principais fontes de dados, ou uma técnica complementar em pesquisas quantitativas⁽¹¹⁸⁾.

O processo de aplicação do GF pode ser compreendido seguindo os passos metodológicos: planejamento, condução das sessões e análise dos dados⁽¹¹⁹⁾. Como indicado pelo método, o GF conta com um moderador e um observador^(118,120). O moderador, nessa investigação, será a pesquisadora principal e tem a responsabilidade de facilitar a interação e estimular a atenção do grupo para o foco, evitando distorções e perda dos objetivos em relação ao assunto em questão⁽¹²⁰⁾. Enquanto, o observador, membro do grupo de pesquisa, ficará encarregado por captar demais informações comportamentais, para posteriormente, contribuir com o moderador na análise dos dados obtidos⁽¹¹⁷⁾.

A busca por especialistas será realizada por meio de indicação de pesquisadores e enfermeiros, método bola de neve, e em visitas às Unidades de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana (UCO) e UTI Pós-Operatória (UTIPO) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Os especialistas receberão o convite por e-mail (Apêndice I), junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), a ficha de caracterização dos especialistas (Apêndice III) e o instrumento de avaliação das intervenções e

atividades de enfermagem e suas correlações com os resultados de enfermagem obtidos na etapa de RI, a ser construído após a primeira etapa do estudo.

Para seleção dos enfermeiros especialistas serão seguidos os critérios de Guimarães *et. al.*⁽¹²²⁾, onde é proposto que o especialista atinja uma pontuação mínima de cinco pontos para ser inserido na amostra. Em suma, esses critérios levam em consideração a formação acadêmica, ou seja, o conhecimento teórico e a experiência clínica sobre o tema estudado⁽¹²²⁾.

O quadro 1 apresenta os critérios que serão utilizados.

Quadro 1: Critérios de Guimarães *et. al.*⁽¹²²⁾ para seleção dos especialistas. Campinas, SP – 2020.

Critérios para seleção de especialistas	Pontuação
Experiência clínica, de pelo menos quatro anos, na área de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem (obrigatória)	04
Experiência, de pelo menos um ano, em ensino clínico na área de Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem	01
Experiência em pesquisa com artigos publicados na área de Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem em revistas de referência	01
Participação de pelo menos dois anos em um grupo de pesquisa na área de Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem	01
Doutorado em enfermagem na área de Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem	02
Mestrado em enfermagem na área de Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem	01
Residência de enfermagem na área de Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem	01

Conforme orientado pelos autores⁽¹²²⁾, será acrescido um ponto para cada ano de experiência que o especialista apresentar, nas áreas clínica e de ensino. Frente a isso, os enfermeiros serão classificados em três grupos: “Juniors” os que alcançaram até cinco pontos; “Masters”; os que alcançaram de seis a vinte pontos; e “Sêniors” os que alcançaram mais de vinte pontos.

Espera-se a participação de, pelo menos, cinco especialistas. Ressalta-se que este número de participantes em GF está respaldado pela literatura⁽¹²³⁻¹²⁷⁾

Os especialistas avaliarão três aspectos das IE e AE: 1. O título e a definição da IE; 2. As AE quanto a sua relação com a população em estudo e aos critérios de relevância (capacidade da AE ser consistente para a população), clareza (capacidade da

AE ser inteligível, expressando uma única ideia) e precisão (capacidade da AE estar presente de forma contínua, exatidão da presença na população)⁽¹²⁸⁾; 3. A correlação da aplicação da IE e AE com os RE e seus indicadores.

Enfatiza-se que na operacionalização no GF, tanto na recepção dos especialistas quanto no preenchimento do roteiro de avaliação, serão transmitidas as orientações para o desenvolvimento da atividade, bem como se procederá a assinatura do TCLE (Apêndice IV). Tais esclarecimentos também atendem às recomendações da Resolução nº 466/2012, previstas para pesquisas envolvendo seres humanos.

Ao término da coleta, os dados das fichas de categorização da amostra serão digitados e analisados por meio de estatística descritiva para obtenção de frequências, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão - DP) por meio do *Statistical Package for Social Sciences*® 20.0.

O método selecionado para a análise dos dados que serão obtidos por meio do GF será o índice de validação de conteúdo (IVC). O IVC é um método amplamente utilizado nos estudos da área da saúde e consiste no cálculo da proporção de especialistas que concordam sobre um determinado item.

Para avaliar a relevância/representatividade das IE e AE para a população estudada e destas com os RE, as repostas serão codificadas em uma escala tipo likert composta por quatro pontuações, onde: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo; 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4 = item relevante ou representativo.

O cálculo da taxa de concordância entre os especialistas será realizado com base na seguinte fórmula: $IVC = \text{número de respostas "3" ou "4"} / \text{número total de respostas}$ ⁵⁰. Foi estipulada como pontuação de corte um valor de 0,8.

É importante destacar que o julgamento dos especialistas pode exigir dois momentos distintos de análise e, portanto, gerar duas análises de IVC. O primeiro momento se refere à análise dos resultados, intervenções e atividades de enfermagem e suas correlações evidenciadas na RI, originando um IVC, chamado de IVC inicial. O segundo momento se refere ao julgamento dos especialistas, após a discussão sobre elementos que, inicialmente, não foram considerados válidos e precisaram sofrer alterações como adequação semântica, inclusão em outro elemento (quando uma atividade já está contemplada em outra atividade apresentada) e até exclusão desse elemento. Nesse último tem-se o IVC final.

O conhecimento produzido no grupo focal dará subsídio para o desenvolvimento da próxima etapa, a validação clínica.

3.3. Validação Clínica

Estudo metodológico, longitudinal, imprescindível para a identificação da(s) IE e AE que melhor expressa(m) a sensibilidade, a predição e a efetividade para os pacientes com DE Risco para *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva.

O local de estudo será um hospital público de ensino do estado de São Paulo, o Hospital de Clínicas (HC), que faz parte do complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um hospital de grande porte e alta complexidade, com atendimento em 44 especialidades médicas, capacidade para cerca de 1000 atendimentos ambulatoriais e de emergência por dia, bem como uma média de 40 cirurgias diárias e 5000 exames laboratoriais por dia. Possui 410 leitos de internação, sendo 51 distribuídos na UTI- Adulto, a qual é subdividida em Unidade Coronariana Cardíaca (seis leitos), Unidade de tratamento Intensivo (20 leitos) e Unidade Pós-Operatória (25 leitos), que será o local de coleta de dados.

O cálculo do tamanho amostral será determinado, considerando a recomendação da iniciativa COSMIN para avaliação das medidas de acurácia⁽⁷¹⁾. De acordo com essa recomendação são necessários pelo menos 30 sujeitos no grupo com o menor número de sujeitos para a amostra ser considerada de tamanho adequado⁽¹³²⁾. Para a realização dos cálculos amostrais será utilizado o software G*Power 3.1.9.2^(133,134).

Os critérios de inclusão serão pacientes internados nas unidades de terapia intensiva; maiores de 18 anos; com, no mínimo, 24 horas de internação e com diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* e excluídos aqueles que, por meio de escala específica The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) estiverem em sedação profunda. Os pacientes serão acompanhados até o desfecho final, ou seja, cessação DE Risco para *delirium*, alta hospitalar, transferência externa ou óbito.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável e sua equipe de pesquisa por meio de levantamento de dados do prontuário e avaliação do paciente mediante exame físico, inferência diagnóstica para determinar a presença ou a ausência do DE Risco para *delirium* e, posterior, identificação ou aplicação das atividades de

enfermagem que compõe cada intervenção de enfermagem com correspondente resultado de enfermagem e seus indicadores.

Para a coleta dos dados será utilizado instrumento contendo a caracterização da população e a identificação do fenômeno de enfermagem e outro que apresente as AE pertencentes às IE e sua correlação com os indicadores dos RE. Para cada AE identificada ou aplicada (ou grupos de atividades) haverá um resultado esperado baseado nos indicadores da NOC. Este delineamento será obtido por meio da primeira e segunda etapa do processo de validação, respectivamente, Revisão Integrativa (RI) da literatura que evidenciou os RE, IE e AE que serão correlacionadas à NOC e NIC e validação desses durante a análise de dados. Salienta-se que os achados que não estabelecerem correspondência com as classificações de enfermagem citadas, serão incluídos, já na etapa de Análise de Conteúdo. Ressalta-se que os dados que compõem os instrumentos serão subsidiados pela RI e Análise de Conteúdo (AC) por especialistas por meio de Grupo Focal (GF) e elaborados posteriormente.

A coleta será realizada diariamente, a cada 24 horas, a partir das 24 horas de internação do paciente nas unidades de terapia intensiva. O paciente e/ou responsável será abordado no período de visita (11h-12h ou 16-17h) para aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente após esta autorização as avaliações serão iniciadas. O paciente será orientado sobre o procedimento em todas as ocasiões.

Os pesquisadores avaliarão apenas um paciente, com uma avaliação diária. A identificação do referido DE será identificada AE já realizada que corresponde a uma ação para o DE Risco para *delirium* e serão realizadas as AE que compõem a IE. Salienta-se que a equipe de enfermagem será informada, anteriormente, sobre os procedimentos de coleta de dados como também orientada para a execução de AE pertinentes ao fenômeno de enfermagem. Ressalta-se que as AE que não estiverem presentes no prontuário do paciente serão registradas pelos membros da equipe de pesquisadores e pesquisador principal, com anuência do enfermeiro do plantão.

O paciente será avaliado a cada 24 horas, ou seja, será realizada a evolução de enfermagem. Nesse momento será verificada a eficácia ou não da AE ou conjunto de AE, aplicadas a partir da IE, em outras palavras, será avaliado se o resultado esperado foi atingido. A avaliação será composta pelas denominações melhorado, mantido, piorado ou resolvido em relação aos RE e seus indicadores e as IE e AE ou grupos de AE.

Os dados serão compilados e analisados, descritivamente, utilizando-se o Software Excel[®] (2016) e para realização dos testes estatísticos utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences[®] 23.0.

Para as medidas de acurácia sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) serão considerados bons os valores acima de 0,500 pelo poder de discriminação.

Dessa forma, S é a probabilidade da identificação correta de uma AE da IE quando de fato é eficaz para a resolução do DE, E é a probabilidade da identificação correta da ausência de uma AE da IE quando de fato ela não é eficaz para a resolução do DE, VPP é a probabilidade da presença da AE da IE estar realmente presente quando o DE é resolvido (resultado é positivo) e VPN é a probabilidade da AE da IE não estar presente quando o DE não é resolvido (resultado é negativo)⁽¹⁰⁷⁾.

Para fins de análise estatística, as medidas de acurácia serão relacionadas aos desfechos, onde, “DE resolvido ou mantido” e “alta/transferência com melhora ou melhorado” serão classificadas como categoria 1, desfecho satisfatório; “alta/transferência com piora” e “piorado” serão classificadas como categoria 2, desfecho não satisfatório.

Para este estudo será realizada a adaptação do método de análise de acurácia para validar DE⁽¹⁰⁷⁾. Considerando que a IE possui diversas AE, e quando uma IE é selecionada deve-se avaliar quais AE serão empregadas, compreende-se que existem AE que são sensíveis para uma determinada população, e que o êxito da IE dependerá da seleção das AE que serão aplicadas. Portanto, frente a esse raciocínio, e na busca por um método avançado para a realização da validação clínica de IE e AE para o DE Risco para *delirium*, considerou-se a verificação das medidas de acurácia voltada para o desfecho dos RE e seus indicadores das AE que serão aplicadas nos pacientes.

Será avaliada a efetividade das AE por meio de associações entre o desfecho efetividade e as atividades de enfermagem serão avaliadas por meio do teste Qui-quadrado⁽¹²⁹⁾. Se os pressupostos do teste Qui-quadrado não forem atendidos, será aplicado o teste exato de Fisher⁽¹³⁰⁾.

Posteriormente será construído um modelo de regressão Poisson com variância robusta⁽¹³¹⁾, considerando as AE como variáveis independentes e o desfecho de efetividade como variável dependente. Nos resultados serão apresentadas as estimativas obtidas de razão de prevalências, assim como os seus respectivos intervalos de confiança e p-valores.

O nível de significância a ser adotado nas análises será igual a 5%. O software SAS 9.4 será utilizado para realização das análises.

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas.

4. Cronograma

Atividades	1º Sem 2022	2º Sem 2022	1º Sem 2023	2º Sem 2023	1º Sem 2024	2º Sem 2024
Revisão da Literatura	X	X	X	X	X	X
Identificação das IE, AE e RE	X	X				
Análise de Conteúdo			X			
Validação Clínica				X	X	
Análise de Dados					X	
Relatório Final					X	X
Envio do Relatório Final						X

5. Orçamento

Segue planejamento orçamentário inicial previsto. Salienta-se que é um projeto inédito, sendo assim, não houve submissão para nenhum outro órgão de fomento à pesquisa.

MATERIAL/SERVIÇOS	VALOR
Material permanente (computador, licenças de software e impressora)	R\$ 5.000,00
Material de escritório (papel A4, impressões, fotocópias, canetas)	R\$ 500,00
Serviços de terceiros: taxas de submissão a revistas	R\$ 1.000,00
Serviços de terceiros: versões de artigos em Inglês e Espanhol	R\$ 3.000,00
Deslocamento do pesquisador e de especialistas	R\$ 1.000,00
Total	R\$ 10.500,00

6. Resultados Esperados

O Processo de Enfermagem configura o corpo de conhecimento próprio da enfermagem e reflete o aparato científico e tecnológico do enfermeiro que, por meio de coleta de dados, julgamento clínico e raciocínio crítico, identificam resultados de enfermagem e intervenções e atividades de enfermagem que propiciam uma assistência qualificada e acurada ao paciente, família e comunidade.

Nesse contexto, o plano de cuidados deve conter os fenômenos de enfermagem prioritários, os resultados e seus indicadores de enfermagem e as intervenções e atividades de enfermagem, utilizando as classificações de enfermagem correspondentes.

Destaca-se que os sistemas de linguagem padronizada da enfermagem necessitam serem submetidos a processos de validação de seus termos para que haja o aperfeiçoamento, legitimidade e redução de variabilidade presentes nas situações clínicas, bem como proposição de novas nomenclaturas e adequações das já existentes.

Nesse contexto, o presente projeto, subsidiado pela investigação de Carvalho⁽²⁵⁾ que elaborou o DE Risco para *delirium*, responde às orientações e direcionamentos da NANDA-I referente à necessidade de oferecimento de resultados e intervenções de enfermagem em linguagem padronizada (NOC, NIC) para que consolide a inserção do DE na taxonomia da classificação de DE⁽⁵⁾.

Dessa forma, os resultados esperados com a presente proposta de investigação são os seguintes:

- Identificação dos resultados, intervenções e atividades de enfermagem para pacientes com *delirium* internados em unidades hospitalares, por meio da revisão integrativa da literatura, que possibilite o aperfeiçoamento do sistema de linguagem padronizada. Salienta-se que a busca na literatura será alicerçada pelo desfecho *delirium*, uma vez que o DE elaborado encontra-se em processo de submissão ao CDC, e as medidas preventivas e resultados podem ser identificados em pesquisas que apresentam o desfecho, fato evidenciado por Carvalho⁽²⁵⁾;
- Estabelecimento de correlação efetiva dos resultados, intervenções e atividades de enfermagem com a NOC e NIC, estabelecendo e possibilitando, inclusive, a ligação NANDA-I, NIC, NOC (NNN);
- Proposição de resultados, intervenções e atividades de enfermagem para pacientes com *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva;

- Validação da proposição de resultados, intervenções e atividades de enfermagem para pacientes com *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva na etapa de análise de conteúdo com discussão aprofundada e Índice de Validação de Conteúdo Final igual ou maior que 0,8;
- Identificação do DE Risco para *delirium* nos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva;
- Apresentação do DE Risco para *delirium* para enfermeiros dos postos da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas;
- Validação clínica das intervenções e atividades para pacientes com DE Risco para *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva subsidiados pelos resultados de enfermagem e seus indicadores, ou seja, que as intervenções e atividades ou grupo de atividades sejam sensíveis ao desfecho dos resultados de enfermagem e indicadores, conseqüentemente, à evolução do DE;
- Incremento do plano de cuidado de enfermagem aos pacientes com DE Risco para *delirium* internados em Unidade de Terapia Intensiva;
- Contribuição para a prática clínica do enfermeiro.

Ressalta-se que os resultados dessa investigação serão apresentados à Diretoria de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Universidade Estadual de Campinas e a divulgação em reuniões de discussão clínica focadas no Processo de Enfermagem pela Comissão de Processo de Enfermagem da referido instituição de saúde, da qual sou membro.

A validação das intervenções e atividades de enfermagem, subsidiadas pelo desfecho dos resultados de enfermagem e seus indicadores e identificação da efetividade das intervenções e atividades de enfermagem, poderá proporcionar a estruturação de instrumento de identificação do *delirium*, bem como seus fatores de risco, para que a assistência multiprofissional seja direcionada e acurada.

7. Relevância e impacto do projeto para o desenvolvimento científico, tecnológico ou de inovação

O projeto Estudo de Validação das Classificações de Enfermagem da Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Enfermagem e Saúde no Cuidado do Adulto e Idoso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – PPGEnf/Fenf-UNICAMP vem sendo desenvolvido desde 2012.

Salienta-se que Classificações de Enfermagem é um assunto que tem mobilizado enfermeiros na produção deste saber, uma vez que consolida seu corpo de conhecimento próprio, o Processo de Enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem, os resultados e as intervenções de enfermagem adequadas, acuradas e efetivas contribuem para a comunicação eficiente dos enfermeiros, bem como a qualidade de vida dos indivíduos, família, grupo e comunidade. No intuito de aprimorar este conhecimento, o objetivo do projeto é validar estas classificações de enfermagem, bem como identificar sua aplicabilidade.

Nesse contexto, a produção do conhecimento apresentada pelo projeto reflete a preocupação com a prática clínica do enfermeiro no que tange à identificação de fenômenos de enfermagem, das propostas de resultados e de atuação da equipe de enfermagem, bem como a instrumentalização para o raciocínio clínico e crítico, no intuito de incrementar a assistência ao paciente, cliente, família e comunidade realizada. Essa produção científica também alicerça a consolidação do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do Cuidar em Enfermagem e Saúde (dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/5178104255310398), sob minha liderança.

Dessa forma, essa investigação apresenta impactos científicos com destaque para o estado da arte sobre Processo de Enfermagem e suas etapas, *Delirium* e Diagnóstico de Enfermagem Risco para *delirium*, resultados e intervenções/atividades de enfermagem para o referido diagnóstico de enfermagem; para a geração de significativo avanço para a assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* internado, especialmente ao paciente internado em unidade de terapia intensiva, uma vez que ocorrerá a identificação da situação atual do cuidado a esses pacientes e a proposta de um incremento ou constatação de cuidado adequado; para o desenvolvimento cognitivo do enfermeiro para o processo diagnóstico; para a criação de novos paradigmas no cuidado de enfermagem com ênfase ao raciocínio

clínico; para a submissão do diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* para a NANDA-I; para a elaboração da proposta NANDA-I, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium* e para o direcionamento de novos estudos de validação por meio da identificação de lacunas da prática baseada em evidências.

Considerando o Processo de Enfermagem uma tecnologia em saúde, os impactos tecnológicos estarão direcionados ao aperfeiçoamento do processo cognitivo de identificação de diagnósticos de enfermagem que subsidiará as outras etapas de cuidado, que exige tanto dos estudantes, uma vez que a proponente desenvolve atividades de docência em Universidade Pública, quanto dos profissionais competência de nível elevado por meio da metacognição que abrange monitorização do sistema cognitivo e emocional e ao incremento do sistema informatizado do Processo de Enfermagem do Hospital de Clínicas que se encontra em fase de aperfeiçoamento para a implementação com a inserção de termos que subsidiem o raciocínio clínico do enfermeiro no que se refere aos fatores de risco, resultados e ações para os pacientes com o diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium*, o que também tonará mais robusto os achados da aplicabilidade do referido diagnóstico de enfermagem, além de fornecer subsídios para a mensuração dos gastos com recursos materiais e humanos na assistência de enfermagem desses pacientes.

As inovações englobam os aspectos científicos e tecnológicos e, também, as especificidades do cuidar, respaldado no conhecimento científico da própria enfermagem com subsídios das outras ciências. O incremento e implementação de instrumento de Processo de Enfermagem englobando os futuros achados da presente investigação direcionará o cuidado de enfermagem, bem como a atualização do sistema informatizado contribuindo para a expansão; a aplicação da acurada intervenção e atividade de enfermagem reduzirá os custos com recursos materiais e otimizará o tempo dos recursos humanos; a redução de prejuízos associados a riscos na identificação do diagnóstico de enfermagem, uma vez que a presente pesquisa poderá proporcionar o desenvolvimento do raciocínio clínico; a conservação do meio ambiente por otimização na utilização de recursos materiais, diminuindo o desperdício e a contribuição para a prática clínica multiprofissional figuram como possíveis inovações que os resultados da investigação poderá proporcionar. Dessa forma contribuirá para a qualidade do cuidado, expansão do conhecimento na área de enfermagem e desenvolvimento de uma prática clínica multiprofissional.

Como tecnologia em saúde, proporcionará o desenvolvimento do raciocínio clínico, essencial para uso dos sistemas informatizados, com possibilidade de redução de custos com recursos materiais, otimização de recursos humanos e redução de prejuízos associados a riscos na identificação dos fenômenos da prática de enfermagem.

Aliado a esse fato, a inovação pela elaboração de uma metodologia específica para a validação de resultados de enfermagem e intervenções e atividades de enfermagem referente aos estudos de validação, auxiliará na qualidade metodológica desses estudos e na acurada assistência ao paciente, cliente, família e comunidade.

Ressalta-se que o Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do Cuidar em Enfermagem e Saúde já produziu tecnologia dentro desse contexto com a publicação do capítulo de livro “Capacitação de enfermeiros para coleta de dados em estudos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem para o Programa de atualização em Diagnóstico de Enfermagem (PRONANDA)” e finalizou, em julho de 2021, o capítulo “A utilização do grupo focal em estudos de validação de sistemas de linguagem padronizada em enfermagem” que se encontra em análise para publicação no mesmo programa.

8. Compilação sucinta das atividades de pesquisa desenvolvidas

O Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do Cuidar em Enfermagem e Saúde (dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/5178104255310398), sob minha liderança, foi criado após a consolidação da linha de Pesquisa de Processo de Cuidar em outro grupo de pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas sobre Gerenciamento da Assistência de Enfermagem (2011). Frente à demanda crescente de estudantes de graduação e pós-graduação na procura de conhecimento para refinamento e proposição de componentes de classificações sobre Diagnóstico, Resultados e Intervenções de Enfermagem para o cuidar sistematizado aos indivíduos, famílias ou comunidades, nos diversos âmbitos de cuidado à saúde, este grupo foi criado, abarcando também estudantes de iniciação científica de graduação e do ensino médio. Dessa forma, e com a consolidação por meio da produção oriunda dos trabalhos de conclusão de curso, pesquisas, publicações em periódicos nacionais e internacionais indexados e pela participação em eventos nacionais e internacionais é que os membros ampliam a divulgação e os estudos na temática das etapas.

Nos últimos anos, o projeto Estudo de Validação das Classificações de Enfermagem gerou novos conhecimentos, perspectivas e projeções científicas que foram divulgadas sob a forma de artigos e capítulos de livro em periódicos nacionais e internacionais e editoras nacionais. É importante ressaltar que produções anteriores à institucionalização do referido projeto e do grupo de pesquisa forneceram subsídios para a consolidação científica do grupo de pesquisa.

Em 2012, houve as primeiras elaborações de pesquisas com orientações de mestrado com pesquisas intituladas “Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Náusea em pacientes em tratamento quimioterápico” e “Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Conforto Prejudicado em pacientes em cuidados paliativos”. Já em 2014, ingressou minha primeira orientanda de doutorado que estudou a validação “Classificação para a Prática de Enfermagem”, investigação inédita, intitulada “Análise de acurácia dos indicadores clínicos do Catálogo “Community Nursing” para pacientes hipertensos e diabéticos. As produções referentes a essas investigações estão citadas abaixo, juntamente com seus resumos:

- Oliveira AM, Duran ECM. Content validation of nursing diagnosis: an integrative review. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 9(Supl. 8):9385-92, set., 2015. ISSN 1981-8963.
- Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Conforto Prejudicado em oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem (Online)**, v. 29, p. 115-124, 2016.
- Costa PCP, Ribeiro E, Manzoli JPB, Ferreira RC, Lacerda Botelho M, Duran ECM. Utilização do Subconjunto Terminológico “Enfermagem Comunitária” para usuários hipertensos e/ou diabéticos. **Texto e Contexto**. 2020; 29:e20190279. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0279>.

A busca pela estruturação e consolidação científica proporcionou o estabelecimento de parceria com docentes da própria instituição de execução do projeto, Universidade Estadual de Campinas, e com outras instituições públicas de ensino superior, quais sejam, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ com o desenvolvimento dos estudos Pós-Doutorais, Departamento de Medicina e Enfermagem (DEM) da Universidade Federal de Viçosa, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT-Sinop) e Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo por intermédio de docentes que foram orientandas de doutorado. As produções oriundas dessas parcerias são as seguintes:

- Primo CC, Resende FZ, Garcia TR, Duran ECM, Brandão MAG. Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1, 2017.
- Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain (00132). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 2973, 2017.
- Costa JN da, Botelho ML, Duran ECM, Carmona EV, Oliveira-Kumakura ARS, Lopes MHBM. Conceptual and Operational Definitions for the Nursing Diagnosis - Urinary Retention-. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, p. 1-6, 2017.
- Reis JCC, Botelho MTSL, Correia MDL, Duran ECM. Produção do conhecimento em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, p. 3052-3059, 2018.
- Paes GO, Campos JF, Marinho JS, Duran ECM, Lopes ROP, Brandão MAG. Performance de enfermeiros não peritos na classificação dos indicadores

clínicos do débito cardíaco diminuído. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 1-4, 2018.

- Costa PCP, Duran ECM. Evidências clínicas para hipertensos e diabéticoa na Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, p. 1294-2204, 2018.

- Botelho MTSL, Costa JN, Zuchatti BV, Duran ECM. Definição conceitual do diagnóstico de enfermagem Volume de Líquido Excessivo (00026). **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, p. 1-e242892, 2019.

- Almeida BP, Dias FSB, Cantú PM, Duran ECM, Carmona EV. Atitude dos enfermeiros de um hospital público de ensino quanto ao processo de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. 1, 2019.

Merece destaque a Cooperação Internacional concretizada, em 2020, com a inserção no Programa Institucional de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior (PrInt/CAPES) com o Projeto intitulado Uso de métodos avançados para validação das classificações de enfermagem para pacientes com doenças crônicas, emergentes e trauma e a pesquisa: “Mapeamento cruzado, validação clínica e levantamento de custos dos resultados e intervenções de enfermagem para diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em vítimas de traumatismos múltiplos” em cooperação internacional com a Profa Dra Sue Moorhead da Universidade de Iowa com dois artigos em elaboração.

Ressalta-se a participação como membro da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE), desde 2020, que congrega pesquisadores nacionais e internacionais. Destaca-se a primeira produção realizada em rede:

- Barros ABL, Silva VM, Santana RF, Cavalcante AM, Fortes A, Lucena AF, Napoleão AA, Lopes CT, Primo CC, Carmona EV, Duran ECM, Butcher HK, Lopes JL, Díaz LJR, Cubas MR, Brandão MAG, Lopes MVO, Nóbrega MML, Almeida MA, Souza PA, Butcher RCGS, Jensen R, Silva RS, Morais SCR, Chianca TCM et al. Brazilian Nursing Process Research Network contributions for assistance in the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200798, 2020.

As orientações de pós-graduandos, nível mestrado e doutorado e de iniciação científica de graduandos produziram artigos e capítulos de livros, dos quais se destacam os seguintes:

- Biani JP, Duran ECM. Sleep and nursing care in adults in coronary units: integrative review. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, p. 403-409, 2017.
- Manzoli JPB, Correia MDL, Duran ECM. Definição conceitual e operacional das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. 1, 2018.
- Ferreira RC, Montanari FL, Ribeiro E, Correia MDL, Manzoli JPB, Duran ECM. Elaboração e validação de instrumento de assistência de enfermagem para pacientes em unidades de terapia intensiva. **Revista Cogitare Enfermagem**, 23(4), p. 1-12, 2018.
- Ferreira RC, Duran ECM. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “00085 Mobilidade Física Prejudicada” em vítimas de múltiplos traumas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1-3190, 2019.
- Prado Biani Manzoli J, Dibbern Lopes Correia M, Lacerda Botelho M, Da Silva Begnami NE, Pereira da Costa P, Marocco Duran EC. Diagnostic Accuracy of the Disturbed Sleep Pattern in Patients with Acute Coronary Syndrome. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 00, p. 16530352, 2019.
- Manzoli JPB, Montanari FL, Carvalho LAC, Ferreira RC, Ribeiro E, Duran ECM. Padrão de Sono Prejudicado (000198): análise de conteúdo em pacientes internados com síndrome coronariana aguda. **Texto e Contexto**. (UFSC Impresso), v. 29, p. e20180345, 2020.
- Ribeiro E, Ferreira RC, Montanari FL, Botelho MTSL, Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definition of the components of the nursing diagnosis hypothermia (00006) in the perioperative period. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20190684, 2021.
- Botelho MTSL, Correia MDL, Manzoli JPB, Carvalho LAC, Duran ECM. Árvore de classificação para inferência do diagnóstico de enfermagem Volume de Líquido Excessivo (00026). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03682, 2021.
- Boaventura AP, Santos PA dos, Duran ECM. Conhecimento teórico-prático do enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. **Enfermería Global**, v. 16, p. 182-216, 2017.

- Ribeiro E, Ferraz KMC, Duran ECM. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC (SÃO PAULO)**, v. 22, p. 201-207, 2017.
- Dias LB, Duran ECM. Atitudes dos enfermeiros frente ao Processo de Enfermagem de um hospital público: estudo descritivo. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 1, 2018.
- Dias LB, Duran ECM. Analysis of Nursing Evolutions Contextualized in the Nursing Process. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, p. 2952, 2018.
- Figueiredo LC, Ferreira RC, Duran ECM. Analysis on validation studies of nursing interventions. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 14, p. e244508, 2020.

Dentre os capítulos de livro, destacam-se duas produções que contribuíram para os Estudos de Validação de Diagnóstico de Enfermagem, seja no estado da arte de diagnósticos específicos ou em proposta de metodologia de capacitação de diagnosticadores na coleta de dados na etapa de validação clínica. Além dessas, salienta-se que foi finalizado e submetido para análise, em julho de 2021, o capítulo “A utilização do grupo focal em estudos de validação de sistemas de linguagem padronizada em enfermagem” que apresenta a utilização da técnica de grupo focal para a etapa de análise de conteúdo dos estudos de validação de sistemas de linguagem padronizada em enfermagem.

Enfatiza-se também o convite para redação conjunta de capítulo de livro para editora internacional intitulado “Applications of digital and smart technologies to control SARS-CoV-2 transmission, rapid diagnosis, and monitoring”.

As referências são citadas a seguir:

- Botelho MTSL, Duran ECM. Volume de Líquido Excessivo em pacientes renais crônicos. In: T Heather Herdman; Anamaria Alves Napoleão; Camila Takao Lopes; Viviane Martins Silva. (Org.). PRONANDA Programa de atualização em Diagnóstico de Enfermagem: Ciclo 5. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017, v. 3, p. 33-68.
- Botelho MTSL, Correia MDL, Mazoli JPB, Costa PCP, Duran ECM. Capacitação de enfermeiros para coleta de dados em estudos de validação clínica de diagnóstico de enfermagem. In: T Heather Herdman; Anamaria Alves Napoleão; Camila Takao Lopes; Viviane Martins Silva. (Org.). PRONANDA Programa de atualização em Diagnóstico de Enfermagem: Ciclo 7. 1ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2019, v. 1, p. 135-74.

É importante salientar que dentre os prêmios recebidos destacam-se Primeiro lugar no Eixo Temático Ética, Legislação e Trabalho no 21º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem com a apresentação do trabalho intitulado Análise das Evoluções de Enfermagem contextualizadas no Processo de Enfermagem, em 2018 e Menção Honrosa na IV Mostra Científica ProFIS com a apresentação do trabalho Orientações de Enfermagem para Portadores de Asma: elaboração de material pedagógico, 2019.

O Programa de Formação Interdisciplinar Superior (ProFIS) é um curso de ensino superior da UNICAMP, voltado aos estudantes que cursaram o ensino médio em escolas públicas de Campinas. A seleção de estudantes para as 120 vagas do curso não é feita através do vestibular, mas com base nas notas do ENEM. Para cada escola pública de ensino médio do município de Campinas é garantida uma vaga.

O currículo do ProFIS inclui disciplinas das áreas de ciências humanas, biológicas, exatas e tecnológicas, distribuídas por dois anos de curso. O objetivo é oferecer aos alunos uma visão integrada do mundo contemporâneo, capacitando-os para exercer as mais distintas profissões. Concluído o ProFIS, o aluno pode ingressar, sem vestibular, em um curso de graduação da UNICAMP. Além disso, os formandos recebem um certificado de conclusão de curso sequencial de ensino superior. O ProFIS é um curso formado por 99 créditos, correspondentes a 1485 horas de aula, que podem ser completados em quatro semestres, sendo seis o número máximo de semestres para sua conclusão (<https://www.prg.unicamp.br/profis-3/>).

O projeto Estudo de Validação das Classificações de Enfermagem é composto por pesquisadores (doutores), pós-graduandos e graduandos e há estrutura da equipe de pesquisa que pertence, também, ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do Cuidar em Enfermagem e Saúde que oferecerá apoio ao projeto proposto. Os componentes da equipe de pesquisa são:

- Elenice Valentim Carmona

Graduação e Licenciatura em Enfermagem (1999) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestrado em Enfermagem (2005) pela UNICAMP. Especialização em Enfermagem Obstétrica (2010) pelo Centro Universitário São Camilo. Doutora em Ciências (2012) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-doutorado em Enfermagem Neonatal (2014) pela University of Texas - Health Science Center San Antonio, como bolsista FAPESP. Professora Doutora do Curso de Graduação em Enfermagem, bem como do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e assistência em: saúde da mulher e do recém-nascido; atenção ao recém-nascido de risco e família; aleitamento materno; Processo de enfermagem e

Classificações de Enfermagem. Experiência assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Membro eleito do Diagnosis Development Committee da NANDA-International, gestão 2014-2018. Membro da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE). Líder do Grupo de Pesquisa " Saúde da Mulher e do Recém-nascido", cadastrado no CNPq. <http://lattes.cnpq.br/2163381815519225>.

- Bruna Valentina Zuchatti

Enfermeira. Graduada e Licenciada em Enfermagem na Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP (2013). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia Pelo Instituto Israelita Albert Einstein (2017). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/3632492134799402>.

- Elaine Ribeiro

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (EERP-USP). Pós-Graduada em Administração dos Serviços de Saúde pela Fundação Hermínio Ometto e Pós Graduada em Enfermagem Obstétrica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCC). Atualmente é docente do Centro Universitário de Itapira (UNIESI). Coordenadora do curso de pós-graduação Enfermagem em Centro Cirúrgico: Recuperação Anestésica e Central de Materiais do Centro Universitário Hermínio Ometto de Araras. Docente de graduação do Centro Universitário Hermínio Ometto. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, atuando principalmente nos seguintes temas: Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização, Enfermagem Obstétrica, gerenciamento e hipotermia perioperatória. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/5268332264560844>.

- Juliana Prado Biani Manzoli

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Paulista (2013), Especialização em Docência para o ensino técnico pelo Centro Universitário SENAC (2016) e Mestre Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Faculdade de Enfermagem (Fenf) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2018). Atualmente trabalha como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde da Prefeitura Municipal de Paulínia. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/2683397953772278>.

- Ráisa Camilo Ferreira

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (2016). Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem (PPGEnf) da Faculdade de Enfermagem (Fenf) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2018). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/1321024229115144>.

- Paula Cristina Pereira da Costa

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2007). Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Faculdade de Enfermagem (Fenf) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (2019). Atualmente é Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Processo de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/5313609151724306>.

- Marisa Dibbern Lopes Correia

Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (1999), mestrado em Enfermagem (2006) e doutorado em Ciências da Saúde, área de concentração Cuidado e Inovação Tecnologia em Saúde e Enfermagem (2019), ambos pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é Professor Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem (DEM) da Universidade Federal de Viçosa. Já atuou como enfermeira do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e foi docente dos Cursos de Graduação da Área da Saúde da Faculdade de Jaguariúna. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Terapia Intensiva, Semiologia/Semiotécnica de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: sistematização da assistência de enfermagem, trombose venosa, unidade de terapia intensiva, validação de diagnósticos de enfermagem. Teve participação em duas operações do Projeto Rondon, nos anos de 2007 e 2008, com alunos da UNICAMP. Foi coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFV entre os anos de 2014-2015. É pesquisadora dos Grupos de Pesquisa Grupo de Estudos Interdisciplinares em Saúde (GEIS) e TIESA - Tecnologias e inovações em enfermagem e em saúde, ambos da UFMG e Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Sobre Tecnologias do Cuidar em Enfermagem e Saúde da Unicamp. <http://lattes.cnpq.br/8137406973712589>.

- Micnéias Tatiana de Souza Lacerda Botelho

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Marília (2007). Especialista em Controle de Infecção Hospitalar pela Universidade Estadual de Londrina - UEL (2009). Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT/Cuiabá (2013). Doutora em ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Faculdade de Enfermagem (Fenf) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2019). Atualmente é professora Adjunto II da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT-Sinop), dedicação exclusiva. Tem experiência na área de Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso com doenças crônicas não transmissíveis,

Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Classificações e Diagnóstico de Enfermagem. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/9810079990478399>

- Luciana Aparecida Costa Carvalho

Enfermeira. Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Albert Einstein. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Faculdade de Enfermagem (Fenf) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2019). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/0986033277128581>.

- Natanaellin Eydiane da Silva Begnami

Enfermeira, graduou-se no Centro Universitário Hermínio Ometto - FHO, concluindo nesse Centro Universitário Especialização em Cardiologia e Cuidados Intensivos (2013). Mestre pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2018-2020) e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerenciamento da Assistência de Enfermagem. Docente do curso de graduação em enfermagem da FHO, atualmente coordenadora dos estágios curriculares supervisionados. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/2998974149140159>.

- Fábio Luis Montanari

Enfermeiro. Graduado pela Faculdade de Jaguariúna (2009). Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIRARAS (2011). Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Atualmente exerce cargo de docente no Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ) e no Centro Universitário de Itapira (UNIESI). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Tecnologias do cuidar em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. <http://lattes.cnpq.br/6094967837868726>.

9. Referências

1. American psychiatric association DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Sampaio FMC. Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2012.
3. Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2.ed. Porto Alegre: Artmed;2008.
4. Marques PAO, Cruz SSSMS, Marques MLMM. Conceito de delirium versus confusão aguda. Rev. de Enf. 2013; serie III (10): 161:169.
5. Herdman TH, Kamitsuru S. editors. NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and classifications, 2018-2020. Oxford: Wiley-Blackwell; 2018
6. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, Thompson J, Costabile S, Pun BT, Dittus R, Ely EW. Motoric subtypes of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients. Intensive Care Med. 2007; 33:1726–1731.
7. Inouye SK. Delirium in Older Persons. N. Engl. J. Med. 2006; 354 (11):1157-1165.
8. Sandburg O, Gustafson Y, Brannstrom B, Bucht G. Clinical Profile of delirium in older patients. J. Am. Geriatr. Soc. 1999; 47:1300-1306.
9. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med. 2007; 33:66–73.
10. Andrews L, Silva SG, Kaplan S, Zimbardo K. Delirium monitoring and patient outcomes in a general Intensive Care Unit. American Journal Of Critical Care. 2015; 24 (1):48-56.
11. Guenther U, Weykam J, Andorfer U, Theuerkauf N, Popp J, Ely W, et al. Implications of objective vs subjective delirium assessment in surgical intensive care patients. American Journal of Critical Care. 2012; 21(1): e12-e20.
12. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in Mechanically Ventilated Patients Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286(21):2703–2710.

13. Faria RS, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2013;25(2):137-147.
14. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*.1996; 275 (11):852-857.
15. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002; 50 (10): 1723–1732.
16. Rudolph JL, Jones RN, Rasmussen LS, Silverstein JH, Inouye SK, Marcantonio ER. Independent Vascular and Cognitive Risk Factors for Postoperative Delirium. *The American Journal of Medicine*. 2007; 120 (9): 807-813.
17. Souza RCIS, Bersaneti MDR, Siqueira EMP, Meira L, Brumatti DL, Prado NRO. Nurses' training in the use of a delirium screening tool. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2017; 38 (1): e64484.
18. Brummel NE, Vasilevskis EE, Han JH, Boehm L, Pun BT, Ely EW. Implementing Delirium Screening in the ICU: Secrets to Success. *Crit. Care Med*. 2013;41(9):2196-2208.
19. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit. Care Med*. 2013; 41(1):263-306.
20. Gusmão – Flores D, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MASD et al. The validity and reliability of the portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics*. 2011; 66 (11): 1917-1922.
21. Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, Braes T, Foreman M, Gastmans C, et al. Detection of Delirium by Bedside Nurses Using the Confusion Assessment Method. *Journal American Geriatrics Society*, 2006; 54 (4): 685-689.
22. Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*. 2012; 41 (5): 629–634.
23. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática, 1ª edição, 2015.
24. Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB and R LA. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. *Rev. Gaúcha Enferm*. (Online) [online]. 2011, 32(1): 167-175.

25. Carvalho LAC. *Delirium* em pacientes em unidade de terapia intensiva. [Dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas; 2019.
26. Inouye SK. *Delirium* in hospitalized older patients: Recognition and risk factors. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 1998; 11(3): 118-125.
27. Whitlock EL, Torres BA, Lin N, Helsten DL, et al. Postoperative *delirium* in a substudy of cardiothoracic surgical patients in the BAG-RECALL clinical trial. *Anesthesia and analgesia*. 2014;118 (4): 809-817.
28. Feldman J, Yaretsky A, Kaizimov N, Alterman P, Vigder C. *Delirium* in an acute geriatric unit: Clinical aspects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1999; 28 (1): 37-44.
29. Ljubisavljevic V, Kelly B. Risk factors for development of *delirium* among oncology patients. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2003; 25 (5): 345-352.
30. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. Risk factors for *delirium* at discharge: development and validation of a predictive model. *Arch. Intern. Med*. 2007; 167 (13): 1406-1413.
31. Angles EM, Robinson TN, Biffl WL, Johnson J, et al. Risk factors for *delirium* after major trauma. *American Journal of Surgery*. 2008;169(6): 864-870.
32. Lin SM, Huang CD, Liu CY, Lin HC, et al. Risk factors for the development of early-onset *delirium* and the subsequent clinical outcome in mechanically ventilated patients. *J. Crit. Care*. 2008; 23(3): 372-9.
33. Koebrugge B, Koek HL, Van Wensen RJA, Dautzenberg, PLJ, et al. *Delirium* after abdominal surgery at a surgical ward with a high standard of *delirium* care: Incidence, risk factors and outcomes. *Digestive Surgery*. 2009; 26 (1): 63-68.
34. Llorens M, Irigoien V, Prieto J, Torterolo A, Guerrini V, Lamas L et al. Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. *Arch. med. Interna*. 2009; 31 (4): 93-98.
35. Dahl MH, Ronning OM, Thommessen B. *Delirium* in acute stroke - Prevalence and risk factors. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2010; 122 (Supl 190): 39-43.
36. Mu DL, Wang DX, Li LH, Shan GJ, et al. High serum cortisol level is associated with increased risk of *delirium* after coronary artery bypass graft surgery: A prospective cohort study. *Critical Care*. 2010; 14 (6): 1-11.
37. Sieber FE, Zakriya KJ, Gottschalk A, Blute MR, et al. Sedation Depth During Spinal Anesthesia and the Development of Postoperative *Delirium* in Elderly

- Patients Undergoing Hip Fracture Repair. Mayo Clinic Proceedings. 2010; 85 (1): 18-26.
38. Chrispal A, Mathews KP, Surekha V. The clinical profile and association of *delirium* in geriatric patients with hip fractures in a tertiary care hospital in India. J. Assoc. Physicians India. 2010; 58: 15-19.
 39. Pisani MA, Murphy TE, Araujo KL, Van Ness PH. Factors associated with persistent *delirium* after intensive care unit admission in an older medical patient population. J. Crit Care. 2010; 25(3): 540.e1- 540.e7.
 40. Tsuruta R, Nakahara T, Miyauchi T, Kutsuna S, et al. Prevalence and associated factors for *delirium* in critically ill patients at a Japanese intensive care unit. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32 (6): 607-611.
 41. Oldenbeuving AW, Kort PLM, Jansen BPW, Algra A, et al. *Delirium* in the acute phase after stroke Incidence, risk factors, and outcome. Neurology. 2011;76 (11): 993-999.
 42. Saager L, Hesler B, You J, Kurz A, Duncan A, Turan A. Intraoperative tight glucose control and postoperative *delirium* in patients undergoing cardiac surgery. Critical care medicine. 2012; 40(12): 74-75.
 43. Nikolić BD, Putnik SM, Lazovic DM, Vranes MD. Can we identify risk factors for postoperative *delirium* in cardiac coronary patients? Our experience. Heart Surgery Forum. 2012; 15 (4): E195-E199.
 44. Miu DKY, Yeung JCY. Incidence of post-stroke delirium and 1-year outcome. Geriatrics and Gerontology International. 2013; 13 (1): 123-129.
 45. Bajo BR, Bueno JCR, Moral MS, Martinez JM. Incidence and predictive factors of *delirium* in hospitalized neurological patients. Neurologia. 2013; 28 (6): 356-360.
 46. Ruiz BB, Roche BJC, Seral MM, Martín MJ. Incidence and predictive factors of delirium in hospitalised neurological patients. Neurologia. 2013; 28 (6): 356-60.
 47. Guenther U, Theuerkauf N, Frommann I, Brimmers K, et al. Predisposing and precipitating factors of *delirium* after cardiac surgery: a prospective observational cohort study. Ann Surg. 2013; 257 (6): 1160-1167.
 48. Large MC, Reichard C, Williams JT, Chang C, et al. Incidence, risk factors, and complications of postoperative *delirium* in elderly patients undergoing radical cystectomy. Urology. 2013; 81 (1): 123-8.

49. Norkiene I, Ringaitiene D, Kuzminskaite V, Sipylaite J. Incidence and risk factors of early *delirium* after cardiac surgery. *Biomed Res. Int.* 2013;2013: 5.
50. Carrasco MP, Villarroel L, Andrade M, Calderón J, González, M. Development and validation of a delirium predictive score in older people. *Age and Ageing.* 2014; 43 (3):346-351.
51. Hein C, Forgues A, Piau A, Sommet A, et al. Impact of polypharmacy on occurrence of *delirium* in elderly emergency patients. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2014; 15(11): 850.e11-850.e15.
52. De Castro SMM, Ünlü Ç, Tuynman JB, Honig A, et al. Incidence and risk factors of *delirium* in the elderly general surgical patient. *Am. J. Surg.* 2014; 208 (1): 26-32.
53. Fortini A, Morettini A, Tavernese G, Facchini S, et al. *Delirium* in elderly patients hospitalized in internal medicine wards. *Intern. Emerg. Med.* 2014; 9(4):435-41.
54. Card E, Pandharipande P, Tomes C, Lee C, et al. Emergence from general anaesthesia and evolution of *delirium* signs in the post-anaesthesia care unit. *Br. J. Anaesth.* 2015;115 (3): 411-117.
55. Pol RA, van Leeuwen BL, Izaks GJ, et al. C-reactive protein predicts postoperative *delirium* following vascular surgery. *Ann. Vasc. Surg.* 2014; 28 (8): 1923-1930.
56. Zhang Z, Pan L, Deng H, Ni H, Xu X. Prediction of *delirium* in critically ill patients with elevated C-reactive protein. *J. Crit. Care.* 2014;29 (1): 88-92.
57. Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of *delirium* in mechanically ventilated adults. *Critical care medicine.* 2015;43 (3): 557-566.
58. Pipanmekaporn T, Chittawatanarat K, Chaiwat O, Thawitsri T, et al. Incidence and risk factors of *delirium* in multi-center Thai surgical intensive care units: a prospective cohort study. *Journal of intensive care.* 2015;3 (1): 1-8.
59. Smith PJ, Rivelli SK, Waters AM, Hoyle A, et al. *Delirium* affects length of hospital stay after lung transplantation. *Journal of Critical Care.* 2015; 30 (1):126-129.
60. Avila-Funes JA, Ledesma-Heyer JP, Navarrete-Reyes AP, Chavira-Ramírez R. Association between high serum estradiol levels and delirium among hospitalized elderly women. *Revista de investigacion clinica.* 2015; 67 (1): 20-24.

61. Torbergsen AC, Watne LO, Frihagen F, WyllerTB, et al. Vitamin deficiency as a risk factor for *delirium*. *European Geriatric Medicine*. 2015; 6 (4): 314-318.
62. Tai S, Xu LF, Zhang L, Fan S, Liang CZ. Preoperative risk factors of postoperative *delirium* after transurethral prostatectomy for benign prostatic hyperplasia. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2015; 8(3): 4569-4574.
63. Visser L, Prent A, van der Laan MJ, van Leeuwen BL. Predicting postoperative *delirium* after vascular surgical procedures. *Journal of Vascular Surgery*. 2015; 62 (1): 183-189.
64. Wang J, Li ZW, Yu Y, Li B. et al. Risk factors contributing to postoperative *delirium* in geriatric patients postorthopedic surgery. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2015; 7 (4): 375-382.
65. Limpawattana P, Panitchote A, Tangvoraphonkchai K, Suebsoh N, et al. *Delirium* in critical care: a study of incidence, prevalence, and associated factors in the tertiary care hospital of older Thai adults. *Aging Ment Health*. 2016; 20 (1): 74-80.
66. Raats JW, van Eijnden WA, Crolla RM, Steyerberg EW, van der Laan L. Risk Factors and Outcomes for Postoperative *Delirium* after Major Surgery in Elderly Patients. *PLoS One*. 2015; 10(8): e0136071.
67. van Eijnden WA, Raats JW, Mulder PG, van der Laan L. New aspects of *delirium* in elderly patients with critical limb ischemia. *Clin. Interv Aging*. 2015;10: 1537-1546.
68. Naja M, Zmudka J, Hannat S, Liabeuf S, et al. In geriatric patients, *delirium* symptoms are related to the anticholinergic burden. *Geriatrics & Gerontology International*. 2016;16 (4): 424-431.
69. Brown CH, La Flam A, Max L, Wyrobek J, et al. *Delirium* After Spine Surgery in Older Adults: Incidence, Risk Factors, and Outcomes. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2016; 64(10): 2101-2108.
70. Guo Z, Liu J, Li J, Wang X, et al. Postoperative *Delirium* in Severely Burned Patients Undergoing Early Escharotomy: Incidence, Risk Factors and Outcomes. *J. Burn Care Res*. 2017; 38 (1): e370-e376.
71. Kumar A, Jayant A, Arya V, Magoon R, Sharma R. *Delirium* after cardiac surgery: A pilot study from a single tertiary referral center. *Annals of Cardiac Anaesthesia*. 2017; 20 (1): 76-82.

72. Kim JY, Yoo JH, Kim E, Kwon KB, et al. Risk factors and clinical outcomes of *delirium* in osteoporotic hip fractures. *J. Orthop Surg.* 2017; 25 (3): 2309499017739485-2309499017739485.
73. Lim TS, Lee JS, Yoon JH, Moon SY, et al. Cigarette smoking is an independent risk factor for post-stroke delirium. *BMC Neurol.* 2017;17 (1): 56-8.
74. Van der Sluis FJ, Buisman PL, Meerdink M, Stegge WB, et al. Risk factors for postoperative *delirium* after colorectal operation. *Surgery.* 2017; 161 (3): 704-711.
75. McManus J, Pathansali R, Hassan H, Ouldred E, et al. The course of *delirium* in acute stroke. *Age Ageing.* 2009; 38 (4): 385-9.
76. Lee HJ, Hwang DS, Wang SK, Chee IS, et al. Early assessment of *delirium* in elderly patients after hip surgery. *Psychiatry Investigation.* 2011; 8 (4): 340-347.
77. Chen XW, Shi JW, Yang PS, Wu ZQ. Preoperative plasma leptin levels predict *delirium* in elderly patients after hip fracture surgery. *Peptides.* 2014; 57: 31-35.
78. Van der Zanden V, Beishuizen SJ, Scholtens RM, Jonghe A, et al. The Effects of Blood Transfusion on *Delirium* Incidence. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2016; 17(8): 748-753.
79. Martin NJ, Stones MJ, Young JE, Bedard M. Development of *delirium*: A prospective cohort study in a community hospital. *International Psychogeriatrics.* 2000; 12 (1): 117-127.
80. Vázquez F, Flaherty M, Michelangelo H, Quiros R, et al. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados. *Medicina (B Aires).* 2000; 60 (5 Pt 1): 55-60.
81. Villalpando JMB, Pineda AMC, Palacios P, Reyes-Guerrero J, et al. Incidence of *Delirium*, Risk Factors, and Long-Term Survival of Elderly Patients Hospitalized in a Medical Specialty Teaching Hospital in Mexico City. *International Psychogeriatrics.* 2003; 15 (4): 325-336.
82. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, et al. *Delirium* in the intensive care unit: Occurrence and clinical course in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2003; 51 (5): 591-598.
83. Caeiro L, Ferro JM, Claro MI, Coelho J, et al. *Delirium* in acute stroke: a preliminary study of the role of anticholinergic medications. *European Journal of Neurology.* 2004;11 (10): 699-704.
84. Caeiro L, Ferro JM, Albuquerque R, Figueira ML. *Delirium* in the first days of acute stroke. *Journal of Neurology.* 2004; 251 (2): 171-178.

85. Gaudreau J, Gagnon P, Harel F, Roy M, et al. Psychoactive medications and risk of *delirium* in hospitalized cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23 (27):6712-6718.
86. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, et al. Acute confusional syndrome in elderly patients hospitalized due to medical condition. *Revista Clinica Espanola*. 2005; 205 (10):484-488.
87. Korevaar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for *delirium* in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2005; 5: 6.
88. Roberts B, Rickard CM, Rajbhandari D, Turner G, et al. Multicentre study of *delirium* in ICU patients using a simple screening tool. *Aust. Crit. Care*. 2005; 18 (1): 6, 8-9, 11-14.
89. Rudolph JL, Babikian VL, Birjiniuk V, Crittenden MD, et al. Atherosclerosis is associated with *delirium* after coronary artery bypass graft surgery. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2005 Mar; 53(3):462-466.
90. Ranhoff AH, Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, et al. *Delirium* in a sub-intensive care unit for the elderly: occurrence and risk factors. *Aging Clinical & Experimental*. 2006; 18 (5): 440-445.
91. Jones RN, Yang FM, Zhang Y, Kiely DK, et al. Does educational attainment contribute to risk for *delirium*? A potential role for cognitive reserve. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006; 61 (12): 1307-1311.
92. Joosten E, Lemiengre J, Nelis T, Verbeke G, Milisen K. Is anaemia a risk factor for *delirium* in an acute geriatric population? *Gerontology*. 2006; 52 (6): 382-385.
93. Kalisvaart KJ, Vreeswijk R, De Jonghe JFM, Van Der Ploeg T, et al. Risk factors and prediction of postoperative *delirium* in elderly hip-surgery patients: Implementation and validation of a medical risk factor model. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54(5): 817-822.
94. Voyer P, Cole MG, McCusker J, Belzile E. Prevalence and symptoms of *delirium* superimposed on dementia. *Clin. Nurs. Res*. 2006 ;15 (1):46-66.
95. Margiotta A, Bianchetti A, Ranieri P, Trabucchi M. Clinical characteristics and risk factors of *delirium* in demented and not demented elderly medical inpatients. *J Nutr. Health Aging*. 2006; 10 (6): 535-539.
96. Furlaneto ME, Garcez LEL. *Delirium* in elderly individuals with hip fracture: causes, incidence, prevalence, and risk factors. *Clinics*. 2006; 61 (1): 35-40.

97. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to *delirium* in intensive care unit patients. *Anesthesiology*. 2006;114 (1): 21-26.
98. Ayllón GN, Álvarez GMJ, González GMP. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. *Enferm. Intensiva*. 2007; 18(3):138-143.
99. Otremba I, Wilczyński K, Szewieczek J. *Delirium* in the geriatric unit: Proton-pump inhibitors and other risk factors. *Clinical Interventions in Aging*. 2016; 11: 397-405.
100. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann. Intern. Med*. 2009; 151(4):865-73.
101. Cruz DALM. Processo de enfermagem em classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, Sancinetti TR (coords.). *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
102. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
103. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
104. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N. Engl. J. Med*. 1999; 340:669-676.
105. Ministério da Saúde (BR). *Humaniza SUS: visita aberta e direito ao acompanhante*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf.
106. Silva MB, Almeida MA, Panato BP, Siqueira APO, Silva MP, Reischerfer L. Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with Impaired Physical Mobility. *Rev Latinoam Enferm*, 2015;23(1):51-8.
107. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA International Inc.; Herdman TH, Carvalho EC, organizadores. *PRONANDA – Programa de atualização em Diagnóstico de*

- Enfermagem – Conceitos Básicos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 87-132. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância).
108. Carvalho EC. Taxonomias de enfermagem e estudos de eficácia, eficiência e efetividade: um desafio [Editorial]. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul-ago 2010).
 109. Lunney, M. Accuracy of diagnosis: Concept development. Nursing Diagnosis 1990; 1: 12-7.
 110. Hulley SB, Schmidt MI, Duncan BB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 111. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.
 112. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; vol.15, n.3, pp.508-511.
 113. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(4):434-8.
 114. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(1):124-31. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.
 115. Monson E, et al. Beyond pills: acupressure impact on self-rated pain and anxiety scores. J Altern Complement Med. 2019;25(5):517–21. <http://doi.org/10.1089/acm.2018.0422>
 116. Morgan DL. Focus group as qualitative research. London: Sage, 1997.
 117. Borges CD, Santos MA. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Jan.-Jun. 2005, Vol. 6, No. 1, pp. 74-80; Morgan DL. The focus group guide-book. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
 118. Trad Leny AB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis [Internet]. 2009 [cited 2018 Nov 29] ; 19(3): 777-796.

119. Oliveira AARD, Leite Filho CAP & Rodrigues CMC. O Processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. Rio de Janeiro, 2007.
120. Pommer WM & Pommer CPR. A metodologia do grupo focal e a formação continuada do professor: um olhar interativo envolvendo a articulação cognição e emoção. *Itinerarius Reflectionis*, julho-dezembro 2014, Jataí-GO 10(2).
121. Vergara SC. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004
122. Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL, Lopes CT, Barros ALBL. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016; 27 (3): 130- 35.
123. Morgan DL. *The focus group guide-book*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
124. Dal FK et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 2, 2017.
125. Debus, Mary. (Org.). *Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales*. Pennsylvania: University of Pennsylvania/ Applied Communications Technology, Needham Porter Novelli, 1988.
126. Pizzol, SJS. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.
127. Kind, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.
128. Pasquali L. (Org.) *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.
129. PAGANO M, GAUVREAU K. *Princípios de Bioestatística*, Ed. Thomson, São Paulo, 2004.
130. MEHTA CR, PATEL NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. *JASA*, 1983; 78(382):427-434.
131. ZOU G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *American Journal of Epidemiology*. Vol 159, n. 7, p. 702-706, 2004.
132. Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., De Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2019). COSMIN study design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments.

133. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 2009; 41:1149-60.
134. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 2007, 39;175-91)

ANEXOS

Anexo 1 – Exemplo de Instrumento validado por Ursi⁽¹¹⁴⁾.

A. Identificação	
Título do artigo	
Autoria do periódico	
Autoria	Nome
	Local de trabalho
	Disciplina
Data	
Volume	
Número de publicação	
B. Descrição geral do estudo	
Objetivo	
Universidade	
Curso de graduação	
Instituição de origem	
Disciplinas envolvidas	
Disciplinas envolvidas	
Módulo teórico e prático	
C. Tipo de publicação	
Publicação de investigação	
Publicação teórica	
Publicação de revisão de literatura	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1. Foco
	() Abordagem quantitativa
	() Deslocamento experimental
	() Deslocamento quase experimental
	() Deslocamento não experimental
	() Abordagem qualitativa
	1.2. Não prático
	() Revisão de literatura
	() Revisão de experiência
	() Outros
2. Objetivos ou questões de investigação	2.1. Sequência
2. Amostra	() Remédica
	() Comorbida
	() Outro
	2.2. Tamanho (n)
	() Inicial
	() Final
	2.3. Características
	Idade
	Sexo: M () F ()
	Raça
	Diagnóstico
	Tipo de cirurgia
	2.4. Diferença de indivíduos/estudo dos sujeitos
3. Tratamento dos dados	3.1. Variável independente
3. Intervenções realizadas	3.2. Variável dependente
	3.3. Grupo controle: sim () não ()
	3.4. Instrumento de medida: sim () não ()
	3.5. Duração do estudo
	3.6. Método empregado para mensuração da intervenção
4. Resultados	4.1. Tratamento estatístico
4. Análise	4.2. Nível de significância
5. Implicações	5.1. As conclusões são justificadas com base nos resultados
	5.2. Quais são as recomendações dos autores
6. Nível de evidência	
E. Avaliação da rigor metodológico	
Clareza na descrição da metodologia teórica, procedimental e estatística; ausência de lacunas; presença de validade interna; descrição detalhada da metodologia de amostragem; validade externa	
Identificação de limitações do estudo	

Anexo 2: Níveis de Evidência Científica de Oxford.

Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - "Oxford Centre for Evidence-based Medicine" - última atualização maio de 2001			
Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Tratamento/ Prevenção – Etiologia	Diagnóstico
A	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	1B	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada, com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
	1C	Resultados Terapêuticos do tipo "tudo ou nada"	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
B	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
	2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
	2C	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) Estudo Ecológico	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
	3B	Estudo Caso-Controle	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
C	4	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade)	Estudo caso-controle; ou padrão de referência pobre ou não independente
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	

Apêndice I: Carta convite para participação dos especialistas da análise de conteúdo

Prezado(a) colega Enfermeiro(a).

Meu nome é Erika Christiane Marocco Duran, sou docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA *DELIRIUM* EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”.

Venho, por meio desta, solicitar sua colaboração no estudo como especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e/ou Classificações de Enfermagem. Esta fase do estudo é fundamental e sua participação é primordial para o desenvolvimento. Para tanto, será necessário que participe de sessões de um Grupo Focal (GF) nas quais serão discutidas as adequações das Intervenções e Atividade de Enfermagem e sua correspondência com os Resultados de Enfermagem e seus Indicadores em pacientes com Diagnóstico de Enfermagem Risco de Delirium, determinados, anteriormente, pela revisão integrativa da literatura..

As sessões de grupo focal serão realizadas em datas e horários, segundo sua disponibilidade.

Aguardo sua resposta, referente ao aceite.

Desde já agradeço sua atenção.

Atenciosamente,

Profa Dra Erika Christiane Marocco Duran – erikacmduran@gmail.com

Campinas, julho de 2021.

Apêndice II. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – ENFERMEIROS (Especialistas – Análise de Conteúdo)

Título do estudo: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA *DELIRIUM* EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Responsável: Profa. Dra. Erika Christiane Marocco Duran.

Número do CAAE: Será inserido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O objetivo deste estudo é validar as intervenções e atividades de enfermagem do DE Risco para *delirium* em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, para colaborar com a melhoria da qualidade da assistência prestada a estes pacientes.

Procedimentos: Sua participação neste estudo envolverá a análise de conteúdo das Intervenções e Atividades de Enfermagem bem como a sua correspondência com os Resultados de Enfermagem e seus indicadores para *delirium*, descritos pela Classificação das Intervenções de Enfermagem e Classificação dos Resultados de Enfermagem, achados da etapa anterior de revisão integrativa da literatura. Para tanto, participará da sessão de grupo focal onde preencherá uma ficha de caracterização da

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

amostra e fará parte da discussão que avaliarão a adequação Intervenções e Atividades de Enfermagem bem como a sua correspondência com os Resultados de Enfermagem e seus indicadores em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva para posterior validação clínica.

Desconfortos e riscos: O tipo de estudo proposto não representa risco previsto à população, dada sua natureza. Os desconfortos referem-se ao dispêndio de tempo para participação do grupo acima citados. O tempo de sessão será em média de 2 (duas) horas.

Benefícios: O fato de você participar deste estudo não irá trazer benefício direto a você, mas o esperado será proporcionar uma melhor assistência de Enfermagem aos pacientes internados em pacientes internados em unidade de terapia intensiva com diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium*.

Acompanhamento e assistência: Após a participação do grupo focal não será necessário realizar nenhum tipo de acompanhamento e/ou assistência aos participantes.

Sigilo e privacidade: As informações desse estudo são confidenciais e lhe é assegurado o sigilo sobre sua participação. As respostas de todos os entrevistados serão analisadas sem que apareçam os nomes de quem respondeu. Estes dados serão divulgados em conjunto, nunca individualmente, em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo.

Contato: Você tem o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo e poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Erika Christiane Marocco Duran - celular: (19) 981536077, e-mail: erikacmduran@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via deste documento.

Nome do participante: _____

Contato telefônico: _____

E-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Apêndice III: Ficha de caracterização dos especialistas

1. Dados de identificação:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ anos completos

Cidade/estado em que trabalha: _____

Tempo de formação profissional: _____ anos completos

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

▪ Área da Especialização: _____

Tema da Monografia de Especialização: _____

▪ Área do Mestrado: _____

Tema da Dissertação de Mestrado: _____

▪ Área do Doutorado: _____

Tema da tese de Doutorado: _____

Ocupações atuais (especificar unidade):

Ocupação	Unidade	Tempo em anos completos

2. Atividades desenvolvidas (pode escolher mais de uma alternativa):

1 - Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor(a) ou orientador(a), estudo na temática classificações de enfermagem? () Sim () Não

Se sim, qual forma?

() Monografia de graduação

() Monografia de especialização

() Dissertação

() Tese

() Artigos científicos

() Outros:

2- Publicou algum artigo que abordou a temática das classificações de enfermagem?

() Sim. () Não.

3- Caso tenha atividades de ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática dor aguda ou cuidados a pacientes internados em UTI?

() Sim. Por quanto tempo? _____ anos () Não.

4- Caso tenha atividades de ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática classificações de enfermagem?

() Sim. Por quanto tempo? _____ anos () Não.

5- Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolvesse a temática dor aguda ou pacientes de UTI? () Sim () Não

Se sim, qual grupo de pesquisa?

Por quanto tempo? _____ anos

Apêndice IV. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PACIENTES (Validação clínica)

Título do estudo: VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA *DELIRIUM* EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Responsável: Profa. Dra. Erika Christiane Marocco Duran.

Número do CAAE: Será inserido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O objetivo deste estudo é validar as intervenções e atividades de enfermagem do diagnóstico Risco para *delirium* em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, para colaborar com a melhoria da qualidade da assistência prestada a estes pacientes.

Procedimentos: Será necessário que seja realizada consulta ao seu prontuário pela pesquisadora, uma entrevista, exame físico e realização de atividades de enfermagem.

Desconfortos e riscos: Devido a natureza do estudo proposto os riscos previsíveis aos participantes são mínimos, porém, em caso de algum comprometimento em decorrência da pesquisa, o participante será ressarcido. Os desconfortos referem-se ao dispêndio de tempo para que seja realizado exame físico, entrevista e as atividades de enfermagem.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Benefícios: O fato de você participar deste estudo não irá trazer benefício direto a você, mas o esperado será proporcionar uma melhor assistência de Enfermagem aos pacientes internados em unidade de terapia intensiva com diagnóstico de enfermagem Risco para *delirium*, que se encontram na mesma situação que você.

Acompanhamento e assistência: Após a realização da entrevista, exame físico e da aplicação das atividades de enfermagem não será necessário realizar nenhum tipo de acompanhamento e/ ou assistência à você. Porém, se durante a realização destes, forem constatadas necessidade de intervenção pela equipe de saúde, será comunicado, imediatamente, o responsável por seus cuidados durante sua internação.

Sigilo e privacidade: As informações desse estudo são confidenciais e lhe é assegurado o sigilo sobre sua participação. As respostas de todos os entrevistados serão analisadas sem que apareçam os nomes de quem respondeu. Estes dados serão divulgados em conjunto, nunca individualmente, em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo.

Contato: Você tem o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo e poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Erika Christiane Marocco Duran - celular: (19) 981536077, e-mail: erikacmduran@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____

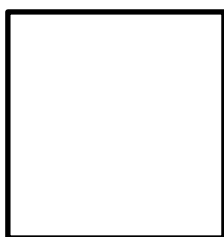
Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via deste documento.

Nome do participante: _____

Contato telefônico: _____

E-mail (opcional): _____

Digital (caso não assine)



Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: __/____/_____.

(Assinatura do pesquisador)

Rubrica do pesquisador:_____ Rubrica do participante:_____