

A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva

The systematization of nursing assistance and care needs of patients admitted intensive care

La sistematización de la atención de enfermería y las necesidades de cuidados de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos

Silvana Alves Benedet¹

Nicole Brasil²

RESUMO

Estudo exploratório descritivo, do tipo convergente assistencial. Tem como objetivo caracterizar as necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a partir da identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes. Os sujeitos deste estudo foram 10 pacientes internados na UTI de um hospital de ensino. A coleta de dados aconteceu mediante entrevista semi-estruturada, exame físico e observação participante. Foram identificados 71 diagnósticos de enfermagem, destes, 8 identificados em todos os pacientes: Padrão respiratório ineficaz; Troca de gases prejudicada; Capacidade de transferência prejudicada; Deambulação prejudicada; Incapacidade para manter respiração espontânea; Perfusão tissular ineficaz; Proteção ineficaz e Risco para Infecção. Para cada um destes foram elencadas as intervenções de enfermagem de acordo com a NIC (Nursing Interventions Classification). Concluiu-se que a maioria das intervenções estão voltadas para as necessidades psicobiológicas Oxigenação e Atividade física, o que demanda um número maior de horas de cuidados de enfermagem.

DESCRITORES: Diagnóstico de enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Processos de enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina UNISUL. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço eletrônico: silvanabenedet@gmail.com. Telefone para contato: (48) 3364-6927.

² Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

ABSTRACT

This is an assistance convergent research, and its purpose is to define the needs for nursing care of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) from the most frequent identification of nursing diagnoses and interventions. The subjects were 10 patients in the ICU of a school hospital. Data collection was done through semi-structured interview, physical examination and observation. We identified 71 nursing diagnoses, and 8 of them identified in all patients: ineffective breathing pattern, impaired gas exchange, transfer ability impaired, impaired ambulation, inability to maintain spontaneous breathing; ineffective tissue perfusion, ineffective protection and risk of infection. For each of these were listed nursing interventions according to the NIC (Nursing Intervention Classification). It was concluded that most interventions are directed to the physiological needs-Oxygenation and Physical activities, which requires a greater number of hours of nursing care. the NIC (Nursing Intervention Classification). It was concluded that most interventions are directed to the physiological needs-Oxygenation and Physical activities, which requires a greater number of hours of nursing care.

KEY WORDS: Nursing diagnosis. Intensive Care Unit. Nursing Processes

RESUMEN

Investigación Convergente Asistencial, para definir las necesidades de cuidados de enfermería de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a partir de la identificación de los diagnósticos y las intervenciones de enfermería mas frecuentes. Los sujetos del estudio: diez pacientes internados en la UCI de un hospital universitario. La recopilación de los datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas, examen físico y observación participante. Se identificaron 71 diagnósticos de enfermería y ocho de ellos identificados en todos los pacientes, a saber: Patrón respiratorio ineficaz, deterioro del intercambio gaseoso, deterioro de la capacidad de transferencia, alteración de la deambulacion, incapacidad para mantener la respiración espontánea, perfusión tisular ineficaz, falta de protección y riesgo de infección. Para cada una de ellos se enumeran las intervenciones de enfermería de acuerdo con la NIC (*Nursing Interventions Classification*). Se concluye que la mayoría de las intervenciones se dirigen a las necesidades fisiológicas, la oxigenación y la actividad física, lo que requiere un mayor número de horas de cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico de enfermagem. Unidade de cuidados intensivos. Processos de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se destina ao tratamento de pacientes em estado crítico, dispondo de uma infraestrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, através de uma prática assistencial segura e contínua busca o restabelecimento das funções vitais do indivíduo.

A enfermagem tem forte influência na recuperação do estado de saúde do paciente em condição crítica de saúde, havendo estreita relação entre as ações de enfermagem e a prevenção de outros agravos, além da manutenção do equilíbrio.

O (a) enfermeiro (a) através da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) assegura uma prática adequada e individualizada.⁽¹⁾ Além de ser considerado um processo fundamental para o bom andamento das atividades da UTI, principalmente com influência direta na recuperação do paciente.⁽²⁾

A SAE possibilita, através de suas fases (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Intervenção, Planejamento ou Implementação e Avaliação ou Evolução de Enfermagem), conhecer o paciente como um todo e desenvolver uma assistência de enfermagem mais humanizada e voltada às suas necessidades individuais. Ademais, a coleta de dados fundamenta a SAE, metodologia que permite ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que embasam a profissão.⁽³⁾

Este estudo apresenta uma proposta de SAE utilizando dois dos sistemas de classificações da prática existentes atualmente, quais sejam Taxonomia II da NANDA Internacional e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

A utilização de sistemas de classificação permite o uso de uma linguagem padronizada, favorecendo o processo de comunicação, o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino e aprendizagem e fundamentalmente confere cientificidade ao cuidado de enfermagem.⁽²⁾

Neste sentido, este estudo descreve os diagnósticos e as intervenções de enfermagem dos pacientes internados na UTI. Ao descrever as intervenções de enfermagem, obtêm-se subsídios para descrever suas necessidades de cuidados de enfermagem, proporcionando informações mais fidedignas para a pesquisa, assistência, gerenciamento e ensino em enfermagem em UTI.

Este estudo tem como objetivo caracterizar as necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva a partir da identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, do tipo convergente assistencial, isto é, as ações da pesquisa estão diretamente voltadas para a assistência e vice-versa. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) está orientada para a resolução ou minimização dos problemas da prática, para a realização de mudanças e inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar a construções teóricas. ⁽⁴⁾

Os sujeitos deste estudo foram dez pacientes internados na UTI geral de um Hospital de Ensino, localizado no Sul do País. Os sujeitos do estudo foram selecionados por amostragem de conveniência, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: estarem internados na UTI; ter idade maior ou igual a 18 anos; aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou quando impossibilitados de comunicarem-se verbalmente, seus familiares.

As informações foram obtidas de setembro a outubro de 2010, mediante técnica de entrevista semi-estruturada, exame físico e observação participante, associadas ao processo de assistir em enfermagem.

A utilização destas técnicas possibilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com a Taxonomia II da NANDA International, bem como das intervenções de enfermagem segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem – Nursing Intervention Classification (NIC).

Em toda pesquisa convergente - assistencial, os processos de assistência, coleta e análise das informações, acontecem simultaneamente, o que facilita a imersão e reflexão gradativas

ao longo do processo. A situação em estudo não se mantém estável, sendo que o pesquisador e a pesquisa em si intervêm, envolvendo ações de cuidado.⁽⁴⁾

A análise dos dados coletados permitiu identificar os diagnósticos que apareceram em todos os pacientes da amostra, os que apareceram entre 50 e 90% dos pacientes e os que foram identificados entre 10 a 40% dos pacientes estudados. Neste sentido consideramos como os diagnósticos mais frequentes os que apareceram em 50% ou mais dos pacientes do estudo.

Todos os sujeitos participantes desta pesquisa foram orientados quanto aos objetivos do estudo bem como quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o respeito ao anonimato, sendo que estão identificados por nomes códigos, quais sejam: P1, P2, P3, P4,.....P10.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada em Parecer Consubstanciado nº 1033/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando as características da população do estudo, em sua maioria, ou seja, seis pacientes tinham idades entre 65 e 95 anos, os outros quatro pacientes ficaram na faixa etária entre 35 e 56 anos.

Os pacientes idosos são responsáveis por 42% a 52% das admissões em UTI e consomem cerca de 60% das diárias disponíveis. As alterações decorrentes do processo de envelhecimento devem ser distinguidas daquelas que resultam de um determinado processo patológico, desuso ou fatores ambientais. Dentre essas alterações podemos citar as disfunções imunológicas, sarcopenia, alterações neuroendócrinas, cardiovasculares e declínio das reservas fisiológicas.⁽⁵⁾ Dessa forma, o (a) enfermeiro (a) que atua em UTI necessita implementar cuidados visando a prevenção de complicações decorrentes da hospitalização.

Nos 10 pacientes que participaram deste estudo, foram identificados 71 diagnósticos de enfermagem. Destes, 8 foram identificados em todos os pacientes, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem com características definidoras e fatores relacionados que ocorreram em 100% dos pacientes do estudo.

Diagnóstico de Enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
Padrão respiratório ineficaz	Alterações na profundidade respiratória, batimento da asa do nariz, capacidade vital diminuída, fase de expiração prolongada, excursão torácica alterada, pressão expiratória diminuída, taquipnéia.	Ansiedade, dano cognitivo, dano de percepção, dano musculoesquelético, fadiga, dor, hiperventilação, obesidade.
Troca de gases prejudicada	Agitação, batimento de asa do nariz, cor da pele anormal (pálida, escurecida), diaforese, dióxido de carbono diminuído, gases sanguíneos anormais, hipercapnia, hipercarbia, hipoxemia, hipóxia, pH arterial anormal, Respiração anormal (frequência, ritmo, profundidade), sonolência, taquicardia.	Desequilíbrio na ventilação-perfusão, mudanças na membrana alvéolocapilar.
Incapacidade para manter respiração espontânea	Agitação aumentada, apreensão, cooperação diminuída, frequência cardíaca aumentada, dispnéia, pCO ₂ aumentada, pO ₂ diminuída, SaO ₂ diminuída, taxa metabólica aumentada, uso aumentado da musculatura acessória, volume corrente diminuído.	Fadiga da musculatura respiratória, fatores metabólicos.
Perfusão tissular ineficaz (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	Renais: anúria, elevação nas taxas de uréia e creatinina sanguíneas, hematúria, oligúria, pressão sanguínea alterada, fora dos parâmetros aceitáveis. Cerebrais: anormalidades na fala, dificuldades na deglutição, estado mental	Afinidade alterada da hemoglobina pelo oxigênio, concentração diminuída de hemoglobina no sangue, descompasso entre ventilação e fluxo sanguíneo, envenenamento por enzimas, hipovolemia, hipovolemia, hipoventilação, problemas de troca,

	alterado, fraqueza de extremidades, mudanças de comportamento, mudanças na resposta motora, paralisia. Cardiopulmonares: arritmias, dilatação nasal, dispnéia, frequência respiratória alterada, gases sanguíneos arteriais anormais, tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, uso da musculatura acessória. Periféricas: Características da pele, cabelos e unhas alterados, cicatrização retardada, coloração da pele alterada, edema, mudanças na pressão sanguínea nas extremidades, mudanças na temperatura da pele, pulsações arteriais diminuídas, pulsos ausentes e fracos, sensações alteradas.	transporte prejudicado de O ₂ ,
Capacidade de transferência prejudicada	Incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama, incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição de pé, incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes.	Equilíbrio prejudicado, força muscular insuficiente, dor, prejuízo cognitivo, prejuízo musculoesquelético, prejuízo neuromuscular, visão prejudicada.
Deambulação prejudicada	Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias.	Dor, força muscular insuficiente, limitações ambientais.
Proteção ineficaz	Agitação, alteração na coagulação, alteração neurosensorial, anorexia, deficiência na imunidade, desorientação, imobilidade, prejuízo na cicatrização, tosse, úlcera por pressão.	Agentes farmacêuticos, defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, diminuição da ação ciliar, estase de fluidos orgânicos, mudança de pH das secreções, peristaltismo alterado), conhecimento insuficiente para evitar

		a exposição a patógenos, defesas secundárias inadequadas (diminuição de hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória), desnutrição, destruição de tecidos, doença crônica, exposição ambiental aumentada a patógenos, imunidade adquirida inadequada, imunossupressão, procedimentos invasivos, trauma.
Risco para Infecção		Agentes farmacêuticos, defesas primárias e secundárias inadequadas, desnutrição, destruição de tecidos. Doença crônica, exposição ambiental aumentada à patógenos, imunossupressão, procedimentos invasivos, trauma.

Fonte: Prática, 2010

Os diagnósticos de: Padrão respiratório ineficaz; Troca de gases prejudicada e Incapacidade para manter a ventilação espontânea, aparecem em todos os pacientes e estão relacionadas ao estado em que os pacientes se encontravam e as patologias apresentadas, ou seja, insuficiência respiratória, complicações cirúrgicas que requereram que os pacientes permanecessem sob analgesia e ventilação mecânica.

Como podemos observar através da elevada incidência de diagnósticos de enfermagem relacionados à necessidade de oxigenação, as alterações respiratórias constituem em um problema bastante comum nos pacientes de UTI, seja como motivo da internação ou como complicação desta, tendo em vista o elevado número de procedimentos invasivos, propiciando o aparecimento de infecções e dentre estas, uma das mais importantes por sua gravidade, a infecção respiratória.

Os diagnósticos de Capacidade de transferência prejudicada e Deambulação prejudicada que apareceram em todos os pacientes da amostra devem-se às características dos pacientes de UTI, todos acamados, com dificuldade de mobilizarem-se devido à gravidade de sua situação de saúde, que exige frequentemente a presença de dispositivos como ventiladores mecânicos, monitores

cardíacos, bombas de infusão, fatores que por si só dificultam a movimentação dos pacientes no leito.

Foram 30 os diagnósticos de enfermagem identificados em 50 a 90% dos pacientes do estudo. Destes, os que apareceram em 90% dos pacientes correspondem a 6 diagnósticos. Fazem parte deste universo os diagnósticos de Risco de volume de líquidos deficiente (hipertônico/hipotônico), Intolerância à atividade, Mobilidade no leito prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Desobstrução ineficaz das vias respiratórias e Risco de lesão.

O diagnóstico de Risco de volume de líquido deficiente é definido como: risco de desidratação vascular, celular ou intracelular ⁽⁶⁾. Considerando que algumas das patologias mais prevalentes no presente estudo foram: choque séptico, pneumonia grave, insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal aguda, diarreia aguda, hemorragia digestiva alta, observa-se que o alto percentual da frequência das mesmas estão diretamente ligadas a hipovolemia, diminuição da perfusão celular, hipóxia, alterações no equilíbrio ácido básico, hipermetabolismo e, além disso, a prevalência dos extremos de idade são fatores que intensificam a ocorrência desse diagnóstico.

Intolerância à atividade e Mobilidade no leito prejudicada tem relação com a situação de saúde dos pacientes de UTI e mais especificamente aos pacientes deste estudo, tendo em vista que estavam em período pós-operatório, um deles apresentando fascíte necrotizante, com prejuízo neuromuscular importante e outros com problemas pulmonares e cardiovasculares que são fatores de risco para estes diagnósticos.

O diagnóstico de Comunicação verbal prejudicada se caracteriza pela incapacidade que o paciente experimenta de não conseguir se expressar. No presente estudo esteve relacionado ao uso de traqueostomia, tubo orotraqueal, ventilação mecânica e dispnéia acentuada.

O paciente intubado precisa urgentemente estabelecer algum meio de comunicação. Requer paciência e sensibilidade por parte da equipe de enfermagem a fim de ajudá-lo a encontrar uma forma de expressar não apenas pedidos, mas também seus sentimentos. Este método pode ser através da escrita, cartões com palavras frequentemente usadas como “dor”, “vire-me” e leitura de lábios. A comunicação auxilia no tratamento, seja reduzindo a ansiedade, seja aumentando a aderência ao tratamento. Destaca-se como o principal instrumento para que a interação e a troca aconteçam e conseqüentemente, o processo de cuidar. ⁽¹⁾

Os diagnósticos de Risco de aspiração e Náusea apareceram em 8 dos pacientes do estudo.

Risco de aspiração estava relacionado à intubação e traqueostomia e está presente devido à dificuldade de elevar a parte superior do corpo, a depressão dos reflexos da tosse e deglutição e o aumento da pressão intragástrica, causados pelos agentes anestésicos, podendo levar à aspiração de secreções. As consequências dessa situação podem ser desastrosas para o paciente, pois a aspiração do conteúdo gástrico pode provocar irritação e destruição da mucosa traqueal e pneumonias, aumentando o risco de infecção.⁽⁷⁾

O diagnóstico de Náusea estava relacionado à traqueostomia, distensão abdominal, diminuição da motilidade gastrintestinal, irritação, ventilação mecânica e sedação.

Os diagnósticos de Deglutição prejudicada, Volume de líquidos excessivo, Síndrome do déficit do autocuidado e Religiosidade prejudicada foram identificados em sete dos pacientes do estudo.

O diagnóstico de Volume de líquidos excessivo é definido como o estado em que o paciente experimenta uma retenção de líquidos, geralmente relacionada à incapacidade de eliminação de fluidos, a diminuição do débito urinário e a retenção de sódio e água⁽⁶⁾.

O fato de sete dos pacientes terem apresentado o diagnóstico de Religiosidade prejudicada nos leva à reflexão acerca do atendimento das necessidades Psicoespirituais dos pacientes de UTI. Sabemos que o objetivo maior de uma UTI é a manutenção da vida, e neste sentido, as ações de cuidado estão voltadas mais para o atendimento das necessidades Psicobiológicas. No entanto, as Necessidades Humanas Básicas são inter-relacionadas e o não atendimento de qualquer uma delas vai influenciar no atendimento das demais.⁽⁸⁾

Portanto, o fato de os pacientes apresentarem o diagnóstico de Religiosidade prejudicada pode significar o não entendimento desta característica das Necessidades e a não percepção das consequências deste não atendimento sobre as outras necessidades, inclusive as psicobiológicas.

Os diagnósticos de Atividades de recreação deficientes, Débito cardíaco diminuído, Percepção sensorial perturbada (visual, auditiva, cinestésica, tátil, gustativa, olfativa), Risco de desequilíbrio do volume de líquidos, Risco de constipação intestinal e Risco de disfunção neuro vascular periférica foram identificados em seis dos pacientes estudados.

Risco para constipação está relacionado à dieta e a falta de atividade, pelo fato de que os pacientes internados na UTI experimentam uma mudança nos hábitos alimentares normais e ingerem menos nutrientes do que as necessidades metabólicas diárias requerem. Uma dieta inadequada, ingestão diminuída de líquidos, atividade física insuficiente, peristaltismo diminuído, imobilidade, diminuição da atividade metabólica, são fatores contribuintes para que ocorra a constipação.⁽⁹⁾

O diagnóstico de Risco de disfunção neuro vascular periférica é definido como risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade⁽⁶⁾. Ao nos depararmos com a assistência realizada na UTI do estudo tivemos oportunidade de verificar diversas condições que pudessem levar o paciente crítico a esse tipo de diagnóstico, levando-se em consideração alguns aspectos: longa permanência no leito, curativos extensos em MMII com presença de infecção em grande quantidade, fratura em MMII e outros, que nos fizeram chegar a esse percentual diagnóstico.

Dentre os diagnósticos que apareceram em 5 dos pacientes do estudo destacamos a Dor aguda, relacionada a agentes lesivos biológicos e físicos, diminuição da sudação, caracterizado por agitação, expressão facial, mudanças na frequência cardíaca e respiratória, mudanças no tônus muscular.

Integridade da pele prejudicada também apareceu em cinco dos pacientes do estudo sendo definido como estado no qual um indivíduo tem a epiderme e/ou derme alteradas⁽⁶⁾, estando relacionada a fatores ambientais, redução da mobilidade e aos procedimentos cirúrgicos.

Somente por encontrar-se internado em uma UTI, o paciente já apresenta fatores de risco fortes para o aparecimento deste diagnóstico, pois se encontra acamado, com uma série de equipamentos que dificultam sua mobilização. Portanto, torna-se imprescindível o olhar atento da (o) enfermeira (o) a fim de identificar os fatores de risco, prevenindo seu aparecimento.

Identificado também em cinco dos pacientes do estudo, o diagnóstico de enfermagem de Ansiedade (leve, moderada, grave...) que está relacionado ao ambiente em que se encontra e as restrições às visitas dos familiares. O paciente internado em UTI está exposto a uma série de estímulos estressantes que geram repercussões psicológicas e fisiológicas importantes. Os fatores estressantes que existem na UTI provocam no paciente frequentes reações psicológicas como medo,

ansiedade, insegurança e depressão. Essas reações costumam reduzir ou mesmo anular os efeitos benéficos do tratamento intensivo. ⁽⁶⁾

A assistência de enfermagem a estes pacientes exige ações voltadas às necessidades de Oxigenação e Atividade física, o que demanda um número maior de horas de cuidados por trabalhador de enfermagem, devido à dependência da enfermagem por parte destes pacientes e das intervenções serem mais complexas.

As intervenções de enfermagem são baseadas no julgamento e conhecimento clínico realizado por um (a) enfermeiro (a) para melhorar os resultados do paciente. Além disso, as intervenções de enfermagem podem incluir diversas formas de cuidado, podendo ser diretos e também indiretos, sendo que um tratamento, quando iniciado pelo (a) enfermeiro (a) é uma intervenção baseada em um diagnóstico de enfermagem. ⁽⁴⁾

Neste sentido, as intervenções de enfermagem elaboradas neste estudo partiram dos diagnósticos identificados em todos dos pacientes, como mostra o Quadro 2. Estas intervenções demonstram a importância da enfermagem estar diuturnamente ao lado do paciente, realizando um cuidado realmente intensivo. É através destes parâmetros que se avalia de hora em hora as condições vitais e as alterações apresentadas pelos pacientes.

Quadro 2 – Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem com 100% de frequência.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Padrão respiratório ineficaz	Realizar ausculta pulmonar, identificando ruídos adventícios, avaliar o padrão respiratório. Remover secreções, elevar a cabeceira.
Troca de gases prejudicada	Utilizar sedativos criteriosamente para evitar seus efeitos de depressão da função respiratória.
Incapacidade para manter a ventilação espontânea	Administrar sedativos conforme a necessidade para sincronizar as respirações e reduzir o trabalho respiratório/ consumo de energia.

Capacidade de transferência prejudicada	Determinar a presença/ o grau de disfunção da percepção/ cognição e a capacidade de seguir instruções. Auxiliar no tratamento do distúrbio subjacente que causou a disfunção.
Deambulação prejudicada	Determinar o grau de limitação em relação com a escala funcional sugerida (0 a 4) considerando que essa limitação poderá ser temporária/ permanente/ progressiva.
Proteção ineficaz	Controlar infecção; controlar pressão sobre áreas do corpo.
Perfusão tissular ineficaz (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	Realizar controle ácido-básico; controlar hipovolemia; controlar choque cardiogênico, circulatório, distributivo...
Risco para infecção.	Realizar banho; realizar controle de doenças transmissíveis; realizar controle hidroeletrólítico; realizar supervisão da pele; supervisionar cateter.

Fonte: Prática assistencial, 2010.

As intervenções: realizar ausculta pulmonar, identificando ruídos adventícios, avaliar o padrão respiratório, remover secreções e elevar a cabeceira estão relacionadas à necessidade de oxigenação. Neste caso estavam relacionadas também a intubação dos pacientes do estudo.

A intubação fornece uma via aérea, quando o paciente está apresentando sofrimento respiratório que não pode ser tratado por métodos mais simples. As secreções tendem a se tornar mais espessas porque o aquecimento e os efeitos do umidificador no trato respiratório foram desviados. Os reflexos de deglutição compostos pelos reflexos glótico, faríngeo e laríngeo estão deprimidos por causa do desuso prolongado e do trauma mecânico do tubo endotraqueal ou da traqueostomia, colocando o paciente em risco crescente para aspiração. ⁽⁵⁾

As intervenções: realizar banho e higiene oral, realizar controle hidreletrolítico, realizar supervisão da pele e supervisionar cateter têm como objetivo proporcionar o bem estar do paciente evitando que novos processos patológicos e infecciosos se instalem.

O banho deve ser realizado diariamente, proporcionando que células mortas e sujidades e microrganismos aderidos à pele sejam removidos. A higiene oral tem como objetivo reduzir a colonização local e prevenir infecções, diminuir a incidência de cáries, manter a integridade da mucosa oral e evitar e reduzir a halitose. ⁽⁶⁾

A intervenção controlar pressão sobre áreas do corpo inclui ações de enfermagem que auxiliam na prevenção à formação de úlceras por pressão, risco bastante frequente no paciente de UTI.

A intervenção: realizar controle de doenças transmissíveis está associada aos pacientes que desenvolveram uma resistência aumentada aos antibióticos ofertados.

Como podemos observar, todas as intervenções de enfermagem realizadas neste estudo visaram à manutenção e melhora da qualidade de vida dos pacientes, sujeitos deste estudo sendo que muitas tiveram como objetivo a prevenção de agravos à saúde. ⁽¹⁰⁾

Consideramos que estes são os objetivos finais das intervenções de enfermagem, pois denotam cientificidade no trabalho do enfermeiro, além de ser um compromisso ético e legal da profissão. Além disso, esse estudo traz uma contribuição não só para a prática de Enfermagem, como também para o ensino e pesquisa ao demonstrar os diagnósticos mais frequentes em UTI, as intervenções específicas de forma generalizada a partir da NIC e também por testar e validar instrumentos construídos em outro estudo.

CONCLUSÕES

A utilização de classificações da prática de enfermagem como os diagnósticos e as intervenções de enfermagem tem sido uma experiência inovadora que tem estimulado alguns profissionais enfermeiros a enfrentar este desafio na assistência, no ensino e na pesquisa.

Este estudo reafirma a importância da utilização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em uma UTI, pois é através deste processo que se direciona o atendimento individualizado das necessidades humanas básicas do paciente possibilitando uma resposta mais rápida à terapêutica implantada.

O uso do Diagnóstico de Enfermagem se torna importante na rotina de trabalho de uma UTI, pois ele tem a função de guiar e justificar as intervenções de enfermagem, com uma linguagem própria e uniforme, tornando-as viáveis. Também direciona a assistência de enfermagem para as necessidades de cada paciente, facilita a escolha de intervenções mais adequadas, registra de forma objetiva as reações do paciente e permite a subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem implementados.

Mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados.

Caracterizando as necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes internados na UTI deste estudo, percebemos que as intervenções estão voltadas, em sua maioria, para as necessidades psicobiológicas, especificamente, a Oxigenação e Atividade física, o que demanda um número maior de horas de cuidados por trabalhador de enfermagem, devido à dependência da enfermagem por parte destes pacientes e das intervenções serem mais complexas.

REFERÊNCIAS

- 1 Amante LN, Rosseto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 43 (1): 54-64.
- 2 Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):221-27.
- 3 Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves IC, Souza EM. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2):307-13.
- 4 Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Insular. 2ª Ed. Florianópolis (SC); 2004.
- 5 Scheim LE, Cesar J. Perfil de idosos internados em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2010; 13(2):100-07

6 NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA definições e classificação 2009-2011. Artmed. Porto Alegre (RS); 2010.

7 Huddak CM, Gallo, BM, Morton, PG. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Guanabara Koogan. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ); 2007.

8 Carvalho EC et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de Enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. Rev Lat Am Enfermagem. 2008; 16(4): 700-06.

9 Truppel TC et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2): 221-27.

10 Dochterman JMC, Bulechek, GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) : Artmed. 4ª Ed. Porto Alegre (RS); 2008.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/03/05

Last received: 2012/05/04

Accepted: 2012/05/06

Publishing: 2012/05/10