

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba

Nursing diagnoses in hospitalized elderly patients based on Kolcaba's Comfort Theory

Diagnósticos de enfermería en ancianos hospitalizados según la teoría del confort de Kolcaba

Rosane Barreto Cardoso¹
 <https://orcid.org/0000-0001-8052-8697>
Priscilla Alfradique de Souza²
 <https://orcid.org/0000-0002-4625-7552>
Célia Pereira Caldas¹
 <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>
Grazielle Ribeiro Bitencourt³
 <https://orcid.org/0000-0002-9130-9307>

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Autor de correspondência

Rosane Barreto Cardoso

E-mail: rosane.bcardoso@gmail.com

Recebido: 14.05.20

Aceite: 31.07.20

Resumo

Enquadramento: É fundamental que o enfermeiro incorpore ações para a promoção do conforto ao idoso nas unidades de terapias intensivas (UTI).

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) em idosos hospitalizados numa UTI; categorizar os diagnósticos conforme as dimensões do conforto (Física, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental) da teoria de Kolcaba.

Metodologia: Estudo transversal. Foram analisados 103 registos clínicos de idosos internados entre 01/10/2019 e 31/12/2019 numa UTI de um hospital, localizado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Resultados: A mediana da idade dos idosos foi de 82 anos e 58,25% eram do sexo feminino. Foi identificada a frequência de 1140 DE distribuídos em 26 títulos e seis domínios da taxonomia NANDA-I. Dos 26 títulos de diagnósticos, 80,77% foram categorizados como pertencentes à dimensão do conforto físico, 11,54% ao conforto sociocultural, 3,58% ao conforto ambiental e 3,58% ao conforto psicoespiritual.

Conclusão: A incorporação de teoria ao processo de enfermagem poderá auxiliar o enfermeiro na identificação e implementação de medidas de conforto em todas as dimensões ao idoso hospitalizado.

Palavras-chave: teoria de enfermagem; processo de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; conforto do paciente; cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado

Abstract

Background: Nurses should implement actions that promote comfort in elderly patients hospitalized in Intensive Care Units (ICUs).

Objective: To identify nursing diagnoses (NDs) in hospitalized elderly patients in an ICU; to categorize diagnoses according to the dimensions of comfort (physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental) in Kolcaba's theory.

Methodology: Cross-sectional study. Analysis of the 103 clinical records of elderly patients admitted to an ICU of a hospital located in Rio de Janeiro, Brazil, between 1 January and 31 December 2019.

Results: The median age was 82 years, and 58.25% of elderly patients were women. A total of 1,140 NDs were identified and distributed across 26 titles and six domains of NANDA-I Taxonomy. Of the 26 titles, 80.77% were categorized as belonging to the dimension of physical comfort, 11.54% to sociocultural comfort, 3.58% to environmental comfort, and 3.58% to psychospiritual comfort.

Conclusion: The integration of a theory into the nursing process may assist nurses in identifying and implementing comfort measures in all dimensions for hospitalized elderly patients.

Keywords: nursing theory; nursing process; nursing diagnosis; patient comfort; nurses improving care for health system elders

Resumen

Marco contextual: Es esencial que el enfermero incorpore acciones para promover el confort de los ancianos en las unidades de tratamientos intensivos (UTI).

Objetivo: Identificar los diagnósticos de enfermería (DE) en pacientes ancianos en una UTI; categorizar los diagnósticos según las dimensiones del confort (física, espiritual, sociocultural y ambiental) de la teoría de Kolcaba.

Metodología: Estudio transversal. Se analizaron 103 registros clínicos de ancianos internados entre el 01/10/2019 y el 31/12/2019 en una UTI de un hospital localizado en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil.

Resultados: La edad media de los ancianos era de 82 años y el 58,25% eran mujeres. Se identificó la frecuencia de 1140 DE distribuidos en 26 títulos y seis dominios de la taxonomía NANDA-I. De los 26 títulos de diagnóstico, el 80,77% se clasificó como perteneciente a la dimensión de confort físico, el 11,54% al confort sociocultural, el 3,58% al confort ambiental y el 3,58% al confort psicoespiritual.

Conclusión: La incorporación de la teoría en el proceso de enfermería puede ayudar al enfermero a identificar y aplicar medidas de confort en todas las dimensiones para el anciano hospitalizado.

Palabras clave: teoría de enfermería; proceso de enfermería; diagnóstico de enfermería; comodidad del paciente; cuidados de enfermería para ancianos hospitalizados



Como citar este artigo: Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20066. doi:10.12707/RV20066



Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que se destaca pela sua heterogeneidade e multidimensionalidade. O aumento global do número de idosos vem acompanhado de declínio funcional e vulnerabilidade a condições crónicas (Oliveira et al., 2018). Tal, resulta numa procura crescente por serviços de saúde, principalmente internamentos nas unidades de terapia intensiva (UTI), pois muitas vezes as doenças que atingem os idosos exigem cuidados intensivos com recurso a tecnologias mais complexas (Santos et al., 2018).

No Brasil, os idosos são responsáveis por 42 a 52% dos internamentos em UTI. Os idosos consomem 60% das hospitalizações e recursos financeiros disponíveis para UTI no país, com uma taxa de mortalidade que chega a atingir 62%, enquanto o número de óbitos entre indivíduos adultos no setor é de cerca de 25% (Bonfada, Santos, Lima, & Garcia-Altés, 2017).

A hospitalização tende a ser uma experiência pouco agradável e pode acentuar a fragilidade do idoso, deixando-o suscetível ao sofrimento e desconforto, o que pode prejudicar a sua recuperação (Carvalho, Valle, Jacinto, Mayoral, & Boas, 2018).

É fundamental o equipamento tecnológico nas UTI. Porém, o cuidado aos pacientes ultrapassa esse aspeto uma vez que deve ser considerada e respeitada a necessidade de conforto do idoso (Cardoso, Pacheco, et al., 2019). As medidas de conforto são relevantes para o restabelecimento da saúde do idoso hospitalizado (Faria, Pontífice-Sousa, & Gomes, 2018). Tal acontece uma vez que o conforto é considerado como uma necessidade básica da pessoa humana, um resultado essencial do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, relevante em várias taxonomias profissionais e teorias de enfermagem (Kolcaba, 2003; Ponte & Silva, 2015).

É um direito do idoso a satisfação das suas necessidades biopsicossociais, o respeito, o bem-estar e o conforto (Cardoso, Pacheco, et al., 2019). Entretanto, estudos apontam carências na assistência ao idoso hospitalizado (Carvalho et al., 2018; Faria et al., 2018; Santos et al., 2018). Promover conforto é um processo que vai além de posicionar o paciente adequadamente, aliviar a dor, assegurar a alimentação ou higiene (Kolcaba, 2003). Trata-se da experiência de prover ajuda e/ou encorajamento, atender às necessidades do paciente em todas as suas dimensões e providenciar medidas para alívio do sofrimento (Kolcaba, 2003; Ponte & Silva, 2015).

Para isto, é necessário que o enfermeiro utilize a sua ferramenta metodológica de trabalho, que é o processo de enfermagem (PE), fundamentado numa teoria para identificar as reais necessidades do paciente, promovendo o conforto ao idoso hospitalizado. A aplicação de teoria no campo da promoção do conforto poderá auxiliar o enfermeiro na compreensão das necessidades do idoso hospitalizado e atendimento das dimensões do conforto. E, o referencial de teorias de enfermagem podem auxiliar na operacionalização do PE ao idoso hospitalizado.

O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) utilizados na assistência a idosos

internados numa UTI; categorizar os DE identificados de acordo com as dimensões do conforto (Física, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental) da teoria de Kolcaba.

Enquadramento

Conforme Kolcaba (2003), nas práticas de enfermagem promover conforto é garantir a satisfação das necessidades de alívio (estado no qual o paciente tem satisfeita uma necessidade específica), tranquilidade (estado de calma e bem-estar) e transcendência (condição de superação dos problemas ou sofrimento) considerando os contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Os pressupostos da teoria do conforto de Kolcaba apresentam ferramentas para promover o conforto e cuidados adequados de enfermagem ao idoso hospitalizado, de forma a garantir o atendimento às suas reais necessidades (Cardoso, Caldas, & Souza, 2019; Mendes, Cruz, Rodrigues, Figueiredo, & Fialho, 2016). Sabe-se que as teorias de enfermagem estabelecem uma base de conhecimento científico para orientar a prática profissional, sistematizar o saber e organizar o cuidado (Barbosa & Silva, 2018). Para alicerçar a sua teoria, Kolcaba utilizou obras de outros enfermeiros teóricos. O estado de conforto caracterizado como alívio foi obtido a partir da teoria de Ida Jean Orlando (teoria do processo de enfermagem), que considerou que as enfermeiras aliviam as necessidades expressas dos pacientes. O conceito de conforto denominado como tranquilidade foi obtido por meio do trabalho de Virginia Henderson (teoria dos componentes de cuidados), que descreveu 14 funções básicas dos seres humanos, que necessitam de ser mantidas para a própria manutenção do equilíbrio; e transcendência, formada a partir de proposições da teoria humanista de Josephine Paterson e Loretta Zderad, onde sugerem que os pacientes podem superar as suas dificuldades com a ajuda do enfermeiro (Kolcaba, 2003).

Na procura pelo desenvolvimento de um conceito de conforto holístico, Kolcaba acrescentou à teoria do conforto novos constructos, os quais foram descritos como contextos ou dimensões do conforto, a saber: Física (sensações corporais ou mecanismos homeostáticos); Psicoespiritual (significado da vida do indivíduo, consciência interna de si, o que inclui autoestima, autoconceito, sexualidade, além da espiritualidade); Sociocultural (envolve as relações interpessoais, familiares e sociais; engloba ainda aspetos financeiros); e Ambiental (que pertence a base externa da experiência humana, o meio externo, condições e influências, que englobam o ambiente; Kolcaba, 2003). Os princípios da teoria do conforto de Kolcaba asseguram estratégias para promover o conforto ao idoso hospitalizado na UTI, sustentando que: o enfermeiro, em conjunto com os outros membros da equipa multidisciplinar, identifica as necessidades não satisfeitas do idoso e da sua família; o enfermeiro define e coordena as intervenções que vão ao encontro da satisfação dessas necessidades; variáveis intermitentes são consideradas no planeamento das intervenções por serem determinantes para o sucesso das mesmas; quando a intervenção é eficaz, o resultado

do conforto é alcançado de imediato; se alcançado o conforto, o idoso tem mais probabilidade de se envolver em comportamentos de procura de saúde, que facilitam ainda mais o conforto; o aumento do conforto é atingido quando o idoso intensifica o seu compromisso de procura de comportamentos de saúde; quando os indivíduos (idoso/família/enfermeiro) estão satisfeitos com os cuidados de saúde, poderá ocorrer o reconhecimento público da instituição ao cuidado de saúde (Kolcaba, 2003).

O direcionamento do PE, orientado pelas proposições da teoria de Kolcaba, poderá proporcionar um cuidado baseado em evidência, possibilitando a promoção do conforto ao idoso e à sua família, mesmo num ambiente hospitalar hostil como a UTI.

O PE é um instrumento metodológico que requer incorporação de perspectivas de teorias de enfermagem para tornar os resultados da assistência operacionalizáveis. Trata-se de um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas, que organiza o cuidado profissional de enfermagem, baseado num suporte teórico que orienta as suas etapas, a saber: colheita de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Conselho Federal de Enfermagem, 2009).

O PE favorece a avaliação integral do idoso, possibilitando ao enfermeiro identificar as necessidades que resultam dos processos de envelhecimento e institucionalização, permitindo diagnosticar as situações de desconforto para o planeamento da assistência, com intervenções de enfermagem contextualizadas à realidade desse grupo etário (Mendes et al., 2016; Piccinni, Costa, & Pissaia, 2017). Os DE são a base para a seleção de intervenções de enfermagem apropriadas para atender as necessidades de conforto do paciente (Herdman & Kamitsuru, 2018).

A taxonomia North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA-I) define DE como “é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 88).

Questão de investigação

Qual o perfil dos DE dos pacientes idosos internados numa UTI, considerando as dimensões do conforto da teoria de Kolcaba?

Metodologia

Estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa. O local de investigação foi uma UTI de um hospital de nível terciário, direcionado para a realização de procedimentos eletivos de média e alta complexidade, localizado na cidade do Rio de Janeiro, RJ/Brasil. O hospital integra diversas especialidades como cardiologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, hemodinâmica, cirurgia ortopédica, de coluna, bariátrica, entre outras.

A unidade escolhida para colheita de dados possui 34 camas, atende pacientes adultos para tratamento cirúrgico

e clínico e a média da taxa de ocupação foi 86% no ano de 2019. Nesta instituição o PE é informatizado, onde foi adotada a estrutura taxonómica II da NANDA-I.

Nesta instituição hospitalar a equipa de enfermagem passa por um processo de integração admissional, recebendo formação referente ao registo do PE.

A população do estudo foi constituída por registos clínicos de pacientes idosos, definidos neste estudo como idade igual ou superior a 60 anos.

A seleção da amostra foi realizada de forma não probabilística. De 436 registos clínicos de pacientes que estiveram internados na UTI, no período entre 01/10/2019 e 31/12/2019, 333 (76,38%) foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, que foram: registos clínicos de pacientes com registo de DE durante a sua permanência na UTI e idade igual ou superior a 60 anos. O critério de exclusão foi: tempo de permanência na UTI inferior a 24 horas.

Para a colheita de dados foi necessário consultar os registos clínicos eletrónicos de cada paciente. Esta colheita foi realizada por uma investigadora, usando um formulário que continha informações sobre idade (em anos), sexo (feminino/masculino), dias de permanência na UTI e título de DE. A colheita foi realizada por uma investigadora que tinha conhecimento e experiência a trabalhar com os registos clínicos eletrónicos da instituição.

Os DE identificados foram categorizados por consenso entre as investigadoras, conforme as definições dos contextos do conforto (Física, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental) integradas na teoria de Kolcaba (Kolcaba, 2003). Para a categorização também foi consultada a listagem de diagnósticos pertencentes às classes 1 (conforto físico), 2 (conforto ambiental) e 3 (conforto social), do domínio 12 (conforto) da estrutura taxonómica II da NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Na taxonomia NANDA-I, os DE estão classificados e categorizados por domínios e classes. Os domínios são considerados esferas de conhecimento, ou seja, são níveis abrangentes de classificação que dividem o fenómeno em grupos principais. Os DE estão distribuídos em 13 domínios, a saber: Promoção da saúde, Nutrição, Eliminação e troca, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Autopercepção, Papéis e relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/tolerância ao *stress*, Princípios de vida, Segurança/proteção, Conforto e Crescimento/desenvolvimento (Herdman & Kamitsuru, 2018). Já as classes são subcategorias dos domínios, que compartilham características comuns (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Os dados foram inseridos numa folha de cálculo eletrónica no Microsoft Excel 2013. A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo da frequência e de percentagens. Para as variáveis contínuas, calculou-se a média, mediana, mínimo e máximo.

Os resultados foram discutidos à luz dos contextos de conforto (Física, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental) da teoria do conforto de Katharine Kolcaba.

O estudo respeitou os princípios éticos de proteção de dados do participante, garantido o sigilo e anonimato das fontes documentais, da divulgação de dados e a fidedignidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pes-

quisa em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob parecer nº 3.091.077 (CAAE: 03773318.2.0000.5282).

Resultados

Dos 436 registros clínicos, 106 eram de pacientes com idade ≥ 60 anos. Dos 106 registros clínicos três foram excluídos pela falta de registro de DE. A amostra final foi

constituída por 103 registros clínicos de idosos hospitalizados na UTI. Houve predomínio de pacientes do sexo feminino (58,25%; $n = 60$). A faixa etária variou entre 60 a 98 anos, sendo 82 anos a mediana de idade entre os idosos do sexo feminino e 81 anos a mediana de idade entre os idosos do sexo masculino.

Quanto aos dias de permanência na UTI, a mediana foi de seis dias, sendo cinco dias para idosos do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta os resultados das características socio-demográficas e clínicas dos idosos hospitalizados na UTI.

Tabela 1
Características sociodemográficas e clínicas de idosos hospitalizados na UTI (n = 103)

Características	n (%)
Sexo	
Masculino	43 (41,75%)
Feminino	60 (58,25%)
Idade (anos)	
Média	80,46
Mínimo-máximo	60-98
Mediana	82
Permanência na UTI (dias)	
Média	10,3
Mínimo-máximo	1-62
Mediana	6

Quanto aos DE foram identificados 1140 diagnósticos, distribuídos em 26 DE, classificados em seis domínios da taxonomia NANDA-I. A média de diagnósticos identificados por paciente foi de 3,81 durante a permanência na UTI. A Tabela 2 apresenta os 26 DE identificados nos idosos hospitalizados na UTI, classificados por domínios da taxonomia NANDA-I.

Os DE mais frequentes (igual ou acima de 50% de frequência) foram: comunicação verbal prejudicada (00051; $n = 53$; 51,46%); risco de glicemia instável (00179; $n = 53$; 51,46%); disposição para melhora do

autocuidado (00182; $n = 60$; 58,25%); padrão respiratório ineficaz (00032; $n = 71$; 68,93%); mobilidade física prejudicada (00085; $n = 75$; 72,82%); risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (00196; $n = 75$; 72,82%); integridade da pele prejudicada (00046; $n = 93$; 90,29%); e risco de infecção (00004; $n = 103$; 100%).

Quanto ao domínio dos DE identificados entre os idosos foram: Nutrição, Eliminação e troca, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Enfrentamento/tolerância ao *stress*, e Segurança/proteção.

Tabela 2

Distribuição dos DE identificados em pacientes idosos hospitalizados na UTI, de acordo com os domínios da taxonomia NANDA-I (n = 103)

Domínio	Diagnósticos de enfermagem	n (%)
Domínio 2 Nutrição	Volume de líquidos excessivo (00026)	25 (24,27%)
	Deglutição prejudicada (00103)	27 (26,21%)
	Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	30 (29,13%)
	Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025)	51 (49,51%)
	Risco de glicemia instável (00179)	53 (51,46%)
Domínio 3 Eliminação e troca	Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)	20 (19,42%)
	Troca de gases prejudicada (00030)	28 (27,18%)
	Constipação (00011)	36 (34,95%)
	Eliminação urinária prejudicada (00016)	39 (37,86%)
	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (00197)	75 (72,82%)
Domínio 4 Atividade/ repouso	Débito cardíaco diminuído (00029)	26 (23,24%)
	Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201)	26 (23,24%)
	Ventilação espontânea prejudicada (00033)	41 (39,81%)
	Disposição para melhora do autocuidado (00182)	60 (58,25%)
	Padrão respiratório ineficaz (00032)	71 (68,93%)
	Mobilidade física prejudicada (00085)	75 (72,82%)
Domínio 5 Percepção/cognição	Confusão crónica (00129)	35 (33,98%)
	Comunicação verbal prejudicada (00051)	53 (51,46%)
Domínio 9 Enfrentamento/ tolerância ao stress	Ansiedade (00146)	27 (26,21%)
Domínio 11 Segurança/ proteção	Hipertermia (00007)	20 (19,42%)
	Risco de trauma vascular (00213)	21 (20,39%)
	Risco de aspiração (00039)	37 (35,92%)
	Risco de choque (00205)	38 (36,89%)
	Risco de sangramento (00206)	42 (40,78%)
	Integridade da pele prejudicada (00046)	93 (90,29%)
	Risco de infeção (00004)	103 (100%)

Quanto às dimensões do conforto, entre os 26 títulos de DE identificados nos registos clínicos, 80,77% ($n = 21$) foram categorizados pelas investigadoras como pertencentes

à dimensão do conforto físico, 11,54% ($n = 3$) ao conforto sociocultural, 3,85% ($n = 1$) ao conforto ambiental e 3,85% ($n = 1$) ao conforto psicoespiritual (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição dos DE identificados em pacientes idosos hospitalizados na UTI, de acordo com as dimensões do conforto da teoria de Kolcaba

Dimensões	Diagnósticos de Enfermagem	n (%)
Física	Confusão crónica (00129)	
	Volume de líquidos excessivo (00026)	
	Deglutição prejudicada (00103)	
	Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	
	Risco de volume de líquidos desequilibrado (00025)	
	Risco de glicemia instável (00179)	
	Motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)	
	Troca de gases prejudicada (00030)	
	Constipação (00011)	
	Eliminação urinária prejudicada (00016)	
	Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (00196)	21 (80,77%)
	Hipertermia (00007)	
	Risco de trauma vascular (00213)	
	Risco de aspiração (00039)	
Risco de choque (00205)		
Risco de sangramento (00206)		
Integridade da pele prejudicada (00046)		
Débito cardíaco diminuído (00029)		
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201)		
Ventilação espontânea prejudicada (00033)		
Padrão respiratório ineficaz (00032)		
Psicoespíritual	Ansiedade (00146)	1 (3,85%)
Ambiental	Risco de infeção (00004)	1 (3,85%)
Sociocultural	Disposição para melhora do autocuidado (00182)	
	Mobilidade física prejudicada (00085)	
	Comunicação verbal prejudicada (00051)	3 (11,54%)
	Total	26

Discussão

A promoção do conforto implica o fortalecimento de vínculos interpessoais entre paciente/família e profissional para minimizar as condições de sofrimento físico-mental de ambos (Kolcaba, 2003; Mendes et al., 2016).

O conforto é o resultado imediato e desejável do cuidado de enfermagem (Ponte & Silva, 2015; Mendes et al., 2016). A teoria do conforto de Kolcaba propõe que o enfermeiro avalie o paciente, em especial o idoso hospitalizado, de forma integral, identificando as necessidades de conforto a partir das dimensões biopsicoespíritual e ambiental (Kolcaba, 2003).

A implementação do PE permite uma avaliação geriátrica ampla, possibilitando ao enfermeiro identificar as respostas humanas e diagnosticar as situações de desconforto para o planeamento do cuidado (Mendes et al., 2016; Saraiva et al., 2017).

A condução do PE e a qualidade do cuidado está diretamente relacionada com a segunda etapa do processo, que é a etapa de identificação dos DE, uma vez que são a base para as intervenções de enfermagem e para o alcance dos resultados esperados (Herdman & Kamitsuru, 2018), como o conforto ao idoso hospitalizado.

O conforto é um dos domínios de diagnósticos da taxonomia NANDA-I, definido como a “sensação de bem-estar

ou tranquilidade mental, física ou social” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 166). No domínio 12 (conforto) são apresentadas três classes de diagnósticos da taxonomia NANDA-I, a saber: classe 1 - conforto físico; classe 2 - conforto ambiental e classe 3 - conforto social.

No domínio 12 (conforto) da taxonomia NANDA-I, na classe 1 (conforto físico) estão listados sete DE relacionados com a percepção de bem-estar, tranquilidade e/ou estar livre de dor, a saber: conforto prejudicado (00214); disposição para conforto melhorado (00183); dor aguda (00132); dor crónica (00133); síndrome da dor crónica (00255); dor no trabalho de parto (00256); e náusea (00134; Herdman & Kamitsuru, 2018). Nos registos clínicos analisados não foram identificados registos desses sete DE listados na NANDA-I como relacionados com o conforto físico.

Para Kolcaba (2003), o contexto do conforto físico pertence às sensações do corpo, que corresponde a todas as dimensões fisiológicas que permitem a homeostasia do indivíduo. Nos registos clínicos analisados identificou-se o registo de 21 DE categorizados pelas investigadoras como pertinentes para o conforto no contexto físico. Os dados inferem uma preocupação da enfermagem em diagnosticar e atender às necessidades dos idosos relacionadas com o conforto no contexto físico na UTI.

Na classe 2 (conforto ambiental) da taxonomia NANDA-I,

no domínio 12 (conforto), refere-se o conforto no contexto ambiental, definido como a “sensação de bem-estar ou tranquilidade no/com o próprio ambiente” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 166). Nesta classe estão listados na NANDA-I os DE conforto prejudicado (00214) e disposição para conforto melhorado (00183).

Nos registos clínicos analisados foi identificado o registo do DE risco de infecção (00004), que foi categorizado pelas investigadoras como pertencente à dimensão do conforto ambiental pois, para Kolcaba (2003), a dimensão do conforto ambiental engloba o meio envolvente, as condições e influências externas, como por exemplo a temperatura, luz, ruídos, cheiro, cor, decoração e paisagem. Para confortar, é necessário que o enfermeiro promova um ambiente favorável, em que o idoso se sinta cuidado, que seja acolhedor e que propicie alívio, segurança, proteção e bem-estar (Faria et al., 2018; Mendes et al., 2016). Desta maneira, o enfermeiro precisa de proporcionar um ambiente agradável e livre de infeções.

Já na classe 3 (conforto social) do domínio 12 (conforto), na taxonomia NANDA-I estão dispostos DE relacionados com o conforto social, caracterizados como a “sensação de bem-estar ou tranquilidade com a própria situação social” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 167). Nesta classe estão listados na NANDA-I quatro DE, a saber: isolamento social (0053), risco de solidão (00054), conforto prejudicado (00214) e disposição para conforto melhorado (00183; Herdman & Kamitsuru, 2018). Não foram identificados registos destes quatro DE listados na NANDA-I nos registos clínicos dos idosos no período de hospitalização na UTI.

Na teoria de Kolcaba (2003), o contexto no qual ocorre o conforto social pertence às relações interpessoais, familiares e sociais. Foi identificado o registo de três diagnósticos categorizados pelas investigadoras que podem estar relacionados com as necessidades de conforto no contexto sociocultural, a saber: disposição para melhora do autocuidado (00182); mobilidade física prejudicada (00085) e comunicação verbal prejudicada (00051).

O DE disposição para melhora do autocuidado (00182) refere-se à capacidade de desempenhar atividades para cuidar de si mesmo (Herdman & Kamitsuru, 2018). O DE foi categorizado pelas investigadoras como pertencente da dimensão do conforto sociocultural, por afetar a capacidade funcional do idoso, o que pode interferir nas relações sociais. Este DE é do domínio de promoção da saúde na taxonomia NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2018). Estudos relatam a importância da incorporação de ações de enfermagem direcionadas para a promoção da saúde no ambiente de UTI, sendo relacionadas com o conforto (Tavares, Grácio, & Nunes, 2018; Castro et al., 2019). As intervenções de enfermagem não podem limitar-se a questões relativas à prevenção, tratamento e cura de doenças no ambiente hospitalar, também é importante a implementação de estratégias transversais e interdisciplinares de conforto independentemente do ambiente onde o cuidado é realizado.

Já o DE mobilidade física prejudicada (00085) é definido na taxonomia NANDA-I como “limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais

extremidades” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 406). Este diagnóstico foi categorizado pelas investigadoras na dimensão do conforto sociocultural. O DE está relacionado com a síndrome geriátrica de instabilidade postural, que afeta a vida dos idosos e pode desencadear outras situações como risco de queda, imobilidade, baixa autoestima, medo, insegurança e isolamento social (Fernandes et al., 2019). É importante que o enfermeiro identifique e trabalhe esse DE ainda no ambiente hospitalar para evitar interferências na vida social do idoso no pós-alta (Tavares et al., 2018).

O DE comunicação verbal prejudicada (00051) foi identificado em 51,46% ($n = 53$) dos registos clínicos analisados. O DE é definido na taxonomia NANDA-I como a “capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 503). O DE tem relação com a síndrome geriátrica de isolamento social (Fernandes et al., 2019), sendo categorizado pelas investigadoras na dimensão do conforto sociocultural. A comunicação verbal e não verbal é uma necessidade humana básica que fundamenta todas as relações interpessoais, sendo por meio desta que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se e satisfazer as suas necessidades (Vieira, Santos, & Puggina, 2019).

Quanto ao contexto no qual ocorre o conforto psicoespiritual, Kolcaba (2003) considera como a consciência interna de si mesmo, que engloba a autoestima, a identidade, a sexualidade, o significado da vida, a relação com os outros e com um ser supremo.

Para a dimensão do conforto psicoespiritual na taxonomia NANDA-I podemos localizar no domínio 10 (princípios da vida) DE referentes ao princípio da vida. Definido na taxonomia como “princípios que subjazem à conduta, ao pensamento e ao comportamento com relação a atos, costumes ou instituições, entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 163). Nos registos clínicos analisados não foram identificados registos de diagnósticos do domínio 10 da taxonomia NANDA-I.

Foi identificado o registo do DE ansiedade (00146) em 26,21% ($n = 27$) nos registos clínicos analisados. Este diagnóstico pertence ao domínio 9 (enfrentamento/tolerância ao stresse) na taxonomia NANDA-I, definido como “sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 614). Deste modo, este DE foi categorizado no contexto do conforto psicoespiritual por estar relacionado com um desconforto espiritual. Quando o PE é operacionalizado utilizando uma teoria como a de Kolcaba é possível a identificação das necessidades de conforto do paciente, assim como a identificação dos DE poderá auxiliar o enfermeiro na implementação de medidas de conforto psicoespiritual (diálogo, estímulos e respeito às atividades religiosas, acolhimento, empatia) no ambiente de terapia intensiva (Veras et al., 2019).

Como limitação do estudo, salienta-se que os resultados não podem ser generalizados a todos os contextos assistenciais, por ser um estudo com desenho transversal numa UTI, assim como a possibilidade de duração

do internamento na UTI interferir na identificação dos DE, podendo incorporar um número mais expressivo de DE e de dimensões do conforto, conforme a duração da hospitalização. No entanto, tais dados podem auxiliar o enfermeiro na escolha de teorias de enfermagem mais adequadas para operacionalização do PE, com vista à implementação de medidas de conforto para pacientes idosos hospitalizados na UTI.

Conclusão

Foi possível identificar os DE nos registos clínicos de idosos hospitalizados na UTI, assim como categorizá-los à luz das dimensões do conforto da teoria de Kolcaba. Foi observada a prevalência dos DE relacionados com a dimensão do conforto físico. Tal resultado aponta para a necessidade de se estimular a avaliação e a abordagem às demais dimensões do conforto, enfatizando a importância da utilização de teorias para a operacionalização do PE. Os DE selecionados pelos enfermeiros podem ser compatíveis com as necessidades de pacientes críticos internados em UTI. Entretanto, nomeá-los não garante que o raciocínio clínico esteja direcionado para as prioridades, como o conforto e cuidados individualizados aos idosos. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro utilize o PE fundamentado numa teoria de enfermagem que subsidie a seleção dos DE e a implementação de intervenções adequadas às necessidades do paciente.

Contribuição de autores

Conceptualização: Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P.

Tratamento de dados: Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., Bitencourt, G. R.

Metodologia: Cardoso, R. B., Souza, P. A.

Supervisão: Souza, P. A., Caldas, C. P.

Redação - preparação do rascunho original: Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., Bitencourt, G. R.

Redação - revisão e edição: Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., Bitencourt, G. R.

Referências bibliográficas

- Barbosa, V. M., & Silva, J. V. (2018). Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(1), 260-271. doi: 10.18554/reas.v7i1.2517
- Bonfada, D., Santos, M. M., Lima, K. C., & Garcia-Altés, A. (2017). Análise de sobrevivência de idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 198-206. doi: 10.1590/1981-22562017020.160131
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118-128. doi: 10.18554/reas.v8i1.2758
- Cardoso, R. B., Pacheco, S. T., Caldas, C. P., Souza, P. A., Peres, P. L., & Nunes, M. D. (2019). Prática confortadora ao idoso hospitalizado à luz da bioética. *Revista Bioética*, 27(4), 595-599.

- doi: 10.1590/1983-80422019274342
- Carvalho, T. C., Valle, A. P., Jacinto, A. F., Mayoral, V. F., & Boas, P. J. (2018). Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: Estudo de coorte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 134-142. doi: 10.1590/1981-22562018021.170143
- Castro, A. S., Arboit, É. L., Ely, G. K., Dias, C. A., Arboit, J., & Camponogara, S. (2019). Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32(8668), 1-10. doi: 10.5020/18061230.2019.8668
- Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009*. Recuperado de https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf
- Faria, J. M., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. (2018). O conforto do doente em cuidados intensivos: Revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 50, 503-514. doi: 10.6018/eglobal.17.2.266321
- Fernandes, B. K., Soares, A. G., Melo, B. V., Lima, W. N., Borges, C. L., Lopes, V. M., . . . & Freitas, M. C. (2019). Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(4), 966-972. doi: 10.5205/1981-8963-v13i04a237572p966-972-2019
- Herdman, S. T., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020* (11ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Mendes, R. S., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V., & Fialho, A. V. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 390-395. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.27767
- Oliveira, F. M., Costa, K. N., Pontes, M. L., Batista, P. S., Barbosa, K. T., & Fernandes, M. G. (2018). Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, e15488. doi: 10.12957/reuerj.2018.15488
- Piccinni, V. M., Costa, A. E., & Pissaiá, L. F. (2017). Implantação da sistematização da assistência de enfermagem como meio de qualificação da assistência ao idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 14(3), 307-317. doi: 10.5335/rbceh.v14i3.6631
- Ponte, K. M., & Silva, L. F. (2015). Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2603-2614. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614
- Santos, A. M., Almeida, C. A., Cardoso, S. B., Rocha, F. C., Menezes, S. F., Felix, L. N., & Sá, G. G. (2018). Intercorrências e cuidados a idosos em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(11), 3110-3124. doi: 10.5205/1981-8963-v12i11a234531p3110-3124-2018
- Saraiva, L. B., Santos, S. N., Oliveira, F. A., Moura, D. J., Barbosa, R. G., & Almeida A. N. (2017). Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Journal of Health Sciences*, 19(4), 262-267. Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877795/10-avaliacao-geriatrica-ampla.pdf>
- Tavares, J. P., Grácio, J., & Nunes, L. (2018). A pessoa idosa hospitalizada: Trajetória funcional em hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 19-28. doi: 10.12707/RIV18028
- Veras, S. M., Menezes, T. M., Guerrero-Castañeda, R. F., Soares, M.

V., Anton Neto, F. R., & Pereira, G. S. (2019). O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Supl. 2), 236-242. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0685

Vieira, N. F., Santos, M. R., & Puggina, A. C. (2019). Prevalência do diagnóstico de enfermagem “Comunicação verbal prejudicada” nas unidades de um hospital privado. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 46-51. doi: 10.21675/2357-707X.2019.V10.N3.2577

