

Condições de saúde e diagnósticos de enfermagem em pessoas idosas na transição para cuidados pós-intensivos

Health conditions and nursing diagnoses in elderly people in transition to post-intensive care

Andressa da Silva¹

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4758-1549>

Elaine da Silva Lopes²

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8133-2661>

Victor José Fernandes Pereira³

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7679-0780>

Maria do Socorro Lina Van Keulen⁴

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9286-7175>

Thaís dos Santos Pinheiro⁵

ORCID: <http://orcid.org/0000-00029566973X>

Denise Rocha Raimundo Leone⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6961-4989>

Nádia Fontoura Sanhudo⁷

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9714-2854>

Edna Aparecida Barbosa de Castro⁸

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9555-1996>

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil.

Editor de Seção:

Editora Científica:

Tatiane Gomes Guedes

Editora Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 26/10/2022

Aceito: 21/03/2023

Publicado: 18/09/2024

RESUMO

Objetivo: descrever as condições de saúde e Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia da NANDA-I prevalentes em pessoas idosas na transição para cuidados pós-intensivos. **Método:** Estudo transversal prospectivo realizado em Unidade de Terapia Intensiva geral de hospital público com 62 idosos com seguimento para cuidados pós-intensivos. Dados coletados em prontuários, registros de admissão e alta. Utilizou-se o Índice de Comorbidade de Charlson para avaliação de gravidade dos pacientes e a Taxonomia da NANDA-I para definição de Diagnósticos de Enfermagem. **Resultados:** Na alta, 61,3% eram do sexo masculino; a média de idade foi 72,3 anos; 38,8% eram pós-operatórios e 36,5%, clínicos, prevalecendo condições respiratórias (16,5%) e neoplasias (16,5%). Pelo Índice de Comorbidade de Charlson o risco relativo de morte foi 4,4. Em 79 Diagnósticos de Enfermagem identificados, 82% eram de Segurança e Proteção, prevalecendo os de Riscos de Infecção, Quedas, Lesão, Trauma vascular e Lesão por Pressão (100%). Diagnósticos relativos ao envelhecimento, família e espiritualidade representaram menos do que 10%. **Conclusão:** Houve maior chance de morte pelas condições de saúde, comorbidades e idade avançada, agravantes de síndromes pós-intensiva e geriátrica. Prevaleceram Diagnósticos de Enfermagem de riscos físicos. Os relacionados ao envelhecimento, família e espiritualidade requerem maior atenção na transição para cuidados pós-intensivos.

Descritores: Cuidado transicional; Diagnósticos de enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Alta de paciente.

ABSTRACT

Objective: to describe the health conditions and Nursing Diagnosis of the NANDA-I Taxonomy prevalent in the elderly in the transition to post-intensive care. **Method:** Prospective cross-sectional study conducted in a general Intensive Care Unit of a public hospital with 62 elderly people with follow-up to post-intensive care. Data were collected from medical records, admission, and discharge records. Charlson's Comorbidity Index was used to assess severity of patients and NANDA-I Taxonomy to define Nursing Diagnosis. **Results:** At discharge, 61.3% were male; mean age was 72.3 years; 38.8% were postoperative and 36.5%, clinical, with respiratory conditions (16.5%) and neoplasms (16.5%) prevailing. By Charlson's Comorbidity Index, the relative risk of death was 4.4. In 79 identified Nursing Diagnosis, 82% were Safety and Security, prevailing those of Infection Risks, Falls, Injury, Vascular Trauma and Pressure Injury (100%). Diagnosis related to aging, family and spirituality represented less than 10%. **Conclusion:** There was a greater chance of death due to health conditions, comorbidities, and advanced age, aggravating post-intensive and geriatric syndromes. Nursing diagnosis of physical risks were prevalent. Those related to aging, family and spirituality require more attention in the transition to post-intensive care.

Descriptors: Transitional Care; Nursing Diagnosis; Intensive Care Units; Patient Discharge.

COMO CITAR ESTE ARTIGO

Silva A, Lopes E, Pereira VJF, Van Keulen MSL, Pinheiro TS, Leone DRR, et al. Condições de saúde e diagnósticos de enfermagem em pessoas idosas na transição para cuidados pós intensivos. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e256536 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.256536>

INTRODUÇÃO

Expectativa de vida elevada decorrente de quedas da fecundidade, mortalidade e dos avanços tecnológicos vêm determinando mudanças nos perfis demográficos e de saúde de populações mundiais. Na população brasileira, associa-se ao envelhecimento uma tripla carga de doenças, coexistindo: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); infecciosas e causas externas.¹

Observam-se mudanças nos indicadores de saúde com expressivo aumento de morbidades e mortalidade relacionadas à DCNT na população idosa², acarretando incapacidades, de diferentes graus, aumento do número de internações, seja pelas exacerbações, seja pelo tratamento de complicações, prejudicando a qualidade de vida no curso do envelhecimento.^{1,3}

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) expõe-se num dos destinos de pacientes com estas condições, e 60% dos leitos são ocupados por pessoas idosas, havendo projeção de aumentar nos próximos anos. A idade entre 60 e 80 anos, o sexo masculino, a baixa escolaridade e agravos cardiovasculares e respiratórios destacam-se entre os que permaneceram internados por períodos mais longos.⁴

Em UTI geral, dentre as admissões por causas externas, concentram-se pessoas com média de idade de 75 anos, aposentadas, com comorbidades e polimedicção. A queda da própria altura em via pública é evento mais incidente, seguido de atropelamento, queda da altura relacionada à violência e acidentes de trânsito.⁵

Cuidados transicionais com pessoas idosas tratadas em UTI, baseados em evidências, poderão agregar rigor, segurança, redução de prejuízos e a entrega de uma assistência sistematizada e de qualidade ao paciente e família. A transição do cuidado de um paciente ocorre tanto entre unidades hospitalares quanto entre instituições e o domicílio, com repercussões na adesão medicamentosa, queda de eventos adversos e redução de readmissões hospitalares. Há, todavia, escassez de literatura sobre a temática que dê visibilidade às ações eficazes para a sistematização de programas ou serviços de transição de cuidados.⁶

A transição de cuidados na área da enfermagem vem sendo estudada e sistematizada, com base na teoria das transições, desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis, segundo a qual, podem ser desenvolvimentais, a exemplo das que ocorrem no envelhecimento; situacionais, como as ocorridas em internação e alta de uma UTI; as relacionadas ao estado de saúde-doença perante diagnóstico ou à terapêutica; e as organizacionais, ocorridas intra ou inter serviços de saúde ou entre estes e o domicílio.

Justifica-se a terapêutica da enfermagem durante as transições em decorrência de fatores facilitadores e inibidores do processo de transição; de padrão individualizado de respostas que podem ser simples, múltiplos ou simultâneos.³

A qualidade da alta de pessoas idosas para o domicílio se mostra em função de transições intra-hospitalares. Ressaltam-se as ações de apoio, educação em saúde com pacientes e familiares, desenvolvidas pela enfermagem ainda no ambiente hospitalar, a criação de planos terapêuticos individuais e os contatos telefônicos após a alta.⁶

A transição de idosos da UTI para unidades de internação requer atenção na comunicação de informações relevantes ao cuidado pós-intensivo, destacando-se a medicação e, nesta, os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP's) ou medicações de alta vigilância (MAV), por apresentarem risco elevado para provocar eventos adversos e a morte quando administrados incorretamente. A enfermagem, responsável pela administração de medicamentos, deve redobrar a atenção ao repassar informações relacionadas a cada medicação, visando à efetividade, segurança e qualidade da assistência.⁷

Aprimorar a formação de profissionais para assistir pessoas idosas nos diferentes âmbitos da atenção à saúde tem sido recomendado, pois estas apresentam mudanças biológicas, familiares, econômicas e sociais. Além do foco na doença, seu controle ou reabilitação, as perspectivas de cuidado devem compreender as singularidades da senilidade para o melhor sucesso dos tratamentos, possibilitando manter a qualidade da assistência, o envolvimento intersetorial e uma entrega de cuidado adequado às necessidades da pessoa idosa.⁸

Dentre estas, as necessidades de proteção, segurança e conforto precisam ser ampliadas no cuidado da enfermagem intensivista com as pessoas idosas. Deve-se ir além da atenção às respostas biomédicas, ajustes em equipamentos, bom posicionamento e alívio da dor física, envolvendo o paciente integralmente, encorajando-o, aliviando sofrimentos vivenciados com o adoecimento e a internação, avançando-se em medidas para uma assistência segura, baseada em evidências. O Processo de Enfermagem (PE) constitui tecnologia e metodologia de cuidado, bem como ferramenta assistencial legal que o qualifica e, ao basear-se em teorias que o fundamentam cientificamente, fortalece a Sistematização da Assistência de Enfermagem.⁹⁻¹⁰

A segunda dentre as cinco etapas do PE compreende a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem (DE), padronizando-se a linguagem, auxiliando no compartilhamento e gerenciamento das necessidades de saúde dos pacientes conferindo reconhecimento e

fortalecimento da identidade profissional. Pela avaliação minuciosa, estabelece-se uma prática assertiva em cuidados intensivos com o reconhecimento das condições de saúde, perfil clínico e epidemiológico dos pacientes, possibilitando DE precisos e contribuindo para a prática baseada em evidências. A taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) tem sido uma referência utilizada em UTIs brasileiras, com ênfase para diagnósticos de risco e com foco no problema, sendo raros ou ausentes os diagnósticos relativos à promoção à saúde.¹¹⁻¹²

Toma-se por hipótese que o conhecimento de DE no âmbito das condições de alta de pessoas idosas tratadas em uma UTI possibilitará efetividade e qualidade da assistência pós-intensiva, por meio de planos de cuidados transicionais baseados em evidências, capazes de auxiliar o curso da internação e alta para a comunidade, para a redução de idas à emergência, reinternações e alívio da carga de cuidadores familiares.

O momento de transição não se resume ao encaminhamento administrativo com apenas a transferência ambiental do paciente que recebe alta da UTI. Engloba encaminhamento assistencial, baseado em comunicação efetiva de informações relevantes para a monitorização e acompanhamento após tratamento intensivo. Erros de comunicação comprometem o cuidado transicional, e estes decorrem de *déficit* de informações acerca das condições do paciente e podem resultar em complicações, reinternações em menos de 24 horas na UTI, e até mesmo, o óbito.¹³

Em face do exposto, a questão levantada foi: quais são as condições de saúde e os principais DE em pessoas idosas, tratadas em UTI, significativos ao processo de transição para unidades de internação e posteriormente para a comunidade?

Justificou-se a realização deste estudo pela identificação de lacuna na literatura quanto aos DE dos pacientes idosos na alta de UTI geral para unidades de internação que apoiem planos de cuidados transicionais. Justificou-se, também, pela necessidade de se identificar as condições de saúde da pessoa idosa, os procedimentos/tratamentos recebidos durante estada na UTI (comorbidades, dispositivos, medicações de alta vigilância em uso, por exemplo) que, no processo transicional, demandarão cuidados da enfermagem.

OBJETIVO

O objetivo principal desta pesquisa foi descrever as condições de saúde e Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia da NANDA-I prevalentes em pessoas idosas na transição para cuidados pós-intensivos.

Estudo de abordagem quantitativa, de deliamento transversal prospectivo, utilizando estatística descritiva. Foi desenvolvido em UTI geral de hospital público de ensino de Minas Gerais, com nove leitos, com PE sistematizado, com diagnósticos e prescrição de enfermagem na admissão, atualização conforme a evolução dos pacientes na UTI e alta para as unidades de internação, quando os diagnósticos são encaminhados com a prescrição médica e de enfermagem do dia.

A população foi composta por todos os 86 pacientes com idade superior a 60 anos admitidos na UTI no período entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2022, selecionados por meio da técnica de amostragem simples, com numeração em ordem crescente dentre as 132 internações ocorridas. Excluídos 22 óbitos e um caso em que os registros sobre a internação eram inconclusivos ou ausentes, a amostra constituiu-se de 62 pessoas idosas, que tiveram alta para cuidados pós-intensivos.

O levantamento do perfil das condições de saúde destes pacientes foi feito prospectivamente no período pesquisado, adotado instrumento elaborado pelos autores especificamente para pesquisa, visando à obtenção de dados sociodemográficos, diagnóstico médico (conforme categorias do CID-10); diagnósticos de enfermagem (conforme taxonomia da NANDA 2021 - 2023)¹²; tipo de alta; destino; medicações de alta vigilância utilizada, procedimentos/dispositivos invasivos como, dentre outros, os para suporte nutricional, acesso venoso, ostomias, drenos. As informações foram extraídas de livro de registro, documentações, sistemas de informação da UTI, prontuários dos pacientes e armazenadas em uma Planilha Excel® para análise.

Os dados foram analisados utilizando os programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)®, versão 15 e Excel da *Microsoft 365 MSO Versão 2209*. Para a descrição estatística da amostra foram utilizadas medidas de tendências centrais escolhidas conforme a normalidade da distribuição dos dados e frequências absolutas e relativas.

A medida de efeito Risco Relativo de Morte é uma parte do *Score* do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC), pois tem o potencial de analisar a deterioração clínica de acordo com as múltiplas comorbidades apresentadas pelos indivíduos, estimar o risco de mortalidade hospitalar, analisar o impacto conforme a carga das doenças e indicar prognóstico relacionado a dias de internação e sobrevida dos pacientes.¹⁴

Este índice foi desenvolvido por Mary E. Charlson para prever mortalidade e consiste na distribuição de pesos clínicos de 1 a 8 a diferentes comorbidades combinados com a idade do paciente, com posterior soma simples de pesos em que as pontuações mais altas indicam comorbidades mais graves e um maior risco de mortalidade. Pontua-se

com 1 ponto, pacientes com Infarto do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Vascular Periférica e da Aorta; hepatopatia Leve, Diabetes, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Doenças cerebrovasculares, Demências e Doenças Ulcerosas; 2 pontos os com diabetes complicado; hemiplegia, linfoma, leucemia, doença renal moderada/grave e tumor sólido; 3 pontos pacientes com hepatopatia moderada/grave e com 6 pontos: câncer metastático e Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Ao índice soma-se 1 ponto a mais para cada década de vida, iniciando-se com 1 ponto aos 50 anos.¹⁴ Respeitaram-se os preceitos éticos previstos pelas Resoluções n.º 466/2012 e n.º 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com CAAAE n.º 54681621.8.0000.5133.

RESULTADOS

A média de idade das pessoas idosas que tiveram alta para cuidados pós-intensivos foi de 72,3 anos (Desvio-Padrão (DP) = 8,920); 61,3% eram do sexo masculino e a média de permanência na UTI foi de 11,4 dias (DP 17,21). O desfecho de 22 admissões foi o óbito (25,9%); de 62 (72,9%) a alta com transição intra-hospitalar para cuidados pós-intensivos. Houve transição inter-hospitalar de um paciente (1,2%) e de outro para unidade de cuidados semi-intensivos pela dependência da Ventilação Mecânica.

Em relação às causas que justificaram o regime de tratamento intensivo, segundo capítulos do CID-10, 16,5% eram respiratórias; 16,5%, neoplasias; 15,3%, digestivas; 8,2%, geniturinárias e 8,2% foram decorrentes de infecção. Destaca-se que 7,0% das admissões tiveram diagnóstico de sepse, isoladamente ou associada a outros diagnósticos, e um está dentre os que foram a óbito. Quanto à procedência, 75,3% chegaram à UTI por transição interna à instituição, sendo 38,8% vindas do centro cirúrgico e 36,5% de unidades de internação. Treze (15,3%) vieram de Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A prevalência de comorbidades está descrita na Figura 1, com destaque para as principais encontradas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doença Renal Crônica (DRC) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

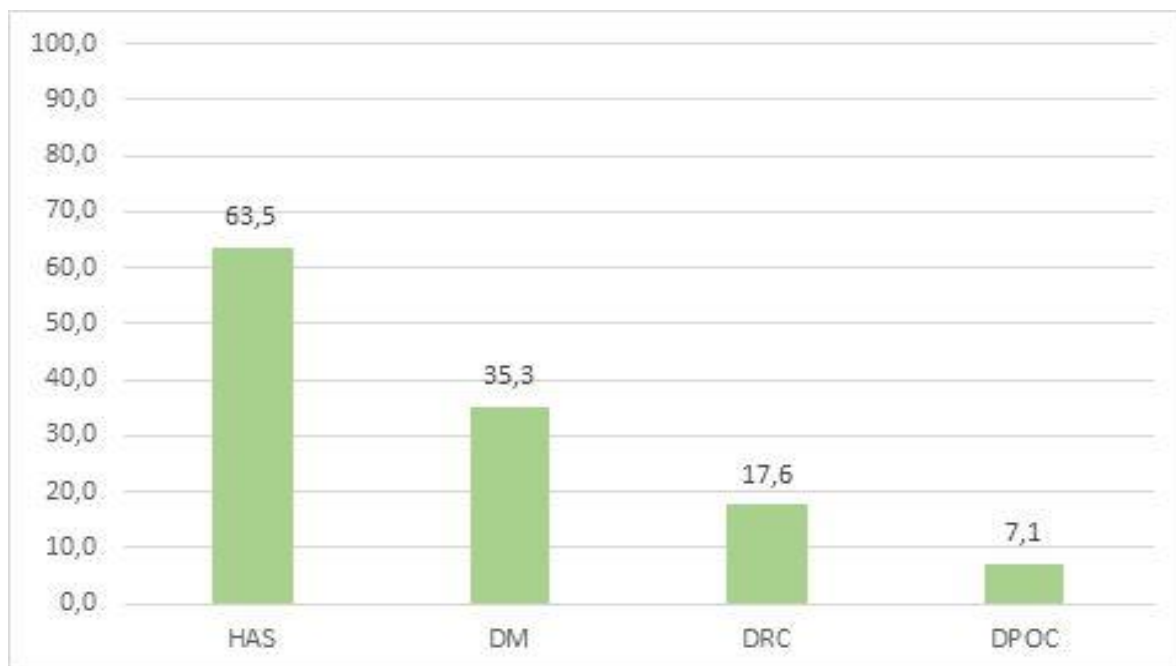


Figura 1. Percentual de Doenças Crônicas Não transmissíveis como Comorbidades mais prevalentes (N=62).

A Tabela 1 apresenta a descrição dos procedimentos aos quais foram submetidos e medicamentos de alta vigilância identificados no momento da alta da UTI. Destacam-se, em ordem de prevalência, os procedimentos: cateterismo vesical de demora (77,4%); acesso venoso central (66,1%); acesso venoso periférico (27,4%); ostomias (27,4%) e cateterismo nasoenteral (25,8%) e as medicações de alta vigilância: insulinas (81%), anticoagulantes (73%) e a morfina (39,7%).

Tabela 1. Características dos pacientes que tiveram alta da UTI. Juiz de Fora (MG), Brasil, 2022.

Variáveis	N = 62	%
Sexo		
Masculino	38	61,3
Feminino	24	38,7
Medicações de Alta Vigilância		
Insulina	51	82,3
Anticoagulantes	49	74,2
Morfina	25	40,3
Amiodarona	4	6,5
Cloreto de Potássio	1	1,6
Dispositivos Invasivos		
Cateter Vesical de Demora	48	77,4
Acesso Venoso Central	41	66,1
Acesso Venoso Periférico	17	27,4
Acesso Venoso Central e periférico	3	4,8
Cateter Nasoenteral	16	25,8
Ostomias	17	27,4
Traqueostomia	10	16,1
Colostomia	2	3,2

Ileostomia	2	3,2
Ureterostomia	2	3,2
Cistostomia	1	1,6
Cateter nasal	1	1,6
Drenos	14	22,6
Penrose	6	9,7
Tubular	3	4,8
Tórax	2	3,2
Pigtail	1	1,6
Sucção	1	1,6
Uretral	1	1,6
	Média	Desvio Padrão
Perm (dias)	11,24	17,21
	Média	Desvio Padrão
Idade	71,84	8,679
	Pontos	RR de morte (%)
Índice de Comorbidade de Charlson (moda)	4	4,4

Nota: RR – Risco Relativo de Morte no Índice de Comorbidade de Charlson.

Dentre os 244 DE classificados pela Taxonomia NANDA-I¹², foram identificados na amostra 79 DE concernentes às 27 classes de 11 domínios, descritos na Figura 2 em números e percentual. A distribuição da frequência de DE conforme os Domínios desta taxonomia, na amostra de pessoas idosas no processo de alta da UTI estão descritas em porcentagem média por domínio na Figura 3.

DOMÍNIO (*)	CLASSE (*)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (†)	N = 62	%
Domínio 1. Promoção da Saúde	Classe 1 Percepção da saúde	Diminuição do envolvimento de atividades diversas	48	77,4
		Prontidão para melhorar a alfabetização em saúde	42	67,7
	Classe 2 Controle da saúde	Síndrome do idoso frágil	19	30,6
		Autogestão ineficaz da saúde	40	64,5
		Proteção ineficaz	45	72,6
Domínio 2. Nutrição	Classe 1 Ingestão	Obesidade	12	19,4
		Deglutição prejudicada	28	45,2
	Classe 4 Metabolismo	Risco de nível de glicose no sangue instável	40	64,5
		Risco para síndrome metabólica	36	58,1
	Classe 5 Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico	55	88,7
Domínio 3. Eliminação e Troca	Classe 1 Função urinária	Risco de volume de fluido desequilibrado	55	88,7
		Eliminação urinária prejudicada	48	77,4
		Risco de retenção urinária	49	79,0
	Classe 2 Função gastrointestinal	Risco de constipação	30	48,4
		Constipação percebida	32	51,6
		Continência intestinal prejudicada	42	67,7
		Diarreia	39	62,9
		Motilidade gastrointestinal disfuncional	50	80,6
	Classe 4 Função respiratória	Troca de gases prejudicada	20	32,3
	Classe 1 - Sono/repouso	Privação de sono	15	24,2
		Padrão de sono perturbado	15	24,2
		Risco de síndrome de desuso	23	37,1

Domínio 4. Atividade/ Repouso	Classe 2 Atividade/ exercício	Mobilidade na cama prejudicada	49	79,0
		Mobilidade física prejudicada	52	83,9
		Capacidade de transferência prejudicada	48	77,4
	Classe 4 Respostas cardiovasculares/ pulmonares	Risco de diminuição do débito cardíaco	25	40,3
		Risco de função cardiovascular prejudicada	28	45,2
		Risco de pressão arterial instável	25	40,3
		Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	1	1,6
	Classe 5 Autocuidado	Déficit de autocuidado no banho	50	80,6
		Déficit de autocuidado de vestir	45	72,6
		Déficit de autocuidado alimentar	25	40,3
		Déficit de autocuidado sanitário	30	48,4
Domínio 5. Percepção/ Cognição	Classe 4 Cognição	Confusão aguda	5	8,1
		Risco de confusão aguda	20	32,3
		Confusão crônica	1	1,6
		Controle emocional instável	5	8,1
		Conhecimento deficiente	25	40,3
		Memória prejudicada	3	4,8
		Processo de pensamento perturbado	15	24,2
	Classe 5 Comunicação	Comunicação verbal prejudicada	10	16,1
Domínio 6. Autopercepção	Classe 1 - Autoconceito	Desesperança	8	12,9
		Risco de identidade pessoal perturbada	10	16,1
	Classe 2 Autoestima	Risco de baixa autoestima crônica	10	16,1
		Baixa autoestima situacional	15	24,2
	Classe 3 Imagem corporal	Imagem corporal perturbada	8	12,9
Domínio 7. Papéis e Relacionamentos	Classe 2 - relações familiares	Risco de síndrome de identidade familiar perturbada	4	6,5
		Processos familiares interrompidos	2	3,2
	Classe 3 Desempenho de papéis	Risco de relacionamento ineficaz	12	19,4
		Interação social prejudicada	6	9,7
Domínio 9. Enfrentamento /Tolerância ao Estresse	Classe 1 – Respostas pós-trauma	Síndrome de estresse de realocação	30	48,4
	Classe 2 - respostas de enfrentamento	Ansiedade	42	67,7
		Enfrentamento ineficaz	21	33,9
		Prontidão para enfrentamento aprimorado	35	56,5
		Enfrentamento familiar com deficiência	12	19,4
		Ansiedade da morte	18	29,0
		Impotência	8	12,9
		Resiliência prejudicada	32	51,6
		Prontidão para maior resiliência	48	77,4
Domínio 10. Princípios da vida	Classe 2 - crenças	Sobrecarga de estresse	15	24,2
		Prontidão para tomada de decisão aprimorada	28	45,2
		Religiosidade prejudicada	5	8,1
		Angústia espiritual	5	8,1
Domínio 11. Segurança /Proteção	Classe 1 - infecção	Risco de infecção	62	100,0
		Risco de infecção de sítio cirúrgico	34	54,8
	Classe 2 – Lesão física	Risco de aspiração	53	85,5
		Risco de sangramento	45	72,6
		Dentição prejudicada	38	61,3
		Risco de quedas em adultos	62	100,0
		Risco de lesão	62	100,0
		Risco de lesão do trato urinário	48	77,4
		Risco de trauma vascular	62	100,0
		Risco de lesão por pressão em adulto	62	100,0

		Integridade da pele prejudicada	40	64,5
	Classe 6 - Termorregulação	Risco de termorregulação ineficaz	20	32,3
Domínio 12 Conforto	Classe 1 – Conforto Físico	Prontidão para maior conforto	33	53,2
		Dor aguda	38	61,3
		Dor crônica	12	19,4
	Classe 2 – Conforto Ambiental	Conforto prejudicado	55	88,7

Figura 2. Diagnósticos de Enfermagem prevalentes na transição da UTI para Unidades de Internação, Juiz de Fora (MG), Brasil.

Notas:

(†) Diagnósticos de enfermagem segundo definições e classificações da NANDA – I (2021 – 2023)¹²

(*) Não identificados DE na amostra nos domínios e Classes:

Domínio 2 - Nutrição: Classe 2 – Digestão e Classe 3 - Absorção;

Domínio 3 - Eliminação e troca: Classe 3 – Função tegumentar;

Domínio 4 - Atividade/Repouso: Classe 3 - Equilíbrio de energia;

Domínio 5 - Percepção/cognição: Classe 1 – Atenção, Classe 2 – Orientação, Classe 3 – Sensação /Percepção;

Domínio 7 - Papéis e relacionamentos: Classe 1 - Papéis do cuidador;

Domínio 8 - Sexualidade: Classe 1 - Identidade sexual, Classe 2 - Função sexual, Classe 3 – Reprodução); Domínio 9 -

Enfrentamento /tolerância ao estresse: Classe 3 – estresse neurocomportamental;

Domínio 10 - Princípios da vida: Classe 1 - Valores

Domínio11 - Classes 3 – Violência, Classe 4 - Riscos ambientais, Classe 5 -Processos defensivos

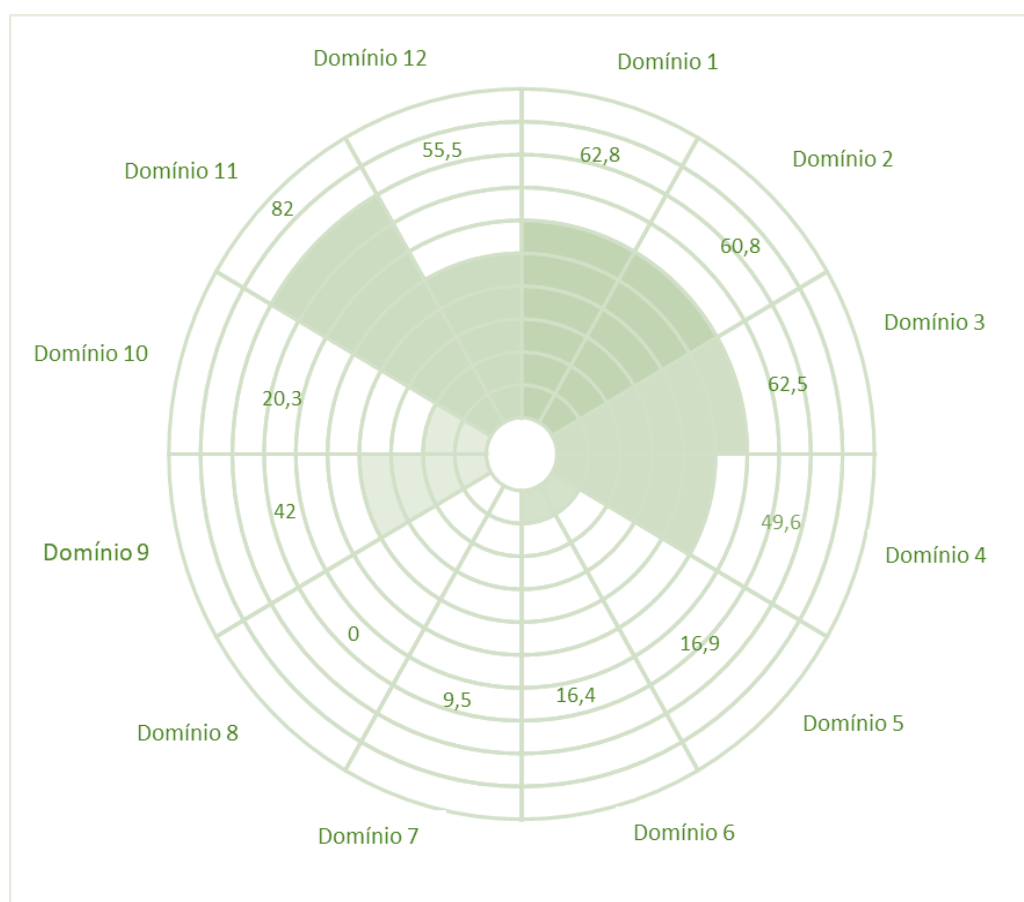


Figura 3. Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem em pessoas idosas na alta da UTI segundo Domínios da Taxonomia da NANDA,¹² por média percentual, Juiz de Fora (MG), Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

A maioria das pessoas idosas tratadas na UTI (72,9%) evoluiu com desfechos favoráveis, recebendo alta e transição para a continuidade dos cuidados em unidades de internação, a maioria masculina, assim como havia sido em maior número na admissão. Ainda que ocorra uma feminização no processo de envelhecimento, o perfil de internação de pessoas idosas do gênero masculino em estudos brasileiros realizados em UTI geral pública,¹⁵⁻¹⁶ corrobora o que pode atribuído a um aspecto cultural de menor procura por cuidados de saúde pela população masculina.¹⁵ Difere, todavia, da realidade portuguesa em que todos os pacientes idosos estudados (103) estavam acima de 80 anos, predominando os do sexo feminino (58,25%).¹⁰

Identificaram-se como as principais causas de admissão nesta UTI, as doenças do aparelho respiratório e neoplasias (16,5%), seguidas de doenças do aparelho digestivo (15,3%), do aparelho geniturinário e doenças infecciosas (8,2%). Segundo dados do sistema de informações do Sistema Único de Saúde,¹⁷ as principais causas de internações de idosos com 60 anos ou mais em UTI são principalmente as cardiovasculares, respiratórias, doenças infecciosas, neoplasias, lesões e envenenamentos, doenças do aparelho digestivo e geniturinário. A discrepância nas causas admissionais, assim como a procedência, se deve, principalmente, ao serviço oferecido pelo estabelecimento de saúde e não pelo perfil epidemiológico da população. A maioria das admissões procedeu do centro cirúrgico (38,8%), seguida de outras, originadas de unidades de internação da instituição (36,5%) e 15,3% que vieram de Unidades externas ao hospital.

Destaca-se que 7,0% das admissões tiveram diagnóstico de sepse, isoladamente ou associada a outros diagnósticos, um paciente foi a óbito ainda na UTI. Um estudo encontrou associação de sepse e maior risco de morte após alta da UTI e hospitalar, independentemente da idade ou comorbidades.¹⁸

Destacam-se, neste estudo, as condições de saúde das pessoas idosas no momento da alta, considerando-se a análise das comorbidades pelo ICC. O *score* médio de ICC = 4 indica a probabilidade de morte na população de idosos que saíram da UTI ser 4 vezes maior em relação à população de idosos em geral. O ICC prevê uma sobrevivência de 10 anos em, aproximadamente, 53% naquela população. Os pacientes (16,5%) que apresentaram HAS e DM concomitantemente tiveram *score* acima de 5, e os nove pacientes que apresentaram HAS, DM e DRC tiveram *score* acima de 8, mostrando que a acentuada incidência de comorbidades em pessoas idosas pode comprometer os desfechos favoráveis após a internação hospitalar.¹⁹

Estudo sueco mostrou que, das 8598 pessoas admitidas em UTI, 39,7% tiveram

origem de serviço de emergência e 21,8% de unidades da própria instituição. Dentre os diagnósticos indicativos de UTI, 27,8% eram traumas e, dentre as causas clínicas mais relevantes, 17,5% eram respiratórias; 15,5% cardiovasculares e 10,9 por sepse. Excluindo-se admissões por traumas das 6.270 pessoas internadas por condições clínicas, 3.523 (56,18%) tinham mais de 60 anos, sendo 22,07% do sexo feminino e 34,11% do masculino e, a maioria apresentou ICC entre 1 e 2. Os homens tiveram maior ICC em todos os estratos com maior probabilidade de mortalidade do que as mulheres, as quais tiveram maior probabilidade de receber alta da UTI.²⁰

Estudo brasileiro com 3.624 pacientes de várias idades, associou o ICC aos desfechos em serviço de emergência e, ao ajuste pela idade, encontrou que internação hospitalar, transferência e óbito apresentaram significativamente maiores escores médios do ICC (superior a 2) em relação aos que tiveram alta da emergência. A média das pontuações de ICC de 83 casos que internaram foi de 2,51, sinalizando que a gravidade da condição de saúde precede à internação.²¹

No momento da alta observaram-se dispositivos invasivos como cateterismo vesical de demora (77,4%), acesso venoso central (66,1%) e periférico (27,4), cateterismo naso-enteral (25,8%) ostomias (27,4%). Estes, aliados a outros procedimentos recebidos durante a estada na UTI como o uso de tubo orotraqueal; terapia de ventilação mecânica; incisões cirúrgicas e uso de drenos, são associados a riscos de infecções pós-intensivas.¹³

Estes procedimentos proporcionam benefícios ao longo do tratamento intensivo, por exemplo, a nutrição por tubo nasoenteral, quando a deglutição está prejudicada pela intubação orotraqueal/ventilação mecânica. Todavia, requerem vigilância pelos riscos associados, dentre outras, a infecção, traumas e lesões, requerendo maior vigilância, por pelo menos, 24 horas, a fim de que sejam iniciadas intervenções precoces, se necessárias, reduzindo retornos à UTI.¹³

Foi notória a presença de medicações MPPs ou MAV nas prescrições médicas no momento da alta, requerendo cuidado transicional pelo potencial de provocar danos graves ou irreversíveis aos pacientes. Dentre estas, a insulina esteve presente em 82,35% das prescrições no momento da alta, seguida dos anticoagulantes em 74,2% e da morfina em 40,3%. Estudo que analisou 244 prescrições de pacientes internados em UTI no período de um ano identificou que a insulina regular participou de 251 interações potenciais. Embora de uso recorrente, trata-se de MAV, demonstrando relevância na prevenção de erros relacionados à prescrição e administração. Erros mais comumente relatados na administração de MAV em UTI e enfermarias se relacionam a não realização de dupla checagem independente.²² Outros fatores que se destacam é a falta de comunicação

durante a administração e de conhecimento sobre medidas preventivas para minimizar erros e obter prática mais segura.²³

Estratégias para a redução de danos ao mínimo aceitável incluem a definição e uso de protocolo pela enfermagem, envolvendo: padronização da prescrição, adequações em armazenamento, dispensação, preparo e administração; dupla checagem independente; uso de etiquetas de alerta.²⁴ A reconciliação medicamentosa no momento da alta também está descrita como a boa prática na transição para cuidados pós-intensivos.¹³

Expressaram, entre as pessoas idosas no momento da alta, 79 DE conforme 27 classes de 11 dos 12 domínios da Taxonomia da NANDA,¹² descritos no Figura 2. A distribuição da frequência de DE conforme os Domínios desta taxonomia, na amostra de pessoas idosas no processo de alta da UTI estão descritas na Figura 3.

Considerando-se a frequência, à análise dos DE encontrados, observam-se três grupos: mais (70 e 100% = 22 DE) e menos frequentes (2 e 37% = 32 DE) e com frequência moderada (40% e 68% = 25 DE), semelhante a outros estudos.¹⁵ Quanto aos DE não identificados, nosso achado assemelha-se ao do estudo que fez mapeamento cruzado de termos contidos nas anotações de enfermagem com a Taxonomia da NANDA-I em 256 prontuários de UTI.²⁵

Os DE mais frequentes nos pacientes idosos de alta da UTI podem diferir dos que ocorrem desde a admissão, pois muitos são resolvidos durante a permanência na UTI, como os relacionados ao pós-operatório. No momento da alta, identificou-se que DE do domínio de Segurança e Proteção concentraram maior número, (8), destacando-se os de risco, dentre os quais: risco de aspiração (85%) e os de infecção, de quedas, de lesão, de trauma vascular e de lesão por pressão, encontrados em 100% da amostra. Estes se relacionam ao ambiente, necessidades biomédicas (procedimentos, medicações), sinalizando que a atenção do enfermeiro à transição para cuidados pós-intensivos expõe ênfase na segurança ao paciente e prevenção de situações que possam agravar sua condição clínica. Este aspecto foi objeto em estudo brasileiro com 122 prontuários numa UTI pública, que encontrou 20 títulos (58,8%) relacionados ao ambiente numa frequência de 375 (46,3%), seguidos dos direcionados para o problema com 14 títulos (41,2%) e uma frequência de 434 (53,7%).¹⁵

Os domínios de atividade e repouso (5); eliminação e troca (3); nutrição (2) também tiveram diagnósticos expressivos e em menor intensidade aos DE para promoção da saúde e outros relativos à percepção e controle da saúde (1); ao enfrentamento/tolerância ao estresse (1), prontidão para melhor resiliência (1) e conforto ambiental (1). Estudo português sobre perfil de DE em 103 pacientes idosos em UTI identificou concentração de

DE nestes mesmos domínios e uma frequência muito semelhante com destaque para 100% do diagnóstico de Risco de Infecção e para a integridade da pele prejudicada (90,29%); a mobilidade física prejudicada (75; 72,82%) e risco de motilidade gastrointestinal disfuncional (72,82%) que se expressaram em mais de 70% dos pacientes.¹⁰

Este grupo de DE mais expressivo no momento da alta pode orientar o processo de transição para cuidados pós-intensivos imediatos. A priorização de DE relativos ao conforto e a percepção de que o paciente demonstra prontidão para melhor resiliência, no momento da alta podem significar uma maior aproximação com o cuidado integral e centrado no paciente.²⁶ Ganha destaque o DE de mobilidade física prejudicada por estar relacionado à síndrome geriátrica, podendo desencadear outros como risco de queda, imobilidade, baixa autoestima, medo, insegurança e isolamento social. Ressalta-se a relevância do enfermeiro identificar e atuar sobre este DE ainda no ambiente hospitalar para evitar complicações e interferências na vida social do idoso no pós-alta.¹⁰

O segundo grupo de DE, que se expressou (entre 40 e 69%), distribui-se em todos os domínios da taxonomia, exceto no domínio 8 (sexualidade), deste grupo, vale destacar: a prontidão para melhorar a alfabetização em saúde; a presença de respostas de enfrentamento/ansiedade e a continência intestinal prejudicada em 42 pessoas idosas (68%). A integridade da pele prejudicada; autogestão ineficaz da saúde e risco de nível de glicose no sangue instável manifestou-se em 40 (65%); o risco de diarreia em 39 (63%) e dentição prejudicada e dor aguda em 38 (61%). Analisa-se que são DE importantes para receberem atenção, ainda, no tempo da internação e significativos à concentração das intervenções de enfermagem na transição para a comunidade, visando à prevenção de idas a UPA e reinternações.^{13,27}

Em um terceiro grupo com DE, menos frequentes, ressaltam-se: risco de síndrome de desuso (37%); risco de confusão aguda (32%); síndrome do idoso frágil (31%); obesidade (19%); desesperança (13%); risco de relacionamento ineficaz (19%); enfrentamento familiar com deficiência (19%); angústia espiritual (8%); risco de síndrome de identidade familiar perturbada (6%); memória prejudicada (5%); relações familiares e processos familiares interrompidos (3%).

Embora tenham se expressado em menor frequência, estes, relativos à condição de pessoa idosa e à família, podem ser considerados de alta relevância e ganhar destaque no processo de transição para a comunidade, qualificando-se em assistência.²⁶ Tem sido alvo de preocupação da enfermagem a definição de planos de cuidados, o cuidado integral, centrado na pessoa e família, objetivando a prevenção da síndrome pós-cuidados intensivos. Esta é descrita como as deficiências multidimensionais atuais ou agravos no

estado físico, psicológico, cognitivo e social decorrente de doença crítica/tratamento crítico e que persistem além da alta hospitalar. ^{13,28-29}

Identificou-se em estudo de revisão sistemática sobre os efeitos das intervenções de cuidados transicionais iniciados na UTI em elementos da síndrome pós-cuidados intensivos, que um programa estruturado e liderado por enfermeiras para acompanhamento pós-alta mostrou uma diferença significativa na função física dos pacientes em um período de três meses.²⁸

A participação dos familiares no momento de transição foi pouco expressiva, considerando-se a transição da UTI para enfermaria como crucial à manutenção de vínculos afetivos. A presença da família proporciona suporte à pessoa idosa com redução de sintomas como ansiedade e medo sobre seu tratamento e a preocupação de inclusão de familiares para realização da transição do cuidado da UTI para outras unidades deve ser uma prioridade desde a admissão, no planejamento e preparo para alta. Esse processo viabiliza uma melhor reabilitação do paciente além de aperfeiçoar a comunicação entre os profissionais amparando a continuidade do cuidado.²⁶

Além disso, o cuidado transicional, quando realizado com maestria, proporciona ao paciente um conhecimento acerca do que será vivenciado, informam quais serão as etapas subsequentes, contribuem para o desenvolvimento de estratégias efetivas e na capacidade de tomar decisões, quando necessário. A enfermagem está presente ao longo de toda a estada da pessoa idosa na UTI, assistindo, planejando e, também, gerenciando as transições, para que sejam seguras, efetivas e proporcionem o bem-estar durante o processo.²⁶

Limitações deste estudo se relacionam ao número reduzido de pacientes estudados em função do período de observação curto. Por outro lado, explora-se uma temática pouco pesquisada, com potencial para o fortalecimento da atividade da Enfermagem. O estudo em questão pode despertar interesse para realização de estudos mais amplos com outras abordagens metodológicas.

CONCLUSÃO

Na descrição das condições de saúde de pessoas idosas na transição para cuidados pós-intensivos prevaleceram demandas para cuidados clínicos seguidas dos pós-operatórios, associadas a afecções respiratórias; neoplasias, digestivas, geniturinárias e decorrentes de infecção que, respectivamente, justificaram o regime de tratamento

intensivo. A alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, de Diabetes Mellitus, Doença Renal Crônica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, associada à idade avançada, foi um agravante para síndrome pós-intensiva e elevação do risco de morte.

Quanto à prevalência de DE da Taxonomia da NANDA-I, na transição das pessoas idosas, prevaleceram os diagnósticos de risco e estes, relacionados ao ambiente, aos procedimentos invasivos realizados na UTI, às medicações de alta vigilância. Pode-se concluir que os cuidados de transição baseiam-se mais na prevenção das consequências imediatas relativas à síndrome pós-cuidados críticos. Entretanto, intervenções para diagnósticos de enfermagem reais, também identificados na alta devem receber cuidados transicionais, visando a redução de erros que podem ser fatais e as transições seguras para a comunidade.

DE relativos à participação da família e à faixa etária expressaram-se com menor frequência devendo expandir-se na prática de cuidados transicionais da enfermagem intensivista pelas particularidades inerentes ao curso do envelhecimento e crescimento de modalidades assistenciais baseadas na comunidade resultantes de altas precoces (desospitalizações).

A estada de pessoas idosas em ambiente de terapia intensiva amplia fatores agravantes da síndrome geriátrica e síndrome pós-intensiva tem maior chance de agravar e morrer após a alta da UTI. Cuidados transicionais intra e inter-hospitalares são essenciais, porém, pouco pesquisados e pouco difundidos na prática dos enfermeiros, indicando a necessidade de aprimorar o preparo durante a formação profissional e de mais estudos. Sugere-se, portanto, que sejam fomentadas revisões de escopo, sistemáticas e estudos primários para evidenciar a sistematização e protocolos de cuidados transicionais na alta da UTI, haja vista o potencial da enfermagem na prevenção das complicações imediatas, idas à emergência e readmissões pós-alta hospitalar de pessoas idosas que receberam tratamento intensivo.

O cuidado transicional da enfermagem, planejado desde a admissão, considerando-se as especificidades do envelhecimento, da necessidade de segurança do paciente e a participação da família, pode proporcionar maior confiabilidade e melhor evidência na qualidade da assistência ofertada às pessoas idosas que recebem cuidado intensivo.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram do planejamento e concepção das atividades, interpretação dos resultados, escrita, revisão das versões sucessivas e aprovação da versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Moro MIB, Dalenogare JF, Marques CT, Miranda FAC. Internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis dos Sistemas Musculoesquelético e Nervoso no envelhecimento. *Revista Saúde (Sta. Maria)*. 2021 [cited 2022 Set 01]; 47(1). Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/48078>. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583448078>.
2. Martins TCF, da Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva on-line [Internet]*. 2021[cited 2022 Set 14]; 26(10): 4483-4496. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mBHf5pYMHkMHRz7LMf99HxS/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>.
3. Meleis AI. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company [Internet]. 2010 [Cited 2022 Out 06]. Available from: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.
4. Peres FDB, Waters C, Padula MPC. Perfil Epidemiológico, Clínico e Assistência de Enfermagem ao Idoso internado em Unidade de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021[cited 2022 Oct 12]; 4(3):12233-12246. Available from: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/30789>. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-201>.
5. Lopes TF, Lima CVM, Feitosa ALM, Leite Junior FHA, Matias VMS, Freitas MC. Perfil de internação de idosos em terapia intensiva: traumas por causas externas. *Sanare- Revista de Políticas Públicas on-line [Internet]*. 2022[cited 2022 Oct 12]; 21(1): 05-12. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1599>. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v21i1.1599>.
6. Petrocini RK, Tomazela M, Amaral GG, Silva BS, Pinto IC, Zacharias FCM. Ações em saúde propostas em programas de transição do cuidado para idosos: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2022[cited 2022 Oct 03];11(3):1- 21. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26591>.
7. Fonseca RCC. Boletim do Centro de Informações sobre Medicamentos- UFS/ Lagarto. Departament de Farmácia de Lagarto (DFAL).2018[cited 2022 Oct06];18(1). Available from: <https://cimufslag.ufs.br/conteudo/61419-boletins-cimufs-lag-2018>.
8. De Araujo ET, De Souza NB. Assistência de enfermagem no processo de envelhecimento. *Revista Científica on-line [Internet]*. 2019[cited 2022 Ago 19];11(1). Available from:

http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/ASSISTENCIA_DE_ENFERMAGEM_NO_PROCESSO_DE_ENVELHECIMENTO.pdf.

9. Conselho Federal de Enfermagem (Brasília). Resolução COFEN-358/2009. 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. Conselho Federal de Enfermagem 2009. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
10. Cardoso RB, Souza PA, Caldas CP, Bitencourt GR. Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Rev Enf Ref*. 2020[cited 2022 Oct 06];V(4):e20066. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388265454007>. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20066>.
11. SILVA AM, Bertoncello KC, Silva TG, Amante LN, Jesus SC. Diagnósticos de enfermagem na unidade de terapia intensiva: foco no problema e nos riscos. *Enferm Foco*. 2021[cited 2022 Oct 06];12(1):26-32. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3506>. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3506>.
12. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021- 2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.
13. Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADS. Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020[cited 2022 Set 16];28:e3325. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bPZfp5wyshqdkRkH63JFZ4k/?lang=en>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>.
14. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Crônica Dis*. 1987[cited 2022 Oct 06];40(5):373-383. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558716/>. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171.
15. Silva AM da, Bertoncello KCG, Silva TG da, Amante LN, De Jesus SC. Diagnósticos de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Foco no problema e nos riscos. *Enfermagem em Foco*. 2021[cited 2022 Out 22];12(1). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3506>
16. Simão LTSS, Lages LP, Paiva MHP, Ribeiro NLS, Araújo ERM, Leão GL. (2019). Perfil dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2019[cited 2022 Set 17];10(1). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1329>.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS - DATASUS. Tabwin versão 4.1.5. Banco de Dados SIH – SUS. 2019[cited 2022 Out 24]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>.
18. Aguiar-Ricardo I, Mateus H, Gonçalves-Pereira J. Mortalidade oculta em pacientes sépticos após alta da unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019[cited 2022 Out 18];31(2):122-28. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/9TydXhX3FCJzHZF6ynfXJBy/?lang=pt&format=p df>.

- 19.Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva on-line [Internet]*. 2021[cited 2022 Set 23];26(1):77-88. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDzy/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.
- 20.Zettersten E, Jaderling G, Bell M, Larsson E. Aspectos sexuais e de gênero em terapia intensiva. Um estudo de coorte. *Journal of Critical Care*. 2020 [cited 2022 Oct 5];55:22-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.09.023>.
- 21.JESUS APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Association of the Charlson index with risk classification, clinical aspects, and emergency outcomes. *Rev Esc Enferm USP*. 2022[cited 2022 Set 22];56:e20200162. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0162>.
- 22.Cortes ALB, Silvino ZR, Santos FBM, Pereira JAC, Tavares GS. Drug interactions prevalence involving high-surveillance drugs: a cross-sectional study. *Reme Rev Min Enferm*. 2019 [cited 2022 Oct 25];23:1-6. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1372>.
- 23.Mauro EAC, Carreiro MA. Erros na Administração de Medicamentos. *Revista Pró-UniverSUS*. 2019[cited 2022 Out 12];10(1):51-54. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1637>. DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1637>
- 24.Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM, Frutuoso IS, Da Silveira AMR, Werneck AL. Adesão ao protocolo de identificação do paciente e medicação segura. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2018[cited 2022 Out 25];12(10):2667. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234885>
- 25.Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Rev Bras Enferm on-line [Internet]*. 2016[cited 2022 Oct 25];69(2):307-315. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bRjjGMhrXkTPpVzqFcpnCbp/?lang=pt>
- 26.Antonio SP, Bernardino E, Tominaga LBL, Silva OBM, Borges F, Torres, DG. Transição dos pacientes de unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE on-line [Internet]*. 2018[cited 2022 Out 06];12(12): 3320-3326. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237705>.
- 27.Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm on-line [Internet]*. 2010[cited 2022 Oct 25];63(3):459-463. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Jv58M7W4g8c58swx7KtW39q/?format=pdf&lang=pt>.
- 28.Josepha H, et al. The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. Australian College of Critical Care Nurses Ltd. Published by Elsevier Ltd online [internet]. 2021 [cited Oct 24]. Available from: [australiancriticalcare.com](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.010) DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.010> 1036- 7314/© 2021.
- 29.Yuan C, Fiona T, Davi R. Post-intensive Care Síndrome: A concept analysis. *Internacional Jornal of Nursing Studies on-line [internet]*. 2021[cited Oct 22]; 114:103814.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220570/>.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>.

DOI:

Correspondência

Andressa da Silva

E-mail: andressasnurse@gmail.com

Copyright© 2024 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.