



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Martegani Ferreira, Anali; do Nascimento da Rocha, Elisiane; Takáo Lopes, Camila;
Bachion, Maria Márcia; de Lima Lopes, Juliana; Bottura Leite de Barros, Alba Lúcia
Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da
NANDA-I

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 69, núm. 2, marzo-abril, 2016, pp. 307-315
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267045808014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I

Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy
Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeo cruzado y taxonomía de la NANDA-I

Anali Martegani Ferreira^{I,II}, Elisiane do Nascimento da Rocha^{II}, Camila Takáo Lopes^I,
Maria Márcia Bachion^{I,III}, Juliana de Lima Lopes^{IV}, Alba Lúcia Bottura Leite de Barros^{IV}

^I Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana-RS, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(2):285-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>

Submissão: 09-04-2015

Aprovação: 01-11-2015

RESUMO

Objetivo: identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes hospitalizados em UTI por meio do mapeamento cruzado de termos contidos nas anotações de enfermagem, com a Taxonomia da NANDA-I. **Método:** estudo exploratório descritivo, mediante análise retrospectiva dos registros de enfermagem em 256 prontuários de pacientes que estiveram hospitalizados na UTI geral de um hospital da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Extraíram-se, dos registros, termos que indicavam condições que demandavam intervenções de enfermagem, realizou-se mapeamento cruzado dos mesmos com os diagnósticos da Taxonomia da NANDA-I e confirmação em grupo focal de enfermeiros. Analisaram-se os dados utilizando-se estatística descritiva. **Resultados:** identificaram-se 832 termos e expressões que se referiam a 52 diferentes diagnósticos em nove dos 13 domínios da Taxonomia da NANDA-I. **Conclusão:** este estudo permitiu identificar diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes hospitalizados na UTI, trazendo implicações para gestão do cuidado, processo de formação de especialistas na área e sistemas de informação.

Descritores: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Classificação.

ABSTRACT

Objective: to identify nursing diagnoses in intensive care unit (ICU) patients by means of a cross-mapping of terms contained in nursing records with the NANDA-I taxonomy. **Method:** an exploratory, descriptive study with a retrospective analysis of nursing records in 256 medical records of patients that were hospitalized in the general ICU of a hospital in the western border of the state of Rio Grande do Sul. Terms indicating conditions demanding nursing interventions were collected from the records; cross-mapping of these terms with the NANDA-I taxonomy diagnoses was performed and confirmed in a nursing focus group. Data were analyzed through descriptive statistics. **Results:** a total of 832 terms and expressions referring to 52 different diagnoses in 9 of the 13 domains of the NANDA-I taxonomy were identified. **Conclusion:** the present study enabled the identification of nursing diagnoses in patients hospitalized in ICUs, affecting care management, the training process of experts in the area, and information systems.

Key words: Nursing; Nursing diagnosis; Nursing Process; Intensive Care Units; Classification.

RESUMEN

Objetivo: identificar diagnósticos de enfermagem en pacientes hospitalizados en UTI mediante mapeo cruzado de términos incluidos en notas de enfermería con Taxonomía de la NANDA-I. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo, mediante análisis retrospectivo de registros de enfermería en 256 historias clínicas de pacientes hospitalizados en UTI general de hospital fronterizo del oeste de Rio Grande do Sul. Se extrajeron términos que indicaban condiciones demandando intervenciones de

enfermería, se realizó mapeo cruzado de ellos con diagnósticos de Taxonomía de la NANDA-I y confirmación en grupo focal de enfermeros. Datos analizados aplicando estadística descriptiva. **Resultados:** se identificaron 832 términos y expresiones relativos a 52 diagnósticos diferentes en 9 de los 13 dominios de Taxonomía de la NANDA-I. **Conclusión:** fue posible identificar diagnósticos de enfermería presentes en pacientes internados en UTI, con implicancias en la gestión de cuidado, en el proceso de formación de especialistas en el área y en sistemas de información.

Palabras clave: Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Clasificación.

AUTOR CORRESPONDENTE

Anali Martegani Ferreira

E-mail: analimf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como um ambiente de internação para pacientes em estado crítico de saúde e que necessitam de atenção especializada e contínua⁽¹⁾. Assim, a assistência de enfermagem em UTI exige do enfermeiro identificação rápida e acurada das condições de saúde de cada indivíduo, devido à gravidade e instabilidade dos pacientes e complexidade de atenção requerida. A atenção à saúde ofertada pela equipe de enfermagem precisa estar organizada para compartilhar saberes e estratégias assistenciais, de modo a promover os melhores resultados ao paciente, juntamente com os demais membros da equipe de saúde.

Nesse contexto, a utilização do Processo de Enfermagem, como método de organizar abordagem clínica da profissão em UTI, favorece a identificação das condições apresentadas pelos pacientes que requerem intervenção de enfermagem e tomada de decisões terapêuticas mais adequadas para atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável⁽²⁾.

A coleta de dados constitui-se na primeira fase do Processo de Enfermagem e é parte integrante do processo diagnóstico⁽³⁾. O diagnóstico de enfermagem (DE), segunda fase do Processo de Enfermagem, consiste na tomada de decisão clínica sobre a presença de uma resposta humana que requer intervenção de enfermagem; o diagnóstico atribuído é fundamental para definir o plano de cuidados e resultados esperados^(2,4).

Nesse contexto, as linguagens especiais de enfermagem, dentre elas, a taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda International (NANDA-I), desempenham importante papel ao descrever, de modo padronizado, um dos fenômenos de interesse da prática da profissão, apontando para as possíveis áreas de contribuição da enfermagem no cenário de cuidados à saúde.

Em determinadas regiões do país, ainda não é comum o uso de linguagens padronizadas pela enfermagem, o que pode dificultar a migração de registros manuais para sistemas informatizados. Tendo em vista a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde⁽⁵⁾, a Enfermagem, tem como um de seus desafios, produzir informações que sejam compatíveis com sistemas de registro eletrônico.

Os sistemas de classificação com linguagens padronizadas constituem-se em um conjunto de conhecimentos estruturados, conceitos organizados de forma lógica, com base em suas semelhanças⁽⁶⁾. Nesse sentido, identificar perfil de DEs junto a populações pode contribuir para a melhor definição e compreensão da Enfermagem como disciplina.

O conhecimento do perfil diagnóstico de enfermagem dentro de uma linguagem padronizada também contribui para

subsidiar as ações de cuidado, gerenciais, de dimensionamento mais apropriado e educação permanente. Nomear as condições da clientela atendida na UTI que requer intervenções de enfermagem contribui para o fortalecimento da identidade profissional, a partir da visualização clara dos fenômenos que são levados em conta no domínio da enfermagem.

Assim, este estudo teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes hospitalizados em UTI por meio do mapeamento cruzado de termos contidos nas anotações de enfermagem com a Taxonomia da NANDA-I.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo exploratório descritivo⁽⁷⁾, de análise documental, realizado em uma UTI de um hospital geral da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de outubro de 2011 a abril de 2012. Essa instituição não utiliza linguagem padronizada de DE. Esse período foi definido devido à utilização de dados desconhecidos, os quais, em intervalo de tempo menor que seis meses, poderia dificultar sua identificação⁽⁸⁻¹⁰⁾.

População e amostra

Na primeira fase, o universo constituiu-se das anotações de enfermagem contidas nos prontuários de pacientes atendidos no cenário estudado, no período mencionado. A amostra não probabilística intencional foi constituída pela totalidade de 256 prontuários de pacientes que estiveram hospitalizados na UTI, de outubro de 2011 a abril de 2012. Na segunda fase, a amostra constituiu-se de cinco enfermeiras assistenciais que atuavam no local de estudo, que constitui a totalidade de enfermeiras desta UTI que atenderam aos critérios de inclusão: ter experiência clínica, entre dois e 10 anos, no cuidado a pacientes críticos e desenvolver atividades assistenciais na UTI, no período de coleta de dados.

Para a seleção das enfermeiras, seguiram-se critérios⁽¹¹⁾ que correlacionam o tempo de experiência clínica da enfermeira com os níveis de conhecimento da prática. Esses critérios dividem os enfermeiros em cinco níveis. O primeiro nível de conhecimento caracteriza o enfermeiro com experiência clínica de até seis meses como principiante; nesse nível, o enfermeiro utiliza-se de protocolos para determinar suas ações⁽¹¹⁾. O segundo nível inclui enfermeiras com experiência prática em situações concretas com elementos significativos. O terceiro nível, competente, inclui

enfermeiras, que apresentam noção do que é importante em situações específicas, são capazes de interpretar e analisar a situação do paciente. O quarto nível, inclui enfermeiras proficientes, as quais identificam metas e especificidades das situações clínicas e intervenções necessárias, bem como a redefinição destas quando necessário, utilizando-se de habilidades adquiridas previamente, com a experiência prática e conhecimento científico⁽¹¹⁾. O quinto nível de conhecimento inclui enfermeiras com cinco anos de experiência na área de domínio, as quais apresentam julgamento intuitivo na tomada de decisão, de forma precisa e acurada, sendo elas caracterizadas como *experts*⁽¹¹⁾. Seguindo estes critérios, uma enfermeira foi classificada no nível de conhecimento proficiente e quatro enfermeiras, no nível *expert*⁽¹¹⁾.

Protocolo do estudo

O estudo desenvolveu-se em três fases: 1) Identificação dos termos e expressões (termos compostos) contidos nas anotações de enfermagem de pacientes hospitalizados em UTI, que indicavam disfunções, condições de saúde, processos de vida, motivação para aumentar o bem-estar e condições de vulnerabilidade apresentadas pelos pacientes, que necessitavam de intervenções de enfermagem; 2) Mapeamento cruzado dos termos e expressões com as características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco e títulos de diagnósticos de enfermagem aprovados pela classificação da NANDA-I; 3) Validação do mapeamento por meio de grupo focal com enfermeiras assistenciais, que atenderam aos critérios de inclusão.

Na primeira fase, para identificação dos conceitos, termos e expressões, as informações contidas nas anotações de enfermagem de cada prontuário de pacientes foram transcritas na íntegra e mediante leitura em profundidade e exaustiva, identificaram-se termos simples (palavras) e compostos (grupo de palavras), que expressavam condições que demandavam ações de enfermagem. Esses termos foram agrupados por similaridade e associação, considerando-se seu contexto e a relevância do seu conteúdo no *corpus* de análise. Depois, realizou-se a normalização do conteúdo⁽¹²⁾.

Foram coletadas as seguintes informações para a caracterização dos pacientes internados na UTI: sexo, idade, etnia, diagnóstico médico, tempo de internação, escolaridade, profissão, estado civil, tipo de internação (convênio ou particular) e procedência. As anotações de enfermagem de cada prontuário foram transcritas para um instrumento padronizado, em meio digital criado pelas pesquisadoras, e organizadas em ordem alfabética, em planilhas eletrônicas, para fragmentação em termos e exclusão das repetições. O instrumento de coleta de dados dos prontuários foi composto pelas variáveis: tipo de convênio, número do registro e do prontuário do paciente na instituição, nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, religião, profissão, escolaridade, etnia, cidade de origem, data de internação e alta hospitalar, data de internação e alta da UTI, número de dias internados na UTI, motivo da internação, alta ou óbito, lista de problemas e anotações de enfermagem. Cada instrumento foi identificado por um número, conforme a sequência de coleta de dados.

Na segunda fase, realizou-se o mapeamento cruzado dos termos identificados nas anotações de enfermagem com as

características definidoras (CDs) e fatores relacionados e de risco dos diagnósticos aprovados pela classificação da NANDA-I.

O mapeamento é definido como processo de explicar ou expressar algo, por meio do uso de palavras com significado igual ou semelhante, utilizado para comparar dados de enfermagem não padronizados com linguagens padronizadas⁽⁶⁾. Esse método permite realizar comparações passíveis de avaliação entre termos de diferentes linguagens de enfermagem, para determinar sua equivalência semântica⁽⁸⁾.

As regras estabelecidas para o mapeamento cruzado usadas neste estudo foram as seguintes: 1) mapear usando o contexto da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I; 2) buscar garantir o sentido dos termos e expressões contidos nas anotações de enfermagem; 3) comparar os termos e expressões normalizados aos focos diagnósticos; 4) correlacionar os termos e expressões normalizados que remetem aos focos diagnósticos presentes nos conceitos diagnósticos; 5) comparar e ligar os termos e expressões normalizados com os conceitos diagnósticos, as características definidoras, os fatores relacionados e de risco dos conceitos diagnósticos (os quais continham os focos diagnósticos previamente identificados); 6) identificar e descrever os possíveis conceitos diagnósticos de enfermagem; e 7) mapear os possíveis diagnósticos de enfermagem nos domínios e classes da NANDA-I⁽⁶⁾.

O mapeamento cruzado possibilitou a identificação de correspondências dos termos e expressões utilizados nas anotações das enfermeiras com os termos utilizados na classificação da NANDA-I. Revelaram disfunções, condições de saúde, processos de vida, motivação para aumentar o bem-estar e condições de vulnerabilidade apresentadas pelos pacientes.

Na terceira etapa, esses resultados foram validados por meio de grupo focal⁽¹³⁾, envolvendo cinco enfermeiras. Esta técnica permite a coleta de dados e avaliação qualitativa de dados, para determinar a opinião de um grupo sobre determinado assunto⁽¹³⁾.

Foram realizados quatro encontros do grupo focal, até a obtenção de consenso. Durante os encontros, as enfermeiras foram questionadas sobre sua concordância, confirmação e/ou a possibilidade de retirar ou acrescentar informações relacionadas aos termos e expressões e títulos diagnósticos de enfermagem, CDs, fatores relacionados e de risco. Para tanto, forneceram-se listas com o banco de dados de cada paciente e um exemplar do livro da classificação da NANDA-I 2012-2014, para possibilitar a análise.

Análise dos resultados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e percentuais).

RESULTADOS

Entre os 256 prontuários, verificou-se que 135 (52,7%) pacientes eram do sexo feminino. A faixa etária variou entre 15 e 96 anos, sendo 136 (53,1%) com idade acima dos 60 anos. A média de idade foi 58,95 anos (\pm DP 18,77) e a mediana 60,5 anos de idade.

A partir da análise das anotações de enfermagem, identificaram-se 1.118 termos que indicavam condições que requeriam

intervenções de enfermagem: disfunções, condições de saúde, processos de vida, motivação para aumentar o bem-estar e condições de vulnerabilidade apresentadas pelos pacientes. Após a exclusão das repetições, obtiveram-se 832 termos e expressões que compuseram o banco de dados deste estudo. Com o mapeamento cruzado, obtiveram-se 52 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem, conforme mostrado na Tabela 1, com uma média de 4,6 diagnósticos por paciente, distribuídos em nove dos 13 domínios da taxonomia da NANDA-I, sobressaindo-se os domínios segurança/proteção, percepção/cognição, eliminação e troca e atividade/repouso.

O DE Percepção sensorial perturbada: visual e cinestésica foi retirado da taxonomia da NANDA-I, edição 2012-2014, todavia, encontra-se descrito nesta edição com indicação de

revisão, a qual sugere que sejam desenvolvidos estudos para elevar seu nível de evidências.

Verifica-se que não foram identificados títulos diagnósticos dos domínios 6 - Autopercepção, 8 - Sexualidade, 10 - Princípios da vida e 13 - Crescimento/desenvolvimento. No entanto, as enfermeiras participantes do grupo focal enfatizaram a necessidade dos seguintes diagnósticos: Baixa autoestima situacional (00120), Domínio 6 - Autopercepção e Disposição para religião melhorada (00171) e Domínio 10 - Princípios da vida.

Outros diagnósticos não mapeados, porém, identificados pelas enfermeiras do grupo focal, foram: Manutenção ineficaz da saúde (00099) e Autocontrole ineficaz da saúde (00078), Domínio 1 - Promoção da Saúde; Sentimento de impotência (00125) e Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar (00101),

Tabela 1 – Distribuição dos títulos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva (N = 256), de acordo com os domínios da NANDA-I, Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil, outubro de 2011 a abril de 2012

Domínio	Títulos diagnósticos de enfermagem e códigos da taxonomia da NANDA-I	f (%)
1. Promoção da saúde	Proteção ineficaz (00043)	1 (0,39)
2. Nutrição	Volume de líquidos deficiente (00027)	26 (10,15)
	Risco de glicemia instável (00179)	12 (4,68)
	Volume de líquidos excessivo (00026)	8 (3,12)
	Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	7 (2,73)
	Deglutição prejudicada (00103)	6 (2,34)
	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (00163)	3 (1,17)
	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais (00001)	1 (0,39)
	Risco de volume de líquidos deficiente (00028)	1 (0,39)
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (00025)	1 (0,39)
3. Eliminação e troca	Troca de gases prejudicada (00030)	103 (40,23)
	Diarreia (00013)	17 (6,64)
	Eliminação urinária prejudicada (00016)	4 (1,56)
	Constipação (00011)	3 (1,17)
	Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)	2 (0,78)
4. Atividade/repouso	Débito cardíaco diminuído (00029)	98 (38,28)
	Padrão respiratório ineficaz (00032)	52 (20,31)
	Mobilidade no leito prejudicada (00091)	24 (9,37)
	Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)	21 (8,20)
	Mobilidade física prejudicada (00085)	17 (6,64)
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201)	8 (3,12)
	Padrão de sono prejudicado (000198)	5 (1,95)

Continua

Tabela 1 (cont.)

	Fadiga (00093)	3 (1,17)
	Insônia (00095)	2 (0,78)
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (00200)	1 (0,39)
	Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz (00202)	1 (0,39)
5. Percepção/cognição	Confusão aguda (00128)	35 (13,67)
	Comunicação verbal prejudicada (00051)	21 (8,20)
	Risco de confusão aguda (00173)	20 (7,81)
	Negligência unilateral (00123)	14 (5,46)
	Percepção sensorial perturbada: visual e cinestésica (00122)*	1 (0,39)
	Confusão crônica (00129)	1 (0,39)
	Memória prejudicada (00131)	1 (0,39)
7. Papéis e relacionamentos	Processos familiares disfuncionais (00063)	1 (0,39)
9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	Ansiedade (00146)	22 (8,59)
	Capacidade adaptativa intracraniana diminuída (00049)	13 (5,07)
	Pesar (00136)	2 (0,78)
11. Segurança/proteção	Risco de infecção (00004)	121 (47,26)
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas (00031)	75 (29,29)
	Integridade tissular prejudicada (00044)	64 (25)
	Hipertemia (00007)	46 (17,96)
	Risco de sangramento (00206)	34 (13,28)
	Hipotermia (00006)	15 (5,85)
	Integridade da pele prejudicada (00046)	14 (5,46)
	Termorregulação ineficaz (00008)	13 (5,07)
	Risco de choque (00205)	8 (3,12)
	Mucosa oral prejudicada (00045)	6 (2,34)
	Risco de integridade da pele prejudicada (00047)	2 (0,78)
	Risco de suicídio (00150)	1 (0,39)
12. Conforto	Dor aguda (00132)	146 (57,03)
	Náusea (00134)	14 (5,46)
	Conforto prejudicado (00214)	1 (0,39)

Nota: * Esse diagnóstico consta na edição 2012-2014 da taxonomia da NANDA-I para revisão.

Domínio 9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse; Risco de quedas (00155), Domínio 11 - Segurança e Proteção; e Dor crônica (00133) e Domínio 12 - Conforto.

Trinta e nove (75%) títulos diagnósticos de enfermagem identificados são diagnósticos reais e 13 (25%), de risco. Considerando os domínios, os diagnósticos mais frequentes foram: Dor aguda (n = 146, 57,25%), Risco de infecção (n = 121,

47,45%), Troca de gases prejudicada (n = 103, 40,39%), Débito cardíaco diminuído (n = 98, 38,43%), Confusão Aguda (n = 35, 13,67%), Volume de líquidos deficiente (n = 26, 10,15%) e Ansiedade (n = 22, 8,59%).

A Tabela 2 apresenta as características definidoras e fatores relacionados e de risco dos títulos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, identificados no mapeamento.

Tabela 2 – Distribuição das características definidoras e fatores relacionados e de risco dos títulos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, identificados em pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva (N=256), de acordo com os domínios da taxonomia da NANDA-I, Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil, outubro de 2011 a abril de 2012

Domínio/ Diagnóstico	Características definidoras	f(%)	Fatores relacionados ou de risco	f(%)
D2/ Volume de líquidos deficiente (00027)	Diminuição do enchimento venoso	21 (8,20)	Falha nos mecanismos reguladores	18 (7,03)
	Diminuição da pressão sanguínea	20 (7,81)	Perda ativa de volume de líquido	13 (5,07)
	Aumento da frequência de pulso	14 (5,46)		
D3/ Troca de gases prejudicada (00030)	Agitação	37 (14,45)	Mudanças na membrana alveolocapilar	49 (19,14)
	Cor da pele anormal (pálida, escurecida)	33 (12,89)	Desequilíbrio na ventilação-perfusão	28 (10,93)
	Taquicardia	14 (5,46)		
	Respiração anormal (mudança no ritmo, frequência, profundidade)	14 (5,46)		
D4/ Débito cardíaco diminuído (00029)	Variações na leitura de pressão	79 (30,85)	Frequência cardíaca alterada	69 (27,95)
	Taquicardia	48 (18,75)	Pós-carga alterada	29 (11,32)
	Bradycardia	37 (14,45)	Volume de ejeção alterado	21 (8,20)
	Pele fria e pegajosa	37 (14,45)	Contratilidade alterada	12 (4,68)
D5/ Confusão aguda (00128)	Flutuação na cognição-nível de consciência	35 (13,67)	Demência	30 (11,71)
	Agitação	07 (2,73)	Mais de 60 anos de idade	06 (2,34)
	Inquietação aumentada	04 (1,56)	Flutuação no ciclo sono-vigília	05 (1,95)
	Flutuação na atividade psicomotora	02 (0,78)		
D9/ Ansiedade (00146)	Ansioso	17 (6,64)	Mudança no estado de saúde	12 (4,68)
	Agitação	08 (3,12)	Ameaça ao estado de saúde	12 (4,68)
	Respiração aumentada	05 (1,95)		
	Inquieto	04 (1,56)		
	Insônia	04 (1,56)		
D11/ Risco de infecção (00004)			Procedimentos invasivos	122 (47,65)
			Defesas primárias inadequadas	16 (6,25)
D12/ Dor aguda (00132)	Relato verbal de dor	117 (45,70)	Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)	142 (55,46)
	Evidência observada de dor	59 (23,04)		
	Alterações na pressão sanguínea	51 (19,92)		
	Comportamento expressivo	44 (17,18)		

DISCUSSÃO

A partir da análise dos registros de enfermagem contidos nos 256 prontuários de pacientes hospitalizados na UTI, verificaram-se 52 diferentes títulos diagnósticos. Enquanto outros

estudos simplesmente analisam registros para a identificação de diagnósticos em determinadas populações, esta pesquisa realizou a validação dos diagnósticos com enfermeiros atuantes no setor, que puderam agregar informações aos registros, aumentando a confiabilidade dos resultados.

No domínio Nutrição, o DE identificado como mais frequente foi Volume de líquidos deficiente. Este diagnóstico ocorre em situações de hipovolemia, depleção dos líquidos corporais, traumas, sangramentos gástricos por úlceras e cirurgias⁽¹⁴⁾, situações essas muito presentes em pacientes internados em UTI. Estudo⁽¹⁵⁾ identificou o DE Volume de líquidos deficiente em pacientes vítimas de trauma, e as CDs identificadas foram: frequência de pulso aumentado, pressão sanguínea diminuída, enchimento venoso diminuído; e um dos fatores relacionados foi perda ativa de volume de líquidos (sangramento), resultados identificados também em nosso estudo.

No domínio Eliminação e troca, foi identificada a presença do título diagnóstico Troca de gases prejudicada, o qual foi relacionado à presença de secreções em vias aéreas, impedindo a realização adequada das trocas gasosas, ao uso de suporte ventilatório e a complicações, tais como edema pulmonar e insuficiência respiratória. Esse diagnóstico também foi identificado em outras pesquisas em pacientes internados em UTI⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ com disfunções respiratórias. Nesses estudos, as CDs evidenciadas foram dispneia aos pequenos esforços, gases sanguíneos arteriais alterados (70%) e, durante o exame físico, constatou-se respiração anormal, por alterações na frequência, ritmo ou amplitude, e taquicardia. Os fatores relacionados encontrados para esse diagnóstico foram⁽¹⁶⁾: desequilíbrio na ventilação perfusão (100%) e mudanças na membrana alveolocapilar (89%), resultados semelhantes aos encontrados em nosso estudo.

No domínio Atividade/repouso, identificou-se como DE mais frequente Débito cardíaco diminuído, para o qual a CD mais frequente foi Variações na leitura de pressão e o fator relacionado, Frequência cardíaca alterada. Em estudo⁽¹⁸⁾ conduzido com 51 pacientes internados em UTI, o DE Débito cardíaco diminuído foi identificado em 45 (88,24%) pacientes, tendo, como fatores relacionados identificados, contratilidade alterada e ritmo alterado, pré-carga e pós-carga alteradas e frequência cardíaca alterada. O DE Débito cardíaco diminuído está associado à função miocárdica comprometida, o que se relaciona à presença de problemas cardiovasculares, que provocam alterações no débito cardíaco⁽¹⁹⁾. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados em nosso estudo, pois os problemas cardiovasculares (35,9%) foram os mais frequentes, conforme as anotações de enfermagem de pacientes em estudo.

No domínio Percepção/cognição, o DE mais frequente foi Confusão aguda. Em nosso estudo, esse diagnóstico foi identificado em pacientes em situações clínicas, tais como acidente vascular encefálico, traumatismo cranioencefálico e hemorragias intracranianas. Este DE já foi identificado para pacientes vítimas de trauma⁽¹⁵⁾ e com evidências que indicam ocorrência de grande magnitude na população com mais de 60 anos^(15,20).

No domínio Enfrentamento/tolerância ao estresse, o DE Ansiedade foi o mais frequente. Este diagnóstico compõe as respostas humanas de enfrentamento. Estudo⁽⁹⁾ verificou que pacientes hospitalizados em UTI vivenciam situações de estresse, medo da morte, devido ao ambiente que impõe tensão, podendo contribuir para aumentar a ansiedade. Em pesquisa⁽²¹⁾ para validação das CDs do DE Ansiedade em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, foram identificadas CDs semelhantes às encontradas em nosso estudo, tais como inquietação e insônia.

No domínio Segurança/proteção, foi identificado o DE Risco de Infecção, para o qual encontrou-se o fator de risco mais frequente Procedimentos invasivos. Os fatores predisponentes para ocorrência deste DE foram relacionados à punção de acesso venoso, uso de tubo orotraqueal, terapia de ventilação mecânica, uso de traqueostomia, uso de drenos, incisões cirúrgicas, inserção de sondas gástricas e vesicais, lesões cutâneas com rompimento de pele e destruição de tecidos. Risco de infecção em idosos está associado a alterações fisiológicas do envelhecimento, principalmente no sistema imunológico, e o retardamento no processo de cicatrização tecidual⁽²²⁾. Considerando que o período de hospitalização pode expor o paciente a procedimentos e a exames diagnósticos invasivos, esses fatores contribuem para o elevado risco para aquisição de infecções⁽²²⁾.

Identificou-se a presença do DE Risco de infecção em pacientes que estavam em uso de ventilação mecânica, tubo orotraqueal, traqueostomia e aspiração de vias aéreas. Estas situações contribuem para o risco de infecção, pois os pacientes nestas circunstâncias não apresentam as defesas normais das vias aéreas superiores⁽²³⁾.

No domínio Conforto, identificou-se o DE Dor aguda como mais frequente. As características definidoras e fatores relacionados foram os mesmos descritos em outras pesquisas^(19,24). Destacou-se o relato verbal de dor como a principal CD identificada pela enfermagem, na UTI em estudo, para identificar a existência de dor. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e pode referir aspectos sensoriais, emocionais ou cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa, caracterizando-se como padrão-ouro para a avaliação desse sintoma^(2,25).

Nos domínios Promoção da saúde e Papéis e relacionamentos, os diagnósticos identificados apresentaram menor frequência. Além disso, não foram mapeados diagnósticos nos domínios Autopercepção, Sexualidade e Princípios de vida. Pesquisa realizada em uma UTI no Sul do Brasil⁽²⁶⁾ não encontrou necessidades psicossociais ou psicoespirituais abordadas pelos enfermeiros, embora as autoras julgassem esses resultados esperados, considerando a gravidade e/ou risco iminente à vida na UTI, o que tornaria as necessidades psicobiológicas uma prioridade, e o consenso de ser conhecido o fato de existirem necessidades psicossociais alteradas, como isolamento social e problemas de comunicação no contexto da UTI.

No presente estudo, as enfermeiras confirmaram, por meio do grupo focal, a presença de disfunções nos domínios Autopercepção e Princípios de vida, embora não haja anotações nos prontuários que apontem para identificação de diagnósticos nesses domínios. Assim, ressalta-se a importância de registrar sua presença⁽²⁷⁾. Para o domínio Sexualidade, não houve identificação de diagnósticos. Acredita-se que esses achados estão relacionados às especificidades de saúde dos pacientes hospitalizados na UTI em estudo, em que a resposta humana sexualidade pode não ser considerada prioridade na situação.

O conhecimento do perfil diagnóstico à luz de uma linguagem padronizada de enfermagem auxilia na organização das ações de enfermagem gerenciais e assistenciais. Uma vez que os DEs, as CDs e os fatores relacionados e de risco identificados na UTI em estudo convergem para dados encontrados na literatura, visualiza-se o conjunto de fenômenos

para os quais a atenção da profissão está voltada no contexto da terapia intensiva e para a resolução ou prevenção dos quais devem ser planejadas intervenções. Conhecendo as intervenções a serem implementadas, os enfermeiros podem antecipadamente planejar as atividades de cuidado direto, identificar a força de trabalho necessária para implementá-las e entender as necessidades de qualificação/aprimoramento da equipe. Conhecendo os diagnósticos, podem ser criados protocolos de avaliação, de modo a se diminuam registros incompletos, que podem contribuir para falhas na assistência; e isso também poderá auxiliar na qualificação do cuidado em saúde⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar as situações clínicas passíveis de intervenções de enfermagem e verificar sua equivalência

com 52 títulos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. Considerando os domínios, os diagnósticos mais frequentes foram: dor aguda, risco de infecção, troca de gases prejudicada, débito cardíaco diminuído, confusão aguda, volume de líquidos deficiente e ansiedade.

Na prática clínica, os DE identificados podem subsidiar a construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes hospitalizados em terapia intensiva; favorecem o investimento dos profissionais na busca de intervenções baseadas em evidência, para a discussão de ações necessárias, afim de atender às reais necessidades de saúde dos pacientes; além do que, podem favorecer a criação de softwares de apoio ao registro do processo de enfermagem, incluindo a prescrição de enfermagem institucional informatizada. O perfil identificado pode contribuir para o fortalecimento da identidade profissional e esclarecimento do escopo da enfermagem em UTI.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 551/GM, de 13 de abril de 2005. Requisitos Comuns para Unidades de Terapia Intensiva de Adultos do Mercosul. In: Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2005[cited 2014 Dec 22]; Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-551.htm>
2. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2012-2014. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
3. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do e Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 22];64(2):355-8. Available from: www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf
4. Cruz DALM, Pimenta CAM. Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005[cited 2014 Dec 22];13(3):415-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde). Brasília (DF): Departamento de Informação e Informática do SUS [Internet]. 2004[cited 2014 Dec 22]; Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf
6. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013[cited 2014 Dec 22];66(esp):134-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-716720130007000177
7. Almeida DV, Oliveira KF, Oliveira JF, Nélia LPNF, Filgueira VSA. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. Rev Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo [Internet]. [cited 2014 Dec 22];58:64-9. Available from: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2013/58_2/03-AO52.pdf
8. Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. Nurs Diagn [Internet]. 1997[cited 2014 Dec 14];8(4):137-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624991>
9. Oliveira MF, Freitas MC. Frequent nursing diagnoses and interventions for women under critical care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009[cited 2015 Jan 02];62(3):343-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/02.pdf>
10. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Nursing Interventions in the Clinical. Practice of an Intensive Care Unit. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 26];18(5):873-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/06.pdf>
11. Benner PE. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics. In: Benner P, Tanner CA, Chesla CA. 2 ed. New York: Springer Publishing Company; 1992.
12. Pavel S, Nolet D. Manual de terminologia. Ministério de Obras Públicas e Serviços Governamentais do Canadá, catálogo nº S53-28, 2002[Internet]. Canadá: Translation Bureau; 2002. [cited 2013 Mar 22]; Available from: <http://www.translationbureau.gc.ca>
13. Michel JLM, Barros ALBL. A utilização da entrevista em grupo focal para validação de conteúdo de um instrumento de coleta de dados de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000;13(2):138-42.
14. Sallum AMC, Santos JLF, Lima FD. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. [cited 2015 Apr 22];20(1):[08 telas]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421971002.pdf>

15. Cyrillo RMZ, Napoleão AA, Pace AE, Chianca TC, Carvalho EC, Dalri MCB. Nursing intervention in deficit fluid volume situation's in trauma's victims. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2009[cited 2014 Dec 23];3(4):1-11. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/86>
16. Barbosa PMK, Guimarães AA, Santos VC, Anjos KF. Troca de gases prejudicada: intervenções de enfermagem. *C&D Revista Eletrônica da Fainor* [Internet]. 2009[cited 2014 Dec 22];2(1):33-45. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/60/44>
17. Aquino RD, Fonseca SM, Lourenço EPL, Leite AL, Bettencourt ARC. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 22];24(2):192-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/06.pdf>
18. Melo EM, Albuquerque MP. Diagnósticos de enfermagem prevalentes na unidade de terapia intensiva de um hospital público. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2012[cited 2014 Dec 22];6(6):1361-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2514/pdf_1242
19. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010[cited 2014 Dec 22];23(5):665-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/13.pdf>
20. Pereira AH, Diogo RC. S. Análise do raciocínio clínico do graduando em enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2012[cited 2014 Dec 22];30(4):349-53. Available from: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p349a353.pdf
21. Cavalcanti ACD, Pereira JMV, Santos ROM, Vieira GCA, Santana RF, Correia DMS et al. Estudio de observación de validación clínica del diagnóstico de enfermería ansiedad en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Enferm Glob* [Internet]. 2013[cited 2014 Dec 22];12(30):28-40. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/clinica3.pdf>
22. Sakano LM, Yoshitome AY. [Diagnosis and nursing interventions on elderly inpatients]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007[cited 2014 Dec 22];20(4):495-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>
23. Martins JJ, Maestri E, Dogenski D, Nascimento ERP, Silva RM, Gama FO. Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2008[cited 2014 Dec 22];7(4):517-22. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6660>
24. Carneiro TM, Silva IAS. Diagnósticos de enfermagem para o paciente com necrólise epidérmica tóxica: estudo de caso. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Dec 22];65(1):72-6. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15754/1/Taize%20Muritiba%20Carneiro.pdf>
25. McCaffery M, Ferrell BR, Pasero C. Nurses' personal opinions about patients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Manag Nurs*. 2000;1(3):79-87.
26. Lucena AF, Barros ALBL. Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006;17(3):139-46.
27. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2014 Dec 22];46(5):1102-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/10.pdf>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529/GM, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). In: Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. 2013[cited 2014 Dec 22]; Available from: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/U_PT-M S-GM-529_010413.pdf