

**Artigo/Article****A IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA TAXONOMIA II DE NANDA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Damiana Guedes da Silva<sup>1</sup>, Mônica Fernandes Freiberger<sup>2</sup>, Milena Pietrobon Paiva Machado<sup>3</sup>, Denise Fernandes de Angelis Chocair<sup>4</sup>, Priscila Souza de Menezes<sup>5</sup>, Sâmia Amélia Mendes Silva<sup>5</sup>.

1. Enfermeira. Especialista em Terapia Intensivo Adulto/Idoso e Gestão em Enfermagem, Mestranda em Genética e Toxicologia Aplicada. Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA).

2. Enfermeira. Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde, Mestre em Ciências da Saúde, Coordenadora de Estágio e Docente da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA).

3. Enfermeira. Coordenadora da UTI do Hospital Monte Sinai. Docente em Enfermagem na Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA.

4. Enfermeira. Coordenadora do Hospital Regional de Ariquemes. Docente em Enfermagem na Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA.

5. Acadêmicas do 7º período de Enfermagem na Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA.

damiguedes@hotmail.com

**RESUMO:**

Trata-se de pesquisa descritiva e quantitativa, com o objetivo realizar a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, a fim de subsidiar uma futura implantação da SAE. A pesquisa teve início após a parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil e foram seguidos todos os preceitos conforme determina a Resolução 196/96/CONEP. A coleta de dados ocorreu com oito pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva no estado de Rondônia. Constatou-se que dos 42 diagnósticos encontrados, observou-se que 29(69%) correspondem os diagnósticos de enfermagem real; nove(21%) são diagnósticos de enfermagem de risco; quatro(10%) são diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde e não foram identificados nenhum diagnóstico de bem estar. Acredita-se que os dados obtidos nesta pesquisa poderão subsidiar futuramente a implantação da SAE nesta unidade.

**Palavras chave:** Enfermagem, Sistematização da assistência de enfermagem, Unidade de terapia intensiva

**ABSTRACT:**

One is about descriptive and quantitative research, with the objective to carry through the identification of the main diagnostic of nursing in a unit of intensive therapy, in order to subsidize one future implantation of the SAE. The research had beginning after to seem favorable of the Committee of Ethics of the Luterana University of Brazil and had been followed all the rules in agreement determines the Resolution 196/96/CONEP. The collection of data occurred with eight patients interned in a unit of intensive therapy in the state of Rondônia. One evidenced that of the 42 found diagnostics, it was observed that 29 (69%) correspond the diagnostics of real nursing; nine (21%) are diagnostics of risk nursing; four (10%) are diagnostics of nursing of promotion of the health and they had not been identified no diagnosis of welfare. One gives credit that the data gotten in this research will be able to future subsidize the implantation of the SAE in this unit.

**Key words:** Nursing, Systematization of the nursing assistance, Unit of intensive therapy

**1. INTRODUÇÃO**

A Unidade de terapia Intensiva (UTI) se destina ao trabalho de pacientes em estado crítico, dispendo de uma infra-estrutura própria, recursos materiais específicos e recursos humanos especializados que, através de uma prática assistencial segura e contínua, busca o restabelecimento das funções vitais do corpo. O enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e através da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assegura uma prática assistencial adequada e individualizada. Os diagnósticos de enfermagem identificam a situação de

saúde/doença dos indivíduos internados, resultando em um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico (AMANTE, 2009; DOMINGOS, 1999).

Quando se busca criar um modelo de assistência de enfermagem que atenda a determinada clientela, alguns conceitos e quadros referenciais são necessários, pois esse modelo deve estar em consonância com a filosofia do serviço, com o local onde ele é utilizado, bem como as crenças e valores das enfermeiras a respeito dos conceitos e metodologia que serão utilizados para implementá-lo. Assim sendo, os modelos teóricos ou

## Artigo/Article

teorias de enfermagem representam a luz que iluminará os passos do processo de enfermagem (NEVES, 2006).

A prática da assistência de enfermagem vai além do modelo médico, ela é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, o qual possibilita a união da teoria à prática. O uso de marcos conceituais explícitos na prática assistencial altera, também, a estrutura da forma da assistência, possibilitando ação participativa, crítica, embasada em conceitos científicos, exigindo maior conhecimento da disciplina de enfermagem (REPPETO, 2005).

No Brasil, a sistematização da assistência de enfermagem começou com os estudos da Dra. Wanda Horta e que nas últimas décadas os enfermeiros conquistaram um modelo, uma linguagem, uma legislação e alguns compromissos. Os modelos de assistência no Brasil se destacaram com a atuação de Wanda de Aguiar Horta com a difusão da das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow em 1979. Onde o objetivo da teoria é

direcionar a assistência de Enfermagem, oferecendo ao enfermeiro os subsídios necessários para sua atuação (HORTA, 1979; CUNHA, 2005; NEVES, 2006).

Baseado nesta necessidade de subsídios para a prática do enfermeiro, este estudo teve como objetivo realizar a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, a fim de subsidiar uma futura implantação da SAE.

### 1.1. Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem e devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, com base no grau de ameaça ao nível de bem-estar do paciente (TANNURE, 2010).

A teoria do processo de enfermagem é aceita sem reservas pelos enfermeiros desde 1967 (YURA; WALSH, 1967). Apenas seis anos após Yura e Walsh descreverem o processo de enfermagem, duas enfermeiras de St. Louis nos Estados Unidos,

## Artigo/Article

organizaram a primeira conferência para identificar as interpretações dos dados que representam os fenômenos causadores de preocupações aos enfermeiros. Essas enfermeiras, Mary Ann Lavin e Kristine Gebbie, convidaram 100 enfermeiros dos Estados Unidos e do Canadá para participar do evento (GEBBIE, 1998).

Sendo então à primeira conferência sobre diagnósticos de enfermagem, na qual foram identificados e definidos 80 diagnósticos aprovados de enfermagem. Desde então, a lista de diagnósticos aprovados de enfermagem vem crescendo e sendo aperfeiçoada por meio de submissões de diagnósticos por enfermeiros de todo o mundo, inclusive do Brasil (NANDA, 2010).

O desenvolvimento de uma linguagem padronizada de enfermagem constitui um processo desafiador para facilitar a comunicação e a informação dos julgamentos de enfermeiros. Um dos alicerces para este desenvolvimento é a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA Internacional), que é

atualmente uma linguagem internacionalmente conhecida como uma fonte consolidada de terminologia para a segunda fase da SAE. A NANDA Internacional está disponível em 17 idiomas, e tem sido utilizada em mais de 20 países do mundo e, desenvolve uma terminologia de diagnósticos de enfermagem para descrever os importantes julgamentos que os enfermeiros fazem quando provêm cuidados para indivíduos, famílias, grupos ou comunidades. A sua estruturação é multiaxial organizada em diagnósticos de enfermagem aprovados em 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos. Tais diagnósticos são a base para a seleção de resultados esperados, intervenções de enfermagem e a evolução do paciente, que juntos constituem a SAE (NANDA, 2010).

### 1.2. Tipos de diagnósticos de enfermagem

Segundo NANDA, 2010 os tipos de diagnósticos de enfermagem são:

## Artigo/Article

- Diagnóstico de enfermagem real: são respostas humanas que existem de fato a um indivíduo, família ou comunidade no momento presente.
- Diagnóstico de enfermagem de risco: são respostas humanas às condições de saúde com probabilidade futura de acontecer seja com o indivíduo, família ou comunidade.
- Diagnóstico de enfermagem de bem-estar: são respostas humanas a níveis de bem estar em um indivíduo, família ou comunidade com disposição para melhorar
- Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde: é a motivação de um indivíduo, família ou comunidade de aumentar o bem estar, como por exemplo, exercício.

Para definir quais serão os tipos de diagnósticos de enfermagem a serem descritos para o indivíduo, família ou comunidade, será necessário que o enfermeiro realize a consulta de enfermagem. Nesta consulta ocorrerá o levantamento de dados, que compreende anamnese e

exame físico (GUEDES-SILVA et al. 2010). Caberá ao enfermeiro possuir conhecimentos técnico-científicos atualizados, bem como pensamento crítico para interpretar os dados. Após a interpretação, serão formulados os diagnósticos de enfermagem de prioridade, portanto para isto, é necessário que sejam formatados seguindo os seus componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem (TANNURE, 2010):

- Enunciado diagnóstico: é um termo ou uma frase concisa. Diz o que é.
- Fatores relacionados: constituem a etiologia do problema; podem ser de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, ambiental e espiritual.
- Características definidoras: são sinais e sintomas, ou seja, as manifestações clínicas que levaram ao enfermeiro concluir que o problema existe.
- Fatores de risco: são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a possibilidade do

## Artigo/Article

paciente, família ou da comunidade a apresentar um evento insalubre (NANDA, 2010).

### 2. METODOLOGIA

O estudo é descritivo e com abordagem quantitativa. A pesquisa teve início com o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CEULJI/ULBRA, para a pesquisa com os pacientes e em prontuários.

A amostra total foi informada antecipadamente quanto aos aspectos éticos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determina a Resolução 196/96/CONEP. Os pacientes inconscientes, que a família autorizou a pesquisa, o TCLE, foram preenchidos e assinados pelo cônjuge.

A coleta de dados ocorreu com oito pacientes internados em um hospital privado do estado de Rondônia, em uma unidade de terapia intensiva. Os pacientes internados que por algum motivo não tiveram condições de responder ao

levantamento de dados, as informações foram coletadas junto ao prontuário do paciente.

Os critérios de inclusão dos pacientes foram os que estavam internados na UTI no período da pesquisa e maiores de idade. Já os critérios de exclusão foram os pacientes menores de idade.

Os dados obtidos na pesquisa foram coletados utilizando o modelo proposto para Anamnese e Exame Físico da autora (TANNURE, 2010).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O (Gráfico 1), demonstra a caracterização dos diagnósticos de acordo com o tipo. A caracterização destes diagnósticos ocorreu após extenso debate entre as pesquisadoras, afim de que a escolha fosse consensual e que os diagnósticos fossem de prioridade. Dos 42 diagnósticos encontrados, observou-se que 29(69%) correspondem os diagnósticos de enfermagem real; nove(21%) são diagnósticos de enfermagem de risco; quatro(10%) são diagnósticos de enfermagem de promoção da

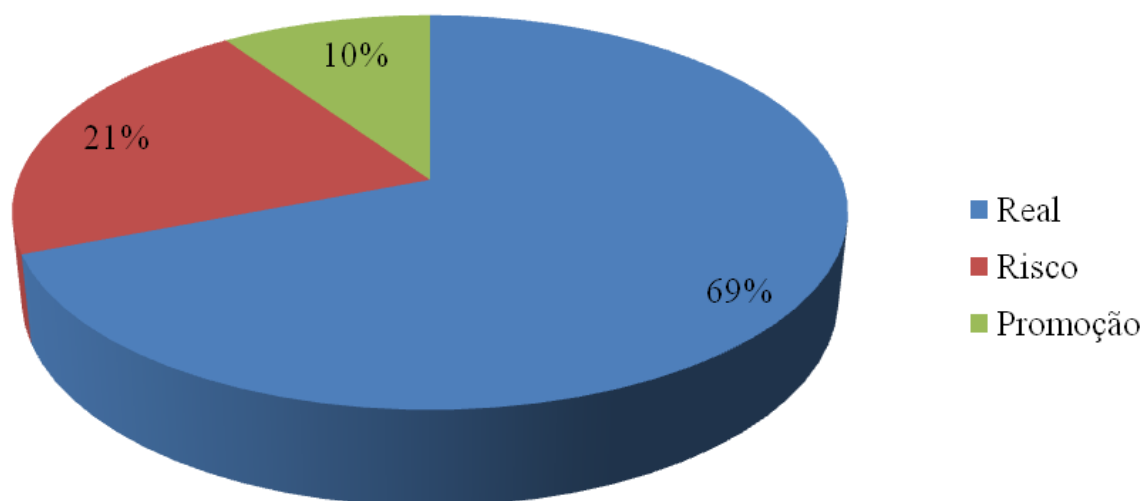
## Artigo/Article

saúde e não foram identificados nenhum diagnóstico de bem estar.

A função mais importante da enfermeira é planejar a assistência e para isso é necessário levantar informações, problemas, executar ações e avaliar os resultados para assegurar a continuidade do cuidado (CUNHA, 2005). Senão em que o enfermeiro buscará suporte para desenvolver uma metodologia de trabalho individualizada e eficaz durante o período de internação dos pacientes?

Após o levantamento exato dos dados, o enfermeiro agrupa os dados semelhantes, analisa-os e determina os diagnósticos de enfermagem. A partir dessa fase e que poderá determinar o planejamento e as prescrições de forma individualizada. Assim, a determinação de um exato e claro diagnóstico resulta em intervenções individuais e precisas para a prestação da assistência de enfermagem (ÁLVARO-LÉFEVRE, 2005; CARPENITO-MOYET, 2009; BARROS, 2010; TANNURE, 2010).

**Gráfico 1: Caracterização dos principais diagnósticos segundo o tipo. Ariquemes, 2011**



## Artigo/Article

A (Tabela 1) demonstra os principais diagnósticos de enfermagem identificados após a caracterização.

Nos diagnósticos de enfermagem real oito(100%) apresentaram manutenção ineficaz da saúde; sete(88%) dos pacientes apresentaram atividade de recreação deficiente; seis(75%) apresentam eliminação urinária prejudicada, troca de gases prejudicada, mobilidade física prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, perfusão tissular periférica ineficaz, dentição prejudicada e dor aguda; cinco(63%) apresentam deglutição prejudicada, intolerância à atividade, ansiedade; quatro(50%) constipação; três(38%) apresentaram interação social prejudicada, medo, dor crônica; dois(25%) apresentaram diarreia, ventilação espontânea prejudicado, fadiga, memória prejudicada, comunicação verbal prejudicada, disfunção sexual, náusea; um(1,3%) apresentou baixa auto-estima situacional, processos familiares interrompidos, padrão de sexualidade ineficazes, ansiedade relacionado à morte, pesar.

Já os diagnósticos de enfermagem de risco, oito (100%) que representam a totalidade dos pacientes apresentaram risco de infecção, risco de contaminação, risco de lesão, risco de integridade da pele, risco de trauma vascular, risco de síndrome do estresse por mudança, risco de desequilíbrio na temperatura corporal.

Os diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde quatro(50%) apresentaram disposição para aumento da esperança, disposição para bem-estar espiritual aumentado, disposição para religiosidade aumentada e um(10%) apresentou disposição para aumento do conforto.

Devido à gravidade dos pacientes internado na UTI, não foi possível classificar nenhum diagnósticos de enfermagem de bem-estar no momento da coleta de dados.

Todos estes diagnósticos de enfermagem encontrados na pesquisa refletem as categorias psicobiológicas e psicossociais do modelo conceitual, baseado nas necessidades humanas básicas de Horta. Tais resultados apontam para



**Artigo/Article**

a viabilidade, inclusão e importância do referencial teórico de Horta e

NANDA-I na sistematização da assistência de enfermagem.

TABELA 1: Distribuição dos dados conforme os principais tipos de diagnósticos de enfermagem- Ariquemes/2011.

<b>TIPO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Manutenção ineficaz da saúde	8	100
Atividade de recreação deficiente	7	88
Eliminação urinária prejudicada	6	75
Troca de gases prejudicada	6	75
Mobilidade física prejudicada	6	75
Mobilidade no leito prejudicada	6	75
Perfusão tissular periférica ineficaz	6	75
Dentição prejudicada	6	75
Dor aguda	6	75
Deglutição prejudicada	5	63
Intolerância à atividade	5	63
Ansiedade	5	63
Constipação	4	50
Interação social prejudicada	3	38
Medo	3	38
Dor crônica	3	38
Diarréia	2	25
Ventilação espontânea prejudicada	2	25
Padrão do Sono prejudicado	2	25
Fadiga	2	25
Memória prejudicada	2	25
Comunicação verbal prejudicada	2	25
Disfunção sexual	2	25
Naúsea	2	25

## Artigo/Article

Baixa autoestima situacional	1	13
Processos familiares interrompidos	1	13
Padrão de sexualidade ineficazes	1	13
Ansiedade relacionada à morte	1	13
Pesar	1	13
<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Risco de desequilíbrio eletrolítico	8	100
Risco de sangramento	8	100
Risco de infecção	8	100
Risco de contaminação	8	100
Risco de lesão	7	88
Risco de integridade da pele prejudicada	7	88
Risco de trauma vascular	5	63
Risco de síndrome do estresse por mudança	4	50
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	3	38
<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Disposição para aumento da esperança	4	50
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	4	50
Disposição para religiosidade aumentada	4	50
Disposição para aumento do conforto	1	10

Reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de enfermagem, a Resolução COFEN nº 272/2002 revogada na resolução 358/2009, afirma que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - deve ocorrer

em toda instituição da saúde, pública e privada (COFEN, 2009).

É conveniente salientar que o preparo dos enfermeiros para a implantação da SAE e o estabelecimento de listas de diagnósticos específicos para cada unidade, podem contribuir para que o

## Artigo/Article

juízo clínico, feito com base na experiência do enfermeiro, estabeleça os diagnósticos, mesmo sem o preenchimento formal da anamnese. A partir dos dados levantados (anamnese e exame físico) o enfermeiro formulará os diagnósticos de enfermagem pelo juízo clínico dos dados coletados. Existem dois aspectos importantes para a utilização do raciocínio clínico: um é o conhecimento prático que pode ser facilmente resgatado na memória em longo prazo e o outro é ter em mente os critérios diagnósticos de cada diagnóstico (REPPETO, 2005; BITTAR; 2006).

Um estudo demonstra que as enfermeiras (62,1%) consideram o diagnóstico de enfermagem uma fase importante da SAE pela possibilidade de evolução profissional (41,4%), aprofundamento do conhecimento (34,5%), desenvolvimento do raciocínio (20,7%) e valorização profissional (20,7%) (FARIAS, 1997). A determinação das prescrições é feita a partir do planejamento dos cuidados, realizada pela classificação dos diagnósticos de enfermagem específicos para cada unidade

direcionando a assistência de enfermagem aos pacientes, no período de internação.

Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos (TRUPPEL, 2009).

### 4. CONCLUSÃO

Acredita-se que a contribuição deste trabalho para a UTI, é a possibilidade de implementação e implantação futura da SAE, a partir dos dados deste estudo.

A atualização do enfermeiro, o uso e produção do conhecimento, favorecem a reflexão, a investigação e identificação dos dados do paciente, o planejamento, execução e avaliação da assistência prestada.

## Artigo/Article

Não se pode pensar em uma sistematização eficiente, sem que todas as fases sejam realizadas, elas são interdependentes. Os problemas, as necessidades identificadas permitem as conclusões diagnósticas, a prescrição, o cuidado e possibilita a continuidade do trabalho e a documentação da SAE prestada.

### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFARO-LeFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
2. AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P., SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. Enferm USP**, v. 43, n. 1, 2009.
3. BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e Exame**, ARTMED, 2010.
4. BITTAR, D. B., PEREIRA, L.V., LEMOS, R.C. Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto contexto - enferm**, v. 15, n. 4, 2006.
5. CARPENITO-MOYET, L.J. **Manual de diagnóstico de enfermagem**, 11<sup>a</sup> Ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.
6. COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da assistência de enfermagem - SAE. Brasília; 2009.
7. CUNHA, S.M.B., BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. bras. enferm**, v. 58, n. 5, 2005 .
8. DOMINGUES, C.I.; SANTINI, L.S. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização?. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.33, n.1, 1999.
9. FARIAS, F.A.C. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: como os enfermeiros percebem o**

## Artigo/Article

- histórico e o diagnóstico.** (Dissertação). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1997.
10. GEBBIE, K. Utilization of a classification of nursing diagnosis. **Nursing Diagnoses**, v.9, n.2; 1998.
11. GUEDES-SILVA, D.; ALVES, V.L.S. As dificuldades encontradas pelo enfermeiro na implantação da sistematização da assistência de enfermagem– **10º SINADEN**, 2010.
12. HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. 1. São Paulo( SP): EPU; 1979.
13. NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. bras. enferm**, vol.63, n.2, 2010.
14. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação**. 2005-2006. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009-2011.
15. REPPETTO, M. Â., SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm**, vol.58, n.3, 2005.
16. TANNURE, M. C., PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem, Guia Prático**. 2º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
17. TRUPPEL, T.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, vol.62, n.2, 2009
18. YURA, H., WASLSH, M. **The nursing process**, 1967.