



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

NURSING DIAGNOSES IDENTIFIED IN A MEDICAL CLINIC UNIT: PROPOSAL OF RESULTS AND INTERVENTIONS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UMA UNIDADE CLÍNICA MÉDICA: PROPOSTA DE RESULTADOS E INTERVENÇÕES

DIAGNÓSTICOS EN ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD CLÍNICA MÉDICA: PROPUESTA DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

Gilvanildo Roberto da Silva¹, Amanda Tavares Xavier², Paula Carolina Valença Silva³

ABSTRACT

Objectives: to describe the nursing diagnoses in a medical clinic and propose nursing results and interventions for the five most frequent diagnoses. **Method:** this is a descriptive and retrospective study on the register of the main nursing diagnoses identified in patients' medical records in the first day of hospitalization in a medical clinic unit, which were analyzed on frequencies. The sample consisted of 17 medical records, corresponding to 35% of the hospitalizations on July 2010. The research was approved by the Research and Ethics Commission of Hospital Agamenon Magalhães (HAM), under the Protocol 88. **Results:** 274 nursing diagnoses were identified (49 diagnostic categories) in 10 domains of the taxonomy NANDA-I. The five most frequent diagnoses were: acute pain (88.2%), fatigue (88.2%), disturbed sleep pattern (82.4%), sedentary lifestyle (76.5%), and low situational self-esteem (64.7%). The respective proposals of results and nursing interventions were presented. **Conclusion:** the knowledge on the most frequent diagnoses can contribute to evaluations driven towards the identification of the results related to them and the performance of the interventions aiming to achieve them, something which favors caring in a holistic and individualized way, once it will meet the actual needs of these clientele. **Descriptors:** nursing; nursing care; nursing diagnosis.

RESUMO

Objetivos: descrever os diagnósticos de enfermagem em clínica médica e propor resultados e intervenções de enfermagem para os cinco diagnósticos mais frequentes. **Método:** estudo descritivo e retrospectivo de registro dos principais diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de pacientes no primeiro dia de internação em uma unidade de clínica médica, que foram analisados segundo frequências. A amostra foi composta por 17 prontuários, correspondendo a 35% das internações no mês de julho de 2010. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), sob o Protocolo n. 88. **Resultados:** foram identificados 274 diagnósticos de enfermagem (49 categorias diagnósticas) em 10 domínios da taxonomia NANDA-I. Os cinco diagnósticos mais frequentes foram: dor aguda (88,2%), fadiga (88,2%), padrão de sono perturbado (82,4%), estilo de vida sedentário (76,5%) e baixa autoestima situacional (64,7%). Foram apresentadas as respectivas propostas de resultados e intervenções de enfermagem. **Conclusão:** o conhecimento dos diagnósticos mais frequentes pode contribuir para avaliações direcionadas à identificação dos resultados a eles relacionados e para a realização das intervenções visando a atingi-los, o que favorece o cuidar de forma holística e individualizada, uma vez que atenderá as reais necessidades dessa clientela. **Descritores:** enfermagem; cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem.

RESUMEN

Objetivos: describir los diagnósticos de enfermería en clínica médica y proponer resultados e intervenciones de enfermería para los cinco diagnósticos más frecuentes. **Método:** estudio descriptivo y retrospectivo de registro de los principales diagnósticos de enfermería identificados en historiales de pacientes el primer día de internamiento en una unidad de clínica médica que fueron analizados según frecuencias. El muestreo se compuso de 17 historiales médicos, correspondiendo al 35% de los internamientos del mes de julio de 2010. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y Pesquisa del Hospital Agamenon Magalhães con protocolo nº 88. **Resultados:** se identificaron 274 diagnósticos de enfermería (49 categorías diagnósticas) en 10 dominios de la taxonomía NANDA I. Los cinco diagnósticos más frecuentes fueron: dolor agudo (88,2%), fatiga (88,2%), rutina de sueño alterada (82,4%), estilo de vida sedentario (76,5%), baja autoestima situacional (64,7%) y presentadas las respectivas propuestas de resultados e intervenciones de enfermería. **Conclusión:** el conocimiento de los diagnósticos más frecuentes puede enriquecer las evaluaciones dirigidas a la identificación de los resultados relacionados a éstos y para la realización de las intervenciones para alcanzarlos, fomentando el cuidado de la forma holística e individualizada, ya que se atenderán las reales necesidades de esta clientela. **Descriptores:** enfermería; cuidados de enfermería; diagnóstico de enfermería.

¹Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Patologia. Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: gilvanildoroberto@hotmail.com; ²Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: amanda-xavier@hotmail.com; ³Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: paulacvalenca@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é considerado a base de sustentação da Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) e pode ser definido como um método para organização e prestação da assistência de enfermagem, aplicando a estrutura teórica da enfermagem à prática. É constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação.¹⁻³

No Brasil, o marco teórico para o processo de enfermagem é representado por Wanda de Aguiar Horta, que definiu esse método como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano.^{1,4}

Assim, Horta procurou iniciar o desenvolvimento Teoria das Necessidades Humanas Básicas, com a qual procura mostrar a enfermagem como ciência aplicada, que transita da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas próprias teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se uma ciência independente. Para o desenvolvimento de seus estudos, a autora inspirou-se na teoria da motivação humana de Maslow, fundamentada nas necessidades humanas básicas, sendo elas psicobiológicas; psicossociais e psicoespirituais, divididas em categorias e subcategorias.⁴

A principal função da SAE é direcionar a prática, portanto, o método empregado necessita de simplicidade para facilitar a prática e ser aplicada a realidade, adaptando-se às necessidades de cada paciente. Esse método deve permitir maior aproximação entre enfermeiro, paciente e a família, possibilitando ainda assistência pautada em conhecimento científico.⁵⁻⁹

Estudos no sentido de identificação de diagnósticos de enfermagem através da prática assistencial vêm sendo desenvolvidos desde a década de 20. A fase do diagnóstico de enfermagem vem sendo introduzida no processo de enfermagem em vários serviços de enfermagem no Brasil. A inserção do diagnóstico de enfermagem requer que os enfermeiros tenham uma linguagem comum que favoreça o entendimento entre os seus pares sobre os fenômenos clínicos de interesse, norteados as decisões sobre o que fazer por eles. A contextualização do diagnóstico de enfermagem no processo de enfermagem pode ter efeitos positivos na definição dos fenômenos, na proposição de

intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.¹⁰⁻¹

A NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tem por objetivo padronizar a linguagem dos diagnósticos de enfermagem; pois esta padronização vai estabelecer um acordo sobre regras para utilização de determinados termos; a NANDA vem contribuir de forma significativa para o aperfeiçoamento e refinamento dos diagnósticos de enfermagem; desenvolvendo um conceito para classificar os diagnósticos em uma taxonomia; e estes representam um foco clínico para a ciência chamada Enfermagem.¹²⁻³

O sistema de classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) emergiu em parte do trabalho realizado pela NANDA, atualmente, a NIC apresenta 486 intervenções de enfermagem perfazendo um total de atividades superior a doze mil. A NIC nomeia e descreve intervenções executadas na prática clínica em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem.¹⁴ A execução destas intervenções influencia nos resultados abrangentes e padronizados pelo sistema de classificação de resultados de enfermagem (NOC).¹⁴

Assim, o cuidar exige que as decisões sobre intervenções propostas sejam embasadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo, através da adoção de diagnósticos como referência. Portanto, o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem é fundamental para proposição de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.

Considerando a importância da articulação entre os diagnósticos, intervenções e resultados para refinar o uso dos diagnósticos, este estudo teve o objetivo de descrever os principais diagnósticos de enfermagem à luz da teoria das necessidades humanas básicas, proposto por Wanda de Aguiar Horta, segundo a taxonomia da NANDA-I, bem como propor intervenções e resultados de acordo com a classificação NIC e NOC, para os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes documentados em um Serviço de Clínica Médica de um Hospital Universitário.

MÉTODO

Estudo transversal descritivo, retrospectivo, onde foram avaliados 17 prontuários de pacientes internados no setor de clínica médica do Hospital Getúlio Vargas em Recife-PE, durante o mês de Julho de 2010, atendendo a uma amostragem de conveniência, de 35% das internações neste mês.

Iniciou-se a primeira fase da pesquisa com a elaboração de fichamentos através do levantamento bibliográfico sobre o este modelo teórico, buscou-se também, estudos que associassem a Teoria de Horta, bem como, instrumentos de coleta de dados aplicados à clínica médica utilizando este referencial.

Para coleta dos dados foi utilizado um formulário que abrangia as principais necessidades humanas básicas afetadas em cada paciente. Posteriormente foi elaborada uma lista com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e específicos para clínica médica Os pesquisadores assinaram o Termo de Responsabilidade, cumprindo-se todos os princípios éticos e resguardando-se o sigilo das informações colhidas.

Os diagnósticos de enfermagem documentados foram elaborados com base na ficha de coleta de dados e do histórico de enfermagem, preenchidas no momento da admissão do paciente neste setor.

Para análise dos dados de cada paciente foram utilizados os programas Epilnfo, versão 6.04 e Word versão 2007, a análise estatística descritiva foi expressa em percentual. A proposta de intervenções e resultados foi feita com base na NOC e na NIC.¹⁴

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –

CONEP e o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Agamenon Magalhães/HAM, sob protocolo 88.

RESULTADOS

Foram identificados 274 diagnósticos de enfermagem, distribuídos por 49 categorias diagnósticas em 10 domínios da Taxonomia NANDA-I. Os diagnósticos mais frequentes foram: Dor aguda (88,2%), Fadiga (88,2%), Padrão do sono perturbado (82,4%), Estilo de vida sedentário (76,5%), Baixa autoestima situacional (64,7%). (Tabela 1).

Considerando a frequência absoluta de diagnósticos de enfermagem, os domínios da taxonomia NANDA-I mais prevalentes foram: atividade/repouso, representado por 90 diagnósticos; o de segurança/proteção, representados por 47 diagnósticos. Esses dois domínios compreenderam 50% (137) dos diagnósticos de enfermagem documentados. (Tabela 1).

De acordo com a Tabela 1, considerando a frequência de cada diagnóstico de enfermagem isoladamente, em cada domínio da taxonomia NANDA I, os diagnósticos de Dor aguda e Fadiga, pertencentes aos domínios Conforto e Atividade e Repouso respectivamente, foram os mais prevalentes dentre todos, ambos correspondendo a 88,2% dos prontuários selecionados para este estudo.

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes segundo os domínios da classificação diagnóstica da NANDA-I dos 17 pacientes internados no setor de clínica médica do Hospital Getúlio Vargas em julho de 2010, Recife-PE.

Domínios	Categoria diagnóstica	N	%
Atividade/Repouso	Fadiga	15	88,2
	Padrão do sono perturbado	14	82,4
	Estilo de vida sedentário	13	76,5
	Deambulação prejudicada	09	52,9
	Perfusão tissular ineficaz	07	41,2
	Mobilidade física prejudicada	06	35,3
	Débito cardíaco diminuído	06	35,3
	Padrão respiratório ineficaz	06	35,3
	Intolerância a atividade	05	29,4
	Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	03	17,6
	Déficit no auto cuidado para alimentação	02	11,8
	Déficit no autocuidado para banho/higiene	02	11,8
	Incontinência intestinal	02	11,8
	Subtotal	90	
Auto percepção	Baixa autoestima situacional	11	35,3
	Risco de baixa autoestima situacional	02	11,8
Segurança/Proteção	Subtotal	13	
	Hipertermia	10	58,8
	Integridade da pele prejudicada	07	41,2
	Risco de infecção	05	29,4
	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	05	29,4
	Risco de trauma	04	23,5
	Risco de integridade da pele prejudicada	04	23,5
	Risco de quedas	03	17,6
	Mucosa oral prejudicada	03	17,6
	Integridade tissular prejudicada	02	11,8
	Mobilidade no leito prejudicada	02	11,8
	Risco de lesão	02	11,8
	Subtotal	47	
Conforto	Dor aguda	15	88,2
	Náusea	09	52,9
Subtotal		24	

Fonte: Hospital Getúlio Vargas, HGV, 2010.

A seguir, são apresentadas propostas de intervenções para os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com a

Classificação dos resultados (NOC) e Classificação das intervenções (NIC), bem como, seus respectivos códigos numéricos.¹⁴

Tabela 2. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes internados no setor de clínica médica do Hospital Getúlio Vargas em julho de 2010, Recife-PE.

Categoria Diagnóstica	Resultados e Metas (Código NOC)	Intervenções e Atividades (Código NIC)
Dor aguda	Controle da dor (1605)	Controle da dor (1400)
	Meta: o paciente deverá ter alívio satisfatório após uma intervenção evidenciada por relato verbal ou expressão.	Atividades: Realizar levantamento sobre as características, local, início, intensidade, frequência, qualidade, gravidade da dor e fatores precipitantes; Observar indicadores não verbais de desconforto; Assegurar cuidados precisos de analgesia; Avaliar eficácia de medidas de controle da dor.

Fonte: Hospital Getúlio Vargas, HGV, 2010.

Tabela 3. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem fadiga em pacientes internados no setor de clínica médica do Hospital Getúlio Vargas em julho de 2010, Recife-PE.

Categoria Diagnóstica	Resultados e Metas (Código NOC)	Intervenções e Atividades (Código NIC)
Fadiga	Capacidade de resistência (0001)	Controle da dor (1400)
	Tolerância à atividade (0005)	
	Tolerância à atividade (0005)	
	Conservação de energia (0002)	
	Meta: O indivíduo deverá participar das atividades que estimulam e equilibram os domínios físico, cognitivo, afetivo e social.	
		Atividades: Determinar as limitações físicas do paciente; Determinar a percepção que tem o paciente/pessoas significantes das causas da fadiga; Determinar as causas da fadiga; Monitorar a ingesta nutricional para garantir recursos energéticos adequados; Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade; Promover repouso ao leito/limitação de atividades; Encorajar períodos alternados de repouso e atividade; Evitar atividades de cuidado durante o período do sono programado; Auxiliar com atividades regulares de exercício; Monitorar a administração e o efeito de estimulantes e depressivos; Encorajar a atividade física; Monitorar a resposta de oxigênio do paciente.

Fonte: Hospital Getúlio Vargas, HGV, 2010.

Tabela 4. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem padrão do sono perturbado em pacientes internados no setor de clínica médica do Hospital Getúlio Vargas em julho de 2010, Recife-PE.

Categoria Diagnóstica	Resultados e Metas (Código NOC)	Intervenções e Atividades (Código NIC)
Padrão do sono perturbado	Repouso (0003)	Incremento do sono (1850)
	Sono (0004) Meta: O paciente deverá comunicar um equilíbrio ideal entre repouso e atividade.	Atividades: Determinar o padrão de sono/atividade do paciente; Aproximar o ciclo regular de sono/estado de alerta do paciente, no plano de cuidados; Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente e a quantidade de horas dormidas; Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias físicas; Adaptar o meio ambiente para promover o sono; Auxiliar a eliminar situações estressantes antes do horário de dormir; Monitorar os alimentos e os líquidos ingeridos no horário de dormir a procura de itens que facilitem ou interfiram no sono; Auxiliar o paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado; Regular os estímulos ambientais de modo a manter os ciclos normais dia/noite.

Fonte: Hospital Getúlio Vargas, HGV, 2010.

Tabela 5. Resultados e intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem estilo de vida Sedentário e baixa autoestima situacional (n=17), Recife-PE, 2010.

Categoria Diagnóstica	Resultados e Metas (Código NOC)	Intervenções e Atividades (Código NIC)
Estilo de vida sedentário	Conhecimento: Comportamento de saúde (1805) Meta: O paciente verbalizará intenção de envolvimento em aumentar a atividade física	Promoção do exercício (0200) Atividades: Avaliar as crenças de saúde do paciente acerca de exercícios físicos; Informar o paciente sobre os benefícios à saúde e os efeitos psicológicos do exercício, sobre o tipo adequado de exercício para o nível de saúde, junto com o médico e/ou fisioterapeuta; sobre as técnicas para evitar lesões enquanto se exercita; Monitorar a resposta do paciente ao programa de exercícios.
Baixa autoestima situacional	Autoestima (1205) Meta: O paciente deverá expressar uma visão positiva do futuro e retomar o nível anterior de funcionamento.	Aumento da autoestima (5400) Atividades: Monitorar as declarações do paciente em relação a autoestima; Determinar o ambiente do paciente; a confiança que o paciente tem no próprio julgamento; Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos; o contato olho-no-olho na comunicação com os outros; Evitar críticas negativas e provocações; Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com as situações; Investigar as razões da culpa ou da autocrítica; Encorajar o paciente a aceitar novos desafios e um ambiente e atividades que aumentem a auto-estima.

Fonte: Hospital Getúlio Vargas, HGV, 2010.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram descritos os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes: Dor aguda, Fadiga, Padrão do sono perturbado, Estilo de vida sedentário, Baixa autoestima situacional.

Observou-se que três dos cinco diagnósticos mais frequentes pertencem ao Domínio Atividade/Repouso. Esse domínio é definido como a produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos.⁸ Os diagnósticos de enfermagem identificados pertencentes ao Domínio Segurança/Proteção, foram Fadiga, Padrão do sono perturbado e Estilo de vida sedentário. Foram estabelecidos Resultados (NOC) e Intervenções de enfermagem (NIC) para estes diagnósticos.

As ligações entre os diagnósticos da NANDA, NIC e NOC, relacionam um diagnóstico com uma ou mais intervenções de enfermagem para que se obtenham resultados possíveis e desejáveis para o paciente. Essas ligações facilitam a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro sobre os resultados desejáveis e sobre as intervenções para alcançá-los.⁹

A escolha dos resultados e intervenções para cada diagnóstico também depende das habilidades clínicas do enfermeiro, que deve considerar as peculiaridades de cada situação, as preferências de cada paciente para definir os resultados possíveis e desejáveis e, depois, as intervenções para alcançá-los.

As intervenções de enfermagem devem preceder à elaboração dos diagnósticos, para que realmente sejam adequadas ao paciente.¹⁵

O diagnóstico Dor aguda, o mais frequente desse estudo, é uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o estudo da Dor); de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.⁸

Em estudo semelhante foram documentados 144 diagnósticos (31 categorias diagnósticas); com média de 4,8 diagnósticos por paciente (variação = 1-10) e o diagnóstico mais frequente foi o de Dor aguda (66.7%).⁹

Para o presente estudo, foi sugerido como resultado de enfermagem, o Controle da Dor (1605), buscando como meta principal o alívio satisfatório após uma intervenção. A intervenção sugerida para o alcance dessa meta foi o de Controle da Dor (1400), através das várias atividades proposta para esse fim.

O diagnóstico de Fadiga de acordo com a NANDA-I⁸ é uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual. Para este diagnóstico, foram sugeridos três resultados: Capacidade de resistência (0001); Tolerância à atividade (0005) e Conservação de energia (0002). As metas propostas para esses resultados visam incentivar os indivíduos a participar das atividades que estimulam e equilibram os domínios físico, cognitivo, afetivo e social. A intervenção selecionada para este diagnóstico - Controle de Energia (0180), bem como as atividades atribuídas, busca alcançar os resultados esperados.

Padrão de Sono Perturbado (ou insônia) é um distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa.⁸ O presente estudo propõe os resultados Repouso (0003) e Sono (0004). A meta estabelecida deverá comunicar um equilíbrio ideal entre repouso e atividade, sendo esta alcançada por meio da intervenção principal, nesse caso específico, Incremento do Sono (1850). As atividades relacionadas na intervenção objetiva determinar um padrão de sono/atividade, bem como aproximar o ciclo regular do sono/estado de alerta do paciente.

Estilo de Vida Sedentário refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.⁸ Para esse diagnóstico, foi escolhido o resultado - Conhecimento: Comportamentos de Saúde (1805). O alcance da meta do resultado, através da intervenção - Promoção do Exercício (0200) e das atividades propostas permitirá ao paciente, verbalizar intenção de envolvimento em aumentar a atividade física.

Baixa Auto-Estima Situacional segundo a NANDA-I refere-se a uma auto-avaliação/sentimentos negativos prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades.⁸ O resultado de enfermagem escolhido autoestima (1205), a intervenção aumento da autoestima (5400) e as atividades, descrita na tabela 5, deverão conduzir o paciente a expressar uma visão positiva do futuro e retornar ao nível anterior de funcionamento.

O processo diagnóstico é um fenômeno fundamental da prática de Enfermagem entendendo-se que a precisão deste julgamento clínico define todo o plano de cuidados, bem como, o desenvolvimento das demais etapas do processo de enfermagem.^{16,17}

Neste contexto, os resultados obtidos neste estudo refletem o propósito de estimular e preparar a equipe de enfermagem para

atuação junto ao paciente, além de oportunizar o desenvolvimento e entendimento das etapas do processo de enfermagem, pois o profissional que desenvolve uma assistência instrumentalizada, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares, relações de trabalho melhores, definidas e concretas.¹⁸

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar 274 diagnósticos de enfermagem (49 categorias diagnósticas) em 10 domínios da Taxonomia NANDA-I. Sobre os cinco diagnósticos mais frequentes foi proposto resultados e intervenções de enfermagem, conforme as necessidades humanas básicas afetadas de cada paciente.

Os resultados obtidos neste estudo refletem o propósito de estimular e preparar os enfermeiros para sua atuação junto ao paciente, além de oportunizar o desenvolvimento e entendimento das etapas do processo de enfermagem. O profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo processo de enfermagem, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares, relações de trabalho melhores, definidas e concretas.

Os resultados deste estudo são importantes para a o processo de ensino-aprendizagem para acadêmicos de enfermagem e enfermeiros no tocante ao cuidar de pacientes em áreas específicas. Conhecendo os diagnósticos mais frequentes eles podem realizar avaliações direcionadas para identificar esses diagnósticos e os resultados a eles relacionados, assim como para implementar as intervenções para atingi-los.

O uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona clareza para a realização da coleta de dados, uma vez que possibilita a identificação das intervenções de enfermagem individualizadas conforme a necessidade de assistência para o paciente.

Desta forma, a aplicação de uma SAE, baseada nas necessidades humanas básicas direcionada a clientela clínica médica, contribuirá para o cuidar de forma holística e individualizada, uma vez que a mesma irá atender as reais necessidades do paciente e assim, a Enfermagem poderá efetivamente mostrar nos registros o importante papel que

desempenha na promoção, prevenção e recuperação da saúde da clientela.

REFERÊNCIAS

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 2005.
2. Potter PA, Perry G. Grande tratado de enfermagem prática: conceitos básicos, teoria e prática hospitalar. 3ª ed. São Paulo: Santos; 2005.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. França FCV, Kawaguchi IAL, Silva EP, Abrão GA, Uemura H, Alfonso LM, et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem - relato de experiência. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2007 [cited 2010 July 15];9(2):[about 9 p.]. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a20.htm>
5. Naba, LC; Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(4): 423-29.
6. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):643-8.
7. Backes DS, Esperança MP, Amaro AM, Campos IEF, Cunha AO, Schwartz E, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta sci, Health sci. 2005;27 (1):25-9.
8. North american nursing diagnosis association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):395-402.
10. Cruz, DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Latino Am Enfermagem. 2005; 13(3): 415-22.
11. Foschiera F, Vieira CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2004 [cited 2007 Aug 22];6(2):[about 9 p.]. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig6_diag.pdf

12. Braga CG, Cruz D. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Rev Latino Am Enfermagem. 2003; 11(2): 240-44.

13. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva. In: Anais 8º Simpósio Brasileiro Comunicação em Enfermagem; 2002 maio; Ribeirão Preto : Sibracen; 2002.

14. Vargas RS, Franca FCV. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. Rev bras enferm [Internet]. 2007 [cited 2010 Aug 15];60(3):[about 4 p]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a20.pdf>

15. Costa AGS, Santos RMB dos, Vitor AF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em tratamento de hemodiálise em hospital-escola. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2010 Sept 25];4(3):[about 6 p]. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/271>

16. Fontes WD; Leadebal ODCP; Ferreira JA. Competências para aplicação do processo de enfermagem: auto avaliação de discentes concluintes do curso de graduação. Rev RENE. 2010; 11(3): 86-94.

17. Lira ALBC, Lopes MVO, Silva LF, Araujo TL. Factores sócio-demográficos y diagnósticos de enfermería en pacientes trasplantados renales. Rev RENE. 2009;10 (1):88-94.

18. Silva PCV, Germano EM. Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia de varizes uma proposta de protocolo. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 1]; 5(8):[about 7 p]. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1853>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/12/12

Last received: 2012/03/23

Accepted: 2012/03/23

Publishing: 2012/05/01

Corresponding Address

Paula Carolina Valença Silva
Universidade Federal de Pernambuco
Centro Acadêmico de Vitória
Departamento de Enfermagem
Rua do Alto do Reservatório s/n, Bela Vista
CEP: 55608-680 – Vitória de Santo Antão (PE),
Brazil