

IMPLANTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma análise periódica

Angelita PAGANIN^a, Patrícia MENEGAT^b, Tânia KLAFKE^c, Andres LAZZAROTTO^d, Taís de Souza FACHINELLI^e, Israel Cesar CHAVES^e, Emilianie Nogueira de SOUZA^f

RESUMO

O conhecimento acerca da prevalência dos diagnósticos de enfermagem (DE) contribui para a previsão dos cuidados necessários e para a orientação de programas de educação permanente. Estudo com delineamento transversal, que teve por objetivo identificar os principais DE de uma unidade de terapia intensiva (UTI), comparando-se as diferentes categorias entre os pacientes clínicos e cirúrgicos. A análise dos dados foi realizada de acordo com a taxonomia II da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). Nos 150 prontuários avaliados foram encontrados 195 diagnósticos, com uma média de 1,3 DE por paciente, majoritariamente do domínio segurança e proteção (39,5%). Os DE mais frequentes foram: integridade tissular prejudicada (22%), troca de gases prejudicada (22%), perfusão tissular ineficaz cerebral (8,7%), integridade da pele prejudicada (7,7%), débito cardíaco diminuído (6,7%) e perfusão tissular ineficaz cardiopulmonar (6,1%). Os DE mais prevalentes denotam as necessidades fisiológicas como as mais comuns na amostra estudada.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Unidades de terapia intensiva. Processos de enfermagem.

RESUMEN

El conocimiento acerca de la prevalencia de los diagnósticos de enfermería (DE) ayuda a brindar la atención necesaria y la orientación de los programas de educación continua. Estudio que identificó los principales DE prescritos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y los comparó entre pacientes médicos y quirúrgicos. El análisis de los datos se realizó de acuerdo a la taxonomía II de la North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). En las 150 cartas evaluadas fueron encontrados 195 diagnósticos, con un promedio de 1,3 por paciente, principalmente en el campo y la seguridad (39,5%). Los DE más comunes fueron: deterioro de la integridad tisular (22%), deterioro del intercambio gaseoso (22%), ineficacia de la perfusión tisular cerebral (8,7%), alteración de la integridad cutánea (7,7%), disminución del gasto cardíaco (6,7%) y la perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar (6,1%). Los DE más frecuentes reflejan las necesidades fisiológicas como las más comunes en la muestra estudiada.

Descriptores: Diagnóstico de enfermería. Unidades de terapia intensiva. Procesos de enfermería.

Título: Aplicación de diagnóstico de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: una revisión periódica.

ABSTRACT

Knowledge about the prevalence of nursing diagnosis (ND) helps to provide the necessary care and to guide continuing education programs. This cross-sectional study aimed to identify the main nursing diagnosis (ND) prescribed in intensive care units (ICU) and to compare them with medical and surgical patients. Data analysis was performed according to the North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) Taxonomy II. In the 150 medical records evaluated were found 195 nursing diagnoses, with an average of 1,3 per patient, mainly in the protection and security domain (39,5%). The most common ND were: impaired tissue integrity (22%), impaired gas exchange (22%), ineffective cerebral tissue perfusion (8,7%), impaired skin integrity (7,7%), decreased cardiac output (6,7%) and ineffective tissue perfusion cardiopulmonary (6,1%). The most prevalent nursing diagnoses revealed the physiological needs as the most common in our sample.

Descriptors: Nursing diagnosis. Intensive care units. Nursing process.

Title: Implementation of nursing diagnosis in intensive care units: a periodic review.

^a Especialista em Cardiologia, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Enfermeira responsável pelo Serviço de Hemodinâmica e Endoscopia do Hospital Unimed Nordeste, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Especialista em Saúde Pública, Enfermeira do Serviço de Hemodinâmica e Endoscopia do Hospital Unimed Nordeste, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Especialista em Saúde Pública, Enfermeira do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Especialista em Terapia Intensiva, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Unimed Nordeste, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Enfermeiros do Hospital Unimed Nordeste, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^f Mestre em Ciências da Saúde – Cardiologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares da UFRGS, Professora da Pós-Graduação Lato Sensu Enfermagem em Cardiologia da Fundação Universidade de Cardiologia – Instituto de Cardiologia (IC-FUC) e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Existe uma evolução crescente e contínua em direção a uma assistência integral e individualizada ao paciente, por meio da utilização, na prática clínica, do processo de enfermagem (PE). O PE é constituído de um conjunto de etapas, que envolvem a coleta de dados, a definição dos diagnósticos de enfermagem (DE), o planejamento, a implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados, mediante uma abordagem voltada à solução de problemas e ao estabelecimento de metas para atingir melhores resultados, fundamentada em modelos conceituais de enfermagem⁽¹⁾. As etapas do PE são interdependentes, porém são construídas partindo-se do raciocínio clínico, baseado em uma boa anamnese e exame físico para somente então o julgamento adequado: diagnóstico de enfermagem⁽²⁾.

A necessidade de padronização de linguagem, através dos sistemas de classificação (taxonomias) para prática de enfermagem, tem sido cada vez maior, de maneira que a mesma seja entendida e disseminada por todos os profissionais⁽³⁾. Embora se reconheça a importância da sistematização da assistência de enfermagem, por meio do PE, que tem amparo legal através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) nº 358/2009, a qual preconiza que cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do PE⁽⁴⁾, ainda há limitações e resistências na sua implementação.

Nesse contexto, faz-se necessário o desenvolvimento de uma gestão do cuidado com vistas ao alcance de melhores resultados, que oportunize o desenvolvimento de habilidades para implantação do PE. Dessa forma, é preciso estimular e sensibilizar a equipe de enfermagem assistencial acerca da sua aplicabilidade e decorrente obtenção de resultados, tanto para o paciente como para a instituição.

Em um ambiente de terapia intensiva, as necessidades de cuidado de enfermagem são mais complexas, pois os pacientes exigem avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes e de serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde⁽³⁾. Portanto, a utilização do PE apresenta-se como ferramenta válida na melhoria da assistência de enfermagem⁽⁵⁾, desenvolvendo-se um cuidado mais seguro e eficaz.

Estudos têm sido publicados sobre a implantação do PE e, especificamente, dos DE em unida-

des de terapia intensiva (UTI)^(6,7). No entanto, os resultados revelam que ainda há barreiras que impedem a implantação do processo integralmente e que precisam ser transpostas, como a inadequação quanto ao dimensionamento de enfermeiros⁽⁸⁾, a própria preparação e treinamento da equipe até os recursos materiais e humanos disponíveis, o entendimento dos gestores, tanto do serviço de enfermagem como da instituição, o preparo prático e a sensibilização da equipe⁽⁹⁾.

Frente a essa realidade e considerando que a gestão do cuidado cada vez mais está voltada para a obtenção de melhores resultados na prática clínica, estratégias têm sido desenvolvidas para a minimização e controle desses fatores intervenientes. Já há evidências de que a quantidade e a qualidade da documentação têm apresentado expressiva melhora nos prontuários⁽¹⁰⁾.

O conhecimento do perfil dos pacientes internados torna-se importante para direcionar as ações de cuidado, a busca pelo conhecimento e a melhoria ou reformulação na implementação do processo de enfermagem. Nesse sentido, a análise dos registros de enfermagem em prontuários pode contribuir para a identificação de necessidades e resultados obtidos em decorrência de processos de educação permanente em saúde⁽¹¹⁾.

Na instituição estudada a implantação do PE foi por etapas, uma vez que elas são interdependentes, e o desenvolvimento incorreto de uma pode comprometer as demais. Assim, a UTI foi a unidade escolhida para iniciar a realização do DE de acordo com a taxonomia II da *North American Nursing Diagnoses Association – International (NANDA-I)*⁽¹²⁾, por se entender que havia adequado dimensionamento de pessoal e pelas evidências da realização cotidiana de uma completa avaliação clínica dos pacientes por parte dos enfermeiros, observadas na descrição dos registros de enfermagem, como por exemplo, a evolução diária, além da participação e discussão das enfermeiras do setor nos *rounds*. E para que as intervenções de enfermagem fossem desenvolvidas adequadamente e de acordo com os problemas levantados na investigação (anamnese e exame físico), tornou-se necessário conhecer a prevalência dos DE nesse cenário.

Acredita-se que o conhecimento acerca da prevalência dos DE em determinadas populações contribui para a organização da base de conhecimento da profissão, para a previsão dos cuidados necessários e para a orientação de programas de

educação permanente^(13,14). Desta forma, delineou-se este estudo que teve por objetivo identificar os principais DE estabelecidos na UTI e compará-los entre os pacientes clínicos e cirúrgicos.

MÉTODOS

Estudo com delineamento transversal, no qual foram avaliados todos os registros de enfermagem – evolução de enfermagem nos prontuários de pacientes admitidos na UTI, no período de coleta de dados, em um hospital geral público da serra gaúcha, no sul do Brasil. Foram incluídos no estudo os prontuários que apresentaram o registro dos DE nas primeiras 24h da admissão do paciente. Prontuários que não apresentassem qualquer um dos registros de enfermagem referente à data da admissão do paciente na UTI foram excluídos. O processo de enfermagem foi iniciado na referida unidade de intensivismo no ano de 2006.

A coleta de dados em prontuário foi realizada no período de abril a setembro de 2007. Para essa finalidade, foi desenvolvida uma planilha para transcrição dos DE. Toda a documentação de enfermagem foi transcrita de forma anônima e codificada para fins de pesquisa. Essa planilha continha informações acerca do motivo da baixa (diagnóstico médico) do paciente na UTI, sexo, tempo de permanência nesta unidade e o principal sistema orgânico afetado, de acordo com o diagnóstico médico principal que motivou a baixa na UTI. A partir de então, os pacientes foram categorizados, de acordo com o diagnóstico médico, em clínicos e cirúrgicos. Definiu-se como diagnóstico clínico aquelas condições em que os pacientes eram provenientes das unidades de internação clínica, do setor de emergência ou de hemodinâmica e que necessitavam de terapêutica medicamentosa não associada a procedimento cirúrgico em curto prazo. Já o diagnóstico cirúrgico foi associado à submissão prévia à intervenção cirúrgica recente ou tardia que tenha motivado a baixa na UTI.

A análise dos dados foi realizada de acordo com a taxonomia II da NANDA-I⁽¹²⁾. Para fazer comparações entre os registros de enfermagem e dados clínicos dos pacientes (sistema orgânico afetado que motivou a internação na UTI), foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 12.0. As variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas foram descritas

com média e desvio padrão. Para comparação entre variáveis categóricas foram utilizados os testes Exato de Fisher e Qui-quadrado. Para comparação de variáveis contínuas, entre grupos, foi utilizado o teste Mann-Whitney, conforme as variáveis respeitassem ou não os pressupostos paramétricos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob o número 26/2007, bem como pela Coordenação de Enfermagem do serviço. Para a utilização de prontuários foi elaborado um Termo de Responsabilidade pelos pesquisadores junto ao Comitê de Ética.

RESULTADOS

Foram avaliados 150 prontuários no período de coleta de dados, sendo que maioria era do sexo masculino 91 (60,7%). O tempo de permanência na UTI foi em média 4,3+1,9 dias. A maioria dos pacientes 84 (56%) internados na UTI apresentava pelo menos um diagnóstico clínico como principal motivo da baixa, secundário a afecções pulmonares 43 (28%), cardiovasculares 43 (28%), neurológicas 18 (12%) e gastrintestinais 16 (10,7%). Dados demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos pacientes admitidos na UTI. Caxias do Sul, RS, 2007.

Variáveis	n (%)
Diagnóstico médico	
Clínico	84 (56,0)
Cirúrgico	66 (44,0)
Sistemas orgânicos afetados	
Pulmonar	43 (28,7)
Cardiológico	43 (28,7)
Neurológico	18 (12,0)
Gastrintestinal	16 (10,7)
Vascular	9 (6,0)
Genito-urinário	7 (4,7)
Endócrino/metabólico	4 (2,7)
Renal	4 (2,7)
Hematológico	3 (2,0)
Imunológico	3 (2,0)

Foram encontrados 195 diagnósticos (21 categorias diferentes), com uma média de 1,3 DE por paciente, majoritariamente do domínio Eliminação e troca 86 (43,4%). Os DE mais frequentes foram Integridade Tissular Prejudicada 43 (22,1%), Troca de Gases Prejudicada 43 (22,1%), Perfusão Tissular

Ineficaz Cerebral 17 (8,7%), Integridade da Pele Prejudicada 15 (7,7%), Débito Cardíaco Diminuído 13 (6,7%), Perfusão Tissular Ineficaz Cardiopulmonar 12 (6,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados na UTI, descritos de acordo com taxonomia NANDA-I. Caxias do Sul, RS, 2007.

Domínio e diagnóstico de enfermagem	n (%)
Segurança/proteção	77 (39,5)
Integridade Tissular Prejudicada	43 (22,1)
Integridade da Pele Prejudicada	15 (7,7)
Proteção Ineficaz	10 (5,1)
Risco para Infecção	7 (3,6)
Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas	1 (0,5)
Risco para Violência direcionada a si mesmo	1 (0,5)
Atividade/repouso	18 (9,1)
Débito Cardíaco Diminuído	13 (6,7)
Padrão Respiratório Ineficaz	2 (1,0)
Mobilidade no Leito Prejudicada	2 (1,0)
Mobilidade Física Prejudicada	1 (0,5)
Eliminação e troca	86 (43,4)
Troca de Gases Prejudicada	43 (22,1)
Perfusão Tissular Ineficaz: cerebral	17 (8,7)
Perfusão Tissular Ineficaz: cardiopulmonar	12 (6,1)
Perfusão Tissular Ineficaz: renal	7 (3,6)
Perfusão Tissular Ineficaz: gastrointestinal	4 (2,0)
Perfusão Tissular Ineficaz: periférica	3 (1,5)
Nutrição	5 (2,5)
Volume Excessivo de Líquidos	4 (2,0)
Nutrição Desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1 (0,5)
Conforto	5 (2,5)
Dor Aguda	5 (2,6)
Percepção/cognição	2 (1,0)
Confusão Aguda	2 (1,0)
Relacionamentos de papel	2 (1,0)
Interação Social Prejudicada	2 (1,0)
Total	195 (100)

Ao dividir os pacientes de acordo com o diagnóstico médico que motivou a internação na UTI em clínico (56%) ou cirúrgico (44%), os DE Integridade Tissular Prejudicada ($p < 0,001$) e Integridade da Pele Prejudicada ($p = 0,02$) foram associados ao grupo cirúrgico e os DE Troca de Gases Prejudicada ($p < 0,001$) e Débito Cardíaco Diminuído ($p = 0,03$) foram associados ao grupo clínico (Tabela 3).

Quando foram comparadas as ações prescritas no plano de cuidados de enfermagem entre os grupos de pacientes, observou-se que os pacientes do grupo com diagnóstico cirúrgico apresentaram uma média de ações de cuidados de enfermagem prescritas maior que a do grupo com diagnóstico clínico ($9,06 \pm 2,91$ vs $12,6 \pm 8,04$; $p = 0,03$).

Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem identificados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de acordo com o diagnóstico médico do paciente que motivou a internação. Caxias do Sul, RS, 2007.

Variáveis	Clínico (N=84)	Cirúrgico (N=66)	p
	n (%)	n (%)	
Sistema orgânico afetado que motivou a internação na UTI			
Cardiológico	21 (25)	22 (33)	0,26*
Pulmonar	31 (37)	12 (18,2)	0,01*
Neurológico	11 (13,1)	7 (10,6)	0,64*
Gastrointestinal	6 (7,1)	10 (15,1)	0,11*
Diagnósticos de enfermagem			
Integridade Tissular Prejudicada	4 (4,8)	39 (59,1)	<0,001*
Troca de Gases Prejudicada	36 (42,8)	7 (10,6)	<0,001*
Perfusão Tissular Ineficaz (cerebral)	10 (11,9)	7 (10,6)	0,80*
Integridade da Pele Prejudicada	4 (4,8)	11 (16,7)	0,02*
Débito Cardíaco Diminuído	11 (13,1)	2 (3)	0,03*
Perfusão Tissular Ineficaz (cardiopulmonar)	9 (10,7)	3 (4,5)	0,14*

* Teste exato de Fischer.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo foram identificados 195 DE (21 diferentes categorias) estabelecidos em UTI, sendo em média 1,3 por paciente. Um estudo que avaliou 26 prontuários de pacientes de UTI, foram encontrados 135 DE, sendo, em média 5 diagnósticos reais ou de risco por paciente⁽⁵⁾. Um outro estudo que avaliou os diagnósticos de enfermagem prescritos durante a internação de 841 pacientes evidenciou uma média de 6,5 DE por internação⁽¹⁵⁾. A proposta de estabelecer diagnósticos prioritários e realmente intervir para obtenção de resul-

tados é um dos focos do PE. Acreditamos que os achados do nosso estudo demonstram a priorização de pelo menos um DE ao paciente crítico, em função do início recente da inclusão da 2ª etapa do PE na UTI, bem como a necessidade de planejar ações relacionadas aos DE estabelecidos.

Os domínios Eliminação e troca 86 (43,4%) e Segurança/proteção 77 (39,5%) obtiveram destaque, sendo os DE Integridade Tissular Prejudicada 43 (22,1%), Troca de gases prejudicada 43 (22,1%), Proteção tissular ineficaz: cerebral 17 (8,7%) e Integridade da pele prejudicada 15 (7,7%) os mais frequentes. Sabe-se que em outros cenários, com amostras menores, o DE Risco para Infecção apresentou-se com maior frequência^(5,12,16). Já o DE Integridade Tissular Prejudicada apareceu em 90,9% da amostra de um estudo constituído de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca⁽¹⁷⁾. Da mesma forma, nossos resultados evidenciam este DE sendo mais prevalente para os pacientes cirúrgicos do que para os pacientes clínicos na UTI pesquisada.

Dentre os DE do domínio Atividade/Repouso, o DE Débito Cardíaco Diminuído apareceu em 6,7% dos pacientes. Tal DE, presente neste estudo, deve-se principalmente ao perfil de pacientes, pois 28,7% dos pacientes apresentavam como principal diagnóstico médico alterações no sistema cardiovascular. No cenário de cuidados agudos, um estudo apontou o DE débito Cardíaco Diminuído como um dos mais frequentes⁽¹¹⁾. No contexto de pacientes cirúrgicos, um estudo trouxe o DE Risco para Diminuição do Débito Cardíaco em 100% dos pacientes, no primeiro dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca⁽¹⁷⁾.

No domínio Eliminação/Troca, os DE Troca de Gases Prejudicada e Perfusão Tissular Ineficaz: cerebral e cardiopulmonar apareceram com 22,1%, 8,7% e 6,1% respectivamente. Dados da literatura evidenciam o DE Troca de Gases Prejudicada em 7,6% de uma amostra de 26 pacientes internados em UTI⁽⁵⁾; em 36,4% de uma amostra de 22 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e, conseqüentemente, recuperando em unidade de intensivismo⁽¹⁶⁾. Este DE nos remete a um dos problemas mais frequentes dos pacientes que necessitam de cuidados intensivos, devido à contingência das alterações no padrão e função ventilatória, presente em 28,7% dos pacientes em nosso estudo. Quanto ao DE Perfusão Tissular Ineficaz apareceu em menor significância também em outros estudos^(5,12).

Menos frequentes, os domínios Nutrição, Conforto, Percepção/Cognição e Relacionamento de Papel estiveram presentes nos registros de enfermagem avaliados. Segundo estudo recente, a frequência menor de alterações relacionadas a estes domínios não significa que eles são menos importantes, sendo alguns diretamente ligados às respostas psicossociais⁽¹²⁾. O cenário deste estudo (UTI) direciona o pensamento e as ações dos profissionais de saúde para as respostas fisiológicas prioritárias, justificando a prevalência de domínios fisiológicos.

Quando comparados os DE estabelecidos para os pacientes clínicos e cirúrgicos, notou-se a maior prevalência do DE Integridade Tissular Prejudicada associada ao grupo cirúrgico e o DE Troca de Gases Prejudicada ao grupo clínico. Atribui-se a escolha por este DE ao fato das alterações no sistema pulmonar apresentarem grande prevalência entre os pacientes da UTI. Já o DE Integridade Tissular Prejudicada está relacionado à presença da ferida operatória, caracterizada como uma das principais evidências para este DE em nossa amostra.

O raciocínio clínico, utilizado na prática baseada em evidências, contribui para a elaboração de diagnósticos precisos, mostrando a importância do trabalho elaborado e planejado de forma sustentada. A importância do estímulo aos grupos de estudos e troca de experiências é fundamental para aprimoramento da acurácia diagnóstica⁽⁹⁾. Estes resultados demonstraram um amadurecimento do grupo de enfermeiros da UTI, expressando claramente um raciocínio voltado ao aspecto clínico e priorizado na sua assistência.

Salienta-se que todo o processo desenvolvido na instituição em estudo foi realizado de forma manual, através da criação de formulário específico para o registro dos DE, além da evolução diária no prontuário, que direcionava a assistência de enfermagem. Em estudo prévio realizado na mesma instituição, foram identificados os fatores que mais interferiam na implementação da etapa do DE, como plantões agitados, o envolvimento com tarefas administrativas e dificuldades de ordem prática⁽¹⁸⁾. Relacionada a este último item, a discussão de casos clínicos em equipes multiprofissionais, que cada vez mais tem sido instituída em terapia intensiva, em prol de uma assistência mais qualificada, foi incentivada entre enfermeiros, com o objetivo de instrumentalizá-los para a elaboração dos DE.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, sobre as percepções de enfermeiras acerca da implantação do DE, os achados evidenciaram os aspectos considerados positivos (desenvolvimento profissional, etapa importante do PE e valorização profissional) e os aspectos a serem melhorados (formação profissional, desenvolvimento da classificação, sistema informatizado e prescrição de enfermagem)⁽¹⁹⁾. O adequado reconhecimento dos problemas e das necessidades de atuação da equipe de enfermagem são fundamentais para um adequado planejamento e execução do cuidado baseado no raciocínio clínico, a partir da anamnese e exame físico com paciente^(2,16).

O uso de linguagens taxonômicas pode providenciar valiosas informações aos gestores dos serviços de saúde sobre a contribuição do cuidado de enfermagem ao paciente. Sem isso, a enfermagem torna-se oculta perante um sistema em que se destaca a atuação médica. Enquanto as enfermeiras aspiram serem reconhecidas pelos cuidados oferecidos aos pacientes, essa prática é frequentemente esquecida/perdida pelo inadequado registros de suas ações e resultados⁽²⁰⁾.

Através do reconhecimento do perfil clínico e cirúrgico dos pacientes de UTI e dos DE mais prevalentes é possível implementar as demais fases do PE, de acordo com a linguagem taxonômica padrão, com vistas à implementação das intervenções voltadas aos resultados esperados, mantendo uma trajetória de construção de práticas baseadas em evidências.

Este estudo enfatiza a importância da identificação dos DE mais prevalentes em determinadas populações para então poder instituir, com qualidade, todas as etapas do processo. Não podemos falar em resultados e intervenções de enfermagem, sem mencionar o desenvolvimento do raciocínio clínico e de habilidades para realização de DE mais acurados.

A aplicação do PE no âmbito de terapia intensiva ainda merece ser explorada para que se possa avançar na correta implementação do DE, de forma a servir como incentivo para pesquisa das intervenções e resultados a partir destes. Importante mencionar que esta pesquisa, a qual retrata uma análise periódica da implantação do DE em UTI, mobilizou a chefia de enfermagem do setor em questão, motivada pela necessidade de analisar o andamento de uma parte do cuidado de enfermagem, que é a definição e registro dos julgamentos

baseados no exame clínico de enfermagem. Tais informações são úteis na medida em que primeiro se conhece a realidade para nela poder intervir.

CONCLUSÕES

No período avaliado, os DE mais frequentes estiveram relacionados aos domínios Eliminação e troca e Segurança/proteção, os quais denotam as necessidades fisiológicas como as mais comuns da amostra estudada.

Os pacientes considerados clínicos tiveram majoritariamente o DE Troca de Gases Prejudicada e Débito Cardíaco Diminuído estabelecidos. Já os DE Integridade Tissular Prejudicada e Integridade da Pele Prejudicada foram estabelecidos para os pacientes cirúrgicos.

A elaboração dos DE por paciente ainda é limitada, evidenciando-se uma média de DE por paciente inferior quando comparada a outros estudos, em virtude do início de uma contínua construção do saber, voltada ao estabelecimento de bons alicerces nas etapas iniciais do processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Alfaro-Léfevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
- 2 Cruz DAM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(3):415-22.
- 3 Vargas RS, França FCV. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. Rev Bras Enferm. 2007;60(3):348-52.
- 4 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 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. Brasília (DF); 2009.
- 5 Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(4):700-6.

- 6 Brandalize DL, Kalinowski CE. Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. *Cogitare Enferm.* 2005;10(3):53-7.
- 7 Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo JÁ, Crozea K. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):221-7.
- 8 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 [citado 2009 set 18];9(2):537-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a20.htm>.
- 9 Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(5):675-9.
- 10 Daly JM, Buckwalter K, Maas M. Written and computerized care plans. *J Gerontol Nurs.* 2002;28(9):14-23.
- 11 Muller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2009;20(1):9-15.
- 12 North American Nursing Association - International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 13 Volpato MP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(2):119-24.
- 14 Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(3):307-16.
- 15 Lucena AF, Barros ALBL. Nursing diagnoses in a Brazilian intensive care unit. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006;17(3):139-46.
- 16 Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(3):321-6.
- 17 Guerriero ALS, Guimarães HCQCP, Maria VLR. Diagnóstico de enfermagem do paciente adulto no primeiro pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2000;13(2):59-67.
- 18 Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. Factors that inhibit the use of nursing language. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2008;19(4):150-7.
- 19 Elizalde AC, Almeida MA. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(4):564-74.
- 20 Flanagan J, Jones DA. Nursing language in a time of change: capturing the focus of the discipline. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007;18(1):1-2.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Angelita Paganin
Waldemar Lazzarotto, 596, ap. 201B,
Sagrada Família
95052-590, Caxias do Sul, RS
E-mail: paganin@terra.com.br

Recebido em: 19/11/2009
Aprovado em: 16/05/2010