

PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NANDA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alessandra FontanelliPires¹; Bruna Novais dos Santos¹; Patrícia Novais dos Santos¹; Vanessa Rocha Brasil¹; Aline Affonso Luna²

¹Graduando da 9ª fase de Enfermagem da Universidade Grande Rio.

¹Graduando da 9ª fase de Enfermagem da Universidade Grande Rio.

¹Graduando da 9ª fase de Enfermagem da Universidade Grande Rio.

¹Graduando da 9ª fase de Enfermagem da Universidade Grande Rio.

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em enfermagem pela UNIRIO. Professora Assistente I da Universidade – UNIGRANRIO. E-mail: aline-luna@hotmail.com

RESUMO

A implementação da sistematização da assistência de enfermagem possibilita uma melhora na qualidade da assistência prestada ao cliente, aumentando a capacidade de percepção do profissional para detecção de problemas e favorecendo ao mesmo tempo a criação de plano de ações que contribuirá para a recuperação da saúde do cliente como um todo, principalmente em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. O objetivo deste estudo é caracterizar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA dos pacientes internados em UTI em um hospital da rede privado. Trata-se de um relato de experiência com abordagem quantitativa desenvolvido por acadêmicas de enfermagem cursando o 9º período em uma UTI de um hospital da rede privado. Constatamos que 33 diagnósticos de enfermagem foram identificados nos pacientes internados nas UTI. A realização do estudo destacou a importância da participação efetiva da equipe de enfermagem. Os resultados obtidos estimularam a busca de conhecimentos e mostram que a capacitação técnico-científica para a aplicação deste instrumento se faz necessária frente às mudanças na visão de assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnósticos de enfermagem, sistematização da assistência, unidade de terapia intensiva

INTRODUÇÃO

O presente estudo baseia-se nas coletas de dados e exame físico realizado durante o ensino clínico, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como referência.

A implementação deste instrumento possibilita uma melhora na qualidade da assistência prestada ao cliente, aumentando a capacidade de percepção do profissional para detecção de problemas e favorecendo ao mesmo tempo a criação de plano de ações que contribuirá para a recuperação da saúde do cliente como um todo, principalmente em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RCD) nº7 de 2010, a UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias.

Em 11 de maio de 2012, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) publicou a RDC Nº26, que altera a RDC Nº07, de 24 de fevereiro de 2010, sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva.

(...) Art. 1º O inciso III e V do artigo 14 da Resolução - RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 14.....

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno (...)

A Resolução COFEN 358/2009 conceitua a Sistematização da Assistência de Enfermagem como:

(...) atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações da assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (...)

A aplicação do processo de enfermagem no cotidiano dos enfermeiros tem como finalidade ajudar e priorizar os cuidados com os seus clientes, fazendo-os manter o foco para o estado de saúde e qualidade de vida dos mesmos, além de proporcionar que os enfermeiros raciocinem afim de obter confiança e habilidade nas rotinas hospitalares, pensando criticamente (ALFARO-LEFREVE, 2010)

Segundo Galvão et. al (2002) e Cunha(2005) o processo de enfermagem é composto por fases que envolvem a identificação dos problemas de saúde do paciente ,auxiliando no

delineamento do diagnóstico de enfermagem, o plano de cuidados da instituição mais particulares e por consequência uma avaliação mais individualizada e planejada.

Embora diferentes autores representem as etapas do processo de enfermagem de várias maneiras, as etapas comuns entre eles são o histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem, onde hoje em dia, podemos chamar essas etapas de sistematização da assistência de enfermagem - SAE (SMELTZER; BARE, 2011).

Dentre essas etapas, o diagnóstico de enfermagem tem merecido destaque por se tratar de uma etapa dinâmica, sistemática, organizada e complexa do processo de enfermagem, significando não apenas uma simples listagem de problemas, mas uma fase que envolve avaliação crítica e tomada de decisão (JESUS, 2000).

Diante do exposto foi estabelecido como objetivo caracterizar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) dos pacientes internados em UTI em um hospital da rede privado. E implementar a SAE no diagnóstico de maior prevalência.

Acreditamos que o desenvolvimento desta pesquisa poderá ajudar os enfermeiros que atuam em unidade de internação conhecer melhor seus pacientes, bem como, os diagnósticos prevalentes, podendo desta forma colaborar para uma organização da assistência de enfermagem e planejamento de questões administrativas a busca de qualidade na organização para o cuidado.

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um relato de experiência com abordagem quantitativa desenvolvido por acadêmicas de enfermagem cursando o 9º período da Universidade do Grande Rio Professor José de Sousa Herdy durante a disciplina Estágio Supervisionado Integralizador I.

Um relato de experiência possibilita descrever uma vivência prática impactante, que pode ser visível e compartilhada com outros profissionais (ALMEIDA, 2007).

O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital da rede privado do município do Rio de Janeiro, no período de Agosto à Novembro de 2014.

Para esta pesquisa utilizamos 02 UTI da determinada instituição: Unidade Ventilatória constituída de 17 leitos e Unidade Geral constituída de 42 leitos, totalizados 59 leitos, porém foram utilizados 19 leitos da amostra de forma aleatória. Todos os pacientes do estudo foram avaliados por meio do exame físico e consulta ao prontuário. E toda a documentação de enfermagem foi transcrita de forma anônima para fins da pesquisa.

A partir de então, com base nos dados coletados dos pacientes avaliados, os diagnósticos de enfermagem foram formulados de acordo com a Taxonomia II de NANDA. E em seguida foram categorizados os diagnósticos de enfermagem e seus fatores relacionados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao iniciarmos a apresentação dos resultados e discussões, optamos primeiramente em apresentá-los em tabelas possibilitando uma melhor visualização e compreensão dos dados encontrados referentes aos rótulos e fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem identificados pelas acadêmicas de enfermagem nos pacientes internados nas UTI da instituição.

Tabela 1: Frequência dos rótulos dos diagnósticos de enfermagem de acordo com NANDA identificados nas UTI.

Diagnósticos de enfermagem	Frequência
Risco de infecção	19
Risco de aspiração	19
Risco de quedas	19
Comunicação verbal prejudicada	14
Integridade da pele prejudicada	13
Deglutição prejudicada	12
Mobilidade no leito prejudicada	10
Troca de gases prejudicada	10
Padrão respiratório ineficaz	10
Perfusão tissular periférica ineficaz	10
Risco de olho seco	9
Volume de líquidos excessivo	7
Ventilação espontânea prejudicada	6
Risco de glicemia instável	5
Risco de integridade da pele prejudicada	5
Risco de desequilíbrio eletrolítico	5
Integridade tissular prejudicada	4
Risco de síndrome do desuso	4
Risco de perfusão renal ineficaz	4

Risco de constipação	3
Disposição para comunicação melhorada	3
Risco de resposta alérgica	2
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1
Mucosa oral prejudicada	1
Eliminação urinária prejudicada	1
Volume de líquidos deficiente	1
Hipotermia	1
Hipertermia	1
Mobilidade gastrointestinal disfuncional	1
Débito cardíaco diminuído	1
Risco de intolerância a atividade	1
Risco de sentimento de impotência	1
Ansiedade relacionado ao estresse	1

Fonte: Rio de Janeiro, 2014.

Ao analisarmos os dados apresentados na Tabela 1, podemos verificar que 33 diagnósticos de enfermagem foram identificados nos pacientes internados nas UTI. Diante do exposto na tabela de número 1, verificamos que os diagnósticos: Risco de infecção, risco de aspiração e risco de quedas foram encontrados em todos os pacientes internados nas unidades.

De acordo com NANDA (2012-2014) o diagnóstico risco de infecção, é definido como: risco de ser invadido por organismos patogênicos. Entendemos que este diagnóstico, se considerarmos as características dos pacientes internados em qualquer hospital, estarão presentes na grande maioria, pois a possibilidade de adquirir infecção, esta muito ligado a procedimentos invasivos, ou até mesmo alguma alteração no processo de imunidade, fato este bastante comum em doentes hospitalizados.

Outros diagnósticos encontrados foram risco de aspiração, definido como um risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas e risco de quedas definido como risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2012-2014).

Tabela 2: Frequência dos fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de maior prevalência nas UTI.

Diagnósticos de Maior Prevalência	Fatores Relacionados	Frequência
Risco de infecção	Procedimentos invasivos	32
	Úlcera por pressão	4
Risco de aspiração	Procedimentos invasivos	25
	Resíduo gástrico aumentado	1
Risco de quedas	Força diminuída nas extremidades inferiores	9
	Doença aguda	5
	Idade	3
	Sedativos	1
	Mobilidade física prejudicada	1

Fonte: Rio de Janeiro, 2014.

Ao analisarmos os dados apresentados na Tabela 2, podemos observar que os fatores relacionados de maior prevalência dos seguintes diagnósticos foram: risco de infecção (procedimentos invasivos), risco de aspiração (procedimentos invasivos) e risco de quedas (força diminuída nas extremidades inferiores).

Queremos aqui ressaltar, mais uma vez, que nosso propósito foi de identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes internados na UTI de um hospital, sendo assim, levantamos estes dados à busca de verificar somente os rótulos e os fatores relacionados, sem, no entanto, nos preocuparmos com suas características definidoras.

Diante do exposto nas Tabelas 1 e 2, implementaremos a SAE para os rótulos e fatores relacionados dos diagnósticos de maior prevalência.

A- **Rótulo:** Risco de infecção

Fatores relacionados: Procedimentos invasivos (acesso venoso profundo, traqueostomia, incisão cirúrgica, cateter vesical de demora gastrostomia e dreno de tórax).

Meta: O indivíduo não deverá apresentar infecção.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorar sinais e sintomas de infecção;
- Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento;
- Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;
- Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos;

- Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações;
- Monitorar o tempo de permanência do dispositivo venoso central;
- Trocar o curativo do cateter central uma vez ao dia ou sempre que necessário;
- Realizar higiene oral com soluções antissépticas e escovação dos dentes;
- Realizar troca dos circuitos e acessórios ventilatórios conforme protocolo da instituição;
- Realizar higiene do meato urinário com água e sabão;
- Evitar que a bolsa coletora encoste no chão;
- Clampear sonda quando mobilizar o paciente;
- Esvaziar a bolsa coletora quando cheia em 2/3 de sua capacidade;
- Trocar o curativo do dreno de tórax;
- Usar somente solução estéril para o selo d'água.

B- **Rótulo:** Risco de aspiração

Fatores relacionados: Procedimentos invasivos (traqueostomia, cateter naso/oro enteral, tubo orotraqueal).

Meta: O indivíduo não apresentará aspiração.

Intervenções de enfermagem:

- Manter o cuff insuflado;
- Aspirar cavidade bucal e nasofaringe;
- Verificar a posição adequada do paciente antes do início da alimentação;
- Manter o paciente em posição de 45° sempre que a infusão for contínua e por trinta minutos após a refeição intermitente;
- Verificar resíduo gástrico;
- Monitorar a função gastrointestinal: ausculta, palpação, percussão e eliminação;

C- **Rótulo:** Risco de quedas

Fatores relacionados: Força diminuída nas extremidades inferiores.

Meta: Prevenir queda.

Intervenções de enfermagem:

- Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente;
- Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca;
- Manter elevadas as grades de proteção da maca;
- Manter cama em altura adequada para prevenir quedas;

CONCLUSÃO

A experiência aqui relatada é importante para a construção de saberes na prática clínica dos estudantes de enfermagem e fornece um modelo para a organização de conteúdos de ensino para alunos e enfermeiros preparando-se para cuidar de pacientes em áreas específicas.

Percebemos neste estudo que a aproximação com SAE durante a formação acadêmica é um meio de promover mudanças e melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Portanto a SAE proporciona uma maior autonomia para o enfermeiro, um respaldo seguro através do registro, que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover uma aproximação.

Podemos concluir que a validação dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes que apareceram nesta pesquisa, são importantes tanto para planejar o processo de trabalho, como recursos humanos e materiais, como também propor as intervenções necessárias, melhorando a assistência proporcionada pela equipe de enfermagem aos pacientes internados.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7^o. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, Lúcia Helena Rios Barbosa de. et.al. **Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência**. Revista Brasileira de Enfermagem; Vol.60, n.4. , Jul./Ago 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras Providências. Diário Oficial da União. 25 fev 2010. Nº 37. Seção 1:48.

_____. Ministério da Saúde. **RDC nº 26, de 11 de maio de 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Mai 2012. Nº 92. Seção 1:170.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 10^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005

CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. **Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 5, Oct. 2005.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lúcia Aparecida. **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol.10, n.5, pp. 690-695. ISSN 0104-1169.

JESUS, Cristine Alves Costa de. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem.** [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

_____. **NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2012-2014.** Porto Alegre (RS): Ed. Artmed; 2013.

SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. Bunner&Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. v.1