

Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto*

NURSING DIAGNOSES IDENTIFIED IN INPATIENTS OF AN ADULT INTENSIVE CARE UNIT

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

Tânia Couto Machado Chianca¹, Ana Paula Souza Lima², Patrícia de Oliveira Salgado³

RESUMO

Estudo descritivo para identificar nos registros de prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de Adultos os diagnósticos de enfermagem e mapear os diagnósticos mais frequentes às Necessidades Humanas Básicas. Obteve-se uma amostra de 44 prontuários. Identificaram-se 1.087 diagnósticos de enfermagem. Após exclusão de repetições, encontraram-se 28 diferentes títulos de diagnósticos. Vinte e cinco diagnósticos estavam relacionados às necessidades psicobiológicas, e três, às necessidades psicossociais. Sugere-se a realização de estudos que identifiquem, entre os diagnósticos de enfermagem formulados e as necessidades humanas afetadas, quais foram solucionados e para quais necessidades são predominantemente elaborados os cuidados. Os resultados deste estudo são importantes para a organização de conteúdos de ensino para alunos e enfermeiros, preparando-os para que, ao prestar o cuidado, considerem o ser humano, tanto nos aspectos biológicos, como emocionais e espirituais.

DESCRITORES

Cuidados de enfermagem
Diagnóstico de Enfermagem
Classificação
Unidades de Terapia Intensiva
Humanização da assistência

ABSTRACT

This descriptive study was performed to identify the nursing diagnoses in the records of the inpatients of an adult intensive care unit, and map the most frequent diagnosis according to the Fundamental Human Needs. The sample consisted of 44 patient records. A total of 1,087 nursing diagnoses were identified. After excluding the repetitions, 28 different diagnoses were identified. Twenty-five diagnoses were related to psychobiological needs, and three to psychosocial needs. Further studies should identify, among the formulated nursing diagnoses and the affected human needs, which problems were solved and for what needs the care is predominantly developed. The present study results are important for the organization of teaching content for students and nurses, preparing them to consider human beings as a whole when providing care, considering their biological, emotional, and spiritual aspects.

DESCRIPTORS

Nursing care
Nursing Diagnosis
Classification
Intensive Care Units
Humanization of assistance

RESUMEN

Estudio descriptivo apuntando identificar en historias clínicas de pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva de Adultos los diagnósticos de enfermería y mapear los diagnósticos más frecuentes relativos a las Necesidades Humanas Básicas. Se obtuvo una muestra de 44 historias clínicas. Se identificaron 1087 diagnósticos de enfermería. Luego de exclusión de repeticiones, se encontraron 28 diferentes títulos de diagnósticos. Veinticinco diagnósticos se relacionaban con necesidades psicobiológicas y tres a necesidades psicossociales. Se sugiere realizar estudios que identifiquen, entre los diagnósticos de enfermería formulados y las necesidades humanas afectadas, cuáles de ellos fueron solucionados y para cuáles necesidades son elaborados mayoritariamente los cuidados. Los resultados de este estudio son importantes para la organización de contenidos de enseñanza para alumnos y enfermeros, preparándolos para que al prestar el cuidado consideren al ser humano, tanto en aspectos biológicos como emocionales y espirituales.

DESCRIPTORES

Atención de enfermería
Diagnóstico de Enfermería
Clasificación
Unidades de Terapia Intensiva
Humanización de la atención

* Extraído da dissertação "Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem de pacientes internados em uma UTI-Adulto", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. ¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. taniachianca@gmail.com ² Enfermeira. Especialista em Emergência, Trauma e Terapia Intensiva. Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva Medimig e Hospital da Polícia Militar de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil. anapsouza@yahoo.com.br ³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Enfermeira da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Odilon Behrens. Belo Horizonte, MG, Brasil. patriciaoliveirasalgado@gmail.com

INTRODUÇÃO

O termo Diagnóstico de Enfermagem (DE) tem sua origem no advento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, diagnosticou e tratou problemas de saúde nos soldados e utilizou o levantamento desses problemas para planejar a sua assistência⁽¹⁾.

Com o avanço da Enfermagem e a organização do seu próprio conhecimento, na década de 1950, os enfermeiros resgataram a experiência daquela época, com o objetivo de planejar a prática profissional e educacional da enfermagem, realizando de forma sistemática o cuidado, ou seja, aplicando o Processo de Enfermagem (PE), composto por fases, onde o diagnóstico de enfermagem é incluído⁽¹⁾.

No Brasil, estudos acerca do Processo de Enfermagem começaram a ser desenvolvidos com uma atuação pioneira da Enfermeira Doutora Wanda de Aguiar Horta, que começou a discutir sobre teoria de Enfermagem no campo profissional⁽²⁾. O modelo teórico proposto por Horta é denominado Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), sendo descrito em fases organizadas e interrelacionadas que fornecem dados para o Enfermeiro planejar suas ações e prestar uma assistência focada nas necessidades dos pacientes⁽³⁾.

As necessidades apresentadas pelos pacientes são identificadas pelos Enfermeiros a partir da coleta de dados. Em um processo de raciocínio clínico, necessidades são identificadas a partir da interpretação e agrupamento dos dados coletados, sendo formulados diagnósticos de enfermagem, para os quais propostas de solução são estabelecidas. Esse processo de raciocínio clínico é mental, devendo ser guiado pelo referencial teórico utilizado onde necessidades afetadas emergem.

Embora o cuidado de enfermagem seja considerado essencial para o tratamento da maioria dos pacientes, tal fato ainda não é muito visível ou reconhecido. Na prática assistencial percebe-se a necessidade de instrumentalizar os enfermeiros para implementar o Processo de Enfermagem de uma forma efetiva e com ações sistematizadas. Essa realidade tem maior impacto, sobretudo, quando nos remetemos às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). O número reduzido de vagas e a elevada procura por esses serviços, além do número de procedimentos realizados, nos levam a repensar sobre a necessidade de organização das ações executadas e do seu acompanhamento. Além disso, torna-se necessário nestas unidades um redirecionamento dos cuidados, a fim de que sejam voltados ao ser humano e não apenas à doença ou ao trauma aos quais estão submetidos os pacientes⁽⁵⁾.

Em uma UTI-Adulto de Belo Horizonte, Brasil, as etapas do Processo de Enfermagem vem sendo implementadas desde 2006. Nesta é utilizado como arcabouço teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽³⁾ e os diagnósticos de enfermagem são elaborados a partir da taxonomia II da NANDA-I⁽⁴⁾. Entretanto, mesmo sendo a prática de enfermagem na unidade norteada por uma teoria, alguns problemas relativos à abrangência da assistência de enfermagem para além dos aspectos biológicos do paciente são identificados pelos enfermeiros na prática. Apoiados em estudos que estabelecem a dificuldade de alguns enfermeiros em identificarem aspectos relativos a necessidades de âmbito emocional e/ou espiritual como sendo prioritários em relação aos problemas fisiológicos dos pacientes⁽⁶⁻⁸⁾ gerou inquietação acerca de se conhecer as Necessidades Humanas Básicas que são atendidas a partir dos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes desta UTI.

...a identificação de um conjunto de diagnósticos de enfermagem pode direcionar a assistência de enfermagem a pacientes internados em UTI, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado, voltado para o atendimento de Necessidades Humanas Básicas estabelecidas mentalmente.

Justifica-se este estudo por considerar que a identificação de um conjunto de diagnósticos de enfermagem pode direcionar a assistência de enfermagem a pacientes internados em UTI, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado, voltado para o atendimento de Necessidades Humanas Básicas estabelecidas mentalmente. Assim, o mapeamento de Necessidades Humanas Básicas aos diagnósticos de enfermagem identificados pode contribuir para o estabelecimento de um perfil diagnóstico à luz do referencial teórico adotado na assistência a pacientes internados em UTI. O conhecimento deste perfil é altamente significativo para o desenvolvimento de uma base de dados de enfermagem que subsidiará um software em construção e favorecerá a extração de dados de eficácia do cuidado de enfermagem prestado nesta unidade.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo identificar nos registros de prontuários de pacientes internados em uma UTI de adultos os diagnósticos de enfermagem e mapear os diagnósticos mais frequentes às Necessidades Humanas Básicas de Horta.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo desenvolvido em uma UTI de Adultos de Belo Horizonte (MG), dotada de 10 leitos destinados a atendimentos particulares e por convênio.

Para a realização do estudo considerou-se como população todos os pacientes internados na UTI no período de 1 de setembro de 2008 a 30 setembro de 2009, totalizando 494 pacientes. A opção por este período de coleta se deu porque todas as fases do Processo de Enfermagem já

estavam implementadas utilizando impressos próprios na unidade neste período.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o método de reamostragem por permutação⁽⁹⁾. Inicialmente foi realizado um sorteio para composição de uma amostra aleatória composta pelos diagnósticos de enfermagem de 60 prontuários. Desse total, 16 prontuários não apresentavam os diagnósticos de enfermagem formulados, sendo excluídos e totalizando uma amostra de 44 pacientes. Em seguida, para cada paciente, identificou-se o número de diagnósticos de enfermagem formulados e calculou-se a média de diagnósticos exclusivos para cada paciente. Verificou-se que para os 10 primeiros pacientes ocorreu uma média de 19 diagnósticos diferentes, porém, a partir do 15º paciente, a cada dois pacientes aparecia um novo diagnóstico e, em torno do 40º paciente, passou a aparecer uma média de menos de 0,2 novos diagnósticos de enfermagem por paciente. Assim, a amostra por aleatorização foi constituída pelos prontuários de 44 pacientes que é uma estimativa do percentual dos diagnósticos de enfermagem formulados pelos enfermeiros para os pacientes na unidade no período.

Os dados foram coletados diretamente nos prontuários dos pacientes e transcritos individualmente para uma planilha do programa *Excel for Windows*, para identificação das informações necessárias e exclusão das repetições. Os diagnósticos de enfermagem obtidos foram submetidos a correções de ortografia, análise de sinonímia, adequação de tempos verbais, uniformização de gênero e de número e exclusão das expressões pseudoterminológicas, definidas como elementos que ocorrem de forma casual no discurso, mas que não designam conceitos particulares, sendo considerado lixo terminológico⁽¹⁰⁾.

Os diagnósticos documentados foram analisados em frequências absolutas e relativas. Além disso, realizou-se o processo de mapeamento cruzado dos diferentes títulos diagnósticos de enfermagem coletados com a classificação das Necessidades Humanas Básicas^(3,11).

O mapeamento cruzado é um procedimento metodológico que pode ser utilizado na análise de dados contidos no Processo de Enfermagem, nos diferentes campos do cuidado, através da comparação entre as informações existentes nos prontuários dos pacientes e as classificações de referência para a prática de enfermagem⁽¹²⁾.

Os diagnósticos de enfermagem mapeados foram submetidos a um processo de validação, primeiramente por pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG e, em seguida, foram encaminhados para avaliação de enfermeiros intensivistas e pesquisadores da área de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que concordaram em participar do estudo como ex-

peritos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como estratégia de validação do processo de mapeamento realizado utilizou-se a técnica Delphi, método para obter o consenso de um grupo de expertos sobre um determinado tema⁽¹³⁾. Não há diretriz que estabeleça o adequado nível de consenso a ser obtido⁽¹⁴⁾, porém, recomenda-se a obtenção do nível mínimo de concordância de 70%, na etapa final da Técnica Delphi⁽¹⁵⁾. Diante dessa recomendação, adotou-se o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos expertos neste estudo.

No processo de validação dos diagnósticos de enfermagem mapeados foram utilizados dois instrumentos: um primeiro instrumento com as orientações necessárias e com as definições das Necessidades Humanas Básicas⁽¹¹⁾ e o segundo elencando os títulos diagnósticos de enfermagem coletados e mapeados às Necessidades Humanas Básicas.

Para a realização da validação dos diagnósticos de enfermagem mapeados foram convidados, por e-mail, 11 enfermeiros. Ao receber o convite, todos os profissionais aceitaram participar e receberam por e-mail o material para validação (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um instrumento com as orientações necessárias para a validação e com as definições das Necessidades Humanas Básicas, o instrumento com os diagnósticos de enfermagem mapeados e envelope selado e endereçado para retorno do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado). Contudo, 6 dos enfermeiros responderam o instrumento dentro do prazo determinado, compreendendo, portanto, a amostra de expertos deste estudo.

O estudo obteve parecer favorável da diretoria da unidade onde se realizou a pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer COEP nº 315/09), sendo seguidas as recomendações da resolução 196/96.

RESULTADOS

Entre os 44 pacientes cujos prontuários foram analisados, a maioria era do sexo feminino 30 (68%). A faixa etária variou entre 28 e 93 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 de acordo com o CID-10⁽¹⁶⁾, Doenças do Aparelho Respiratório (30%).

Identificação dos títulos diagnósticos

Para os 44 pacientes foram formulados 1087 diagnósticos de enfermagem. Após a realização do processo de normalização do conteúdo, obteve-se 28 diferentes títulos diagnósticos (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência dos títulos diagnósticos enfermagem da NANDA I por paciente - Belo Horizonte, MG, 2011

Categoria Diagnóstica	Frequência	
	N	%
Risco de infecção	44	100
Risco de integridade da pele prejudicada	43	98
Integridade da pele prejudicada	12	27
Integridade tissular prejudicada	11	25
Risco de aspiração	7	16
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	7	16
Proteção ineficaz	5	11
Risco de disfunção neurovascular periférica	2	5
Risco de quedas	1	2
Déficit no autocuidado para banho e/ou higiene	44	100
Déficit no autocuidado para higiene íntima	41	93
Mobilidade no leito prejudicada	27	61
Débito cardíaco diminuído	3	7
Padrão respiratório ineficaz	2	5
Mobilidade física prejudicada	1	2
Perfusão renal ineficaz	1	2
Perfusão tissular periférica ineficaz	1	2
Risco de glicemia instável	35	80
Volume excessivo de líquidos	4	9
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	2	5
Risco de constipação	44	100
Troca de gases prejudicada	2	5
Risco de síndrome de estresse por mudança	21	48
Ansiedade	5	11
Dor aguda	2	5
Dor crônica	1	2
Confusão aguda	2	5
Risco de solidão	2	5

Negrito= os cinco títulos diagnósticos de enfermagem mais frequentes
Nota: (n=44)

Os títulos diagnósticos foram descritos conforme a publicação brasileira de 2008 da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I⁽¹⁷⁾, pois esta foi a edição utilizada pelos enfermeiros para formular os diagnósticos dos pacientes internados no local do estudo.

Verifica-se que 10 (36%) dos diagnósticos de enfermagem formulados foram diagnósticos de risco. Entre os 28 diagnósticos identificados 7 apresentaram frequência maior que 50%. Os de maior prevalência foram: risco de infecção, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco de constipação, todos formulados para 100% dos pacientes. Outros diagnósticos também tiveram frequência elevada, a saber: risco de integridade da pele prejudicada (98%), déficit no autocuidado para higiene íntima (93%), risco de glicemia instável (80%) e mobilidade no leito prejudicada (61%).

Dos 13 domínios da Taxonomia II da NANDA-I⁽⁴⁾, 5 não foram representados por nenhum diagnóstico, são eles:

Promoção à Saúde, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Princípios da Vida, Crescimento/Desenvolvimento. Os domínios Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade/Repouso, Percepção/Cognição, Auto percepção, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Segurança/Proteção e Conforto foram representados pela ocorrência de pelo menos um de seus respectivos diagnósticos. Os domínios mais representados foram os de Segurança/Proteção (9 diferentes títulos diagnósticos) e de Atividade/Repouso (7).

Mapeamento dos títulos diagnósticos de enfermagem à classificação das Necessidades Humanas Básicas

Os títulos diagnósticos de enfermagem formulados para os pacientes cujos prontuários foram analisados foram mapeados às Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta⁽³⁾ (Quadro 1).

Verifica-se no Quadro 1 que, entre os 28 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem formulados, 25 foram mapeados às necessidades psicobiológicas; 3 às necessidades psicossociais e nenhum dos diagnósticos formulados referem-se às necessidades psicoespirituais. Observa-se, também, que à Necessidade Humana Básica de regulação vascular foi comparado o maior número dos diferentes títulos diagnósticos de enfermagem identificados (5-20%).

Quanto ao mapeamento às necessidades psicossociais os diagnósticos de enfermagem formulados foram comparados apenas à necessidade de segurança emocional, compreendendo três diferentes títulos diagnósticos de enfermagem, a saber: risco de síndrome do estresse por mudança, ansiedade e risco de solidão.

Validação dos títulos diagnósticos de enfermagem mapeados

Todos os enfermeiros que compuseram a amostra atenderam aos critérios de inclusão, apresentando pontuação igual ou superior a 05 de acordo com os critérios estabelecidos⁽¹⁸⁾. Todos os profissionais trabalham e residem em Belo Horizonte, MG e são do sexo feminino.

Verifica-se que os expertos deste estudo são qualificados, aliando além da experiência prática (a idade mínima de experiência prática foi de 4 anos) a experiência com atividades acadêmica e de pesquisa.

Para a validação dos títulos diagnósticos de enfermagem mapeados utilizou-se uma rodada da Técnica Delphi, uma vez que foi alcançado o nível mínimo de concordância estabelecido entre os avaliadores já na primeira rodada. Verificou-se que o grau de concordância entre o grupo de expertos no processo de validação, foi de 100% de concordância (Kappa= 1,0).

Quadro 1 – Títulos diagnósticos de enfermagem mapeados às Necessidades Humanas Básicas - Belo Horizonte, MG, 2011

Necessidade Humana Básica		Título Diagnóstico
Necessidades Psicobiológicas	Cuidado corporal	Déficit no autocuidado para banho/higiene
		Déficit no autocuidado para higiene íntima
	Integridade física	Risco de integridade da pele prejudicada
		Integridade da pele prejudicada
		Integridade tissular prejudicada
	Segurança física/meio ambiente	Risco de infecção
		Risco de aspiração
		Proteção ineficaz
		Risco de quedas
	Eliminação	Risco de constipação
	Regulação Vascular	Risco de glicemia instável
		Risco de disfunção neurovascular periférica
		Débito cardíaco diminuído
		Perfusão renal ineficaz
		Perfusão tissular periférica ineficaz
	Atividade física	Mobilidade no leito prejudicada
		Mobilidade física prejudicada
Oxigenação	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	
	Padrão respiratório ineficaz	
	Troca de gases prejudicada	
Hidratação	Volume excessivo de líquidos	
Alimentação	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	
Percepção dos órgãos dos sentidos	Dor aguda	
	Dor crônica	
Regulação Neurológica	Confusão aguda	
Necessidades Psicossociais	Segurança emocional	Risco de síndrome do estresse por mudança
		Ansiedade
		Risco de solidão

DISCUSSÃO

Os pacientes idosos respondem atualmente por 42 a 52% das admissões nas UTI⁽¹⁹⁾. Na amostra estudada, a maioria (68,3%) dos pacientes concentrou-se na faixa etária de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, o que apoia a percepção de que a idade média dos pacientes em UTI tem aumentado nos últimos anos e aumentará ainda mais com o envelhecimento da população em geral.

Para 44 pacientes cujos prontuários foram analisados encontrou-se 1087 diagnósticos de enfermagem formulados, sendo elaborados, em média, 8,5 diagnósticos de enfermagem por paciente, número próximo ao descrito na literatura em que a média de diagnósticos encontrados por pacientes foi, respectivamente, 6,9⁽⁸⁾ e 8⁽²⁰⁾.

Neste estudo somente 10 dos diagnósticos de enfermagem formulados foram diagnósticos de risco, sendo 2 deles identificados em todos os pacientes. Os diagnósticos reais descrevem respostas já presentes nos pa-

cientes e os de risco descrevem respostas que podem desenvolver-se. Este último está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade à patógenos⁽⁴⁾. O fato da maioria dos diagnósticos serem classificados como real é a evidência de que os cuidados de enfermagem em UTI devem ser centrados na recuperação da saúde. No entanto, a identificação de diagnósticos de risco também indica que existe preocupação por parte dos enfermeiros quanto aos aspectos preventivos no cuidado aos pacientes⁽⁸⁾. Em uma UTI encontram-se pacientes em risco de morte, cabendo ao enfermeiro reconhecer os sinais iniciais de desvio da normalidade para implementar assistência de enfermagem de qualidade.

Observa-se que os diagnósticos de enfermagem de risco para constipação, déficit no autocuidado para banho/higiene e risco de infecção, formulados para 100% dos pacientes, pertencem aos domínios estabelecidos na taxonomia da NANDA I, eliminação e troca, atividade/repouso

e segurança/proteção, respectivamente⁽⁴⁾. Esses diagnósticos referem-se às Necessidades Humanas Básicas de eliminação, cuidado corporal e segurança física/meio ambiente e todas necessidades psicobiológicas. Algumas delas podem estar relacionadas a atividade física deficiente, uma vez que pacientes internados em UTI permanecem no leito e o risco para constipação pode estar presente.

Nestes pacientes o déficit no autocuidado para banho/higiene é evidente e foi estabelecido para todos aqueles cujos prontuários foram analisados. As ações de enfermagem relacionadas ao banho no leito, higiene íntima e vestir-se são essenciais e se referem às necessidades humanas de pacientes que estão em repouso absoluto, ou cuja mobilidade e locomoção estejam afetadas.

Por sua vez, o diagnóstico de enfermagem de risco de infecção, a exemplo do presente estudo, tem sido identificado em diferentes unidades de hospitais^(8,21). Essa ocorrência pode ser explicada face ao paciente internado em hospital apresentar exposição ambiental a patógenos aumentada, principalmente em UTI onde um grande número de procedimentos invasivos são normalmente realizados.

Os diagnósticos de enfermagem de risco de integridade da pele prejudicada, déficit no autocuidado para higiene íntima, risco de glicemia instável e mobilidade no leito prejudicada foram formulados para mais de 50% dos pacientes. Assim, as necessidades psicobiológicas de integridade física, cuidado corporal, regulação vascular e atividade física estiveram afetadas nestes pacientes.

Observa-se, então, que entre os diagnósticos mapeados às Necessidades Humanas Básicas, 25 (89%) estão relacionados às necessidades psicobiológicas e somente 3 (11%) às necessidades psicossociais. Não foram mapeados diagnósticos à necessidade psicoespiritual. Autores relatam que a espiritualidade/religiosidade pode ser considerada um aspecto de extrema relevância, uma vez que pode contribuir para inspirar coragem, ânimo e confiança nos pacientes acerca do processo de recuperação da doença⁽²²⁾.

Compreende-se que, em função da gravidade do estado de saúde física dos pacientes internados em UTI, a equipe de enfermagem, ao prestar os cuidados priorize a documentação de problemas e a assistência às necessidades psicobiológicas afetadas. Contudo, as necessidades humanas são inter-relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando uma se manifesta todas as outras sofrem algum grau de alteração⁽³⁾. Assim, as prioridades para a assistência de enfermagem têm de ser ajustadas sistematicamente.

Apesar da limitação à identificação de apenas 3 diagnósticos de enfermagem que foram mapeados à necessidade psicossocial este é um dado importante, visto que na grande maioria dos serviços os enfermeiros realizam a assistência ainda muito voltada para um modelo médico-centrado. Em estudo realizado também em UTI de Adultos não foram

identificados diagnósticos de enfermagem referentes às necessidades humanas psicossociais e/ou psicoespirituais⁽⁸⁾. As autoras questionam o fato por saber que muitos pacientes internados em UTI apresentam dificuldades relacionadas à comunicação, isolamento social, ansiedade, sofrimento espiritual, entre outras. Estranha-se o fato destas não serem documentadas nos prontuários dos pacientes por parte dos enfermeiros dado se referirem a necessidades afetadas que demandam cuidados de enfermagem.

Analisando o perfil dos enfermeiros que validaram os diagnósticos de enfermagem mapeados foi possível observar que 83% apresentam prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de terapia intensiva, usando um modelo de assistência que emprega o processo de enfermagem na prática e que utiliza diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para documentar a prática clínica. Todos são especialistas em terapia intensiva, ressaltando-se o elevado número de expertos (5-83%) que possui publicações na área de terapia intensiva, de diagnósticos, intervenções ou de resultados de enfermagem.

Obteve-se 100% de concordância (Kappa=1,0) entre os expertos na avaliação dos diagnósticos de enfermagem mapeados às NHBs em uma única rodada da Técnica Delphi. Tal fato pode ser explicado devido a primeira etapa do mapeamento cruzado realizado ter sido submetido a um processo de análise e confirmação por um grupo de pesquisadores na área de processo de enfermagem, o que respalda os resultados encontrados no mapeamento realizado.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma Unidade de Terapia Intensiva de Adultos e mapeá-los às Necessidades Humanas Básicas. Para os 44 pacientes cujos prontuários foram analisados encontrou-se 28 títulos diagnósticos de enfermagem diferentes. Desses, sete foram formulados para mais de 50% dos pacientes, sendo que três foram elaborados para todos os pacientes. A maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo também foi encontrada em outros trabalhos, confirmando que são comuns à prática clínica do enfermeiro em UTI.

Somente três diagnósticos referiam-se as necessidade psicossociais e nenhum esteve relacionado à necessidade psicoespiritual. Esta realidade mostra a importância de que seja dada continuidade a pesquisas relacionadas à identificação dos diagnósticos de enfermagem e as Necessidades Humanas Básicas que estão afetadas com maior frequência nos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sugere-se a realização de estudos que identifiquem entre os diagnósticos de enfermagem formulados e as Necessidades Humanas Básicas afetadas quais foram solucionados, que necessidades predominam no atendimento e quais deixam de ser trabalhadas.

Por sua vez, considera-se que os resultados deste estudo são importantes para a organização de conteúdos de ensino para alunos e enfermeiros preparando-os para que ao prestar o cuidado considerem toda a estrutura enquanto

ser humano, abrangendo não somente os aspectos biológicos, mas os valores culturais, históricos e sociais, somados aos aspectos emocionais e espirituais que permeiam o indivíduo enfermo e que se encontra hospitalizado.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; 2008/2009.
2. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):54-64.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino Am Enferm*. 2004;12(2):250-7.
6. Carmagnani MI, Cunha IC, Behlau MS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à laringectomia. *Rev Paul Enferm*. 2003;22(1):51-61.
7. Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(3):307-16.
8. Lucena AF, Barros ALBL. Nursing diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006;17(3):139-46.
9. Good PI. Permutation tests: a practical guide to resampling methods for testing hypotheses. 2ª ed. New York: Springer-Verlag; 1994. (Springer series in statistics).
10. Pavel S, Nolet D. Manual de terminologia. Canadá: Public Words and Government Services; 2001.
11. Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
12. Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions classification (NIC): process and rules. *Nurs Diagn*. 1997;8(4):137-44.
13. Goodman CM. The Delphi Technique: a critique. *J Adv Nurs*. 1987;12(3):729-34.
14. Keeney S, Hasson F, Mckenna H. Consulting the oracle: ten lessons from the Delphi Technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2006;2(53):205-12.
15. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi Technique to examine content validity of nursing diagnosis. *Nurs Diagn*. 1992;3(1):12-22.
16. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10. São Paulo: EDUSP; 1998.
17. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6): 625-9.
19. Alves GC, Silva JGB, Lima RSA, Sobral JB, Mota RMS, Abreu KLS, et al. Fatores de risco para óbito em pacientes idosos gravemente enfermos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):138-43.
20. Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(3):501-18.
21. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras. Enferm*. 2006;59(3):321-6.
22. Fonseca AS, Tapia GES, Silva IM, Noletto MRP, Campos JP. Espiritualidade: o significado na prática do enfermeiro. *Nursing (São Paulo)*. 2008;11(122):312-7.