

**ARTIGO ORIGINAL****Efetividade na identificação e resolução de necessidades psicossociais e psicoespirituais de pacientes críticos****Effectiveness of identification and resolution of psychosocial and psychospiritual needs of critical patients**

Fabrcia Eduarda Baia Estevam¹, Isabella de Souza Perdigão², Joyce Costa Guimarães³, Raissa Caroline Costa Oliveira⁴, Ana Paula Souza Lima⁵, Tânia Couto Machado Chianca⁶, Meire Chucre Tannure⁷

RESUMO

Objetivo: verificar a efetividade na identificação e solução de diagnósticos de enfermagem de risco relacionados às necessidades psicossociais e psicoespirituais de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de Belo Horizonte. Estudo descritivo, realizado a partir de dados secundários extraídos do software Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva. Os dados são de 17 pacientes internados no período de 28 de junho a 26 de outubro de 2013. Realizou-se o cálculo de incidência, prevalência, taxa de efetividade diagnóstica do risco e de efetividade na prevenção de complicações. Os diagnósticos de risco associados às necessidades psicossociais foram: risco de solidão; risco de resiliência comprometida; risco de sentimento de impotência; risco de baixa autoestima situacional; e risco de síndrome do estresse por mudança. Para os diagnósticos de risco de sentimento de impotência e risco de síndrome do estresse por mudança, a taxa de efetividade diagnóstica do risco foi de 100%, já para risco de solidão, risco de resiliência comprometida e risco de baixa autoestima situacional a taxa foi de 0%. No que se refere à efetividade na prevenção de complicações do risco de resiliência comprometida e risco de baixa autoestima, a taxa foi de 100% e para o risco de síndrome do estresse por mudança, risco de solidão e risco de sentimento de impotência foram de 66,67%, 50% e zero, respectivamente. **Conclusão:** enfermeiros precisam ser melhor preparados para diagnosticar problemas psicoespirituais e psicossociais e para implementar cuidados individualizados evitando que problemas potenciais se tornem reais.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Unidades de terapia intensiva. Diagnóstico de enfermagem. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Adulto.

¹Enfermeira. Santa Casa de Belo Horizonte. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

²Enfermeira. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

³Enfermeira. Hospital Felício Rocho. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

⁴Enfermeira. Hospital da Unimed de Belo Horizonte. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

⁵Mestre em Enfermagem. Hospital Militar de Belo Horizonte. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

⁶Doutora em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

⁷Doutora em Enfermagem – Professor adjunto IV da Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Gestão de Contrato/Núcleo de Qualidade da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Grupo de estudos e pesquisa sobre o Sistematizar o cuidar em Enfermagem da UFMG.

ABSTRACT:

Objective: to assess the effectiveness of nursing in the identification and solution of diagnoses of risks relating to psychosocial and psychospiritual needs of patients admitted to an intensive care unit of Belo Horizonte. Descriptive study conducted with secondary data retrieved from the Information System software with the Nursing Process in Intensive Care. The data belonged to 17 patients admitted from 28th June to 26th October 2013. We determined the incidence, prevalence, effectiveness rate of diagnosis of risks and effectiveness rate of prevention of complications. Diagnoses of risks associated with psychosocial needs were: risk of loneliness; risk of impaired resilience; risk of feeling of helplessness; risk of low situational self-esteem; and risk of stress syndrome due to alterations. For the diagnoses of risk of feeling of helplessness and risk of stress syndrome due to alterations, the rate of diagnostic effectiveness was 100% and, for risk of loneliness, risk of impaired resiliency, and risk of low situational self-esteem, the rate was 0%. Regarding the effectiveness of preventing complications from risk of impaired resilience and risk of low self-esteem, the rate was 100%, and, for the risk of stress syndrome due to alterations, risk of loneliness, and risk of feeling of helplessness, the rates were 66.67%, 50%, and zero, respectively. **Conclusion:** nurses should be better prepared to diagnose psychosocial and psychospiritual problems in order to provide individualized care and prevent potential problems from becoming real.

Key-words: Nursing process. Intensive care units. Nursing diagnosis. Quality indicators health care. Adult.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma estratégia metodológica que favorece a obtenção de resultados satisfatórios na assistência, por instrumentalizar os enfermeiros com recursos capazes de favorecer a tomada de decisão e reduzir complicações decorrentes da internação e tratamento¹.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza, na Resolução 358/2009, que para a assistência de enfermagem ser sistematizada, é preciso ser utilizado o método científico denominado Processo de Enfermagem (PE)².

O PE é um instrumento metodológico que favorece o cuidado integral e estabelece direção para que ele seja realizado de forma sistematizada, planejada, organizada e documentada³.

Atualmente, o PE é composto por cinco etapas: investigação, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação da assistência. Cabe, no entanto, ressaltar que a adoção deste método deve ser fundamentada em uma teoria de enfermagem a fim de evitar que ele se reduza a uma forma metodológica de agrupar informações

desvinculadas da subjetividade dos sujeitos¹.

O PE norteado por uma teoria de enfermagem torna-se de fundamental importância em todos os ambientes onde é prestada a assistência de enfermagem, sobretudo nos de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que são locais onde deve ser prestada uma assistência multiprofissional, focada na segurança e recuperação de pacientes críticos, que necessitam de cuidados especializados e contínuos⁴.

Neste setor, é muito comum uma abordagem focada no modelo biomédico, entretanto, é preciso compreender que mesmo em estado crítico, os seres humanos apresentam demandas que, para serem solucionadas, precisam mais do que da força física de trabalho e do tratamento da doença. Eles apresentam necessidades além das biológicas e precisam de apoio nas demais esferas cuidativas não só para si, mas também para seus familiares^{3,5}.

Considerando as etapas do PE, a dos DE tem sido considerada como uma das mais complexas e de grande importância para a tomada de decisão por parte dos enfermeiros. Eles são influenciados por teorias e conceitos e se constituem como parte relevante do processo da assistência de enfermagem,

por direcionar quais intervenções devem ser realizadas para cada necessidade demandada pelos pacientes⁶.

Para monitorar se os cuidados realizados pela equipe de enfermagem são efetivos na solução dos problemas diagnosticados pelos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros de Portugal (OEP) propôs o monitoramento de alguns indicadores, como as taxas de efetividade diagnóstica do risco e de prevenção de complicações. A primeira refere-se à efetividade dos enfermeiros em prever o desenvolvimento de um determinado problema; e a segunda, a sua capacidade de solucionar o problema diagnosticado⁷.

Já foi comprovado que é possível verificar a efetividade de diagnósticos firmados por enfermeiros pelo monitoramento das taxas propostas pela OEP e que é possível ser efetivo na predição do risco e adoção de ações focadas em demandas biológicas apresentadas pelos pacientes⁸. Porém, questiona-se a efetividade na identificação e solução de necessidades de ordem psicossocial e espiritual apresentadas por pacientes sob os cuidados dispensados por enfermeiros que têm implementado etapas do processo de enfermagem utilizando um *software*.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi verificar a efetividade na identificação e solução de diagnósticos de enfermagem de risco relacionados às necessidades psicossociais e psicoespirituais de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de Belo Horizonte.

Os objetivos específicos foram mapear os títulos diagnósticos de enfermagem de risco formulados para pacientes internados com as Necessidades Humanas Básicas (NHB) da Teoria de Wanda de Aguiar Horta⁹;

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado a partir de dados secundários do *software* Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva (SIPETi), alimentado com informações de 17 pacientes internados em uma UTI de BH no período de 28 de junho a 26 de outubro de 2013.

O referido *software* foi produto de uma tese de doutorado do programa de pós graduação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Seu banco de dados é alicerçado nos conceitos da teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta⁹. Ele é composto por três sessões: gestão de dados, PE e

validar o mapeamento realizado entre os títulos diagnósticos da NANDA-I e as NHB; identificar os diagnósticos de risco relacionados com as Necessidades Psicossociais (NPS) e Psicoespirituais (NPE); calcular as taxas de incidência, prevalência, efetividade diagnóstica do risco e de efetividade na prevenção de complicações dos diagnósticos identificados.

configurações. A sessão do PE é composta por módulos que contêm dados essenciais à investigação (Anamnese e exame físico), DE, planejamento/intervenções de enfermagem e avaliação da assistência¹⁰.

Os dados deste estudo foram obtidos a partir do banco de dados do SIPETi que, no ano de 2013, foi utilizado com todos os pacientes admitidos nos dois primeiros leitos de uma UTI de adultos de BH/ MG, a fim de avaliar os resultados obtidos a partir da utilização do seu uso. Os pacientes admitidos nestes leitos ou seus representantes legais deram seu

consentimento para que os dados usados para alimentar o sistema pudessem ser utilizados para fins de pesquisa.¹⁰

Durante o período de inserção de dados no sistema foram admitidos nestes leitos 17 pacientes. Aqueles que foram transferidos para outro leito que não fosse um dos dois primeiros continuaram sendo acompanhados até a alta, transferência de unidade ou óbito. Foram excluídos do estudo pacientes admitidos nos leitos não delimitados para a realização do estudo e aqueles que receberam alta, foram transferidos de unidade ou evoluíram a óbito antes da primeira coleta de dados ter sido realizada.¹⁰

A partir dos dados inseridos no banco do SIPETi foi possível identificar os DE formulados para estes pacientes e a partir daí realizar o mapeamento dos diagnósticos de risco com as necessidades psicobiológicas(NPB), psicoespirituais (NPE) e psicossociais (NPS) da teoria de Wanda de Aguiar Horta⁹.

Para ser realizado o mapeamento, foram consideradas as definições dos DE descritos na NANDA-I¹¹ e conceitos das NHB¹². O mapeamento passou por um processo de validação de aparência e conteúdo por dois enfermeiros peritos em DE, que obtiveram 12 e 14 pontos

de acordo com os critérios estabelecidos por Fhering¹³. O Índice de Concordância (IC)¹⁴ dos dois peritos com o mapeamento realizado pelos pesquisadores foi de 100%.

A partir do mapeamento, foram identificados os diagnósticos referentes às NPS e NPE.

Assim, foram calculados os indicadores para os DE de risco utilizando-se e efetuando-se as seguintes fórmulas para o estabelecimento da incidência, prevalência, extração de taxas de efetividade diagnóstica do risco e efetividade na prevenção de complicações. Esses cálculos e taxas foram gerados pelo Sipeti aplicando as seguintes fórmulas⁷:

Incidência:

Número de novos casos de um determinado diagnóstico em um dado período
--

$$\frac{\text{População existente no mesmo período}}{\text{População existente no mesmo período}} \times 100$$

Considerou-se caso novo de um determinado diagnóstico quando este foi identificado após a primeira avaliação do paciente, ou seja, após a admissão.

admitido com determinado diagnóstico, não configura um caso novo, mesmo que o diagnóstico seja resolvido e, posteriormente, identificado novamente.

Entende-se que quando o paciente é

Prevalência:

$$\frac{\text{Número de casos de um determinado diagnóstico em um dado período}}{\text{População existente no mesmo período}} \times 100$$

Neste estudo, considerou-se caso de um determinado diagnóstico quando este foi identificado em algum momento da internação do paciente.

Taxa de efetividade diagnóstica do risco:

$$\frac{\text{Número de casos que desenvolveram um determinado problema real com risco prévio documentado em um dado período}}{\text{Número de casos que desenvolveram o problema real no mesmo período}} \times 100$$

Cabe ressaltar que entende-se por risco prévio aquele que fora documentado pelo menos 24 horas antes do problema real acontecer.

Taxa de efetividade na prevenção de complicações:

$$\frac{\text{Número de casos com risco de um determinado problema, que não os desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada em um dado período}}{\text{Número de casos com risco de um determinado problema, que não os desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada em um dado período}}$$

$$\frac{\text{Número de casos com risco documentado no mesmo período}}{\text{Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE 31575814.6.0000.5137)}} \times 100$$

O banco de dados do SIPETi foi acessado após aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética da

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE 31575814.6.0000.5137).

RESULTADOS

Durante o período estudado foram internados nos dois primeiros leitos da UTI 17 pacientes, os quais compuseram a amostra do estudo. Destes, 10 eram do sexo masculino, representando um percentual de 59%. A faixa etária variou entre 26 e 91 anos, sendo que a média de idade foi de 68 anos. O tempo de internação se deu entre 03 e 42 dias, com uma média de 13 dias de internação.

A partir do banco de dados do SIPETi, constatou-se 93 diferentes títulos diagnósticos, nos pacientes monitorados utilizando-se o referido *software*. Destes diagnósticos, 63 (67,7%) eram DE reais, 26 (28%) de risco e 4 (4,3%) de promoção da saúde.

Após a validação do mapeamento dos 26 DE de risco com as NHB da teoria de Wanda de Aguiar Horta¹⁰, foi possível constatar que 21 (80,8%) referiam-se a necessidades psicobiológicas, nenhum (0%) às NPE e cinco (19,2%) tratavam de NPS: risco de solidão, risco de resiliência comprometida, risco de sentimento de impotência, risco de baixa autoestima situacional e risco de síndrome do estresse por mudança.

Na TAB. 1 são apresentadas as taxas de prevalência e incidência destes DE.

Tabela 1 - Incidência e Prevalência dos diagnósticos de risco deste estudo. Belo Horizonte/Minas Gerais 2015.

Diagnóstico de enfermagem (DE)	Nº de casos com o DE	Incidência (%)	Nº de casos novos com o DE (após admissão)	Prevalência (%)
Risco de resiliência comprometida	1	5,88	1	5,88
Risco de sentimento de	1	5,88	1	5,88

impotência				
Risco de baixa autoestima situacional	1	5,88	1	5,88
Risco de síndrome do estresse por mudança	3	17,65	3	17,65
Risco de solidão	2	5,88	1	11,76

Fonte: SIPETi

partir dos DE reais firmados pelos enfermeiros ao utilizarem o SIPETi (QUADRO 1).

Para realizar o cálculo das taxas de efetividade diagnóstica de risco é preciso conhecer o número de casos de pacientes que desenvolveram o problema real, o que foi identificado a

Quadro 1- Associação entre os diagnósticos de enfermagem de risco referentes às Necessidades Psicossociais e os respectivos diagnósticos de enfermagem reais. Belo Horizonte, 2015.

Diagnóstico de Enfermagem de Risco	Diagnóstico de Enfermagem Real
Risco de solidão	Isolamento social
Risco de resiliência comprometida	Resiliência individual prejudicada
Risco de sentimento de impotência	Sentimento de impotência
Risco de baixa autoestima situacional	Baixa autoestima situacional
Risco de síndrome do estresse por mudança	Síndrome do estresse por mudança

Fonte: Dados do estudo

A partir dessas associações, o SIPETi gerou a taxa de efetividade diagnóstica do risco (TAB 2):

Tabela 2 – Taxa de efetividade diagnóstica de risco dos diagnósticos de enfermagem. Belo Horizonte/Minas Gerais 2015.

Diagnóstico de enfermagem	Nº casos que desenvolveram o problema real	Nº casos que desenvolveram o problema real com risco prévio documentado	Taxa de efetividade diagnóstica de risco (%)
Risco de resiliência comprometida	2	0	0
Risco de sentimento de impotência	1	1	100

Risco de baixa autoestima situacional	3	0	0
Risco de síndrome do estresse por mudança	1	1	100
Risco de solidão	2	0	0

Fonte: SIPETi⁹.

se a taxa de efetividade na prevenção de complicações (TAB 3):

No SIPETi, para cada DE elaborado é possível identificar as ações prescritas para solucioná-los. Assim, determinou-

Tabela 3 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações dos diagnósticos deste estudo. Belo Horizonte/Minas Gerais 2015.

Diagnóstico de enfermagem	Nº casos com risco de complicação	Nº casos com risco de complicação não desenvolvida e com ação prescrita	Taxa de efetividade na prevenção de complicações (%)
Risco de resiliência comprometida	1	1	100
Risco de sentimento de impotência	1	0	0
Risco de baixa autoestima situacional	1	1	100
Risco de síndrome do estresse por mudança	3	2	66,67
Risco de solidão	2	1	50

Fonte: SIPETi⁹.

DISCUSSÃO

Percebe-se que a maioria dos DE formulados para os pacientes internados na UTI incluídos neste estudo trata-se de problemas reais (67,7%). Esse fato é explicado pelo fato de que pacientes

críticos apresentam alterações funcionais decorrentes da gravidade da doença e que estas geram necessidade de intervenções imediatas para a solução de problemas atuais, ou seja,

sustentados pelas características definidoras (sinais, sintomas e evidências)¹⁵.

Como os DE reais tratam das respostas que os pacientes apresentam no momento do exame físico, é compreensível que muitas vezes eles sejam priorizados pelos enfermeiros, sobretudo com pacientes críticos¹⁶.

Outro aspecto que precisa ser ressaltado é que face às especificidades do ambiente da terapia intensiva, os cuidados relacionados às estratégias de promover saúde, muitas vezes não são priorizados¹⁷, o que vem de encontro com o fato de terem sido identificados na população estudada apenas 4 (4,3%) DE de promoção da saúde.

Ressalta-se que a promoção da saúde precisa ser entendida como uma estratégia capaz de modificar hábitos de vida que podem ser os responsáveis pela internação dos pacientes em UTI's, logo, não deve ser esquecida, embora no momento da instabilidade crítica possa não ser uma prioridade¹⁷.

É também importante destacar que os pacientes deste estudo encontram-se expostos a diversas situações de risco diagnosticadas pelos enfermeiros (28% dos DE) e que a identificação de DE de risco em pacientes internados em UTI's também é alta, pois enfermeiros intensivistas

reconhecem a importância de implementarem ações focadas na prevenção de agravos¹⁶.

Percebe-se, no entanto que a maioria dos DE de risco identificados referem-se à demandas físicas, já que nas UTI's muitas vezes as necessidades biológicas se configuram como prioritárias, pela grande possibilidade de risco de vida^{16,18-19}.

Porém, é importante considerar que a internação nas UTI's gera afastamento do convívio familiar e exposição a um ambiente diferente e complexo, com ruídos e alarmes dos monitores, iluminação constante, com uma ampla variedade de procedimentos invasivos e que, comumente, estas geram situações de estresse e angústia nos pacientes e em seus familiares²⁰.

Identificou-se que para os 17 pacientes incluídos no estudo não foram formulados DE relacionados às NPE. Neste sentido, é preciso considerar que a assistência espiritual também está associada à melhoria das condições clínicas dos pacientes durante a internação hospitalar e não pode ser negligenciada²¹⁻²². Além disso, o sofrimento é uma condição humana que afeta o indivíduo psicossocial e espiritualmente, sendo potencializado quando o sujeito vivencia uma enfermidade que ameaça a vida e que,

por isso também precisa ser foco da assistência de enfermagem²²⁻²⁴.

Percebe-se, dentre os DE de risco identificados, que cinco referem-se às demandas psicossociais: risco de solidão, risco de resiliência comprometida, risco de sentimento de impotência, risco de baixa autoestima situacional e risco de síndrome do estresse por mudança. Nenhum se refere a demandas psicoespirituais dos pacientes.

Essas constatações mostram que a UTI é um ambiente que propicia a manifestação do sentimento de solidão, por ser um local visto como frio, agressivo e traumatizante, onde o paciente perde o controle da sua situação de saúde, social e familiar e cria um conceito desse ambiente, proveniente do seu imaginário, em que a UTI estaria relacionada à finitude da vida, o que gera estresse e insegurança²⁵⁻²⁶.

A resiliência está relacionada com a capacidade do indivíduo em enfrentar as situações, mas se as circunstâncias em que ele vive mudam, a resiliência também se altera, pois ela também se relaciona aos aspectos intrapsíquicos e psicossociais do indivíduo. Assim, a forma com que cada indivíduo vai reagir diante de uma situação é particular e peculiar, pois está

relacionada com sua história de vida. Por isso, o cuidado não é estático, uma vez que para uma mesma doença de cunho biológico, as formas de enfrentamento frente ao problema mudam de um indivíduo para o outro²⁷.

O sentimento de impotência reflete uma resposta subjetiva e complexa do paciente, que é alterada a partir de fatores ambientais, separação da família, rotina hospitalar, enfrentamento do problema de saúde e perdas pessoais. Além disso, a atenção ao sentimento de impotência na prática clínica é de fundamental importância, visto que esta é uma resposta psicossocial que o indivíduo apresenta e a atuação efetiva da equipe de enfermagem pode contribuir de forma positiva na modificação deste sentimento²⁸.

A autoestima está relacionada com diferentes dimensões pessoais do indivíduo e que são essenciais à existência e mais, correlaciona-se com a personalidade. O modo a pessoa com que se vê o mundo, a confiança pessoal e profissional são características que, juntas, determinam a forma com que o indivíduo enfrentará os problemas e como estabelecerá suas condutas²⁹.

Cabe ainda ressaltar que a UTI é um ambiente que costuma gerar nos pacientes estresse, ansiedade, incerteza

e medo; o que sustenta o risco do desequilíbrio na autoestima. O comprometimento de saúde gera várias mudanças na vida dos indivíduos que muitas das vezes sofrem com alterações na sua imagem corporal e que os leva a apresentar sentimentos de negação, depressão, ansiedade e isolamento social³⁰.

A identificação destes cinco DE psicossociais na amostra estudada demonstra que embora os aspectos biológicos acabem sendo aqueles responsáveis pelo encaminhamento de pacientes para as UTI's, eles também apresentam outras necessidades que não podem ser negligenciadas.

Dentre os problemas psicossociais identificados, o DE de risco de síndrome do estresse por mudança foi o mais incidente e prevalente (17,65%). O risco de solidão foi o segundo mais prevalente. Porém, no que se refere à sua incidência, constatou-se que foi de apenas 5,88%. Todos os outros três diagnósticos de risco identificados na população estudada apresentaram a mesma incidência e prevalência (5,88%).

Logo, percebe-se que embora aspectos de natureza psicossocial tenham sido diagnosticados neste grupo, o número de vezes em que eles foram descritos foi pequeno.

Isso corrobora com o fato de que os enfermeiros intensivistas priorizam as NPB e chama a atenção para a necessidade destes profissionais se atentarem para as pessoas que estão ali internadas e que apresentam demandas além das de ordem física. E quando isso não é considerado, estes profissionais acabam prestando um cuidado fragmentado que descaracteriza a integralidade e individualidade dos pacientes³¹.

Essa realidade é confirmada ao se constatar que tanto as taxas de prevalência quanto as de incidência destes diagnósticos foram baixas, ou seja, tais problemas não são comumente identificados nem na admissão, nem durante os demais dias de permanência dos pacientes na unidade.

Cabe, no entanto, salientar que esses resultados podem também estar associados à condição neurológica dos pacientes, que por apresentarem um quadro de instabilidade clínica costumam estar inconscientes (por comprometimento neurológico ou indução medicamentosa) o que, por sua vez, compromete a verbalização de sentimentos e a identificação dessas demandas.

Além disso, é importante enfatizar que formação dos enfermeiros ainda é influenciada pelo modelo

biomédico, logo, estes profissionais ainda apresentam dificuldades em diagnosticar necessidades para além das biológicas¹⁸.

Todavia, embora as NPS tenham sido pouco identificadas na população estudada é possível avaliar se os enfermeiros foram capazes de perceber o risco prévio nos pacientes que apresentaram problemas reais nessa esfera cuidativa, a partir do cálculo da taxa de efetividade diagnóstica do risco. Neste sentido, percebe-se que os profissionais não foram efetivos em diagnosticar o risco dos pacientes que apresentaram solidão, pois, para nenhum dos dois pacientes que apresentaram o DE isolamento social, foi diagnosticado previamente (24h antes) o risco de solidão, logo, a taxa de efetividade diagnóstica do risco para este problema foi de 0%.

O mesmo ocorreu com o DE de Resiliência Individual Prejudicada e Baixa Autoestima Situacional que também foram identificados em 02 e 03 pacientes, respectivamente, e não tiveram o risco prévio documentado para o desenvolvimento destes problemas.

Cabe, no entanto, enfatizar que os enfermeiros foram 100% efetivos em diagnosticar o risco dos pacientes apresentarem sentimento de impotência

e síndrome do estresse por mudança, uma vez que todos os pacientes que apresentaram estes problemas reais tiveram documentado o risco de desenvolvê-los.

Estes resultados apontam para a necessidade dos enfermeiros estarem atentos aos riscos na esfera psicossocial a que os pacientes estão submetidos e se anteciparem à ocorrência do problema para preveni-lo. A taxa de efetividade diagnóstica do risco aponta para o quanto estes profissionais estão sendo capazes de prever a ocorrência do diagnóstico atual para que sejam capazes de agir em prol dos pacientes¹⁰.

Já a taxa de efetividade na prevenção de complicações reflete a capacidade do enfermeiro prescrever e implementar cuidados capazes de evitar que o problema potencial evolua para um problema real. E, com a realização deste estudo, foi possível constatar que os profissionais alcançaram este objetivo ao serem 100% efetivos na adoção de medidas capazes de evitar que os pacientes com risco de resiliência comprometida e risco de baixa autoestima situacional, apresentassem os problemas reais.

Cabe ainda dizer que a taxa de efetividade na prevenção de complicações para o risco de síndrome do estresse por mudança e risco de

solidão foi de 66,67% e 50% respectivamente, ou seja, no primeiro caso, dos 3 pacientes identificados com o DE de risco de síndrome do estresse por mudança, apenas 01 desenvolveu o problema real e no que se refere ao segundo diagnóstico, dos dois pacientes com o risco prévio detectado, um desenvolveu a solidão, apesar das intervenções instituídas.

Esse resultado evidencia que ações prescritas pelos enfermeiros podem evitar que um diagnóstico de risco evolua para um diagnóstico real, evidenciando a importância da prescrição de cuidados de enfermagem direcionados para cada uma das necessidades apresentadas pelos pacientes.

No que se refere à taxa de efetividade na prevenção de complicações para o risco de sentimento de impotência (0%), foi evidente que os

enfermeiros não conseguiram prevenir a ocorrência do problema real com as ações instituídas. Monitorar estes indicadores torna-se relevante para que os profissionais possam identificar o quanto suas ações estão ou não sendo efetivas a partir do impacto dos cuidados prescritos e implementados. Por isso, o direcionamento das ações de enfermagem para cada diagnóstico formulado é tão importante. Permite a avaliação da eficácia dessas intervenções para a resolução dos problemas identificados, propiciando a melhora na qualidade da assistência.³³

Além disso, a constatação de ações de enfermagem eficazes para uns pacientes e ineficazes para outros torna-se relevante a fim de serem identificadas as especificidades dos pacientes que precisam ser consideradas durante a prescrição do cuidado de enfermagem³².

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível verificar que profissionais que têm implementado etapas do PE na prática profissional precisam ser mais preparados para diagnosticar e evitar que problemas potenciais de ordem psicossocial evoluam para problemas atuais.

Com relação às necessidades psicoespirituais, não é possível fazer nenhuma avaliação, visto que nenhum DE de risco que trata desta esfera cuidativa foi identificado na amostra estudada.

Pode-se constatar que apesar de terem sido identificados pelos

enfermeiros diagnósticos relacionados com necessidades psicossociais eles foram identificados poucas vezes, tanto na admissão quanto no decorrer da internação na UTI, o que demonstra a necessidade dos enfermeiros intensivistas ficarem mais atentos a aspectos além dos biológicos, mesmo quando compreende-se que em uma população de pacientes com quadro crítico, eles acabem sendo priorizados e diagnosticados com maior frequência.

Também foi possível perceber que o DE de Risco de Síndrome do Estresse por Mudança foi o mais incidente e prevalente, o que demonstra que a internação em uma UTI potencializa as chances dos pacientes evoluírem com esse tipo de diagnóstico, seja pela imagem que a população em geral tem deste ambiente, seja pela própria instabilidade clínica do paciente ou pelo isolamento que muitas vezes é imposto aos pacientes no ambiente.

Com relação à efetividade na predição do risco dos pacientes apresentarem os problemas de ordem psicossocial, constatou-se que esta foi de 100% para os DE de risco de sentimento de impotência e risco de síndrome do estresse por mudança. Em contraposição, os DE de risco de solidão, risco de baixa autoestima situacional e risco de resiliência

comprometida apresentaram taxa de efetividade diagnóstica do risco de 0%. Ou seja, pacientes apresentaram estes problemas sem que os enfermeiros tivessem identificado o risco no momento de sua admissão.

Quanto à taxa de efetividade na prevenção de complicação, os DE de risco de resiliência comprometida e risco de baixa autoestima situacional apresentaram uma taxa de 100%, ou seja, os cuidados implementados foram capazes de evitar que o problema potencial se tornasse um DE real. Para o DE de risco de síndrome do estresse por mudança a taxa foi de 66,67%; para o de risco de solidão encontrou-se 50% de efetividade e para o de risco de sentimento de impotência 0%. Neste sentido, esses resultados demonstram que os enfermeiros precisam considerar a singularidade dos pacientes ao prescreverem os cuidados.

Com a realização deste estudo, foi possível perceber que os enfermeiros foram mais efetivos em prescrever ações preventivas para que os riscos de ordem psicossocial identificados não se tornassem problemas reais do que em identificar os riscos que os pacientes apresentavam no momento da admissão e durante sua internação na UTI.

É fato que os enfermeiros ainda estão imersos no modelo biomédico,

sobretudo quando se constata que a maior parte dos DE de risco identificados na amostra estudada relacionam-se a aspectos biológicos e que, por isso, apresentam dificuldades em prever problemas de ordem social e espiritual. Mas, fica evidente que ações podem ser por eles implementadas para que demandas desta natureza sejam supridas e os problemas potenciais não se transformem em problemas reais.

No entanto, é importante enfatizar que faz-se necessário que mais pesquisas sobre a efetividade diagnóstica do risco e de prevenção de

complicações sejam realizadas a fim de ser possível avançar ainda mais nessas discussões, visto que no banco de dados do SIPETi haviam dados de apenas 17 pacientes e de uma única UTI. Logo, os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados.

Outro aspecto que precisa ser avaliado é se existe relação entre estes achados e a condição clínica e neurológica da população estudada, visto que isso pode interferir na possibilidade de serem levantados dados relacionados às demandas sociais e espirituais apresentadas pelos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Silva EGC, Oliveira, VC, Neves, GBC, Guimarães, TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria á prática. Rev Esc Enferm da USP. 2011;45(6):1380-6.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009.
3. Ramalho Neto JM, Fontes WD de, Nóbrega MML da. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. Rev Esc Enferm. 2012;66(4):535-42.
4. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): Compreensões da equipe de enfermagem. Interface-Comunicação saúde e

- educação. 2009;13(Supl. 1): 571-80.
5. Feitosa MC, Leite IR, Silva GRF da. Demanda de Intervenções de Enfermagem a pacientes sob cuidado intensivo: NAS – Nursing Activities Score. Escola Esc Anna Nery. 2012; 16(4):682-8.
 6. Caldeira S et al. Caldeira SMA, Chaves ECL, Carvalho EC de, Vieira MMS. Validação de diagnósticos de enfermagem: o modelo diferencial como estratégia. [artigo online]; Revista de Enfermagem UFPE OnLine Rev Enferm UFPE on line. 2012;6(6):1441-5.
 7. Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE): resumo mínimo de dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o repositório central de dados da saúde: documentos oficiais. Portugal: Ordem Enfermeiros, out. 2007. [acesso em 8 mar. 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf.
 8. Chianca TCM, Lima APS, Salgado P de O. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Rev Esc Enferm da USP. 2012;46 (5):1102-08.
 9. Tannure MC. Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos. 2012. 327f. Tese (Tese de Doutorado). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
 10. Horta W de A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
 11. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação. 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
 12. Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada nas necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúcia; 2001.
 13. Fhering RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung. Philadelphia. 1987;16(6):625-9.

14. Batista CG. Concordância e fidedignidade na observação. *Psicologia*. 1979;3(2):39-49.
15. Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015; 23(2):234-41.
16. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto. *Rev Esc Enferm da USP*. 2012;46(5):1102-8.
17. Aguiar ASC de, Mariano MR, Almeida LS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rebouças CBA. Percepção do enfermeiro sobre a promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm da USP*. 2012;46(2):428-35.
18. Miranda FL, Henriques SM, Abrahão CM, Gonçalves ND, Tannure MC. Diagnósticos e Intervenções de enfermagem identificados em pacientes com lesão medular: revisão sistemática de literatura. *Rev Enferm UFPE on line*. 2010;4(3):163-72.
19. Romão GP, Rangel SM, Paiva ACR, Tannure MC. Assistência ao paciente com esclerose múltipla: necessidades de saúde identificadas e promoção de uma melhor qualidade de vida. *Rev Enfermagem Revista*. 2012;15(1):72-87.
20. Ferreira CCG, Estevam FEB, Guimarães JC, Valadares MS, Tanunre MC. Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento. *Rev Enfermagem Revista*. 2013, 16(1):72-82.
21. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, et al. Provision of Spiritual Support to Patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *Jama Internal Med*. 2013;173(12):1109-17.
22. Everol EJ, Meredith WK. The Role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. *Holist Nurs Pract* 2013;27(2):106-13.
23. Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Agra G, Lopes MS, Rodrigues FA. Percepção dos

- Enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2589-96.
24. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(1):28-34
25. Abrão FM, Santos EF, Araújo RA, Oliveira RC, Costa AM. Sentimentos do paciente durante a permanência em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(3):523-9.
26. Araújo TC, Silva LWS. Música: estratégia cuidativa para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(5):1319-25.
27. Andrade RZ, Resende MC. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas em Psicologia*. 2014;18(1):194-213.
28. Braga CG; Cruz DALM. Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência para pacientes adultos. *Rev Esc Enferm da USP*. 2009; 43(Espec):1063-70.
29. Mariutti MG, Furegato ARF, Mariutti. Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*. 2013;7(2):145-157.
30. Coelho AR, Santos FS, Poggetto MTD. A estomia mudando a vida: enfrentar para viver. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2013;17(2):268-77.
31. Neves R de S, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(2):222-9.
32. Chaves RGR, Nunes SFS, Fidélis CS. Diagnóstico de Enfermagem Segundo a taxonomia II da NANDA de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva em Imperatriz, Maranhão, Brasil. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2013;4(3):151-7.

Correspondência:

Meire Chucre Tannure

E-mail: meirechucre@yahoo.com.br

Recebido: 12/05/2015

Aceito: 09/11/2015

Apoio:

FAPEMIG Processo: APQ-01785-11.