



## Trabalho 135

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Anali Martegani Ferreira<sup>1</sup>; Elisiane do Nascimento da Rocha<sup>2</sup>; Camila Takáo Lopes<sup>3</sup>; Maria Márcia Bachion<sup>4</sup>; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros<sup>5</sup>.

**Introdução:** A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente que requer do enfermeiro amplo conhecimento científico, domínio de tecnologias e envolvimento no processo de cuidado, com habilidades específicas e sensibilidade para compreender o momento difícil vivenciado pelo paciente e sua família<sup>(1)</sup>. Nesse ambiente, as necessidades de cuidados de enfermagem são complexas, uma vez que os pacientes necessitam de avaliações sistemáticas e acuradas. Para tanto, torna-se fundamental a implementação e utilização das etapas do Processo de Enfermagem (PE), o qual consiste em um conjunto de ações sistematizadas e dinâmicas, intimamente ligadas, que visam contemplar a assistência ao indivíduo<sup>(2)</sup>. A implementação das etapas do PE exige que o enfermeiro, por meio da coleta de dados, identifique o diagnóstico de enfermagem (DE), e após organize as intervenções, contemplando as reais necessidades de saúde apresentadas pelos pacientes<sup>(3-2)</sup>. Esse processo de definição do DE consiste no julgamento clínico das respostas apresentadas pelo indivíduo<sup>(3)</sup>. Nesse contexto, o DE pode ser compreendido como um processo o qual inclui duas fases: a primeira, que corresponde à análise e síntese dos dados coletados; e a segunda permite estabelecer o enunciado do DE a partir da utilização de uma classificação de enfermagem<sup>(4)</sup>. As classificações de enfermagem vêm sendo utilizadas na prática de enfermagem, de acordo com a diversidade de situações clínicas, o que determina que essas sejam refinadas<sup>(5)</sup>. E para tanto, sua utilização mostra-se necessária em diferentes ambientes de cuidado. Assim, a identificação dos DE em ambientes específicos, como UTI, torna-se importante, pois são interpretações científicas dos dados identificados para orientar as demais etapas do PE<sup>(3)</sup>. **Objetivos:** Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes na literatura para pacientes hospitalizados em UTI. **Métodos:** Trata-se de pesquisa bibliográfica, na modalidade revisão integrativa de literatura, conforme as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008)<sup>(5)</sup>. A Revisão Integrativa caracteriza-se por ser um método de pesquisa que possibilita a análise das pesquisas relevantes que ofertam suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Esse método favorece o aprofundamento do conhecimento do tema investigado e permite apontar lacunas do conhecimento sobre o assunto que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos<sup>(5)</sup>. Para nortear este estudo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais os diagnósticos de enfermagem para pacientes hospitalizados, em unidade de terapia intensiva, estão descritos na literatura? O levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro de 2013, com delimitação do período de publicação dos estudos do ano de 2007 a 2012. Foram utilizadas as bases de dados *on-line*: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe

<sup>1</sup> Doutoranda da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Programa Dinter Novas Fronteiras/UNIFESP/EEAN/UFSP e demais instituições parceiras. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Coordenadora do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA). E-mail: [ananimf@gmail.com](mailto:ananimf@gmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE/UNIPAMPA).

<sup>3</sup> Doutoranda da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora CNPq nível 2. Estagiária de Pós-doutoramento na Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

<sup>5</sup> Doutora em Fisiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora titular da Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP). Pesquisadora CNPq nível 1.



## Trabalho 135

em Saúde (LILACS); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Arquivos digitais biomédicos e de ciências da saúde do US National Institutes of Health (PUBMED); e Banco de Teses da Capes. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): diagnóstico de enfermagem, unidade de terapia intensiva e enfermagem; e *nursing diagnoses, intensive care, nursing* do Medical Subject Headings (MESH). Os critérios de inclusão foram: publicações disponíveis em resumos e textos completos eletronicamente nas bases de dados, cujos resultados apresentassem os diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados em UTI. Os critérios de exclusão foram textos em forma de relato de experiência, reflexões, ensaio teórico, capítulos de livros e documentos organizados por órgãos governamentais, tais como Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** Foram identificados 297 diagnósticos de enfermagem (DE). Após a exclusão de repetições dos títulos diagnósticos, obteve-se 94 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem. Dentre os 94 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem descritos na literatura para pacientes hospitalizados em UTI identificou-se 24 mais frequentes. No Domínio **Nutrição**, foram identificados quatro títulos diagnósticos: Volume de líquidos excessivo (27,5%); Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (27,5%); Risco para volume de líquidos desequilibrado (20,6%); e Risco de glicemia instável (17,2%). No Domínio **Eliminação e troca**, identificaram-se dois títulos diagnósticos: Troca de gases prejudicada (35,7%) e Constipação (17,8%). No Domínio **Atividade/repouso**, identificaram-se oito títulos diagnósticos: Padrão respiratório ineficaz (11,8%); Mobilidade física prejudicada (10,7%); Débito cardíaco diminuído (8,60%); Déficit no autocuidado para banho/higiene (7,52%); Mobilidade no leito prejudicada (5,37%); Déficit no autocuidado para higiene íntima (5,37%); Perfusão tissular renal ineficaz (5,37%); e Ventilação espontânea prejudicada (5,37%). No Domínio **Percepção/cognição**, identificou-se um título diagnóstico: Comunicação verbal prejudicada (40%). No Domínio **Enfrentamento/tolerância ao estresse**, foi identificado um título diagnóstico: Ansiedade (38,4%). No domínio **Segurança/proteção**, foram identificados sete títulos diagnósticos: Integridade da pele prejudicada (14,8%); Risco de infecção (12,3%); Desobstrução ineficaz de vias aéreas (11,1%); Risco de aspiração (9,87%); Risco de integridade da pele prejudicada (9,87%); Integridade tissular prejudicada (9,87%); e Risco de disfunção neurovascular periférica (6,17%). No Domínio **Conforto**, identificou-se um título diagnóstico frequente, Dor aguda (60%). Observou-se que houve diagnósticos contemplados em todos os domínios da NANDA-I. Dos 24 DE frequentes identificados, 18 foram DE reais. Um diagnóstico de enfermagem real caracteriza-se pela “descrição de respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade”<sup>(6)</sup>. E seis (6) foram DE de risco. Diagnósticos de risco consistem na “descrição de respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade”<sup>(6)</sup>. Dentre os DE mais frequentes na literatura, não encontraram-se títulos diagnósticos de promoção da saúde, de bem estar e síndrome, sendo identificados, neste grupo, apenas diagnósticos de enfermagem reais e de risco. Todavia, ao analisar o total de títulos diagnósticos identificados, observou-se a presença de diagnósticos de bem-estar; e não foram encontrados diagnósticos de promoção da saúde e síndrome. **Conclusão:** Este estudo possibilitou a identificação de DE presentes em pacientes internados em UTI. Os DE identificados estão distribuídos nos domínios da NANDA-I Nutrição, Eliminação e troca, Atividade/repouso, Percepção/cognição, Enfrentamento/tolerância ao estresse e Conforto. E caracterizaram-se, em sua maioria, como diagnósticos reais e de risco. **Contribuições e implicações para a Enfermagem:** Por meio da identificação das disfunções apresentadas pelos pacientes, os enfermeiros poderão elaborar um plano de cuidados com intervenções acuradas, para cada situação clínica. Os resultados podem subsidiar a identificação dos possíveis DE para inclusão em instrumento de apoio a coleta de dados de enfermagem, para



## Trabalho 135

pacientes hospitalizados, em UTI. Também contribuirão para posterior inserção dos diagnósticos em sistema informatizado/prescrição de enfermagem institucional.

### Referências:

1. Guimarães HP, Orlando M da C, Falcão LF dos R. Guia Prático de UTI. Editora: Atheneu, 2008.
2. Alfaro-LeFevre, Rosalinda. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. NANDA-Internacional. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed, 2013.4.
4. Lucena AF et al. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4): 758-64.

**Descritores:** Terapia Intensiva; Enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

**Eixo 3:** Assistência de Enfermagem