

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FOCO NO PROBLEMA E NOS RISCOS

NURSING DIAGNOSES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: FOCUS ON THE PROBLEM AND RISKS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTENSIVA: ENFOQUE EN EL PROBLEMA Y LOS RIESGOS

Alexsandra Martins da Silva¹

Kátia Cilene Godinho Bertoncello¹

Tatiana Gaffuri da Silva¹

Lúcia Nazareth Amante¹

Stefhanie Conceição de Jesus¹

(<https://orcid.org/0000-0001-9147-9990>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2518-3136>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6854-0319>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9716-5471>)

Descritores

Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Unidades de terapia intensiva; Enfermagem

Descriptors

Nursing diagnosis; Nursing care; Intensive care units; Nursing

Descriptores

Diagnóstico de enfermería; Atención de enfermería; Unidades de cuidados intensivos; Enfermería

Recebido

22 de Abril de 2020

Aceito

17 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

manuscrito extraído de dissertação "Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva", 2018, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

Autor correspondente

Alexsandra Martins da Silva

E-mail: alexsandram.enf@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar os diagnósticos de enfermagem, com foco no problema e nos riscos, documentados na prática clínica pelos enfermeiros, no cuidado de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, documental e descritivo. Foram selecionados 122 prontuários no setor de arquivo médico, por amostragem aleatória simples, com nível de significância de 99%, no recorte temporal de um ano, 2016 a 2017. Elegeram-se prontuários com histórico e diagnóstico preenchidos por enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva ou por estudantes de enfermagem com assinatura do enfermeiro responsável, nas primeiras 24 horas após admissão dos pacientes. Excluíram-se prontuários com rasuras e/ou ausência de laudas em sua sequência cronológica.

Resultados: Foram identificados 809 títulos de diagnósticos de enfermagem, destes 375 (46,3%) com foco nos riscos e 434 (53,7%) com foco no problema. Destacaram-se com as maiores porcentagens os diagnósticos: nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais (98,4%); déficit no autocuidado (96,7%); risco de infecção (92,6%); troca de gases prejudicada (71,3%); risco de integridade da pele prejudicada (54,9%).

Conclusão: A identificação dos diagnósticos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva possibilita aos enfermeiros reconhecerem as demandas do cotidiano assistencial, para planejamento e tomada de decisões focadas, resolutivas e efetivas no cuidado intensivo.

ABSTRACT

Objective: To analyze the nursing diagnosis focusing on the problem and risks documented in clinical practice by nurses caring of patients in Intensive Care Unit.

Methods: Quantitative, transversal, documentary and descriptive study. 122 medical records were selected in the medical file sector, by simple random sampling, with a significance level of 99%, over a one-year time frame, 2016 to 2017. Medical records with a history and diagnosis filled out by nurses from the Intensive Care Unit or by nursing students signed by the responsible nurse were chosen in the first 24 hours after the patients' admission. Medical records with erasures and / or absence of pages in their chronological sequence were excluded.

Results: 809 titles of nursing diagnosis were identified, of these 375 (46.3%) with a focus on risks and 434 (53.7%) with a focus on the problem. The diagnosis stood out with the highest percentages: unbalanced nutrition, less than body needs (98.4%); deficit in self-care (96.7%); risk of infection (92.6%); impaired gas exchange (71.3%); risk of impaired skin integrity (54.9%).

Conclusions: The identification of nursing diagnosis in the Intensive Care Unit enables nurses to recognize the demands of everyday care, for planning and decision making focused, resolute and effective in intensive care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los diagnósticos de enfermería centrándose en el problema y los riesgos documentados en la práctica clínica por enfermeras, en la atención de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal, documental y descriptivo. Se seleccionaron 122 registros médicos en el sector de archivos médicos, mediante muestreo aleatorio simple, con un nivel de significancia del 99%, durante un periodo de tiempo de un año, 2016 a 2017. Si es elegido los registros médicos con un historial y diagnóstico completados por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos o por estudiantes de enfermería firmados por la enfermera responsable en las primeras 24 horas después de la admisión de los pacientes. Se excluyeron los registros médicos con borrados y / o ausencia de páginas en su secuencia cronológica.

Resultados: Se identificaron 809 títulos de diagnósticos de enfermería, de estos 375 (46.3%) con un enfoque en riesgos y 434 (53.7%) con un enfoque en el problema. Los diagnósticos se destacaron con los porcentajes más altos: nutrición desequilibrada, menor que las necesidades corporales (98.4%); déficit de autocuidado (96.7%); riesgo de infección (92.6%); intercambio de gas deteriorado (71.3%); riesgo de deterioro de la integridad de la piel (54.9%).

Conclusión: La identificación de los diagnósticos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos permite a las enfermeras reconocer las demandas de la atención diaria, para la planificación y la toma de decisiones enfocadas, resolutivas y efectivas en cuidados intensivos.

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Como citar:

Silva AM, Bertoncello KC, Silva TG, Amante LN, Jesus SC. Diagnósticos de enfermagem na unidade de terapia intensiva: foco no problema e nos riscos. *Enferm Foco*. 2021;12(1):26-32.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3506

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizado por atividades assistenciais complexas, que exigem competência técnica e científica, tomada de decisão imediata e adoção de condutas seguras, diretamente relacionadas à sobrevivência dos pacientes.^(1,2) Envolve um conjunto de elementos como tecnologias, conhecimento científico e cuidado humanístico, que no exercício do “Ser Enfermagem”, instiga nos profissionais comprometidos com a qualidade do cuidado oferecido, a busca pelo aprimoramento do raciocínio clínico em prol de uma assistência que satisfaça as necessidades dos envolvidos nesse processo.⁽³⁻⁵⁾

Como tecnologia e método do cuidado, tem-se a utilização do Processo de Enfermagem (PE). Os Diagnósticos de Enfermagem (DE), segunda etapa desse processo, fortalece a práxis de um cuidado seguro ao expressar as respostas dos indivíduos às situações vividas, e no cotidiano da assistência, caracterizar os serviços de atendimento à saúde quanto ao tipo de usuário. Conforme a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), a especificidade dos DE, requer dos enfermeiros conhecimento específico para a identificação adequada a cada área de atuação em conformidade com os regulamentos e preceitos legais da profissão.⁽⁶⁾

Ademais, utilizar os DE permitem à equipe de enfermagem e de saúde, padronização da linguagem, facilitando o compartilhamento do cuidado e de todo contexto de saúde apresentado pelo paciente e relatado no registro. Favorece também o gerenciamento das informações e a retroalimentação contínua do cuidado de enfermagem.

Assim, identificar os DE, seus fatores relacionados por características definidoras e os fatores de risco, possibilita aos enfermeiros reconhecer sua área de atuação.⁽⁶⁾ O conhecimento do perfil diagnóstico por meio de uma linguagem padronizada também subsidia ações gerenciais, como dimensionamento de pessoal e educação permanente, favorecendo o fortalecimento da identidade profissional da enfermagem a partir da visualização clara dos fenômenos que são levados em conta no domínio da profissão.^(7,8)

Nesse sentido, vários estudos têm buscado identificar os DE mais frequentes nos espaços de saúde e, ou ainda, em determinado grupo de pessoas, como pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Arterial, Doença Renal Crônica, entre outras situações patognômicas.⁽⁹⁻¹³⁾ No entanto, poucos se associam à frequência diagnóstica com os domínios e classes oriundos da Classificação Taxonômica da NANDA-I para robustecer os DE que determinam a identidade de uma área.⁽⁶⁾

Nesse sentido, a realização de estudos que buscam suprir essa lacuna do conhecimento, vai ao encontro da priorização dos cuidados e satisfação de necessidades vigentes.⁽¹⁴⁾

Dessa forma, o presente estudo tem como questão de pesquisa: Quais os Diagnósticos determinados pelo enfermeiro no ambiente da UTI? E como objetivo: Analisar os diagnósticos de enfermagem, com foco no problema e nos riscos, documentados na prática clínica pelos enfermeiros, no cuidado de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, documental e descritivo.

Desenvolvido em uma UTI geral de um hospital público do Oeste Catarinense. Nesta unidade, o enfermeiro, na internação do paciente, faz a admissão, e após estabilização clínica, coleta os dados referentes ao exame físico, diretamente com o paciente. Além disso, realiza o histórico de enfermagem e colheita de outros dados com familiares, equipe responsável pela unidade de origem e prontuário com papéis, exames, entre outros. Na sequência, identifica os DE com suas características definidoras e fatores relacionados, dando seguimento, da mesma forma, as demais etapas do PE.

A população foi composta por prontuários dos pacientes internados na UTI entre 1 de dezembro de 2016 a 31 de novembro de 2017, presentes no Setor de Arquivo Médico, com histórico de enfermagem e DE, preenchidos nas primeiras 24 horas de internação.

O cálculo amostral, para a determinação do número de prontuários, foi baseado em uma população de 459 pacientes internados na unidade, no período selecionado, por corresponder aos primeiros 12 meses de implantação do PE na respectiva unidade. Adotou-se o programa SESTATNET, com nível de significância de 99% e amostra calculada de 122 pacientes e respectivamente prontuários clínicos. A seleção foi realizada por meio da técnica de amostragem aleatória simples, a partir da numeração em ordem crescente do livro de registros das internações na unidade. Foram eleitos os prontuários que possuíam histórico e diagnóstico preenchidos por enfermeiros da UTI ou por estudantes de enfermagem com assinatura do enfermeiro responsável, nas primeiras 24 horas após admissão dos pacientes. Excluiu-se os prontuários rasurados e/ou ausência de laudas em sequência cronológica.

A coleta de dados ocorreu entre março e maio de 2018, com digitação dos DE identificados em planilha Excel, construída pelas autoras. Foram extraídos os DE, e dados

relativos ao paciente, como sexo, idade e diagnóstico médico (conforme categorias do CID-10).

Os dados foram analisados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequências absoluta e relativa. A discussão dos dados foi realizada utilizando como ponto de corte frequência dos DE igual ou superior a 50%.

O estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer sob nº 2.537.092.

RESULTADOS

Dos 122 prontuários analisados, a maioria pertencia a pacientes do sexo masculino 68 (55,7%). A faixa etária variou entre 18 e 98 anos, sendo 68,3% dos pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, a média de idade foi de 64 anos, a mediana de 66,5 e o desvio padrão de 17,5 anos. Os diagnósticos médicos predominantes foram as Neoplasias 19 (15,6%); Doenças do sistema nervoso 20 (16,4%); Doenças do aparelho respiratório 21 (17,2%); e as causas externas de morbidade e de mortalidade 31 (25,4%), correspondendo a 74,6% do total da análise realizada nos registros (n=122). A frequência dos DE e o foco ao qual está direcionado será apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência dos Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema e no risco (n=809)

Foco do diagnóstico de enfermagem	Títulos diagnósticos	Frequência
Problema	14(41,2)	434(53,7)
Risco	20(58,8)	375(46,3)
Total	34(100)	809(100)

A distribuição da frequência dos DE, conforme os domínios e as classes da NANDA-I (2018-2020), é apresentada na tabela 2.

DISCUSSÃO

O estudo evidencia elevada frequência de pacientes do sexo masculino com predominância das condições agudas e crônicas. Relaciona-se aos aspectos culturais de procura mínima da figura masculina pela assistência à sua saúde e a carência de programas específicos para a promoção da saúde e prevenção de doenças nos serviços de atenção básica, além da menor demanda dos homens nos serviços de saúde.⁽¹⁵⁾

Com relação à média de idade dos pacientes internados na UTI, observou-se aumento significativo, em decorrência

Tabela 2. Distribuição da frequência dos diagnósticos de enfermagem, conforme os domínios e as classes da NANDA-I (n=34)

Domínio	Classe	Título diagnóstico	Frequência n(%)
Nutrição	Ingestão	Nutrição Desequilibrada, menos que as necessidades corporais	120(98,4)
		Deglutição prejudicada	1(0,8)
	Metabolismo	Risco de Glicemia Instável	57(46,7)
		Risco de função hepática prejudicada	2(1,6)
	Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico	5(4,1)
Eliminação e troca	Função gastrointestinal	Risco de constipação	10 (8,2)
	Função respiratória	Troca de gases prejudicada	87(71,3)
	Sono/ repouso	Distúrbio no padrão de sono	8(6,6)
Atividade/ repouso	Atividade/ exercício	Mobilidade física prejudicada	40(32,8)
		Mobilidade no Leito prejudicada	8(6,6)
		Risco de síndrome do desuso	4(3,3)
	Respostas cardiovasculares/ pulmonares	Débito Cardíaco diminuído	4(3,3)
		Risco de débito cardíaco diminuído	1(0,8)
		Padrão Respiratório Ineficaz	4(3,3)
		Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	1(0,8)
		Ventilação espontânea prejudicada	1(0,8)
		Risco de perfusão renal ineficaz	1(0,8)
	Autocuidado	Déficit no autocuidado	118(96,7)
Percepção/ cognição	Cognição	Risco de confusão aguda	1(0,8)
	Comunicação	Comunicação Verbal Prejudicada	9(7,4)
Autopercepção	Autoconceito	Risco de dignidade humana comprometida	1(0,8)
	Autoestima	Risco de baixa autoestima situacional	2(1,6)
Princípios da vida	Coerência entre valores/ crenças/ atos	Risco de sofrimento espiritual	3(2,5)
		Infecção	Risco de infecção
Segurança/ proteção	Lesão física	Risco de aspiração	14(11,5)
		Risco de choque	13(10,7)
		Integridade da Pele prejudicada	31(25,4)
		Risco de integridade da pele prejudicada	67(54,9)
		Risco de lesão na córnea	5(4,1)
		Risco de lesão por pressão	33(27,0)
		Risco de sangramento	1(0,8)
Risco de ressecamento ocular	41(33,6)		
Conforto	Conforto físico	Conforto Prejudicado	2(1,6)
		Náusea	1(0,8)

do envelhecimento da população que, como fenômeno mundial, tem ampliado mensalmente, em todo mundo, cerca de um milhão de pessoas com mais de 60 anos.⁽¹⁶⁾ Estima-se que, em 2050, pessoas acima de 65 anos de idade correspondam a cerca de 20% da população brasileira, colocando o Brasil entre os sete países com as maiores populações de idosos, o que implica maior número de internações de pessoas nessa faixa etária.⁽¹⁶⁾

Quanto à identificação dos DE, apesar dos 809 DE levantados pelos enfermeiros durante o processo assistencial, somente 34 títulos diagnósticos foram identificados, explicitando a presença de DE comuns a determinadas

áreas, e a partir disso, a conformação ou identidade dos espaços de saúde. Na mesma direção, pesquisa realizada em uma UTI de um hospital geral da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil entre 2011 e 2012, alcançou semelhantes resultados, com 832 DE e 52 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem.⁽⁶⁾ Desse modo sobressai a necessidade de realizar este tipo de estudo em outras unidades de saúde, possibilitando aos profissionais conhecer o perfil diagnóstico de determinadas áreas de atividade e avançar com estudos que promovam, por meio dos resultados apresentados, intervenções cada vez mais acuradas aos pacientes.

Superando a identificação dos DE mais frequentes, destacou-se como foco dos diagnósticos do ambiente da UTI, àqueles voltados aos fatores de risco com 20 títulos (58,8%) e uma frequência de 375 (46,3%), seguidos daqueles direcionados para o problema com 14 títulos (41,2%) e uma frequência de 434 (53,7%). Evidencia-se, assim, uma assistência de enfermagem centrada na prevenção de situações que podem agravar a condição clínica do paciente crítico e na recuperação de condições que integram o desequilíbrio da homeostase. O estabelecimento de diagnósticos de risco intensifica a importância do emprego do PE na gestão dos riscos, sendo fundamental para as ações destinadas à prevenção e à promoção da saúde.⁽¹⁷⁾

Tais evidências, no entanto, suscitam dúvidas relativas à maior facilidade de os enfermeiros detectarem condições de risco do que problemas reais. Está relacionado com o raciocínio clínico? Com a forma com que foram ensinados a oferecer o cuidado? Muito têm-se a refletir sobre isso. Ainda no que tange ao foco dos DE, segundo o NANDA-I, os diagnósticos centrados no problema estão relacionados com a "resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade".⁽⁶⁾ Por sua vez, os diagnósticos direcionados aos fatores de risco, correspondem a um estado de "susceptibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida".⁽⁶⁾

Quanto à classificação, os DE são organizados por domínios e classes. Os domínios consistem numa área de interesse ou uma área sob a qual, exercem controle; já as classes representam um grupo de DE com estrutura similar que compõe e dão sustentação aos domínios.⁽⁶⁾

Dos 34 (100%) títulos diagnósticos identificados no estudo, destacaram-se os pertencentes aos domínios de Atividade/repouso e Segurança/proteção, concordando com resultados de outros estudos da literatura nacional e internacional.^(18,19)

Não foram identificados títulos diagnósticos dos domínios referente à Promoção da saúde, Papéis e relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, e Crescimento/desenvolvimento, tal qual os resultados evidenciados no estudo semelhante realizado na Nigéria.⁽¹⁹⁾

Os domínios de Atividade/repouso e Segurança/proteção, confirmam as características dos pacientes internados na UTI, e do próprio ambiente, com destaque para a gravidade dos pacientes e imobilidade associado ao risco de lesões e infecção.⁽¹⁹⁾ Autores corroboram, ao descreverem que a fraqueza muscular é uma complicação recorrente em pacientes em UTI, sendo caracterizada por fraqueza difusa e simétrica, que envolve a musculatura dos membros e dos músculos respiratórios, aumentando tempo de desmame, internação e risco de infecção.⁽²⁰⁾

Os domínios não identificados: Promoção da saúde, Papéis e relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, e do Crescimento/desenvolvimento podem ser justificados pelas características clínicas e prioridades dos pacientes hospitalizados na UTI, os quais, em especial na primeira avaliação feita pelos enfermeiros, demandam cuidados e intervenções imediatas, buscando a manutenção e restabelecimento hemodinâmico. Uma vez que, os dados coletados deste estudo corresponderam as primeiras 24 horas de internação, ou seja, do primeiro PE realizado após a internação na UTI.

A despeito do número de DE identificados, optou-se por discutir aqueles com frequência acima de 50% (n=5): Nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais, seguido de Déficit no autocuidado, Risco de infecção, Troca de gases prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada por evidenciarem os principais eixos identitários da UTI.

O DE, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, esteve presente em 120 (98,4%) prontuários dos pacientes hospitalizados na UTI. Tem como definição, segundo NANDA-I a "ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas".⁽⁶⁾ A nutrição contribui para a saúde e para o bom funcionamento do organismo. No caso de hospitalização, o estado nutricional sofre a influência da condição física e emocional, por isso a avaliação nutricional precoce é fundamental para a recuperação dos pacientes.⁽¹⁰⁾

Os pacientes internados na UTI, geralmente possuem necessidade metabólica acima do metabolismo basal associado a situações clínicas como à intolerância à dieta, ocorrência de vômitos, diarreia, presença de resíduos gástricos, distensão abdominal, entre outros.⁽²¹⁾ O estado nutricional do paciente, durante este período, pode variar

desde o normal até desnutrição moderada ou mesmo grave, sendo também influenciada pela presença de comorbidades como obesidade, câncer ou sarcopenia relacionada à idade, e variar durante o tempo de evolução na UTI na presença de modificações das funções dos órgãos.⁽²²⁾

Cabe ao enfermeiro, por meio da realização do PE, diagnosticar esta necessidade e intervir junto à equipe multiprofissional, em especial o nutricionista, buscando alternativas terapêuticas que auxiliem o paciente a recuperar e manter o metabolismo basal adequado à sua recuperação. A enfermagem deve ficar atenta às anotações no balanço hídrico, peso do paciente e quaisquer intercorrências na administração de dieta, evitando a interrupção desnecessária da infusão.^(8,10)

O DE, Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e para vestir-se esteve presente em 118 (96,7%) dos pacientes hospitalizados na UTI, resultado semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido na Itália em 2013, em que 100% dos pacientes tinham esse diagnóstico, e ao encontrado por outro autor no mesmo ano, com 85,7% de frequência.^(23,24) A definição deste DE, segundo NANDA-I é a “incapacidade de alimentar-se”, de “completar as atividades de limpeza do corpo”, de “realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal”, “incapacidade de vestir e retirar roupas de forma independente”, respectivamente.⁽⁶⁾

Na ocorrência de agravos, o ser humano torna-se dependente de cuidados com déficits nas atividades da vida diária, tanto físicas quanto fisiológicas, incluindo a necessidade de alimentação, de se banhar, usar o toalete, vestir-se e deambular.⁽¹⁹⁾ Na UTI, são inúmeros os fatores que limitam e inviabilizam o autocuidado por parte dos pacientes, fato diretamente relacionado a sua gravidade e condição clínica,⁽¹⁾ impondo ao profissional enfermeiro a necessidade do julgamento clínico acurado e o planejamento de ações.^(23,25)

Para tanto, a avaliação atenta e adequada do paciente com a inter-relação de aspectos metabólicos e de processos biofísicos e bioquímicos orgânicos são condições *sine qua non* para cuidados efetivos que atendam em especial as necessidades prioritárias e o retorno e/ou manutenção do bem-estar.^(23,26)

O DE, Risco de infecção esteve presente em 113 (92,6%) dos pacientes hospitalizados na UTI, resultado semelhante ao encontrado por outro estudo, o qual registrou frequência equivalente a 96,5%²³. A definição deste DE, segundo NANDA-I, é a “Susceptibilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde”.⁽⁶⁾

O paciente crítico apresenta de cinco a 10 vezes maior risco de infecção do que os pacientes internados em outros

ambientes hospitalares (representando aproximadamente 20% do total de casos registrados de infecção em um hospital).⁽²³⁾ Tal prevalência evidencia a vulnerabilidade dos pacientes, em especial, nesta unidade de internação, frente aos microrganismos patogênicos, relacionados à condição crítica do paciente, visto que está exposto a vários fatores de risco, como procedimentos invasivos, feridas cirúrgicas, comorbidades, doenças crônicas, estado nutricional prejudicado, emprego de terapia imunossupressora, e a própria defesa primária e secundária.⁽¹⁾

Igualmente, deve-se considerar como fator importante para esta discussão a adoção ou não de medidas profiláticas, como isolamentos, higienização de mãos e número de profissionais, fatores estes que interferem diretamente no risco de infecção, comprometendo a recuperação dos pacientes internados.⁽²⁷⁾

A importância da prevenção e educação permanente, o trabalho do enfermeiro ganha destaque ao realizar o DE, e elaborar as intervenções adequadas aos pacientes, visando uma assistência de enfermagem que contemple medidas eficazes no controle de infecção.^(1,19)

O DE Troca de gases prejudicada, presente em 87 (71,3%) dos pacientes hospitalizados na UTI, tem como definição segundo NANDA-I “Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar”.⁽⁶⁾ Alterações no padrão respiratório são comuns em pacientes de UTI, por serem graves, apresentarem rebaixamento do nível de consciência e muitas vezes requererem intubação e tratamento respiratório coadjuvante.⁽⁸⁾

Condições patognomônicas afetam o sistema respiratório e associam-se às alterações na troca com diminuição da razão entre ventilação e perfusão e redução da área de superfície total disponível da membrana respiratória.⁽²⁸⁾ Todavia, o enfermeiro e sua equipe precisam estar atentos aos dados oriundos da monitorização dos variados sistemas, em especial o hemodinâmico e o respiratório, com avaliação de exames laboratoriais, além de auxiliar o paciente na adoção de posturas que favoreçam a dinâmica respiratória.^(8,20)

O enfermeiro e equipe precisam estar atentos aos dados oriundos da monitorização dos variados sistemas, em especial o hemodinâmico e o respiratório, com avaliação de exames laboratoriais, além de auxiliar o paciente na adoção de posturas que favoreçam a dinâmica respiratória.^(8,20)

Quanto ao DE Risco de integridade da pele prejudicada, esteve presente em 67 (54,9%) dos pacientes hospitalizados na UTI, sendo sua definição, segundo NANDA-I, a “Susceptibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde”.⁽⁶⁾ Os pacientes internados na

UTI estão mais predispostos a agravos no que tange à integridade da pele, devido prolongado contato com superfícies úmidas, lençóis enrugados, fricção e abrasão.^(23,29)

Inúmeras condições relacionadas e secundárias a outros DE favorecem a perda da integridade da pele. De fato, a enfermagem sempre teve grande preocupação com este diagnóstico devido aos cuidados com situações evitáveis, e, em razão disto, muitos estudos foram desenvolvidos nesta temática. Dado a isso, os DE presentes na UTI e identificados neste estudo, que representam risco para o DE Risco de integridade da pele prejudicada, mais frequentes, foram: Nutrição desequilibrada, Déficit no autocuidado, seguido pelo Risco de glicemia instável e Mobilidade física prejudicada.

Este DE considera fatores externos como causadores de lesão. Porém inclui fatores nutricionais, medicamentosos, senilidade e distúrbios hidroeletrolíticos, como causadores da diminuição de turgor e diminuição de glândulas sudoríparas e sebáceas, com consequente ressecamento, enrugamento e pigmentação.⁽³⁰⁾

Como forma de prevenção, a utilização de protocolos e instrumentos, como a Escala de *Braden*, que reflete o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento; viabilizam a manutenção da integridade da pele.⁽³¹⁾ Considerando que, as lesões constituem um problema grave à saúde dos pacientes.⁽³²⁾ Neste contexto, prevenir e/ou tratar precocemente são considerados elementos constituintes da qualidade assistencial.

Destaca-se a importância de a equipe de enfermagem priorizar a resolução dos DE com foco no problema, e da identificação dos diagnósticos de risco, a partir da avaliação diária do paciente, já que um cuidado efetivo interferirá no desfecho final. Destacando-se a complexidade dos pacientes que exigem uma gama de cuidados intensivos pela equipe de enfermagem.

Outros estudos são necessários com a finalidade de ampliar a busca dos dados, para além da primeira avaliação realizada pelos enfermeiros, momento crítico na UTI, que por questões de prioridade desconsidera alguns domínios, classes e DE, e investigar as razões pelo predomínio dos

diagnósticos de risco, mesmo em unidades onde a instabilidade clínica prevalece.

Esta pesquisa contribui para a qualificação da assistência de enfermagem, uma vez que a identificação dos DE na UTI possibilita, aos enfermeiros, reconhecer as demandas impostas no cotidiano assistencial, para planejamento e tomada de decisões focadas, resolutivas e efetivas ao cuidado intensivo.

CONCLUSÃO

O estudo permite apontar que a prática clínica subsidiada pela identificação da conformação clínica de unidades e serviços de saúde corrobora a prática baseada em evidência, uma vez que, permite aos profissionais enfermeiros, reconhecer as características clínico-epidemiológicas dos pacientes, no caso, em cuidados intensivos, e estabelecer intervenções cada vez mais assertivas. A identificação dos DE na UTI geral adulto mostra que a ação da equipe de enfermagem requer constante atenção, domínio científico e efetividade, com olhar clínico voltado para a condição do paciente, tratamento e recuperação. A inter-relação dos diagnósticos de risco e foco no problema, com alta frequência nesta investigação, demonstram a importância da avaliação recorrente, contínua e minuciosa do enfermeiro a partir do conhecimento, para a consolidação da prática da enfermagem baseada em evidência.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONTRIBUIÇÕES

Alexsandra Martins da Silva: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados. Kátia Cilene Godinho Bertonecello: concepção e/ou desenho do estudo. Tatiana Gaffuri da Silva: coleta, análise e interpretação dos dados. Lúcia Nazareth Amante: redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Stefhanie Conceição de Jesus: revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Silva RS, Lima MO, Bandeira AT, Sampaio AA, Paixão GP. Prevalent nursing diagnosis in patients hospitalized in intensive care unit: an integrative review. *Rev Enferm Contemp*. 2016;5(2):242-52.
2. Lima WG, Nunes SF, Alvarez AM, Valcarengui RV, Bezerra ML. Main nursing diagnoses in hospitalized elderly people who underwent urological surgery. *Rev Rene*. 2015;16(1):72-80.
3. Sanches RC, Gerhardt PC, Rêgo AS, Carreira L, Pupulim JS, Radovani CA. Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):48-54.
4. Santos EL, Dórea SN, Maciel MP, Santos LK, Silva MB, Moraes MG. Humanized care: perception of intensive care nurses. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:e23680.

5. Bertonecello KC, Belaguarda ML. Avaliação das necessidades humanas básicas na terapia intensiva: regulação cardiovascular. In: Vargas MAO, Nascimento EP, organizadores. PROENF - Terapia Intensiva: Programa de Atualização em Enfermagem. Porto Alegre (RS): Secad; 2018. p.129-72.
6. Herdman TH, Kamitsuri S. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
7. Trindade LR, Ferreira AM, Silveira A, Rocha EM. Nursing process: challenges and strategies for its implementation from the nurses' point of view. *Rev Saúde (St. Maria)*. 2016;12(1):75-82.
8. Ferreira AM, Rocha EM, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros AL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):285-93.
9. Nogueira GA, Oliveira BG, Santana RF, Cavalcante AC. Nursing diagnoses in patients with chronic venous ulcer: observational study. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(2):333-9.
10. Araújo DD, Almeida NG, Silva PM, Ribeiro NS, Werling-Alvarenga A, Chianca TC. Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2689.
11. Lima AA, Jesus DS, Silva TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis*. 2018;28(3):e280320.
12. Pereira JM, Flores PV, Figueiredo LS, Arruda CS, Cassiano KM, Vieira GC, et al. Nursing Diagnoses of hospitalized patients with heart failure: a longitudinal study. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):929-36.
13. Debone MC, Pedruncci ES, Candidall MC, Marques S, Kusumota L. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):800-5.
14. Oliveira IM, Silva RC. Comparison of the diagnostic accuracy of undergraduate students and nurses in residency programs. *Rev. Min Enferm*. 2016;20:e952.
15. Rodriguez AH, Bub MB, Perão OF, Rodriguez MJ. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):210-4.
16. Zampieri FG, Soares M, Borges LP, Salluh JI, Ranzani OT. The Epimed Monitor ICU Database®: a cloud-based national registry for adult intensive care unit patients in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(4):418-26.
17. Lemos RX, Raposo SO, Coelho EO. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. *R Enferm Cent O Min*. 2012;2(1):19-30.
18. Cabral VH, Andrade IR, Melo EM, Cavalcante TM. Prevalence of nursing diagnoses in an intensive care unit. *Rev Rene*. 2017;18(1):84-90.
19. Adejumo PO, Akolade VF. Nursing diagnosis domains utilized in the intensive care unit of a tertiary hospital in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2014;43(2):167-75.
20. Teixeira AC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: infusão versus necessidades. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(4):331-7.
21. Singer P, Cohen J. Como simplificar a nutrição na unidade de terapia intensiva?. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):369-372.
22. Castellan C, Sluga S, Spina E, Sanson G. Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1273-86.
23. Gomes RK, Lopes MV. Nursing diagnosis in individuals admitted to the intensive therapy unit. *Av Enferm*. 2013;31(2):74-82.
24. Costa SR, Castro EA, Acioli S. Selfcare ability of hospitalized adults and elderly people: impact on nursing care. *Rev Min Enferm*. 2013;17(1):192-9.
25. Alencar SR, Paixão GP, Abreu MS, Camargo CL. Teoria do Autocuidado na Assistência Materno-infantil: uma revisão sistemática. *Rev das Ciências da Saúde do Oeste Baiano-Higia*. 2016;1(1): 85-94.
26. Zottele C, Magnago TS, Dullius AI, Kolankiewicz AC, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03242.
27. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza AC, Paranaguá TT, Bezerra AL, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: An indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1071-8.
28. Rolim LR, Melo EM, Frota NM, Almeida NG, Barbosa IV, Caetano JÁ. Knowledge of the intensive care unit nursing professional about arterial gasometry. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(1):713-21.
29. Sousa RG, Santana AB. Risco de integridade da pele prejudicada: avaliação e conduta de enfermagem frente às úlceras por pressão (UPP) em pacientes em terapia intensiva. *Univ Ciênc Saúde*. 2016;14(2):167-73.
30. Andrade RZ, Resende MC. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Perspect Psicol*. 2014;18(1):194-213.
31. Creutzberg M, Aguilera NC, Cardoso PC, Barbosa TL, Ceolin LD, Stein K, et al. Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos em Unidade de Terapia Intensiva. *Enferm Foco*. 2011;2(2):133-6.
32. Otto C, Schumacher B, Wiese LP, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm Foco*. 2014;10(1):7-11.