

ISABELA UBALDO

**O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA  
INTERNACIONAL NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem como requisito para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

FLORIANÓPOLIS  
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ubaldo, Isabela

O diagnóstico de enfermagem da NANDA internacional na sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital universitário. / Isabela Ubaldo ; orientadora, Eliane Matos - Florianópolis, SC, 2012.  
175 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências


1. Enfermagem. 2. Processo de Enfermagem. 3. Diagnóstico de Enfermagem. 4. Cuidado de Enfermagem. 5. Clínica Médica. I. Matos, Eliane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Isabela Ubaldo

**O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA  
INTERNACIONAL NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Florianópolis, 18 de dezembro de 2012.

  
Prof.<sup>a</sup> Francine Lima Gelbecke, Dr.<sup>a</sup>  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

  
Prof.<sup>a</sup> Eliane Matos, Dr.<sup>a</sup>, UFSC.  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Kátia Regina Bertoncelo, Dr.<sup>a</sup>, UFSC.

  
Prof.<sup>a</sup> Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dr.<sup>a</sup> UNISUL

  
Prof.<sup>a</sup> Nádia Chiodelli Salum, Dr.<sup>a</sup>, UFSC.

  
Prof.<sup>a</sup> Juliana Balbinot Reis, Dr.<sup>a</sup>, UFSC.



## AGRADECIMENTOS

A Deus pela força espiritual de todas as horas.

À minha mãe, dedico esta e todas as demais conquistas pelo constante incentivo, mesmo longe nunca deixou de enviar palavras de força e de confiança para superação das dificuldades.

Ao meu pai (*in memoriam*), que certamente nunca deixou de torcer por mim, esteja onde estiver...

Ao sempre companheiro Arthur, pela compreensão das minhas ausências e pela ajuda na organização dos dados da pesquisa, seu empenho foi essencial para os resultados. Amo você...

A minha querida orientadora Eliane Matos, dedicada companheira de todos os momentos. Obrigada por ter me guiado em todas as etapas deste estudo; esta conquista também é sua. Aprendi muito com suas riscadinhas...

Aos pacientes que mesmo em meio à dor e apreensão souberam entender a dimensão do aprendizado e colaboraram permitindo a leitura de seus prontuários.

Aos colegas enfermeiros da CM III pelo companheirismo traduzido na colaboração durante a fase de aplicação prática da pesquisa.

Ao Senhor Raulino Lapa do Serviço de Informática do HU/UFSC pela dedicação e empenho, sua colaboração foi fundamental.

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Curso de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação, que possibilitaram minha formação em Enfermagem, a Especialização em Gerontologia e, agora, o Mestrado Profissional.

Ao Hospital Universitário e à Direção de Enfermagem, pelo empenho e incentivo na busca da capacitação de nós enfermeiros.

Aos integrantes da Banca: Dra. Eliane Matos, Dra. Kátia Regina Bertoncelo, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra. Nádia Chiodelli

Salum, Dra Juliana Balbinot Reis e Dda. Maria Lúgia dos Reis Bellaguarda. Agradeço pelas contribuições, sugestões e disponibilidade na leitura deste estudo.

Aos colegas desta turma de mestrado, pelos momentos de estudo e aprendizado compartilhados.

A Enfermeira Silvana Benedet pela colaboração na etapa de capacitação dos enfermeiros para este estudo.

Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais  
inteligente, mas o que melhor se adapta às  
mudanças.  
(Charles Darwin)





## RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ação do enfermeiro e um instrumento de organização do cuidado através da implementação do Processo de Enfermagem. Ela é obrigatória em todos os locais em que se prestam cuidados de enfermagem e deve constar, no mínimo, das etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, implementação da assistência e evolução de enfermagem. No Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a etapa do Diagnóstico de Enfermagem não é utilizada. Em sua substituição é usado o levantamento de problemas. Através dele o enfermeiro prevê as ações de enfermagem. Percebendo a insuficiência de informações e lacuna na cientificidade do cuidado de enfermagem prestado na instituição, este estudo teve por objetivo apresentar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, suas características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco, segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association - International* para o cuidado dos pacientes internados na Clínica Médica III do Hospital Universitário Dr. Polydoro de São Thiago. Trata-se de um estudo de natureza quali-quantitativa desenvolvido em duas etapas. Primeiro, realizaram-se três grupos de discussão com seis enfermeiros lotados nos serviços de clínica médica da instituição. Nesta etapa, desenvolveu-se um processo educativo reflexivo acerca do DE e definiram-se oito principais diagnósticos de enfermagem em pacientes de clínica médica descritos por enfermeiros nos históricos de enfermagem de pacientes internados na instituição nos meses de agosto e setembro de 2011. Estes diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados foram inseridos no aplicativo informatizado que contempla a Sistematização da Assistência de Enfermagem no prontuário do paciente, após a elaboração do ícone de diagnóstico de enfermagem. Na segunda etapa do estudo, os enfermeiros de uma das unidades de Clínica Médica aplicaram por um período de dois meses a Sistematização da Assistência de Enfermagem, incluindo a etapa diagnóstica aos pacientes internados na unidade. Neste período, três novos diagnósticos foram acrescentados em função de necessidade sentida pelos participantes. Na análise, os dados da etapa diagnóstica, foram agrupados por semelhança e obtidos os diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados mais frequentes em pacientes internados em clínica médica. Ao final do processo, os enfermeiros participantes responderam a uma entrevista semiestruturada falando da experiência vivenciada e de seus aspectos

positivos e negativos, bem como das possibilidades de adoção do diagnóstico de enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Como resultados, identificaram-se os principais diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes assistidos na instituição, assim como seus fatores relacionados e suas características definidoras. A maioria dos profissionais teve pouco ou nenhum contato com as classificações diagnósticas em sua formação e em sua atuação profissional até o momento. Assim, há necessidade de abordar a temática num processo de capacitação gradativo e contínuo com acompanhamento na prática, para que a implementação da etapa diagnóstica se efetive na instituição, dada a inexperiência dos enfermeiros para trabalhar com essa etapa. A compreensão da Classificação, nos termos descritos nos fatores relacionados e características definidoras, também foi alvo de dúvidas durante a experiência. Constata-se, entretanto, a grande disposição dos participantes para o aprendizado desta prática, como fator positivo para sua adoção na instituição.

**Palavras-chave:** Processo de enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Cuidado de Enfermagem. Clínica Médica.

## ABSTRACT

The systematization of nursing care is an action of the nurse and an instrument of organization of care through the nursing process. It is mandatory in all locations in which nursing care is available and shall include at least the steps: history of nursing, nursing diagnosis, nursing interventions, implementation and evolution of nursing assistance. At the Federal University of Santa Catarina's Hospital, the stage of nursing diagnosis is not used. In its place, the "problems survey" is used, based on which the nurse provides the nursing actions. Realizing the insufficient amount of information and gap in scientific character of nursing care provided in the institution, this study aimed to provide more frequent nursing diagnoses, its defining characteristics and related factors or risk factors, according to taxonomy II of North American Nursing Diagnosis Association-International for the care of patients admitted to the Medical Clinic III of University Hospital Dr. Polydoro de São Thiago. This is a study of qualitative and quantitative nature developed in two steps. First, three workshops were held, with six nurses deployed at the medical clinic services of the institution. In this step, a reflective educational process on "DE" has been developed and eight major nursing diagnoses were defined on patients of medical clinic, described by nurses in the nursing records of patients hospitalized at the institution from August through to September 2011. These nursing diagnoses, its defining characteristics and related factors were entered in the software application that includes the Systematization of Nursing Care in patient records, after the icon of nursing diagnosis. In the second stage of the study, nurses from a Medical Clinic unit applied the systematization of nursing care during two months, including diagnostic step for patients admitted to the unit. In this period, the staff realized the need of adding three new diagnoses. In the analysis, data from the diagnostic stage were grouped by similarity; nursing diagnoses were obtained as well as its defining characteristics and related factors most commonly found in patients admitted to medical clinical. At the end of the process, the staff answered a semi-structured interview about the experience and its positive and negative aspects, as well as the possibilities of using nursing diagnosis in the systematization of nursing care. As a result, the main "DE" noted on patients assisted at the institution were identified, as well as their related factors and defining characteristics. Most professionals had little or no contact with the diagnostic classifications in their training and in their professional performance so far. So, there is need to address the subject in a process

of gradual and continuous training with follow-up in practice, so that the implementation of the diagnostic step is effective in the institution, given the inexperience of the nurses to work with this step. Understanding the classification, as described in the related factors and defining characteristics has also been the target of questions during the trial period. There is, however, a great willingness of the staff in learning this practice, which is a positive factor for its adoption at the institution

**Keywords:** Nursing Processes. Nursing diagnosis. Nursing care. Medical Clinic.

## RESUMEN

La Sistematización de la Atención de Enfermería es una acción del enfermero y un instrumento de organización de la atención a través de la implementación del Proceso de Enfermería. Ella es obligatorio en todos los lugares donde se brindan cuidados de enfermería y debería contener como mínimo las siguientes etapas: historia de enfermería, el diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, la implementación de la atención y la evolución de enfermería. En el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, la etapa del Diagnóstico de Enfermería no es utilizada. En su lugar es usado el levantamiento de problemas. A través de él, el enfermero proporciona acciones de enfermería. Percibiendo la falta de información y el vacío en la cientificidad del cuidado de enfermería prestado en la institución, este estudio tiene como objetivo presentar los diagnósticos de enfermería más frecuentes, sus características que lo definen y factores relacionados o factores de riesgo, según la Taxonomía II de la *North American Nursing Diagnosis Association - International* para el cuidado de los pacientes internados en la Clínica Médica III del Hospital de la Universidad Dr. Polydoro de San Thiago. Se trata de un estudio de naturaleza cuali-cuantitativo desarrollado en dos etapas. Primero, se realizaron tres grupos de discusión con seis enfermeros en los servicios de clínica médica de la institución. En esta etapa, se desarrolló un proceso educativo reflexivo sobre el DE y se definió ocho principales diagnósticos de enfermería en pacientes de clínica médica descritas por los enfermeros en las historias de enfermería de pacientes internados en la institución en los meses de agosto y septiembre de 2011. Estos diagnósticos de enfermería, sus características que los definen y los factores relacionados fueron introducidos en el aplicativo informatizado que contempla la Sistematización de la Atención de Enfermería en la historia clínica del paciente, después la elaboración del icono de diagnóstico de enfermería. En la segunda etapa del estudio, los enfermeros de una de las unidades de Clínica Médica aplicarán durante un período de dos meses la Sistematización de la Atención de Enfermería, incluyendo la etapa de diagnóstico a los pacientes internados en la unidad. En este período, se agregaron tres nuevos diagnósticos en función a la necesidad sentida por los participantes. En el análisis, los datos de la etapa diagnóstica, fueron agrupados por similitud y se obtuvieron los diagnósticos de enfermería, sus características definidoras y los factores relacionados más comunes en

los pacientes internados en clínica médica. Al final del proceso, los enfermeros participantes respondieron una entrevista semiestructurada hablando de la experiencia vivida y de sus aspectos positivos y negativos, así como de las posibilidades de adopción del diagnóstico de enfermería en la Sistematización de la Atención de Enfermería. Como resultados, se identificaron los principales diagnósticos de enfermería presentados por los pacientes atendidos en la Institución, así como sus factores relacionados y sus características definidoras. La mayoría de los profesionales tiene poco o ningún contacto con las clasificaciones diagnósticas en su formación y en su carrera profesional hasta el momento. Por tanto, hay necesidad de abordar la temática en un proceso de capacitación gradual y continua con acompañamiento en la práctica, para que la implementación de la etapa diagnosticada se haga efectiva en la Institución, dada la inexperiencia de los enfermeros para trabajar con esta etapa. La comprensión de la Clasificación, en los términos descritos en los factores relacionados y características definidoras, también fue objeto de dudas durante la experiencia. Se observó, sin embargo la gran disposición de los participantes en aprender de esta práctica, como un factor positivo para su adopción en la institución.

**Palabras clave:** Proceso de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Atención de Enfermería. Clínica Médica.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** Teoria das Necessidades de Maslow

44

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Classificação das Necessidades Humanas Básicas. 45
- Quadro 2** Domínios, Classes e diagnósticos aprovados da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association International, 2010. 48

### MANUSCRITO 1:

- Quadro 1** Representação da Necessidades Psicossociais nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, e sua utilização dos diagnósticos de enfermagem NANDA-I. Florianópolis, 2012. 88



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA-I, Fatores Relacionados e Características Definidoras mais frequentes. Florianópolis, 2012.	73
-----------------	--	----

### MANUSCRITO 1:

<b>Tabela 1</b>	Problemas relacionados às necessidades psicobiológicas identificadas nos históricos de Enfermagem. Florianópolis, 2012.	86
-----------------	---	----

### MANUSCRITO 2:

<b>Tabela 1</b>	Ocorrência dos diagnósticos de enfermagem conforme a Classificação da NANDA-I nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, Florianópolis, 2011.	103
<b>Tabela 2</b>	Ocorrência dos fatores relacionados ou de risco segundo diagnósticos de Enfermagem da Classificação da NANDA-I, Florianópolis, 2011.	105
<b>Tabela 3</b>	Ocorrência das características definidoras segundo diagnósticos de enfermagem da Classificação da NANDA-I nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, Florianópolis, 2011.	108
<b>Tabela 4</b>	Representação da ocorrência dos enunciados diagnósticos segundo a Classificação da NANDA-I nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, Florianópolis, 2011.	109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEn</b>	Associação Brasileira de Enfermagem
<b>CEPSH</b>	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
<b>CEPEn</b>	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
<b>CIPE<sup>®</sup></b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CIPESC<sup>®</sup></b>	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
<b>CM I</b>	Clínica Médica I
<b>CM III</b>	Clínica Médica III
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>DE</b>	Diagnóstico de Enfermagem
<b>HU/UFSC</b>	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
<b>MAE</b>	Metodologia de Assistência de Enfermagem
<b>NANDA-I</b>	North American Nursing Diagnosis Association-International
<b>NHB</b>	Necessidades Humanas Básicas
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>PEN</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
1.1 OBJETIVOS.....	29
1.1.1 <i>Objetivo Geral</i> .....	29
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	29
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>31</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>41</b>
3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA.....	42
3.2 <i>NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – INTERNATIONAL</i> .....	46
3.2.1 <i>Estrutura e Classificação dos Diagnósticos da NANDA-I</i> .....	57
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>61</b>
4.1 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	61
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO .....	61
4.3 ETAPAS DA PESQUISA E COLETA DOS DADOS .....	62
4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	77
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	78
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>79</b>
5.1 MANUSCRITO 1: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS A PARTIR DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE PACIENTES INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA.....	80
5.2 MANUSCRITO 2: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA INTERNACIONAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CLINICA MÉDICA.....	96
5.3 MANUSCRITO 3: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA-I NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	118
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PACIENTES</b> .....	<b>151</b>

<b>APÊNDICE B – CONVITE PARA CAPACITAÇÃO E OFICINAS</b> .....	<b>154</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE</b> <b>ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS</b> .....	<b>156</b>
<b>APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA</b> <b>CAPACITAÇÃO E OFICINAS</b> .....	<b>158</b>
<b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>159</b>
<b>APÊNDICE F – QUADRO DE PROBLEMAS DE ENFERMAGEM</b> <b>DE PACIENTES DE CLÍNICA MÉDICA</b> .....	<b>161</b>
<b>ANEXO A – PARECER Nº 2134/2011 CEP SH/UFSC</b> .....	<b>168</b>
<b>ANEXO B – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM HU/UFSC</b> .....	<b>171</b>
<b>ANEXO C – PARECER Nº 2233/11 CEP SH/UFSC</b> .....	<b>173</b>
<b>ANEXO D – INSTRUÇÃO NORMATIVA 03/MP-PEN/2011</b> .....	<b>175</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986), cabe ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem nos estabelecimentos de saúde. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece que essas etapas devam ser viabilizadas nas instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, de acordo com a resolução do COFEN Nº 358/2009, que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (COFEN, 2009).

A SAE é “um elemento funcional primordial ao enfermeiro na otimização e gerência da assistência de enfermagem uma vez que se fundamenta em conhecimentos técnicos e científicos resultando em assistência individual com excelência” (BACKES; SCHWARTZ et al., 2005, p. 186). É também resultado da preocupação dos enfermeiros de diversos países com a necessidade de desenvolver modelos que deem visibilidade aos registros de enfermagem; e, um corpo de conhecimentos que mostre o trabalho da profissão, em prol da qualidade do cuidado às pessoas, grupos ou comunidades em situações de saúde e doença.

O reconhecimento da necessidade de desenvolver um sistema de trabalho que concretize a proposta de promover, manter e restaurar o nível de saúde do paciente é uma preocupação da profissão desde a atuação de *Florence Nightingale* na Inglaterra. Com ela a enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, progredindo gradativamente a atividade caritativa, intuitiva e empírica. Sua capacidade de gerenciamento baseada em estudos de estatística permitiu que reformasse os hospitais de campanha, propusesse mudanças na administração sanitária do exército, participasse da elaboração de políticas externas e internas à população e também gerenciasse problemas nas colônias inglesas na Índia (NIGHTINGALE, 1989). A autora também diagnosticou e tratou “problemas de saúde” dos soldados na guerra da Criméia. Florence afirma a importância de um trabalho dirigido por conhecimentos gerais e específicos que toda enfermeira deve possuir. Ao fundar uma escola para ensinar voluntárias, institucionalizou a profissão conferindo-lhe um caráter científico. Pode-se dizer que esse foi o marco inicial para que se desenvolvessem as propostas teóricas, inicialmente nos Estados Unidos (LEOPARDI, 1999).

A partir de 1950, a enfermagem com o crescente desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE), marca seu rumo à maioria, pelo aprofundamento e construção de conhecimentos próprios da profissão (HORTA, 1979; NEGREIROS et al., 2008/2009). Sobre este aspecto Almeida e Rocha (1989) abordam que a enfermagem, ao longo da sua existência passou por importantes estágios de aprimoramento da organização do saber. Para os autores, a primeira manifestação veio com o desenvolvimento das técnicas de enfermagem e dos princípios científicos ao final do século XIX na Inglaterra e nas primeiras décadas do século XX nos Estados Unidos da América do Norte.

As técnicas consistem basicamente na descrição dos procedimentos de enfermagem, passo a passo especificando a relação de material utilizado para tal, incluindo como técnica, todo procedimento realizado com o paciente, processo de admissão, alta e manuseio do material hospitalar. As técnicas de enfermagem nesse período também eram chamadas de “arte” e eram o principal conhecimento do ensino da enfermagem e os primeiros instrumentos para manipular o cuidado de enfermagem. Considera-se toda dimensão histórica das técnicas de enfermagem ainda sem a preocupação do significado social e histórico, descrevendo todos os momentos da evolução do saber (ALMEIDA; ROCHA, 1979).

Finalmente, na década de 1950 surge a preocupação em organizar os princípios científicos que norteiam a prática de enfermagem, deixando a fase intuitiva, passando a considerar a cientificidade. A enfermagem passa a ser embasada nas ciências biológicas e os princípios científicos começam a ser elaborados dando fundamentação aos procedimentos de enfermagem, surge ainda o trabalho em equipe que busca a humanização do cuidado (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A busca pela autonomia da profissão começa no final dos anos 1960 com enfoque na construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem e o conceito de enfermagem como ciência. O principal instrumental para orientar a enfermagem na busca da sua autonomia são as teorias de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Com o desenvolvimento das teorias de enfermagem, passa-se a discutir a Sistematização da Assistência de Enfermagem (BASTOS; MENDES, 2005).

O destaque dado ao Processo de Enfermagem, a Sistematização da Assistência ou Metodologia de Assistência de Enfermagem (MAE) vem da necessidade de um caráter metódico à atividade do enfermeiro,

pela compreensão de que um embasamento teórico é imprescindível para a prática da profissão. O Processo de Enfermagem começa a aparecer como uma forma científica de fazer Enfermagem e o tema passa a fazer parte do currículo de algumas escolas de enfermagem. Ganham espaço as teorias e estruturas conceituais de enfermagem que buscam a afirmação científica no meio acadêmico com suas características organizadoras do trabalho e sua natureza reflexiva determinando um roteiro para a assistência, delineado pelos conceitos e pressupostos pré-definidos. Das teorias, derivam as metodologias assistenciais, que uma vez operacionalizadas, abordam o cuidado de maneira própria carregando consigo as características do pensamento teórico (LEOPARDI, 1999).

As teorias de enfermagem e a SAE tem se desenvolvido de modo diferenciado nos diversos países acompanhando a evolução da própria profissão. No Brasil, Wanda de Aguiar Horta, foi pioneira nos estudos relacionados ao PE, quando da publicação do livro *Processo de Enfermagem* em 1979.

Horta (1979, p. 35) definiu o Processo de Enfermagem como “uma metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico sendo uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. As etapas do Processo de Enfermagem proposto por Horta são: Histórico de Enfermagem que consiste no roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas; Diagnóstico de Enfermagem (DE) que é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência desse atendimento em natureza e em extensão; Plano Assistencial que é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido; Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem que consiste na implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano; Evolução de Enfermagem que é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no paciente, enquanto estiver sob assistência profissional, sendo que através desta etapa, é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada e Prognóstico de Enfermagem que é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

A partir dos trabalhos de Wanda Horta, a SAE foi sendo implantada em alguns serviços, obtendo resultados variados (CIANCIARULLO, 2003). A SAE no Brasil sempre teve grandes dificuldades para se efetivar na prática em função de diversos fatores, dentre eles o mais decisivo – a composição da equipe de enfermagem. Na realidade a atual a equipe de enfermagem é formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Até poucos anos atrás grande parte da equipe de enfermagem era formada por atendentes de enfermagem, treinados em serviço. Os atendentes de enfermagem, embora constituíssem a maioria da profissão, não possuíam educação formal para o exercício da profissão<sup>1</sup>. Influencia ainda fortemente a não realização da SAE o pequeno número de enfermeiros nos serviços de saúde, uma vez que, segundo a Lei do Exercício Profissional, a SAE é atividade exclusiva dos enfermeiros.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, existem inscritos no órgão que fiscaliza o exercício da profissão, apenas 271.809 enfermeiros, com atuação em todas as instâncias do sistema de saúde, clínicas privadas, escolas e outros, em um contingente de cerca de um milhão e trezentos mil profissionais, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuando no país. Somente contabilizando os leitos hospitalares no Brasil, percebe-se que o número de profissionais enfermeiros é insuficiente para a efetivação da SAE. São aproximadamente 467.086 leitos hospitalares ativos, denotando um déficit de profissionais enfermeiros nas instituições hospitalares. Essa realidade pouco tem contribuído para a efetivação e continuidade da SAE na realidade ainda nos dias atuais (COFEN, 2009).

Ainda assim a sistematização da assistência tem sido adotada principalmente por instituições hospitalares ligadas às universidades, com diferentes ajustes e com a utilização de diferentes teorias, mas principalmente com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é uma destas instituições. No HU/UFSC a enfermagem realiza o planejamento da assistência aos pacientes, desde o início do seu funcionamento, na década de 1980, utilizando-se da MAE orientada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta, sendo realizadas as etapas de histórico de enfermagem,

---

<sup>1</sup>A lei nº 7498/86, em seu artigo 23, parágrafo único, coloca em caráter de extinção a figura do Atendente de Enfermagem, a partir de 25 de junho de 1996(CNS, 1994).



prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. É através deste instrumento que os enfermeiros acompanham o cuidado de enfermagem realizado pela equipe de enfermagem aos pacientes. Não se utiliza na realidade do HU/UFSC a etapa de diagnóstico de enfermagem. Para a realização da prescrição de enfermagem, os enfermeiros adotam a identificação de “problemas de enfermagem” no histórico de enfermagem.

Influenciou significativamente na não utilização da etapa de diagnóstico, a adoção do modelo proposto por Wanda Horta. A autora, embora tenha proposto uma fase de DE, não desenvolveu essa etapa do modo como vem sendo discutida na atualidade a partir do desenvolvimento das classificações diagnósticas. Para Horta (1979), o DE é o segundo passo do processo de enfermagem e é definido como a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. A insuficiência da proposta de Horta em relação a essa etapa do PE não contribuiu para que os enfermeiros se empenhassem na adoção dessa etapa no método.

No HU/UFSC a etapa de diagnóstico foi entendida e adotada como identificação dos problemas de enfermagem, também porque a instituição optou pelo modelo de “prontuário orientado para o problema”, preconizado por Lawrence Weed. Segundo o método Weed, o paciente possui um prontuário único onde a equipe multiprofissional faz suas observações, registros da identificação de problemas e intervenções, assim como a evolução do quadro segundo sua ótica, permitindo desse modo que todas as observações e dados registrados possam ser correlacionados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1981).

O prontuário orientado para o problema, conforme idealizado por Weed tem por base o método científico para resolução de problemas. Segundo o método científico, o sistema de prontuário orientado para o problema tem quatro componentes: **Banco de dados iniciais**, que representam as informações colhidas durante a anamnese e o exame do paciente são os fundamentos para o banco de dados; **Lista de problemas**, sendo problema entendido como “tudo o que requereu, requer ou poderá vir a requerer assistência de saúde e que afetou ou possa vir a afetar significativamente o bem estar físico ou emocional de uma pessoa”; **Plano**, que inclui número e título do problema com as finalidades das medidas, diagnóstico, tratamento e educação do paciente e as ações a serem tomadas com respeito a cada finalidade e a **Prescrição** que é a operacionalização diária dos planos iniciais e é

orientada para cada problema identificado; **Nota de evolução** que são divididas em quatro partes, comumente designadas pelas siglas S (dados subjetivos), O (dados objetivos), A (análise de dados), P (plano de tratamento) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1981).

Na configuração do Prontuário Orientado para o Problema, os profissionais médicos registram os problemas, segundo o diagnóstico médico, e a enfermagem, por não ter na época de sua criação uma terminologia própria, registra os problemas identificados, sublinhando no histórico de enfermagem sinais, sintomas e situações relacionadas às necessidades humanas básicas, e a partir daí os denomina “Problemas de Enfermagem N° 1” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 1981).

Neste modelo, o histórico de enfermagem e a definição de problemas são realizados pelo enfermeiro nas primeiras 24 horas da internação do paciente, este documento o acompanha durante todo o processo de hospitalização. Com base no histórico de enfermagem o enfermeiro sublinha os principais problemas do paciente, que se constituem em problemas de enfermagem para os quais serão previstos cuidados de enfermagem. Após a definição dos problemas o enfermeiro elabora uma prescrição de cuidados que é posteriormente implementada pela equipe de enfermagem, com vistas a prestar a assistência que o paciente necessita. Na evolução de enfermagem, passo subsequente deste processo, o enfermeiro avalia os resultados dos cuidados de enfermagem prestados, podendo então, de acordo com a avaliação definir novos problemas, propor novos cuidados ou mesmo suspender os que já não evidenciam necessidade. Diariamente o enfermeiro atualiza a prescrição, os cuidados são implementados por ele e pela equipe de enfermagem e realiza a evolução do cuidado, tornando o processo assistencial dinâmico e atualizado conforme as necessidades do paciente.

Em relação à etapa de DE, a enfermagem da instituição praticamente nada avançou ao longo destes 30 anos de realização da SAE. Atualmente vem sendo discutida a necessidade de adotar a etapa de DE, considerando que esta pode contribuir para o raciocínio clínico do enfermeiro. O DE é considerado a etapa mais complexa do processo e é de importância imensurável no planejamento do cuidado ou prescrição de enfermagem. Permite a identificação dos problemas de saúde reais ou potenciais do paciente com suas características particulares, ou seja, de maneira individualizada, utilizando um raciocínio científico, baseado no conhecimento. Nesse sentido, esta

etapa constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados de maneira articulada, pelos quais o enfermeiro é responsável, possibilitando desta forma que os líderes e pesquisadores avaliem a prática em todas as organizações (CARMO; AZZOLIN, 2005).

Os benefícios da implementação da etapa de DE, segundo a literatura, são muitos, principalmente no que se refere ao cuidado do paciente, planejamento coerente das intervenções partindo para a resolução baseada na cientificidade e melhoria na comunicação entre enfermeiros e equipe multiprofissional através de uma linguagem única. A contextualização do DE no processo de enfermagem pode ter efeitos positivos na definição dos fenômenos, no plano de ação de enfermagem e avaliação dos resultados alcançados, de modo a atender a maioria dos problemas de forma efetiva e individualizada, deixando de existir lacunas na assistência e/ou cuidados excessivos demandando maior tempo na prestação do cuidado (CARMO; AZZOLIN, 2005).

Por outro lado, o levantamento dos problemas de enfermagem, do modo como é utilizado atualmente na instituição em estudo, apresenta limitações e dificulta o raciocínio clínico dos enfermeiros na definição dos cuidados a serem prestados, bem como, na análise da evolução do paciente mediante os cuidados de enfermagem implementados; não contribuem para a adoção de uma linguagem universal, que dê visibilidade à Enfermagem, pela construção de um corpo de conhecimentos próprios.

Nos últimos anos o debate acerca da utilização de uma classificação diagnóstica tem crescido em função da adoção deste referencial no meio acadêmico, da intensificação deste debate na realidade brasileira e outros fatores. Também a recente informatização da assistência que vem sendo adotada pelas instituições de saúde, com a possibilidade de introdução de prontuários informatizados estimula e contribui para pensar a utilização do DE. Nos hospitais universitários a informatização da assistência é uma realidade aprimorada com a utilização de aplicativos que respondem às necessidades para o registro adequado da assistência prestada.

O conjunto destes fatores, a relevância do tema, a convivência com professores e alunos estimulou-me a estudar no curso de mestrado essa problemática na tentativa de contribuir para introduzir na prática diária do serviço de clínica médica, a etapa diagnóstica no planejamento da assistência. Acredito que a utilização da etapa do DE no planejamento da assistência, pode contribuir para a construção de

conhecimentos de enfermagem e promover melhorias na previsão de cuidados diferenciados aos pacientes.

A etapa de DE foi pouco explorada durante a minha fase de graduação e especialização, bem como durante toda vida profissional, constituindo um desafio individual e também do grupo de enfermeiros do serviço que estarão engajados no processo. Também a maioria destes profissionais compartilha da minha dificuldade aliada à comodidade relacionada à metodologia em uso e a resistência à mudança comum ao ser humano.

Entendo que um processo de mudança na realidade deve ser debatido entre aqueles que estão envolvidos na problemática, assim como deve considerar o conhecimento já construído acerca do tema e ponderar ainda o preparo e as limitações existentes. Parte dos enfermeiros da instituição tem dificuldades para compreender o processo de classificação diagnóstica; os que conhecem têm maior contato com a classificação proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I); existe um sentimento profundo de proximidade e de defesa da teoria das necessidades humanas básicas entre os enfermeiros; a instituição tem investido na informatização do modelo atual de registro informatizado, visando à adaptação para formalizar o processo de enfermagem contemplando todas as suas etapas.

Em contrapartida esse desafio vem atender a uma exigência, que num futuro próximo estará permeando nosso trabalho em cumprimento à legislação. Percebo ainda, que o acadêmico de Enfermagem, devido à ênfase dada ao tema na atualidade, vem para os campos de estágio no Hospital Universitário direcionados a aplicar os ensinamentos oferecidos em sua formação, porém, não encontra no campo, espaço para empregar esse conhecimento. Não existe no modelo atual espaço para a utilização da classificação diagnóstica e essa condição gera equívocos no aluno de graduação que a confunde com a avaliação dos resultados dos cuidados prestados, que compõem a evolução de enfermagem gerando registro de dados fora do padrão, não obedecendo coerentemente às fases do PE.

Sendo o HU/UFSC uma instituição de ensino, que convive com profissionais em formação, multiplica-se a necessidade de melhoria do cuidado pela compreensão das necessidades individuais do paciente através da aplicação do PE na sua integralidade, prevendo a qualidade da assistência.

Diante de todas essas considerações, a questão que motivou essa pesquisa é definida como: de que modo é possível introduzir o

diagnóstico de enfermagem da NANDA-I no planejamento da assistência de enfermagem na unidade de Clínica Médica III do Hospital Universitário?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Apresentar os diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a taxonomia II da NANDA-I para o cuidado dos pacientes internados na Clínica Médica III do Hospital Universitário Dr. Polydoro de São Thiago.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os problemas de enfermagem mais frequentes apresentados pelos pacientes internados, através dos históricos de enfermagem;
- b) Identificar os principais diagnósticos de enfermagem com base nos problemas de enfermagem, assim como suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a taxonomia II da NANDA-I (2009-2011) dos pacientes internados;
- c) Conhecer as percepções dos enfermeiros acerca da experiência de implementar o diagnóstico de enfermagem na SAE.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar o estudo, realizou-se uma revisão do debate existente acerca da SAE e da utilização do Diagnóstico de Enfermagem na realidade brasileira, obtida através de consulta sistemática na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), dos últimos sete anos, utilizando-se as palavras-chaves SAE, DE e processo de enfermagem.

A seleção dos artigos se deu através da leitura do título e do resumo. Foram excluídos os artigos não disponíveis na íntegra na internet, que não tinham relação com o tema proposto e àqueles que se referiam a estudos dos diagnósticos segundo um grupo específico de sujeito, especialidade médica ou patologia. Foram encontrados 132 artigos inicialmente. Ao aplicar os critérios de exclusão, foram selecionados 17 artigos, os quais fazem parte desta revisão. Além destes, também foram utilizados alguns artigos e livros que tratam do assunto e que colaboram com o estudo, dando-lhe maior embasamento e sustentação.

A discussão acerca da SAE abordou questões mais amplas incluindo a viabilidade e adoção desta na prática assistencial nas instituições de saúde, e incluiu principalmente relatos de experiências e pesquisas de utilização da sistematização em grupos específicos como gestantes, crianças, pacientes internados em unidades de terapia intensiva, doenças como hipertensão, diabetes e outras. Geralmente os estudos trataram da aplicação da SAE em situações de hospitalização.

Estudo que levantou a produção do conhecimento sobre SAE no Brasil constatou que há predominância das publicações com enfoque hospitalar (63,2%), contra 15,5% em área extra-hospitalar (FIGUEIREDO et al., 2006). Os autores citaram que o predomínio do enfoque hospitalar pode estar relacionado à Lei do Exercício profissional que preconiza que a SAE seja priorizada para pacientes com risco de vida e que exige tomada de decisão imediata, o que acontece, em geral, nos hospitais.

Diferentes modelos de gestão foram utilizados para implantação/implementação da SAE nas instituições hospitalares exercendo influência no seu processo, conforme citaram Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009), quais sejam: Gestão Participativa com envolvimento de toda a equipe de enfermagem na elaboração do instrumento, implementação e execução de uma metodologia de assistência sistematizada; Formação de Grupos para elaboração de modelo assistencial, normalmente formado por enfermeiros

assistenciais, gerenciais, chefias e educação continuada. Estes, através de reuniões, repassam as informações aos demais profissionais envolvidos no processo de elaboração, implantação e execução da rotina de trabalho. Por último as experiências costumam iniciar a partir de uma única unidade de internação da instituição, com pacientes de determinada especialidade, e a seguir, após a adaptação do modelo a esse grupo de pacientes, as instituições ampliam a nova metodologia para as demais unidades. Complementam as autoras que todas as modalidades citadas apontam a necessidade de um apoio institucional, no sentido de reconhecer a sua importância incorporando-a ao prontuário do paciente e à rotina de trabalho, bem como proporcionando o número de profissionais adequados para a sua efetivação.

No que diz respeito à utilização de classificação diagnóstica a situação também não foi diferente. A maior parte dos estudos tratou de experiências de utilização de determinados diagnósticos de enfermagem à pacientes com patologias específicas. Pacientes portadores de doenças crônicas em geral foram alvos das preferências dos enfermeiros, que esperam com isso direcionar o cuidado aos sintomas específicos para amenizar as limitações e sofrimentos causados pela doença na vida desses pacientes. Para Pellison et al. (2007) a implementação das ações de enfermagem individualizadas possibilitam a melhoria na qualidade da assistência por estarem voltadas às reais necessidades do paciente, considerando além da patologia, a fase de vida do indivíduo. Becker, Teixeira e Zanetti (2008) acrescentam que quando o enfermeiro busca investigar o DE para guiar o planejamento da assistência, o faz com vistas a identificar dados significativos que fundamentem suas intervenções focadas nos sinais e sintomas produzidos por determinada patologia, amenizando os efeitos da mesma na qualidade de vida do paciente.

Embora as discussões sobre a SAE na realidade brasileira incluam as diversas teorias de enfermagem, boa parte dos estudos relata a utilização da Teoria das NBH de Wanda Horta. No ano de 2006, em pesquisa realizada com intuito de caracterizar a produção de conhecimentos sobre a SAE no Brasil, Figueiredo et al. (2006) concluíram que o modelo teórico de Wanda Horta apareceu em 40,5% do total de artigos selecionados para o estudo. Pellison et al. (2007), ao estudarem como se dá o ensino do Processo de Enfermagem nas Escolas de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo, constataram que o referencial teórico adotado em 52% da amostra diz respeito ao modelo de Wanda de Aguiar Horta.



Truppel et al. (2009) definiram a SAE como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado baseado nos princípios do método científico, cujos objetivos visam identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, subsidiando desta forma as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Para Neves e Schimizu (2010), a SAE é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe de enfermagem durante o período em que o paciente se encontra internado; nas instituições de saúde permite prever e oferecer a segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem além da individualização da assistência promovendo a autonomia para o enfermeiro.

Esta metodologia possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos pacientes. Desse modo, a SAE permite que se alcancem resultados positivos do trabalho do enfermeiro; é uma atividade privativa da categoria, regulamentada pela Lei do exercício Profissional nº 7489 de 25 de junho de 1986, que visa assistir ao paciente na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 1986).

Objetivando orientar a prática profissional, no que diz respeito aos registros de enfermagem, no ano de 2002, a Resolução COFEN 272, reafirma como ação privativa do enfermeiro em toda instituição de saúde, “a implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem...” A mesma resolução, dá o amparo legal ao exercício profissional do enfermeiro quanto à SAE por meio do PE (BUB; LISS, 2006).

No entanto, a Resolução 272/2002 não respondia a diversas questões que eram debatidas pelos enfermeiros. Em 2009, foi lançada a Resolução COFEN 358/2009 que tornou obrigatório a SAE em todas as instituições públicas e privadas em que há pessoal de enfermagem prestando assistência às pessoas em situação de saúde-doença, e definiu as etapas mínimas que constituem o processo de enfermagem em: o histórico de enfermagem, o DE, a prescrição, a implementação de cuidados e a evolução de enfermagem (COFEN, 2009). A edição de resoluções pelo órgão de classe da enfermagem embora não determine de pronto a sua adoção em todos os estabelecimentos de saúde, pois a realização da SAE em todas as suas etapas também depende de condições de trabalho e preparo dos enfermeiros para tal, estimula a

discussão e coloca em pauta esse importante instrumento de trabalho da profissão, o qual tem potencial para imprimir qualidade ao trabalho da enfermagem.

Amante, Rosseto e Schneider (2009) defendem que quando o enfermeiro se utiliza da SAE para o planejamento e avaliação da assistência, evidencia-se seu papel de liderança junto à equipe, contribuindo para uma assistência adequada e individualizada. Para que se atinja esta assistência, é necessária a aplicação de uma SAE baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais de enfermagem da instituição, envolvidos na prestação dos cuidados de enfermagem.

A adoção da SAE na prática cotidiana dos enfermeiros no Brasil, no entanto, tem enfrentado muitas dificuldades e resistências, em função de diversos fatores que vão desde a formação até as condições de trabalho da enfermagem nas instituições de saúde. Geralmente, a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de profissionais de enfermagem e o número de enfermeiros nas instituições de saúde têm sido apontados como limitadores para a realização da SAE.

Felix, Rodrigues e Oliveira (2009), buscaram conhecer os desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento de uma cidade do estado de São Paulo. Estes autores mostraram que 100% dos participantes do estudo relataram sentir dificuldades em realizar a SAE em seu ambiente de trabalho. Dentre as principais dificuldades, 50% dos participantes destacam a falta de tempo para sua realização e 11,11% apontaram o conhecimento teórico insuficiente sobre o tema. Outro motivo relacionado foi à resistência por parte dos enfermeiros para adoção deste instrumental.

Em outro estudo, Luiz et al. (2010) definiram, a partir dos depoimentos dos participantes, a falta de recursos humanos e a insuficiência de conhecimento, além da insuficiência de recursos materiais como fatores limitadores para realização da SAE. Os integrantes do estudo apresentam como alternativa para sua implantação, a adoção de sistemas informatizados.

Sobre estes aspectos, Amante, Rosseto e Schneider (2009) lembram que para a efetiva implementação da SAE, devem estar ajustadas às condições de cada instituição relacionadas ao quantitativo de profissionais, à carga horária da instituição e outros. Barros e Gutiérrez (2004) também afirmam que implementar uma nova metodologia para conduzir a prestação da assistência de enfermagem implica no enfrentamento de uma série de desafios, sendo necessário, a

*priori* reconhecer as possibilidades e os limites da instituição e da equipe de enfermagem.

Sobre esse aspecto, a formalização da SAE como modelo oficial para a prestação da assistência em enfermagem pode parecer para muitos enfermeiros mais um trabalho burocrático a ser realizado e algo que não aperfeiçoará o cuidado de enfermagem, pois os mesmos acabam por gastar muito tempo escrevendo todos os passos do processo de enfermagem, tempo este que consideram, poderia ser usado para prestação da assistência ao cliente (SPERANDIO, 2005 apud SANTOS, 2007).

De fato, a implementação da SAE é longa e despende tempo do enfermeiro para a sua elaboração. Avanços na informatização da assistência em instituições de saúde e, conseqüentemente, a informatização buscando a racionalização do tempo de execução do PE, tem surgido como resposta a estas dificuldades. Porém, a padronização de sistemas de cuidados de enfermagem e da SAE, modulados por programas de computador, ainda enfrentam barreiras para a sua total implantação em nosso país, diferentemente, daquilo que já se apresenta como uma ferramenta metodológica avançada para o cuidado de qualidade em países desenvolvidos (SANTOS, 2007).

Palomares e Marques (2010) buscando identificar as principais contribuições que os sistemas e protótipos de sistemas computacionais têm trazido na implementação da SAE, constataram que o maior benefício foi a otimização do tempo do enfermeiro e a melhor organização dos dados. Acrescentam ainda que a SAE é um processo aplicável no dia a dia, de qualidade e prático, tornando o trabalho mais prazeroso, no sentido de que o enfermeiro pode visualizar mais facilmente os resultados e organização de seu trabalho.

Podemos dizer que a informatização da SAE consiste num passo importante para promover transformações nos registros de enfermagem, porém, para tal torna-se imprescindível à utilização de um sistema padronizado de linguagem do processo assistencial a fim de que se possa realizar a captura de dados desse processo, para agrupá-los, classificá-los, analisá-los e transformá-los em informações. A padronização pressupõe a utilização de um conjunto de termos pré-estabelecidos que expressem: situações do processo saúde/doença que podem ser modificadas por intervenções de enfermagem; ações de enfermagem que modificam as situações do processo saúde/doença e resultados obtidos com a efetivação dessas ações. Uma necessidade considerada, na viabilização da padronização da linguagem, foi a

implementação do DE como mais uma etapa do SAE (LIMA; KURCGANT, 2006).

Repetto e Souza (2005) referem que a SAE facilita aos enfermeiros identificar as NHB afetadas nos pacientes e, assim, definir os diagnósticos classificados e respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas. Para a equipe de enfermagem, a etapa de diagnóstico conduz a prestar uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos e viabilizando o cuidado individualizado.

Sobre esse aspecto, Truppel et al. (2009) avaliaram que apesar da SAE estar incorporada à prática profissional de algumas instituições, as demandas atuais requerem seu aprimoramento, sendo necessária e imprescindível a adoção de sistemas de classificação para descrever e padronizar as situações do exercício profissional.

O desenvolvimento de um sistema de classificação para os diagnósticos de enfermagem, de forma científica e confiável, tem se mostrado um processo lento e difícil. Observa-se que não existe no momento uma proposta única de classificação diagnóstica, que contemple as diversas situações que se apresentam no assistir em enfermagem em hospitais, unidades básicas de saúde, escolas e outros. Para Cruz et al. (2009), há esforços para desenvolver classificações de diagnósticos que representem o universo de possibilidades relativas aos focos da enfermagem clínica. Esse universo de possibilidades permite às enfermeiras identificar os focos clínicos pertinentes ao cuidado que prestam. Identificando esse foco, as enfermeiras adquirem maior conscientização de seu papel clínico e maior capacidade e respaldo para decidir o que fazer em prol da recuperação do estado de saúde do paciente.

Na inclusão da etapa de DE, dentre as classificações diagnósticas, os estudos apontam para a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®), desenvolvida e difundida pelo mundo como um sistema unificado da linguagem, capaz de comunicar e comparar dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas, sendo que a utilização dos recursos da informática é imprescindível para a mesma, por considerar a ampliação dos termos e conceitos dos cuidados à saúde, bem como, as relações inerentes às terminologias. Nesse sentido, a CIPE® está em constante atualização e melhoramento, objetivando ampliar seus vocabulários para os diversos contextos da enfermagem (ROSSO; SILVA; SCALABRIN, 2009).

Outra classificação diagnóstica amplamente difundida é a NANDA-I, que atualmente é uma linguagem internacionalmente

conhecida como uma fonte consolidada de terminologia de DE, estando disponível em várias línguas, dentre elas, chinês, dinamarquês, holandês, inglês (britânico e norte-americano), francês, alemão, islandês, italiano, japonês, norueguês, espanhol, além do português. Ela tem sido utilizada em mais de 20 países do mundo (NANDA-I, 2010).

Carpenito (2009, p. 27), tratando das classificações diagnósticas afirmou que, apesar dos problemas existentes, os sistemas de classificação, em franca evolução, refletem cada vez mais, a arte e a ciência da enfermagem graças ao esforço e empenho de excelentes enfermeiras clínicas, de pesquisadoras de enfermagem, de outros profissionais e de organizações da área.

Cruz et al. (2006) salientaram que a implementação da classificação diagnóstica de enfermagem em serviços de saúde é uma inovação. Neste sentido é necessário que o planejamento da mudança envolva aspectos relativos às atitudes das enfermeiras diante do DE. Muitas vezes as atitudes podem ser baseadas em informações errôneas, distorcidas ou incompletas. O uso clínico de classificação de diagnósticos pode acrescentar conhecimento sobre o próprio diagnóstico e assim influenciar as atitudes em relação a ele.

Segundo Amante, Rosseto e Schneider (2009) os diagnósticos de enfermagem identificam a situação de saúde/doença dos pacientes internados, resultando em um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico. Lima e Kuregant (2006) apontam como pontos importantes para o processo de implementação do DE: a evidência da realização do levantamento de necessidades e a mobilização de recursos para o atendimento dessas necessidades, tanto de ordem técnica (recursos estruturais e tempo) como de ordem ético-política (valorizando o conhecimento e potencial criativo do enfermeiro).

Souza e Valadares (2011) ressaltam que o conhecimento técnico-científico aplicado na formulação dos DE confere autonomia ao enfermeiro, que pode ser evidenciada à medida que este é aplicado, observando-se suas repercussões nas decisões tomadas e nas intervenções adotadas. O processo de cuidar é enriquecido quando a equipe de enfermeiros demonstra pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas e habilidades técnico-científicas; o que contribui para o fortalecimento da enfermagem como profissão. Os autores supracitados acrescentam ainda que apreender o conhecimento acerca dos DE é extremamente importante, por possibilitar ao enfermeiro maior facilidade em identificá-los a partir da avaliação clínica do paciente e

assim aplicá-los de maneira efetiva, buscando a SAE e melhores resultados referentes aos cuidados prestados.

A utilização do DE evidencia vantagens para a melhoria da assistência como a abordagem holística do paciente, a obtenção de conhecimento próprio e o favorecimento do aprimoramento contínuo do enfermeiro. O enfermeiro, ao utilizar o processo de enfermagem enfocando o diagnóstico, passa a ter subsídios para as suas intervenções (FRANÇA et al., 2007).

É consenso entre os autores que a etapa diagnóstica apresenta sua importância para o processo de enfermagem (CARMO, AZZOLIN, 2005; FRANÇA et al., 2007; MARIN et al., 2008; BECKER; TEIXEIRA; ZANETTI, 2008). Entretanto, esses autores destacam que sua maior contribuição depende da união de esforços, sendo necessário envolver a equipe para que o trabalho tenha continuidade e não se perca nas tentativas individuais e isoladas. O processo intelectual de formulação de um DE exige objetividade, pensamento crítico e tomada de decisão, o que demanda análise profunda do enfermeiro acerca das NHB afetadas do paciente, configurando uma atividade planejada, crítica e científica. Vários fatores influenciam a competência do enfermeiro em diagnosticar, interferindo desse modo no processo diagnóstico. A capacidade de observação, as habilidades em reunir e interpretar dados, os conhecimentos básicos, as habilidades intelectuais, as experiências passadas, a intuição, o referencial teórico adotado, dentre outros (JESUS, 1995).

Takahashi et al. (2008) ao identificarem as dificuldades e facilidades mencionadas por enfermeiras do Hospital São Paulo na execução das fases do PE, concluíram que a fase diagnóstica foi aquela em que as enfermeiras demonstraram mais dificuldades. O maior problema identificado foi a insuficiência de conhecimentos teóricos básicos e específicos sobre a taxonomia diagnóstica utilizada a NANDA-I. A dependência do raciocínio diagnóstico de enfermagem em relação ao diagnóstico médico também se mostrou forte no relato de enfermeiros, pois geralmente os enfermeiros associam o DE à doença. Os autores lembraram que os problemas do paciente abordados pela enfermeira são diferentes dos abordados pelos médicos, embora os métodos utilizados para sua identificação e o uso de categorias diagnósticas sejam semelhantes.

Nakatami, Carvalho e Bachion (2000) em estudo realizado com enfermeiros, perceberam nos relatos de experiência, a falta de contato destes profissionais com o tema, pela ausência de capacitações nos serviços e também em consequência da formação destes profissionais.

Souza e Valadares (2011) ressaltam a importância da capacitação profissional do enfermeiro durante o processo de apreensão das ideias relacionadas à SAE como um todo, considerado o tempo de formação profissional dos enfermeiros bem como o conhecimento prévio acumulado. Citam que a capacitação tem sido uma forte aliada na difusão do conhecimento, pois, através de cursos ou palestras, os enfermeiros aproximam-se dos DE, tendo maior chance de aplicá-los na prática. Esses eventos permitem que os enfermeiros conhecedores do tema troquem experiências com os enfermeiros iniciantes.

Nakatami, Carvalho e Bachion (2000) citam ainda que a demanda de tempo para a realização da SAE, e por vezes, o quantitativo inadequado de profissionais nos ambientes de trabalho, tem gerado uma resistência dos enfermeiros em utilizar o DE. Acreditam que as dificuldades em relação ao DE devem-se à forma como o ensino dessa temática vem sendo conduzido, muitas vezes sem oportunizar ao aluno modos de pensar, refletir e tomar decisões sobre determinados problemas.

A literatura, no entanto, apresenta diversas contribuições para se pensar a SAE e a etapa de DE e a utilização das Classificações Diagnósticas em serviços específicos. Ganha destaque neste debate a utilização da CIPE<sup>®</sup> e as discussões da utilização da classificação da NANDA-I em algumas instituições hospitalares.

Em relação à CIPE<sup>®</sup> no Brasil, nos últimos anos, cerca de cinquenta enfermeiros e a assessoria da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) nacional, dedicaram-se ao estudo e à implantação dos elementos da prática de enfermagem no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná. Em junho de 2004, foi oficializada a implantação municipal da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC<sup>®</sup>), iniciando-se na área da Saúde da Mulher e em 2005 incorporando a Saúde da Criança. O movimento tem por objetivo visibilizar as estruturas maiores que organizam o trabalho da enfermagem, tornando-se ao mesmo tempo, um poderoso instrumento potencializador da avaliação processual dos resultados, benefícios e impactos da ação da enfermagem (CUBAS; EGRY, 2008). A CIPE<sup>®</sup> foi testada também em um projeto de sistematização da assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva em Florianópolis, e no desenvolvimento de um instrumental tecnológico, tendo por base os termos da linguagem dos componentes da equipe de enfermagem, para inserção em sistemas de informação de um hospital escola, em João Pessoa – PB (CIPE<sup>®</sup>, 2007).

Já no meio hospitalar, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, por exemplo, que há mais de duas décadas fundamenta sua prática assistencial no processo de enfermagem, começou em 2001 sua trajetória na implantação do DE fundamentado na NANDA-I (PELLISON et al., 2007). O Hospital de Clínicas de Porto Alegre também optou pela Classificação da NANDA-I quando acrescentou a etapa do diagnóstico na SAE da instituição, em fevereiro de 2002 e este é considerado parte de um processo evolutivo da profissão do enfermeiro, permitindo acompanhar o processo de evolução do estado clínico dos pacientes (ELIZALDE; ALMEIDA, 2006).

Estas experiências e a convicção pessoal de que o DE pode contribuir para aperfeiçoar o conhecimento científico da profissão, resultando na assistência de melhor qualidade aos pacientes internados em unidades de clínica médica, estimulou-me a empreender no presente estudo. Acredito que a realização deste pode imprimir mudanças na prática do local do estudo, atendendo a uma necessidade da profissão e da instituição, ao mesmo tempo em que cumpre o objetivo do mestrado profissional de promover mudanças na prática assistencial.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico de análise inclui a teorização sobre processo de trabalho em saúde e enfermagem e inspira-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, nas teorizações acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (UFSC, 1981; LEOPARDI, 1999; BENEDET, BUB, 1998), incluindo a Legislação Profissional (COFEN, 2009) e a Classificação Diagnóstica da NANDA-I (NANDA-I, 2009-2011). Inclui também outras referências que tratam do diagnóstico de enfermagem (CARPENITO, 2009; NANDA-I, 2010-2011).

O processo de trabalho em saúde e enfermagem é definido a partir das teorizações de Marx (1989) e das concepções do autor acerca do trabalho como atividade exclusivamente humana, na qual o ser humano imprime suas forças físicas sobre determinado objeto para a construção de um produto útil socialmente.

No trabalho, o ser humano, antes mesmo de sua realização, já tem em mente o que pretende alcançar ao final do processo, e isso é o que o diferencia do trabalho realizado pelos demais animais, a capacidade de prever o resultado (MARX, 1989; PIRES, 1999).

No processo de trabalho em enfermagem os elementos constituintes são a finalidade do trabalho, que é a assistência ao ser humano. O objeto de trabalho de enfermagem que é o ser humano-indivíduo, grupo ou comunidade que necessita da assistência de enfermagem em algum momento de sua vida. Neste estudo o ser humano é o paciente internado em unidades de clínica médica. A força de trabalho são os trabalhadores de enfermagem, que atuam nas unidades de internação prestando cuidados aos pacientes. Na realização do trabalho os profissionais utilizam determinados meios e instrumentos, que são o conhecimento em saúde e enfermagem e os demais instrumentais necessários à prestação da assistência (PIRES, 1999).

A SAE, segundo a teorização sobre processo de trabalho, constitui-se em um instrumento de trabalho do enfermeiro que pode contribuir para a prática assistencial, assim como os demais instrumentos que o enfermeiro utiliza na realização do trabalho. No contexto da SAE, a etapa de diagnóstico de enfermagem sintetiza o conhecimento do enfermeiro acerca do quadro do paciente em determinado momento e contribui para a definição das necessidades de cuidado, assim como para definir os resultados que o enfermeiro pretende alcançar com as intervenções propostas.

Na execução de seu trabalho a enfermagem utiliza diversos conhecimentos que vem de outras áreas da ciência e também conhecimentos próprios da profissão, sendo que as teorias de enfermagem são parte destes conhecimentos. No contexto deste estudo foi utilizado a teoria das NHB, uma vez que este é o referencial utilizado na instituição estudada.

### 3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA HORTA

Horta (1979, p. 28) apresenta sua teoria apoiada nas três leis que regem os fenômenos universais, sendo a primeira a lei do equilíbrio – homeostase ou homeodinâmica – defendendo que “[...] todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os seus seres”. Nesse sentido, estar com saúde é estar com as necessidades equilibradas, de forma dinâmica, no tempo e no espaço; e doença, é o processo resultante do desequilíbrio entre estas dimensões, que afeta o bem estar do ser humano.

A segunda lei é a adaptação, que considera que “[...] todos os seres do universo interagem com o seu meio externo buscando sempre formas de ajustamento para se manter em equilíbrio” (HORTA, 1979, p. 28).

A terceira lei é a do holismo: “[...] universo como um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo não é mera soma das partes constituintes” (HORTA, 1979, p. 28).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta foi desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas, adaptada por Mohama (HORTA, 1979). A hierarquia de necessidades é uma divisão proposta por Abraham Maslow (Psicólogo), em que as necessidades de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto. Esta teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, associando-as a uma hierarquia. O ser humano, como está sempre buscando satisfação, quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se desloca para o próximo e assim sucessivamente (HORTA, 1979).

Na sua teoria Maslow classifica, hierarquicamente, as necessidades em cinco níveis:

1. **Necessidades básicas ou fisiológicas:** aquelas diretamente relacionadas à existência e a sobrevivência do ser humano, estando neste grupo as necessidades de alimento, água, vestuário, sexo e saneamento. Para Maslow, as necessidades fisiológicas são o ponto de partida para a teoria, pois elas são primordiais. As necessidades fisiológicas se referem às necessidades biológicas do indivíduo. São as mais prementes, dominando a direção do comportamento do ser humano quando este se encontra insatisfeito. Assim, uma pessoa dominada por tal necessidade tende a perceber apenas os estímulos que visam satisfazê-las, sua visão de futuro fica limitada e determinada por tal necessidade (REGIS; PORTO, 2006).
2. **Necessidades de segurança:** estão nesse grupo as necessidades relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças como, por exemplo, a necessidade de saúde, trabalho, seguro, previdência social e ordem social. Maslow ressalta que a necessidade de segurança permite ao indivíduo dar preferência pelas coisas familiares, tender por uma religião ou filosofia de vida e pelas rotinas do dia a dia. Porém, a necessidade de segurança só pode ser considerada um motivador ativo e dominante caso encontre-se em momentos de urgência. (CHIAVENATO, 2000).
3. **Necessidades sociais:** relacionadas à vida em sociedade, englobando necessidades de convívio, amizade, respeito, amor, lazer e participação. Estas são as necessidades de convívio social referindo as necessidades de afeto das pessoas com quem convivemos tais como; amigos, noiva, esposa e filhos. O ser humano tenderá a construir relacionamentos afetivos com o intuito de se sentir integrado, parte de um grupo em sociedade. Assim, quando as necessidades sociais não estão suficientemente satisfeitas, a pessoa se torna resistente, antagônica e hostil com relação aos que o cercam. A frustração dessas necessidades conduz geralmente a falta de adaptação social e a solidão. A necessidade de dar e receber afeto é uma importante ativadora do comportamento humano quando se utiliza a administração participativa (CHIAVENATO, 2000).
4. **Necessidades do ego (estima):** guardam relação com a auto-satisfação, caracterizando-se como necessidades de independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade subjetiva, respeito e oportunidades. Elas expressam as necessidades ou desejos das pessoas de alcançarem uma auto-

avaliação estável, bem como uma auto-estima firmemente baseada em sua personalidade. A satisfação destas necessidades conduz a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade, suficiência e utilidade ao mundo (MASLOW, 1962 apud REGIS; PORTO, 2006).

5. **Necessidades de auto-realização:** expressam o mais alto nível das necessidades estando diretamente relacionadas à realização integral do indivíduo. Neste grupo estão as necessidades de utilização plena das potencialidades, de capacidade e da existência de ideologias. São necessidades de crescimento revelando uma tendência de todo ser humano para realizar plenamente o seu potencial. Essa tendência pode ser expressa como o desejo da pessoa tornar-se sempre mais do que é e de vir a ser tudo o que pode ser (MASLOW, 1962 apud REGIS; PORTO, 2006).

A relação hierárquica entre as NHB está ilustrada na Figura 1.

Figura 1: Teoria das Necessidades de Maslow



Fonte: SHERMERHORN; HUNT; OSBORN (1999, p. 88).

Horta construiu a teoria das NHB considerando 18 necessidades humanas como Necessidades Psicobiológicas, 17 como Necessidades

Psicossociais e duas como Necessidades Psicoespirituais (Quadro 1). Para a autora necessidades são entendidas como “estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos de fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p.40).

Quadro 1: Classificação das Necessidades Humanas Básicas.

<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>	<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAS</b>	<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxigenação</li> <li>• Hidratação</li> <li>• Eliminação</li> <li>• Sono e Repouso</li> <li>• Exercício e Atividade Física</li> <li>• Sexualidade</li> <li>• Abrigo</li> <li>• Mecânica Corporal</li> <li>• Motilidade</li> <li>• Integridade Cutâneo-Mucosa</li> <li>• Integridade Física</li> <li>• Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular</li> <li>• Locomoção</li> <li>• Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa</li> <li>• Ambiente</li> <li>• Terapêutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurança</li> <li>• Amor</li> <li>• Liberdade</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Criatividade</li> <li>• Aprendizagem (educação à saúde)</li> <li>• Gregária</li> <li>• Recreação</li> <li>• Lazer</li> <li>• Espaço</li> <li>• Orientação no tempo e espaço</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Auto-realização</li> <li>• Auto-estima</li> <li>• Participação</li> <li>• Autoimagem</li> <li>• Atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religiosa ou teológica</li> <li>• Ética ou de filosofia de vida</li> </ul>

Fonte: HORTA (1979, p.40).

A teoria também possui pressupostos, ou seja:

A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade; A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu autocuidado (LEOPARDI, 1999. p.80).

Segundo a definição desta teoria, Enfermagem

é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (HORTA, 1979, p.29).

A preocupação em fundamentar o cuidado de enfermagem em uma metodologia própria, direcionada ao atendimento das necessidades das pessoas, famílias e grupos, já era motivo de preocupação para Wanda Horta em 1971. Segundo ela, o enfermeiro deveria prestar o cuidado, ou seja, a assistência ao indivíduo, família ou comunidade baseado na metodologia científica, deixando de simplesmente obedecer aos comandos médicos, ou pior, realizar ações fundadas apenas no empirismo, sem entender de fato as reais necessidades do indivíduo, família ou comunidade (HORTA, 1971 apud BUB; LISS, 2006).

### 3.2 NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – INTERNATIONAL

Em 1953, Vera Fry fez a primeira menção ao termo Diagnóstico de Enfermagem para descrever um passo necessário ao desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. Durante os vinte anos seguintes pouco se aprimorou sobre o tema e, a partir do primeiro encontro do *National Conference Group* (Grupo da Conferência Nacional), na First National Conference on the Classification of Nursing

Diagnosis, em St. Louis, Missouri, em 1973, o tema ganhou relevância e despertou o interesse em padronizar a terminologia da enfermagem (NANDA-I, 2009/2011). O grupo era composto de enfermeiros dos EUA e Canadá e a partir dessa data passou a buscar o estabelecimento de um sistema de classificação compatível com a informática. O grupo reuniu-se por quinze vezes e já formulou uma lista de diagnósticos. Em 2003, a organização foi renomeada *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e, vem ao longo dos anos revisando e incluindo novos diagnósticos, posteriormente publicados na forma de periódicos denominados *Nursing Diagnosis: The International Journal of Nursing Language and Classification*. (CARPENITO, 2009).

Em março de 1990, durante a nona conferência da NANDA-I, a assembleia geral aprovou uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas da saúde/processos vitais reais ou potenciais”; o DE permite selecionar as intervenções de enfermagem (CARPENITO, 2009, p. 24).

A NANDA-I vem contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos DE, tem desenvolvido um sistema conceitual para classificar os diagnósticos em uma taxonomia, ou seja, uma classificação. Em 1989, publicou a Taxonomia I compreendendo nove padrões de resposta humana e, com base em diversas avaliações, publicou, em 2001, a Taxonomia II, com 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos (CARPENITO, 2009). **Domínio** compreende uma esfera de atividade, estudo ou interesse, **classe** é uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau e, **diagnóstico de enfermagem** constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (ROGET, 1980, p.287 apud NANDA-I, 2009-2011, p.389).

O Quadro 2, a seguir, mostra os domínios, classes e diagnósticos da Taxonomia II da NANDA-I:

Quadro 2: Domínios, Classes e diagnósticos aprovados da Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association International, 2010.

<b>DOMÍNIO</b>	<b>CLASSE</b>	<b>DIAGNÓSTICOS APROVADOS</b>
<b>Promoção da saúde</b>	1- Percepção da saúde	
	2- Controle da saúde	<p>Autocontrole ineficaz da saúde</p> <p>Controle familiar ineficaz do regime terapêutico</p> <p>Manutenção ineficaz da saúde</p> <p>Manutenção do lar prejudicada</p> <p>Disposição para controle aumentado do regime terapêutico</p> <p>Disposição para nutrição melhorada</p> <p>Disposição para estado de imunização melhorado</p> <p>Autonegligência</p>
<b>Nutrição</b>	1- Ingestão	<p>Padrão ineficaz de alimentação do bebê</p> <p>Deglutição prejudicada</p> <p>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais</p> <p>Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais</p>
	2- Digestão	
	3- Absorção	Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
	4- Metabolismo	<p>Risco de glicemia instável</p> <p>Risco de função hepática prejudicada</p> <p>Icterícia neonatal</p>
	5- Hidratação	<p>Volume de líquidos deficiente</p> <p>Risco de volume de líquidos deficiente</p> <p>Volume de líquidos excessivo</p> <p>Disposição para equilíbrio de</p>



		líquidos aumentado Risco de desequilíbrio eletrolítico Risco de desequilíbrio do volume de líquidos
<b>Eliminação e troca</b>	1- Função urinária	Eliminação urinária prejudicada Retenção urinária Incontinência urinária funcional Incontinência urinária de esforço Incontinência urinária de urgência Incontinência urinária reflexa Risco de incontinência urinária de urgência Disposição para eliminação urinária melhorada Incontinência urinária por transbordamento
	2- Função gastrointestinal	Incontinência fecal Diarreia Constipação Risco de constipação Constipação percebida Motilidade gastrointestinal disfuncional Risco de Motilidade gastrointestinal disfuncional Troca de gases prejudicada
	3- Função tegumentar	
	4- Função respiratória	Desobstrução ineficaz de vias aéreas Ventilação espontânea prejudicada
<b>Atividade/repouso</b>	1- Sono/repouso	Privação de sono Disposição para sono melhorado Insônia Padrão de sono prejudicado

	2- Atividade/exercício	<p>Risco de síndrome do desuso</p> <p>Mobilidade física prejudicada</p> <p>Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada</p> <p>Mobilidade no leito prejudicada</p> <p>Capacidade de transferência prejudicada</p> <p>Deambulação prejudicada</p> <p>Atividade de recreação deficiente</p> <p>Recuperação cirúrgica retardada</p> <p>Estilo de vida sedentário</p>
	3- Equilíbrio de energia	<p>Campo de energia perturbado</p> <p>Fadiga</p>
	4- Respostas cardiovasculares/ pulmonares	<p>Débito cardíaco diminuído</p> <p>Ventilação espontânea prejudicada</p> <p>Padrão respiratório ineficaz</p> <p>Intolerância à atividade</p> <p>Risco de intolerância à atividade</p> <p>Resposta disfuncional ao desmame ventilatório</p> <p>Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída</p> <p>Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</p> <p>Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz</p> <p>Risco de perfusão renal ineficaz</p> <p>Perfusão tissular periférica ineficaz</p> <p>Risco de choque</p> <p>Risco de sangramento</p>
	5- Autocuidado	<p>Déficit no autocuidado para vestir-se</p>

		<p>Déficit no autocuidado para banho</p> <p>Déficit no autocuidado para alimentação</p> <p>Déficit no autocuidado para higiene íntima</p> <p>Disposição para aumento do autocuidado</p>
<b>Percepção/ cognição</b>	<p>1- Atenção</p> <p>2- Orientação</p> <p>3- Sensação/percepção</p> <p>4- Cognição</p> <p>5- Comunicação</p>	<p>Negligência unilateral</p> <p>Síndrome da interpretação ambiental prejudicada</p> <p>Perambulação</p> <p>Percepção sensorial perturbada</p> <p>Conhecimento deficiente</p> <p>Disposição para conhecimento aumentado</p> <p>Confusão aguda</p> <p>Confusão crônica</p> <p>Memória prejudicada</p> <p>Disposição para aumento da tomada de decisão</p> <p>Risco de confusão aguda</p> <p>Planejamento de atividade ineficaz</p> <p>Comunicação verbal prejudicada</p> <p>Disposição para comunicação aumentada</p>
<b>Auto percepção</b>	<p>1- Autoconceito</p>	<p>Distúrbio da identidade pessoal</p> <p>Sentimento de impotência</p> <p>Risco de sentimento de impotência</p> <p>Desesperança</p> <p>Risco de solidão</p> <p>Disposição para autoconceito</p>

		<p>melhorado</p> <p>Disposição para poder de decisão aumentado</p> <p>Risco de dignidade humana comprometida</p>
	2- Autoestima	<p>Baixa autoestima crônica</p> <p>Baixa autoestima situacional</p> <p>Risco de baixa autoestima situacional</p>
	3- Imagem corporal	<p>Distúrbio na imagem corporal</p>
<b>Papéis e relacionamentos</b>	1- Papéis do cuidador	<p>Tensão do papel de cuidador</p> <p>Risco de tensão do papel de cuidador</p> <p>Paternidade ou maternidade prejudicada</p> <p>Risco de paternidade ou maternidade prejudicada</p> <p>Disposição para paternidade ou maternidade melhorada</p>
	2- Relações familiares	<p>Processos familiares interrompidos</p> <p>Disposição para processos familiares melhorados</p> <p>Processos familiares disfuncionais</p> <p>Risco de vínculo prejudicado</p>
	3- Desempenho do papel	<p>Amamentação eficaz</p> <p>Amamentação ineficaz</p> <p>Amamentação interrompida</p> <p>Desempenho de papel ineficaz</p> <p>Conflito no desempenho do papel de pai/mãe</p> <p>Interação social prejudicada</p> <p>Disposição para relacionamento melhorado</p>

<b>Sexualidade</b>	<p>1- Identidade sexual</p> <p>2- Função sexual</p> <p>3- Reprodução</p>	<p>Disfunção sexual</p> <p>Padrões de sexualidade ineficaz</p> <p>Disposição para processo de criação de filhos melhorado</p> <p>Risco de díade mãe/feto perturbada</p>
<b>Enfrentamento/ Tolerância ao estresse</b>	<p>1- Reações pós-trauma</p> <p>2- Reações de enfrentamento</p>	<p>Síndrome do estresse por mudança</p> <p>Risco de síndrome do estresse por mudança</p> <p>Síndrome do trauma de estupro</p> <p>Síndrome pós-trauma</p> <p>Risco de síndrome pós-trauma</p> <p>Medo</p> <p>Ansiedade</p> <p>Ansiedade relacionada à morte</p> <p>Tristeza crônica</p> <p>Enfrentamento ineficaz</p> <p>Enfrentamento familiar incapacitado</p> <p>Enfrentamento familiar comprometido</p> <p>Enfrentamento defensivo</p> <p>Enfrentamento comunitário ineficaz</p> <p>Disposição para enfrentamento aumentado</p> <p>Disposição para enfrentamento familiar aumentado</p> <p>Disposição para enfrentamento comunitário aumentado</p> <p>Risco de pesar complicado</p> <p>Sobrecarga de estresse</p> <p>Comportamento de saúde propenso a risco</p> <p>Pesar</p>

	3- Estresse neurocomportamental	<p>Pesar complicado Resiliência individual prejudicada Risco de resiliência comprometida Disposição para resiliência aumentada</p> <p>Disreflexia autonômica Risco de disreflexia autonômica Comportamento desorganizado do bebê Risco de comportamento desorganizado do bebê Disposição para aumento da competência comportamental do bebê Capacidade adaptativa intracraniana diminuída</p>
<b>Princípios de vida</b>	<p>1- Valores</p> <p>2- Crenças</p> <p>3- Coerência entre valores/crenças /atos</p>	<p>Disposição para aumento da esperança</p> <p>Disposição para bem-estar espiritual aumentado Disposição para aumento da esperança</p> <p>Sofrimento espiritual Risco de sofrimento espiritual Conflito de decisão Falta de adesão Risco de religiosidade prejudicada Religiosidade prejudicada Disposição para religiosidade aumentada Sofrimento moral Disposição para aumento da tomada de decisão</p>
<b>Segurança/ Proteção</b>	1- Infecção	<p>Risco de infecção Disposição para estado de</p>

		imunização melhorado
	2- Lesão física	<p>Mucosa oral prejudicada</p> <p>Risco de lesão</p> <p>Risco de lesão por posicionamento peri operatório</p> <p>Risco de quedas</p> <p>Risco de trauma</p> <p>Integridade da pele prejudicada</p> <p>Integridade tissular prejudicada</p> <p>Dentição prejudicada</p> <p>Risco de sufocação</p> <p>Risco de aspiração</p> <p>Desobstrução ineficaz de vias aéreas</p> <p>Risco de disfunção neurovascular periférica</p> <p>Proteção ineficaz</p> <p>Risco de síndrome de morte súbita do bebê</p> <p>Risco de trauma vascular</p>
	3- Violência	<p>Risco de automutilação</p> <p>Automutilação</p> <p>Risco de violência direcionada a outros</p> <p>Risco de violência direcionada a si mesmo</p> <p>Risco de suicídio</p>
	4- Riscos ambientais	<p>Risco de envenenamento</p> <p>Risco de contaminação</p> <p>Contaminação</p>
	5- Processos defensivos	<p>Resposta alérgica ao látex</p> <p>Risco de resposta alérgica ao látex</p> <p>Disposição para estado de imunização melhorado</p>
	6- Termo	Risco de desequilíbrio na

	regulação	temperatura corporal Termo regulação ineficaz Hipotermia Hipertermia
<b>Conforto</b>	1- Conforto físico	Dor aguda Dor crônica Náusea Disposição para aumento do conforto Conforto prejudicado
	2- Conforto ambiental	Disposição para aumento do conforto Conforto prejudicado
	3- Conforto social	Isolamento social Conforto prejudicado
<b>Crescimento / Desenvolvimento</b>	1- Crescimento	Atraso no crescimento e no desenvolvimento Risco de crescimento desproporcional Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar
	2- Desenvolvimento	Atraso no crescimento e no desenvolvimento Risco de atraso no desenvolvimento

Fonte: NANDA (2010).

Com o início dessa classificação formal dos diagnósticos de enfermagem, ficou amplamente aceito que os enfermeiros usam o modo diagnóstico de raciocínio em colaboração com os pacientes, identificando, então, os melhores diagnósticos para orientar as intervenções de enfermagem, com o objetivo de atingir os melhores resultados para o paciente (NANDA-I, 2009/2011).



### 3.2.1 Estrutura e Classificação dos Diagnósticos da NANDA-I

A Taxonomia da NANDA-I é uma estrutura multiaxial, composta de sete eixos que representam as dimensões da reação humana. São eles:

- **EIXO 1 – Conceito diagnóstico:** constitui o componente central, descreve a reação humana que é o elemento fundamental do diagnóstico. É formado por um ou mais substantivos; quando usados mais de um, seu sentido é interpretado como único e não considerados separadamente. Alguns casos admitem um adjetivo, no entanto, este, é usado como substantivo para denotar o conceito diagnóstico.
- **EIXO 2 – Sujeito do diagnóstico:** refere-se ao indivíduo para quem é determinado o diagnóstico (indivíduo, família, grupo).
- **EIXO 3 – Julgamento:** limita ou especifica o sentido do conceito diagnóstico.
- **EIXO 4 – Localização:** descrevem as partes ou regiões do corpo e/ou as funções relacionadas.
- **EIXO 5 – Idade:** refere à idade da pessoa que é o sujeito do diagnóstico (feto, neonato, bebê, criança que começa a andar, criança pré-escolar, criança em idade escolar, adolescente, adulto, idoso).
- **EIXO 6 – Tempo:** descreve a duração do conceito diagnóstico (agudo, crônico, intermitente, contínuo).
- **EIXO 7 – Situação do diagnóstico:** refere-se à realidade ou à potencialidade do diagnóstico ou a sua categorização (real, de promoção da saúde, de risco, de bem-estar) (NANDA-I, 2009-2011, p. 65-71).

Considerando os eixos estabelecidos os diagnósticos são classificados em:

1. **Diagnósticos de Enfermagem Reais:** representam um problema que foi validado pela presença de características definidoras maiores. São compostos de título, definição, características definidoras e fatores relacionados. O título deve ser claro e apresentar termos que expressem o significado do diagnóstico. A definição deve dar clareza ao título e auxiliar a diferenciar um diagnóstico em particular de outros similares. As características definidoras são os sinais e sintomas que representam o diagnóstico de enfermagem. Podem ser maiores

e menores. Os fatores relacionados contribuem e influenciam a mudança no estado de saúde.

2. **Diagnósticos de Enfermagem de Risco e de Alto Risco:** segundo a definição da NANDA-I, é “um julgamento clínico sobre a maior vulnerabilidade que um indivíduo, família ou comunidade apresenta para desenvolver um problema, comparando-se com outros em situação igual ou similar”. No título, a descrição concisa do estado de saúde alterado é precedida pelo termo *Risco de*. Para as populações de alto risco, pelo termo *Alto Risco de*. A definição expressa um significado claro e preciso do diagnóstico. Os fatores de risco representam as situações que aumentam a vulnerabilidade do cliente ou do grupo; eles diferenciam os clientes e os grupos de alto risco de todos os outros, numa mesma população, que corram algum risco. Os fatores relacionados são os mesmos dos diagnósticos reais, mas são chamados de fatores de risco.
3. **Diagnósticos de Enfermagem de Bem-estar:** de acordo com a NANDA-I é “um julgamento clínico sobre um indivíduo, grupo ou comunidade em transição de um nível específico para um mais elevado”; para este diagnóstico, o indivíduo ou grupo deve apresentar desejo de um nível mais elevado de bem-estar e estado ou função ineficaz. O título inicia com “Disposição para”, seguido pelo nível mais alto de bem-estar que o indivíduo ou grupo deseja. Estes diagnósticos não possuem fatores relacionados.
4. **Diagnósticos de Promoção da Saúde:** comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humano (NANDA-I, 2009-2011, p.407).
5. **Diagnósticos de Síndrome:** conjunto ou grupo de sinais e sintomas que quase sempre ocorrem juntos (NANDA-I, 2009-2011, p.436).

Segundo a NANDA-I (2009-2011) a composição de um diagnóstico se dá considerando um título, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. O título é um termo ou frase concisa que representa um padrão de pistas relacionadas e que estabelece um nome para o diagnóstico. As características definidoras

são pistas observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. Os fatores de risco são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade frente a um evento insalubre. Por último os fatores relacionados mostram algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, assim descritos: antecedentes a, associados com, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores.

O enunciado de um diagnóstico de enfermagem consta da combinação de valores do Eixo 1, 2 e 3, quando necessário, com acréscimo de valores dos demais eixos. Desse modo, começa-se pelo conceito, seguido do julgamento a respeito (NANDA-I, 2009-2011).

A perspectiva de trabalhar com a classificação diagnóstica da NANDA-I associada às NHB de Wanda Horta, modelo este atualmente adotado na instituição em estudo, demanda algumas relações que tornem possível esta construção. Os chamados “problemas de enfermagem” trabalhados no modelo de SAE da instituição, no momento do histórico de enfermagem, traduzem situações, sinais e sintomas apresentados pelo paciente e identificados pelo enfermeiro em seu raciocínio clínico, os quais demandam cuidados de enfermagem segundo uma definição de grau de dependência, ou seja, daquilo que o profissional precisa fazer pelo paciente, auxiliar, orientar, supervisionar ou encaminhar. Os problemas de enfermagem estão relacionados a alguma necessidade do paciente que precisa ser suprida por ações profissionais com vistas à melhoria da condição do mesmo.

Na prática, embora não utilize a classificação diagnóstica, o enfermeiro, na **definição do problema** já tem em mente um diagnóstico prévio da situação, para a qual são necessárias determinadas intervenções ou cuidados que serão prescritos na fase posterior do método, a prescrição de enfermagem. Os problemas de enfermagem são definidos considerando um ou mais sistemas do paciente, os quais se encontram afetados em função de desequilíbrios vitais, como por exemplo, a função respiratória, devido a desequilíbrios deste sistema, os quais se aproximam do estabelecido enquanto “**domínio**” e “**classe**” na classificação diagnóstica. Estes “problemas” são expressos no histórico como sinais e sintomas, situações que requerem cuidados de enfermagem, como por exemplo: “dispneia aos esforços”, “em oxigenioterapia”, mantendo uma identidade com as **características definidoras** dos diagnósticos de enfermagem construídos e apresentados na Taxonomia da NANDA-I.

O raciocínio utilizado pelo enfermeiro na definição dos problemas do paciente tem por base os conhecimentos científicos acerca da doença/problema de saúde que levou este paciente à internação, assim como outras situações da vida que possam estar interferindo na situação de saúde-doença. Neste sentido tem estreita relação com o que é definido como **fatores relacionados ou fatores de risco** na classificação diagnóstica.

Este entendimento, associado ao objetivo de desenvolver proposta e estratégias de inclusão da etapa do diagnóstico de enfermagem na SAE em substituição à etapa de definição de problemas de enfermagem existente na atualidade, iniciando por um grupo de diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em clínica médica, levou-me a empreender este estudo para o qual traço a seguir os caminhos metodológicos. Acredito que está é uma construção possível, e que se adequadamente conduzida pode contribuir para repensar o atual modelo de SAE em prática na instituição.

## 4. METODOLOGIA

Pesquisa quali-quantitativa, sendo a fase qualitativa do tipo exploratório descritivo e a fase quantitativa do tipo observacional transversal não probabilístico.

Teve por finalidade desenvolver, através de um processo coletivo, realizado com enfermeiros que atuam na Unidade de Clínica Médica III do Hospital Universitário, uma proposta de implantação do Diagnóstico de Enfermagem segundo a Classificação da NANDA-I na SAE desta unidade.

### 4.1 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Unidades de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), inaugurado em 1980, que se constitui numa instituição pública, de médio porte, voltada para o ensino, pesquisa e extensão.

O HU/UFSC conta com três unidades de clínica médica que atendem as diversas especialidades como: cardiologia, neurologia, reumatologia, pneumologia, nefrologia, gastroenterologia, endocrinologia, hematologia e clínica médica propriamente dita. A organização dos leitos nestes serviços se faz de acordo com as especialidades médicas em função do ensino e da residência médica. Por diversos fatores, estas unidades concentra pacientes com alta dependência de cuidados de enfermagem, seja pelo perfil das pessoas internadas, geralmente idosos que trazem consigo uma dependência natural consequente do envelhecimento, ou patologias incapacitantes que demandam muitos cuidados de enfermagem. No total as unidades de clínica médica contam com 87 leitos, sendo que no momento da pesquisa estavam atividade, em função de reformas, 77 leitos.

### 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo são os enfermeiros lotados nas unidades de clínica médica da instituição, que atuam nos três turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno e pacientes internados nestas unidades no período de estudo.

A participação dos sujeitos foi definida segundo os seguintes critérios:

- Enfermeiros: Aceitar participar voluntariamente de alguma das etapas do estudo e atuar em unidade de clínica médica.
- Pacientes: aceitar participar voluntariamente do estudo autorizando o manuseio e coleta e dados do prontuário, estar internado nas unidades de clínica médica durante os períodos de coleta de dados.

#### 4.3 ETAPAS DA PESQUISA E COLETA DOS DADOS

O estudo foi realizado considerando a condição de pesquisa que aliada à intervenção na prática assistencial tem como pretensão produzir mudanças na realidade.

Para atingir os objetivos propostos utilizou-se da triangulação na coleta de dados que teve por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo (TRIVINOS, 1987). Nesse sentido, a triangulação dos dados é utilizada para aumentar a validade do estudo por meio do emprego de fontes múltiplas de dados, e métodos variados.

Considerando que o presente estudo incluiu uma proposta de intervenção na prática assistencial, com o objetivo de produzir mudanças na realidade, os instrumentos de coleta de dados envolveram: oficinas de trabalho com os enfermeiros para construção da proposta a ser aplicada na realidade, aplicação da proposta à realidade, análise dos registros diagnósticos efetuados pelos enfermeiros na realização da SAE, e entrevista semiestruturada com enfermeiros para avaliação dos resultados.

Incluiu ainda, resultados de levantamento prévio em prontuários de pacientes, internados nas três unidades de Clínica Médica (CM), com o intuito de conhecer os principais problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros nos histórico de enfermagem.

##### 4.3.1 Etapa 1: Levantamento dos Problemas de Enfermagem em Prontuários

Esta etapa do estudo utilizou-se de banco de dados de um estudo prévio, desenvolvido pelas próprias pesquisadoras em agosto e setembro de 2011 e intitulada **Problemas e intervenções de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em clínica médica.**

Trata-se de um estudo quantitativo observacional com amostra intencional no qual foi realizada a análise de prontuários de pacientes internados nas três unidades de clínica médica da instituição, com o intuito de conhecer os principais problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros nos históricos de enfermagem dos pacientes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, com parecer nº 2134/2011 (ANEXO A), sendo que seguiu todas as determinações da Resolução 196/1996 e suas complementares. Os pacientes ou seus representantes legais autorizaram a investigação em prontuários por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

A determinação da amostra do estudo ocorreu considerando todos os pacientes internados nas três Unidades de CM da instituição em um período de duas semanas, com quinze dias de intervalo entre elas, e que aceitaram participar do estudo. Desta forma a amostra intencional constituiu-se de 134 prontuários.

A coleta de dados ocorreu nos Históricos de Enfermagem, que constituem impresso padrão na instituição (ANEXO B), no qual constam os problemas de enfermagem que o paciente apresenta no momento da sua internação.

Desta forma, procedeu-se a leitura do Histórico de Enfermagem, sendo compilados todos os problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros. Os problemas de enfermagem identificados no histórico dos pacientes foram agrupados e organizados segundo as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta que as divide em Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais. Os grupamentos de problemas foram comparados à nomenclatura de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, sendo novamente organizados como diagnósticos de enfermagem.

Após o rol de diagnósticos identificados foi organizado segundo número de ocorrências, sendo escolhidos os seis mais frequentes: Dor crônica, Padrão respiratório ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Ansiedade, Risco de infecção e Risco de glicemia instável. Esta lista de diagnósticos identificados subsidiou as fases seguintes do presente estudo.

#### 4.3.2 Etapa 2: Oficinas com Enfermeiros

Nesta etapa foram realizadas três oficinas com os enfermeiros que atuam nas unidades de CM do HU/UFSC, nos meses de outubro e novembro de 2011. Foram convidados os 24 enfermeiros que atuam nas unidades de CM do HU/UFSC, por meio de convite escrito (APÊNDICE B), entregue pessoalmente para cada enfermeiro, com duas semanas de antecedência da data estipulada para o início das oficinas. As oficinas tiveram o áudio gravado, assim como foram elaboradas notas da pesquisadora em diário de campo. O conteúdo de cada oficina será descrito a seguir:

**1ª. Oficina:** Sensibilização dos enfermeiros e capacitação acerca da Classificação Diagnóstica da NANDA-I

Considerando os diferentes níveis de conhecimento acerca do diagnóstico de enfermagem entre enfermeiros da instituição, foi realizada uma capacitação dos enfermeiros sobre o tema, que aconteceu na sala de aula do Mestrado Profissional no prédio do Núcleo de Capacitação Técnica do HU/UFSC, no dia 19 de outubro de 2011. Estavam presentes seis enfermeiros, sendo quatro da CM III, dentre eles a chefia da unidade, um da CMI e a coordenadora da Divisão de Clínica Médica.

Esta capacitação foi norteada pelo reconhecimento da educação como:

um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

No primeiro momento da oficina ocorreu o acolhimento dos participantes com esclarecimentos acerca dos objetivos e etapas do estudo.

Em seguida foi realizada uma rodada de discussão acerca do tema “Diagnóstico de Enfermagem associado à Classificação Diagnóstica da NANDA-I”, tendo como facilitador um enfermeiro da instituição, estudioso dos diagnósticos e com experiência e domínio do assunto. Este momento teve por objetivo sensibilizar os enfermeiros para o tema



e desenvolver conteúdo que contribua para a operacionalização da proposta de estudo. Foi desenvolvido de modo a propiciar o diálogo e esclarecer aspectos acerca da SAE e da classificação diagnóstica entre os participantes.

A capacitação sobre diagnóstico de enfermagem foi focada na Classificação da NANDA- I e na Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta (BENEDET; BUB, 1998). Foram abordados ainda tópicos sobre a importância do diagnóstico de enfermagem, a padronização da linguagem e os benefícios da sua utilização para a profissão, além da aplicação de estudos de caso, discutidos e resolvidos pelos participantes.

O encontro teve duração de três horas, sendo que os participantes receberam um certificado emitido pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn) da Diretoria de Enfermagem.

Ao final trabalhou-se a sensibilização dos enfermeiros presentes para a participação nos dois encontros seguintes. Neste momento foi esclarecida a proposta de trabalho; foram definidas as datas dos próximos encontros, apresentados os objetivos do projeto e as etapas da pesquisa e os procedimentos metodológicos. Foram estipulados dois encontros, com datas definidas considerando a disponibilidade dos participantes. Os encontros foram agendados para os 31 de outubro e nove de novembro de 2011.

Todos os participantes do estudo receberam e assinaram o TCLE (APÊNDICE C).

**2ª. Oficina:** Apresentação e validação dos problemas de enfermagem mais frequentemente identificados nos prontuários de pacientes.

Na data estipulada para a segunda oficina, realizada no mesmo local da oficina anterior, estavam presentes cinco enfermeiras, sendo três da Clínica Médica III, uma da Clínica Médica I e a coordenadora da Divisão de Clínica Médica.

No primeiro momento foi realizado acolhimento aos participantes e em seguida foi apresentado o levantamento dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes internados nas Unidades de Clínica Médica, identificados nos históricos de enfermagem. Esta dinâmica de apresentação foi realizada com a distribuição de material impresso para facilitar a visualização dos participantes. O material disponibilizado continha os resultados da pesquisa nos prontuários em sua totalidade.

Os problemas de enfermagem foram apresentados isoladamente e agrupados por NHB, sendo que os participantes escolheram os que julgaram mais frequentes no contexto assistencial das clínicas médicas.

O rol de problemas escolhidos foi: necessidades de regulação (hipertensão e hiperglicemia), oxigenação (tosse e dispneia), integridade cutâneo-mucosa (considerando a vulnerabilidade dos pacientes à formação de úlcera por pressão), terapêutica (fluidoterapia), eliminação (constipação) e nutrição (inapetência).

Além destes, as participantes desejaram incluir mais dois problemas: dor e ansiedade; o primeiro pela experiência de todas as enfermeiras que confere a grande prevalência de dor entre os pacientes assistidos e o último por perceberem que foi vagamente mencionado nos históricos de enfermagem, o que revela ser pouco explorado pelo grupo de profissionais junto aos pacientes mesmo sendo um problema que ocorre com certa frequência no cotidiano assistencial.

A partir deste momento o grupo passou a estudar estes problemas e elaborar os diagnósticos, fazendo as relações com a possibilidade de aplicação durante o processo de trabalho cotidiano. Também foi combinado que todos os participantes realizariam estudos independentes, utilizando material selecionado pela pesquisadora. O grupo também escolheu outros materiais, ficando a pesquisadora encarregada de disponibilizar a todos durante os próximos 10 dias até o próximo encontro, bem como enviar as sugestões de diagnósticos para apreciação e concordância do grupo.

O encontro, que durou cerca de 90 minutos, incluindo 15 minutos de confraternização ao final foi encerrado com o compromisso de repasse de informações pela pesquisadora e devolução da análise pelo grupo participante.

Dois dias depois, após selecionar 18 diagnósticos, elencar suas características definidoras e fatores relacionados, realizar aprofundamentos teóricos e considerações que respondem aos problemas mais frequentes de pacientes internados em clínica médica, a pesquisadora enviou os achados por meio eletrônico aos participantes. As participantes do estudo foram orientadas a escolher cinco para uma primeira experimentação prática.

Nos dias que se seguiram ao envio do material, três dos participantes devolveram suas apreciações e assim a pesquisadora conseguiu elaborar a proposta de escolha dos cinco principais diagnósticos de enfermagem a serem utilizados e testados posteriormente.

*E1: “Li o material e selecionei os diagnósticos que achei mais frequentes e acho que fecha bem com a nossa realidade”:*

***Risco de glicemia instável;***

***Troca de gases prejudicada;  
Integridade da pele prejudicada;  
Dor aguda; Dor crônica;  
Ansiedade.***

*E2: “Tive dificuldade de selecionar cinco diagnósticos, mas, como disse a Palestrante, não se pode adaptar nem inventar. Prefiro escolher Risco de integridade da pele prejudicada porque já estaremos aprofundando Braden. Decisões relativas aos aspectos nutricionais já são mais trabalhados pela nutricionista. Eu preferia deixar hipertensão também, por causa da dupla carga de doenças dos nossos pacientes crônicos”.*

***Risco de glicemia instável;  
Troca de gases prejudicada;  
Padrão respiratório ineficaz;  
Risco de infecção;  
Risco de integridade da pele prejudicada;  
Dor crônica;  
Risco de intolerância a atividade.***

*E3: “Escolhi os que penso ser mais comuns a nossa realidade”:*

***Risco de Glicemia instável;  
Padrão respiratório ineficaz;  
Integridade da pele prejudicada;  
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais;  
Dor crônica;  
Ansiedade.***

**3ª. Oficina.** Confirmação dos principais diagnósticos de enfermagem a serem utilizados na prática e construção de proposta de aplicação prática.

Na data estipulada para a terceira oficina, realizada no mesmo local das anteriores, participaram cinco enfermeiras. As atividades iniciaram com o acolhimento dos participantes e retomadas do material elaborado na oficina anterior. Neste momento os integrantes do estudo apresentaram 11 diagnósticos de enfermagem, os quais faziam uma relação maior com sua prática no serviço de Clínica Médica. Considerando o tempo de realização do mestrado e o tempo de

experimentação da proposta na prática, o pesquisador explicou o porquê de limitar o número de diagnósticos a ser trabalhados no estudo, mesmo que na prática assistencial outros problemas identificados exigissem planos de cuidados dos enfermeiros. Sobre este aspecto a pesquisadora salientou a necessidade de aprofundamento da proposta, que por ser inovadora necessitaria ser apreendida e incorporada pelo grupo, portanto deveria ser introduzida gradativamente.

A seguir, a partir da discussão anterior, do levantamento dos problemas identificados no histórico de enfermagem e da experiência dos enfermeiros foram escolhidos seis diagnósticos de enfermagem para formulação de uma proposta de experimentação destes na SAE realizada nos serviços de Clínica Médica.

- 1º Diagnóstico: Dor crônica
- 2º Diagnóstico: Padrão respiratório ineficaz
- 3º Diagnóstico: Integridade da pele prejudicada
- 4º Diagnóstico: Ansiedade
- 5º Diagnóstico: Risco de infecção
- 6º Diagnóstico: Risco de glicemia instável

As maiores discussões se deram no diagnóstico “integridade da pele”, em que algumas participantes elegeram **Integridade da pele prejudicada** e outras, **Risco para integridade da pele prejudicada**, porém houve concordância em torno do primeiro, quando foi retomado o material de estudo e atentamente observado a questão das características definidoras e fatores relacionados. Também em relação à “dor” os participantes do estudo tiveram algumas divergências iniciais, chegando posteriormente a definição de trabalhar com “dor crônica”.

Outros aspectos em que houve divergências dizem respeito à questão nutricional (**Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais**) e de regulação (**Risco de glicemia instável**). A questão da alimentação foi descartada após uma rica observação de uma das participantes, quando mencionou os limites de ação da enfermagem neste campo, uma vez que a abordagem está mais ligada à área de nutrição. Desse modo, em comum acordo foi selecionado o diagnóstico de Risco de glicemia instável, lembrando o grande número de pacientes portadores de Diabetes Mellitus internados nas unidades de Clínica Médica. Em relação à “ansiedade” e “risco de infecção”, todos os participantes concordaram em manter os diagnósticos no estudo.

Outro aspecto discutido neste encontro diz respeito ao espaço que o diagnóstico de enfermagem deveria ocupar no prontuário do paciente,

durante o período de experiência, uma vez que o aplicativo não contemplava este item da SAE. Ficou definido, a utilização do espaço existente no atual aplicativo, junto à Evolução de Enfermagem, denominada no sistema “SOAP”, junto ao item “observações”. Assim o Diagnóstico de Enfermagem seria elaborado junto ao SOAP, como segunda etapa do Processo de Enfermagem. Foi acordado que os diagnósticos de enfermagem deveriam ser atualizados diariamente, do mesmo modo que a evolução.

Como encaminhamentos, os participantes sugeriram a realização de mais uma oficina para trabalhar com o diagnóstico de enfermagem antes iniciar a aplicação da proposta, possibilitando testar a formulação dos enunciados dos diagnósticos bem como o seu reconhecimento, na forma de estudos de caso.

A terceira oficina teve duração e 90 minutos e participaram deste momento cinco enfermeiras. Ao final deste encontro, foi entregue ao grupo um instrumento de avaliação da prática que foi preenchido pelos participantes e entregue à pesquisadora (APÊNDICE D). O fechamento dos trabalhos se deu com uma confraternização e lanche oferecido pela pesquisadora.

#### **4.3.2.1 Avaliação das oficinas**

No instrumento de avaliação preenchido pelas participantes da pesquisa estava destacado:

##### **Em relação à capacitação:**

- Necessidade de outros momentos antes da aplicação do projeto para aprofundar a discussão;
- Assunto relativamente novo, causando insegurança.

##### **Facilidades para reconhecer os diagnósticos:**

- Através das características definidoras e dos fatores relacionados;
- Conhecimento teórico e prático prévio aliado ao reconhecimento dos problemas de enfermagem.

##### **Dificuldades para reconhecer os diagnósticos:**

- Limite para localizar as características definidoras e fatores relacionados;

- Quantidade de diagnósticos, os participantes consideraram pequeno o número de diagnósticos visto a complexidade dos pacientes atendidos no serviço;
- Falta de estudos/conhecimentos sobre o tema;
- Presença de características definidoras que se adéquam a várias situações;
- Dificuldade associada à deficiência teórica na realização do exame físico;
- Pouco tempo para aprofundar o tema antes da coleta de dados, e construção dos diagnósticos.

### **Sugestões dos participantes**

- Novo encontro antes da colocação em prática para capacitação, estudos de caso e manuseio do livro NANDA-I pelas enfermeiras;
- Criação de um instrumento para a pesquisa dos diagnósticos nas unidades (nos computadores das clínicas médicas).

Concluída a etapa das oficinas a pesquisadora preparou o material resultante da discussão repassando aos participantes a proposta elaborada coletivamente para colocação em prática nas unidades de internação.

A construção da proposta assim como sua aplicação na realidade foi negociada, incluindo tempo de aplicação, acompanhamento e suporte a ser realizado pela pesquisadora durante a aplicação.

A proposta também foi encaminhada à Diretoria de Enfermagem e ao CEPEn, conforme rotina desta diretoria, para ciência e autorização. O preparo do material e apresentação aos órgãos de enfermagem foi realizado nos meses de novembro e dezembro de 2011.

Em função do tempo para realização da pesquisa e da disponibilidade da pesquisadora para acompanhar o processo, optou-se por aplicar a pesquisa somente em uma das unidades. A escolha recaiu sobre a CM III por fazerem parte desta clínica a maioria dos enfermeiros que participaram da etapa de capacitação e das oficinas, e porque, a pesquisadora faz parte desta realidade, o que facilitaria o acompanhamento. Em função desta escolha foi realizado mais um encontro com os enfermeiros deste setor. Aos enfermeiros das demais unidades de CM, que haviam participado da capacitação inicial, foi

justificada a escolha da unidade de CM III para a experimentação prática da proposta.

#### **4.3.2.2 Encontro com enfermeiros da CM III.**

O encontro aconteceu no dia 17 de março de 2012 e participaram nove enfermeiros, incluindo a pesquisadora como parte do grupo; nesse encontro esteve presente, como observadora, a orientadora do projeto.

Foram estudados e realizados exercícios de aplicação dos seis diagnósticos eleitos como mais frequentes, sendo realizado estudo de caso para maior familiarização e entendimento. Nesse momento, foi sugerido pela pesquisadora a inclusão de mais dois DE, estes relacionados à integridade da pele, visto que, segundo a opinião da maioria, consta do principal foco de atuação do enfermeiro na unidade em questão. Ficou então incluído, com a concordância unânime, os diagnósticos de **Integridade tissular prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada**. Desse modo seriam aplicados oito diagnósticos de enfermagem

#### **4.3.3 Etapa 3: Implementação dos Diagnósticos na Prática Assistencial**

Concomitante a etapa das oficinas e considerando as dificuldades de trabalhar com o diagnóstico de enfermagem manualmente, a pesquisadora e sua orientadora buscaram apoio no Serviço de Informática da instituição para ver a possibilidade de incluir esta etapa da SAE no prontuário do paciente. Esta solicitação foi corroborada pela Diretoria de Enfermagem e contou com a colaboração de um dos profissionais de informática para se efetivar.

Assim no decorrer do processo, vinha sendo elaborado pelo serviço de informática do hospital, uma forma de inclusão do DE na atual ferramenta informatizada, da qual já faziam parte a evolução e a prescrição de enfermagem. A inclusão do DE na informatização da SAE constituiu-se num árduo trabalho de um dos profissionais da informática, o qual precisou de mais dois meses para viabilizar a proposta, contando com muito empenho e paciência do mesmo, que dispôs inclusive dos seus momentos de descanso dos finais de semana para contribuir com o estudo.

Concluída a fase de operacionalização do sistema a pesquisadora inseriu no prontuário informatizado, no aplicativo de Sistematização da Assistência de Enfermagem, os oito diagnósticos elencados, suas características definidoras e fatores relacionados/risco.

Deu-se início então a fase de operacionalização dos diagnósticos, que ocorreu nos meses de junho e julho de 2012, por um período de sessenta dias.

Os diagnósticos elaborados e incorporados à SAE foram utilizados pelos enfermeiros da CM III em seu processo de trabalho. Esta utilização foi acompanhada diariamente pela pesquisadora, que verificava no sistema computacional a utilização dos diagnósticos trabalhados pelos enfermeiros junto aos pacientes internados na unidade, dispondo-os em planilha criada no programa Excel, especificamente para este fim. Também neste período a pesquisadora ficou atenta às dificuldades dos enfermeiros na realização da SAE e utilização dos diagnósticos, auxiliando-os sempre que necessário.

No decorrer do estudo, por solicitação de alguns enfermeiros foram incluídos diagnósticos relacionados à necessidade de alimentação e eliminação intestinal, quais sejam: **Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, constipação e risco de constipação.**

Assim, os diagnósticos aplicados na prática assistencial foram:

- 1º Diagnóstico: Dor crônica
- 2º Diagnóstico: Padrão respiratório ineficaz
- 3º Diagnóstico: Integridade da pele prejudicada
- 4º Diagnóstico: Ansiedade
- 5º Diagnóstico: Risco de infecção
- 6º Diagnóstico: Risco de glicemia instável
- 7º Diagnóstico: Integridade tissular prejudicada
- 8º Diagnóstico: Risco de integridade da pele prejudicada.
- 9º Diagnóstico: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
- 10º Diagnóstico: constipação
- 11º Diagnóstico: risco de constipação.

#### **4.3.4 Etapa 4: Aplicação dos diagnósticos de enfermagem e avaliação diária**

A etapa 4 se deu pela aplicação dos diagnósticos de enfermagem e avaliação diária. Durante os 60 dias de experimentação da utilização



do DE, passaram pela unidade, respeitando a rotatividade usual, 134 pacientes, sendo 80 (59,7%) pertenciam ao sexo feminino e 54 (40,3%), ao sexo masculino. A idade variou entre 16 e 98 anos, sendo que 44% dos pacientes possuíam idade acima de 60 anos.

Foram analisados 134 históricos de enfermagem, nos quais foram executados 1223 processos de enfermagem, destes 994 contavam com o DE como parte dele. Situações excepcionais de não realização de evolução ou prescrição de enfermagem foram justificadas por intercorrências com pacientes internados que exigiam a atenção permanente do enfermeiro no cuidado direto.

Os dados resultantes da aplicação da SAE, com utilização dos diagnósticos de enfermagem elencados foi agrupado em tabela Excel, e atualizados diariamente conforme a realização da SAE na unidade, sendo descrito a ocorrência dos DE, seus fatores relacionados/risco e suas características definidoras. Ao término dos registros foi então desenvolvida uma tabela com os dados do estudo. Esta permitiu agrupar o DE com seus fatores relacionados/risco e suas características definidoras fornecendo ainda, a frequência e a predominância dos enunciados diagnósticos.

Considerando o total de pacientes para os quais os enfermeiros realizaram a SAE, apenas em quatro casos não foram identificados nenhum dos diagnósticos constante na proposta de estudo.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, seus fatores relacionados e suas características definidoras, a tabela 1 demonstra suas ocorrências:

Tabela 1: Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA-I, Fatores Relacionados e Características Definidoras mais frequentes. Florianópolis, 2012.

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			
<b>Fator Relacionado/</b>	<b>Risco</b>	<b>Característica definidora</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Risco de infecção</b>			
	Procedimentos invasivos	107	37,28
	Outros fatores de risco	180	62,72
<b>Total</b>		<b>287</b>	<b>100,00</b>

### Risco de integridade da pele prejudicada

Imobilização física	41	17,30
Outros fatores de risco	196	82,70
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,00</b>

### Risco de glicemia instável

Estado de saúde física	45	42,06
Outros fatores de risco	62	57,94
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

### Risco de constipação

Mudança nos padrões habituais de alimentação	9	26,47
Outros fatores de risco	25	73,53
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>

### Ansiedade

Ameaça ao estado de saúde	Preocupado	35	9,36
Ameaça ao estado de saúde	Apreensivo	31	8,29
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	308	82,35
<b>Total</b>		<b>374</b>	<b>100,00</b>

### Integridade da pele prejudicada

Fatores mecânicos	Invasão de estruturas do corpo	23	16,55
Fatores mecânicos	Rompimento da superfície da pele	15	10,79
Outros fatores	Outras características	101	72,66

relacionados	definidoras		
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100,00</b>

**Dor crônica**

Incapacidade física crônica	Relato verbal de dor	29	37,66
Incapacidade física crônica	Expressão facial	14	18,18
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	34	44,16
<b>Total</b>		<b>77</b>	<b>100,00</b>

**Padrão respiratório ineficaz**

Fadiga da musculatura respiratória	Dispneia	13	15,12
Disfunção neuromuscular	Dispneia	12	13,95
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	61	70,93
<b>Total</b>		<b>86</b>	<b>100,00</b>

**Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais**

Fatores biológicos	Falta de interesse na comida	9	14,52
Fatores biológicos	Dor abdominal	6	9,68
Fatores biológicos	Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR	6	9,68
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	41	66,12
<b>Total</b>		<b>62</b>	<b>100,00</b>

**Integridade tissular**

**prejudicada**

Circulação alterada	Tecido lesado	15	31,25
Fatores mecânicos	Tecido lesado	9	18,75
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	24	50,00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100,00</b>

**Constipação**

Mudanças recentes de ambiente	Incapacidade de eliminar fezes	3	7,89
Mudança nos padrões alimentares	Abdome distendido	2	5,26
Mudança nos padrões alimentares	Incapacidade de eliminar fezes	2	5,26
Mudança nos padrões alimentares	Frequência diminuída	2	5,26
Atividade física insuficiente	Incapacidade de eliminar fezes	2	5,26
Mudanças recentes de ambiente	Abdome distendido	2	5,26
Hábitos alimentares deficientes	Incapacidade de eliminar fezes	2	5,26
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	23	60,55
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Processos de enfermagem executados nos meses de junho e julho de 2012 na Unidade de CM III do HU/UFSC

**4.3.5 Etapa 5 - Entrevistas individuais**

Concluída a fase de experimentação na prática, na última etapa do estudo foi realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE E) com cada um dos oito enfermeiros participantes que atuam na Clínica Médica III para avaliação do processo. Esta etapa aconteceu durante o mês de agosto de 2012.

Segundo Minayo (2010, p.261), a entrevista é uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa”. Segundo a autora, a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

As entrevistas tiveram o áudio gravado e seguiram um roteiro semiestruturado (APENDICÊ D), que combinava questões fechadas e abertas, em que cada entrevistado teve a liberdade de falar sobre o tema proposto.

Por meio de uma conversa inicial, procurando inserir o entrevistado no contexto do estudo foi-lhes questionado sobre tempo de formação, instituição de formação e tempo de atividades na instituição. As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro previamente elaborado objetivando extrair: seus conhecimentos e habilidades com o tema, suas facilidades e dificuldades em relação ao DE e a experiência de aplicação durante o período de estudo, suas percepções acerca da capacitação realizada e introdução da etapa diagnóstica na atual forma de aplicação da SAE, a importância da etapa para previsão das ações de enfermagem, a abrangência dos DE selecionados e suas percepções acerca do preparo que adquiriram com a experiência vivenciada. Também procurou investigar quais suas sugestões para que o DE possa ser implantado na instituição como um todo.

#### 4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas e oficinas tiveram o áudio gravado utilizando gravadores de voz, além da realização de diário de campo pela pesquisadora. Todas as gravações foram ouvidas e transcritas de modo a permitir a análise dos dados. O material proveniente da coleta de dados permanecerá arquivado em computador de acesso exclusivo das pesquisadoras por um período de cinco anos e posteriormente será descartado.

A **análise dos dados** ocorreu simultaneamente ao processo de pesquisa, uma vez que cada uma das etapas foi necessária para dar segmento à etapa posterior. Assim as análises ocorreram na seguinte sequência: análise de problemas destacados nos históricos de enfermagem nos prontuário, definição de diagnósticos a serem trabalhados e introdução destes no aplicativo informatizado, análise do levantamento dos diagnósticos trabalhados pelos enfermeiros até chegar

à avaliação do processo. O conjunto das etapas da pesquisa foi analisado considerando o referencial teórico de análise e a revisão de literatura, sendo que com o conjunto destes dados foram elaborados três manuscritos que compõem os resultados desta dissertação.

O resultado do estudo, uma construção de responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora, considerou a experiência vivenciada pelos profissionais enfermeiros envolvidos, bem como os achados na literatura e a proposta já existente na instituição. Pretendeu-se com o desenvolvimento deste estudo contribuir para o aperfeiçoamento da SAE na instituição, atendendo deste modo a uma exigência do Mestrado Profissional, de promover mudanças na prática assistencial.

Para a análise dos **dados quantitativos** foi utilizada estatística descritiva (frequências relativas e absolutas). Os dados coletados dos 134 históricos de enfermagem foram organizados em uma planilha do software Excel, que foi utilizado para análise estatística das frequências relativas e absolutas, por meio da ferramenta “tabela dinâmica”.

Para a análise dos **dados qualitativos** foi realizada leitura minuciosa da transcrição das atividades dos grupos, buscando identificar as divergências e similaridades acerca da construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem. As entrevistas foram analisadas isoladamente e após em conjunto. Os dados foram agrupados por proximidade dando origem as categorias de análise.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo observou em todas as suas etapas, os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, conforme resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A coleta de dados referente às etapas propostas para este estudo foi iniciada após autorização da direção geral da instituição e autorização do Comitê de Ética da UFSC. Para preservar o anonimato dos enfermeiros participantes foram utilizadas as siglas E1, E2, E3 e assim sucessivamente em substituição aos nomes dos mesmos. Os enfermeiros que aceitaram voluntariamente, participar o TCLE. Foi respeitado o desejo de ser voluntário de cada um e de desistência da participação em qualquer etapa do estudo. Os participantes tiveram acesso à pesquisa e aos pesquisadores em qualquer momento, estando de posse do telefone de contato e setor de lotação dos mesmos no HU/UFSC para eventuais esclarecimentos de dúvidas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 2233/11 (ANEXO C).

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O presente capítulo está organizado seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado em Enfermagem e prevê a apresentação dos resultados da dissertação na forma de manuscritos/artigos científicos (PEN, 2011) (ANEXO D). O quadro contendo todos os problemas identificados na etapa 1 deste estudo encontram-se no Apêndice F.

## 5.1 MANUSCRITO 1: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS A PARTIR DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE PACIENTES INTERNADOS EM CLÍNICA MÉDICA

### **Diagnósticos de enfermagem identificados a partir das necessidades humanas básicas de pacientes internados em clínica médica**

UBALDO, Isabela  
MATOS, Eliane

**Resumo:** Pesquisa de análise documental com abordagem quantitativa observacional transversal não probabilística, que teve como objetivo levantar os problemas de enfermagem mais frequentemente identificados pelo enfermeiro nos históricos de enfermagem dos pacientes internados em unidades de clínica médica relacionando-os com a classificação diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association-International, 2009-2011. Utilizaram-se os prontuários para a coleta de dados, sendo observados os registros dos problemas de enfermagem elencados por enfermeiros na etapa de histórico na Sistematização da Assistência de Enfermagem. A coleta de dados ocorreu durante duas semanas no mês de agosto de 2011. Foram analisados 134 históricos de enfermagem e identificados os problemas de enfermagem, num total de 141 ocorrências, que foram aproximadas a 35 diagnósticos de enfermagem, sendo definidos os mais frequentes, a maioria deles relacionados às necessidades psicobiológicas. Os diagnósticos identificados concentram-se na esfera biológica, evidenciando o destaque que enfermeiros dão aos problemas físicos dos pacientes sob seus cuidados, em detrimento, muitas vezes, dos problemas sociais e espirituais.

**Palavras-chave:** Clínica Médica. Problemas de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem.

### **Nursing diagnoses identified from the basic human needs of patients admitted to medical clinic**

**Abstract:** Documentation analysis survey with quantitative observational non-probabilistic cross-sectional sample approach, aimed to raise the problems of nursing more frequently identified by nurse in nursing records of patients hospitalized in medical units in relation to



the diagnostic classification of North American Nursing Diagnosis Association-International, 2009-2011. Patients' records were used for data collection, focusing on the records of nursing problems listed by nurses during the record stage of Systematization of Nursing Care. Data collection took place during two weeks in August 2011. We analyzed 134 historical nursing and nursing problems identified a total of 141 occurrences, which were approximated to 35 nursing diagnoses, being defined the most frequent, most of them related to psychobiological needs. The Diagnostics identified are focused in the biological sphere, showing that nurses often tend to focus the physical problems of patients under their care, instead of social and spiritual problems.

**Keywords:** Medical Clinic. Nursing issues. Nursing diagnosis.

### **Diagnósticos de enfermería identificados a partir de las necesidades humanas básicas de pacientes internados en clínica médica**

**Resumen:** Investigación de análisis documental con enfoque cuantitativa observacional transversal no probabilística, que tuvo como objetivo dar a conocer los problemas de enfermería más frecuentemente identificados por los enfermeros en las historias de enfermería de los pacientes internados en unidades de clínica médica relacionándolos con la clasificación diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association-International, 2009-2011. Se utilizaron las historias clínicas para la recolección de datos, siendo observados los registros con problemas de enfermería listados por los enfermeros en la etapa de la historia en la Sistematización de la Atención de Enfermería. La recolección de datos ocurrió durante dos semanas en el mes de agosto de 2011. Fueron analizados 134 historias de enfermería, identificados los problemas de enfermería en un total de 141 ocurrencias, las cuales fueron aproximadamente 35 diagnósticos de enfermería, siendo definidos como los más frecuentes, la mayoría de ellos relacionados a las necesidades psico-biológicas. Los diagnósticos identificados se concentran en la esfera biológica, evidenciando la importancia que los enfermeros dan a los problemas físicos de los pacientes bajo sus cuidados, en detrimento, con bastante frecuencia, de los problemas sociales y espirituales.

**Palabras clave:** Clínica Médica. Problemas de enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

As unidades de clínica médica, presentes na maioria dos hospitais gerais brasileiros, são importantes ambientes de internação para diagnóstico e tratamento de pessoas adultas, em geral portadoras de patologias crônicas e agudas não cirúrgicas.

A palavra clínica vem do grego *klíne*, leito, cama; médico; do latim *medicus*, provém do latim *medeor*, derivado do verbo grego *medeo*, cuidar de. A Clínica Médica, da forma como é conceituada hoje, nasceu na Ilha de Kós, na Grécia, com Hipócrates, há 2.500 anos. Hipócrates introduziu a *anamnese* como etapa inicial do exame médico (REZENDE; EMÉRITO, 2002 apud FRANCESCHETTI, 2011).

De Hipócrates aos dias atuais a medicina evoluiu significativamente, novos e revolucionários meios de diagnósticos e de tratamento foram descobertos e introduzidos, e, a medicina clínica foi sendo progressivamente compartimentalizada em numerosas especialidades, direcionadas para aparelhos, órgãos, doenças, métodos de exame ou tratamento. Hoje, são oficialmente reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, 53 especialidades médicas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

As unidades de clínica médica concentram uma diversidade de pacientes com as mais variadas doenças, sendo que alguns deles vivenciam estado de alta dependência de cuidados de enfermagem. Com o aumento da prevalência das doenças crônicas e da longevidade da população brasileira, é observado maior número de internações de pessoas idosas, que trazem consigo uma dependência natural consequente ao envelhecimento, e de pessoas que internam com patologias incapacitantes e crônicas (VIGITEL, 2007). Essa realidade impõe aos enfermeiros que atuam em clínica médica, conhecimentos ampliados e capacidade de prever cuidados sistematizados aos pacientes, no sentido de atender e satisfazer as necessidades individuais da clientela, assim como para desenvolver conhecimentos próprios da profissão, contribuindo para a formação acadêmica (CAVALCANTE et al., 2011).

Para melhor organizar o serviço de enfermagem e planejar a assistência baseada na cientificidade, vem sendo discutida no Brasil desde a década de 70, a Sistematização da Assistência de Enfermagem

(SAE), com a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), que teve em Wanda de Aguiar Horta a pioneira na reflexão desse processo no Brasil (CAVALCANTE et al., 2011).

Numa revisão de literatura acerca do tema, Cavalcante et al. (2011) evidenciaram que foi a partir da metade da década de 90 que as experiências de aplicação da SAE nas instituições de saúde ganharam força e começaram a se multiplicar atingindo o seu ápice nos anos 2000. Esse avanço na prática de enfermagem parece ser resultado de reflexões sobre a temática SAE, não só no Brasil, mas em todo o mundo. No Brasil desde o ano de 2002, a SAE passou a fazer parte da legislação do órgão de classe da profissão (COFEN, 2009) culminando com a Resolução 358/2009 que torna a SAE obrigatória em todas as instituições de saúde em que atuam pessoal de enfermagem.

Ao tratar da SAE, Cavalcante et al. (2011) destacam que é necessário um suporte teórico para orientar as etapas desse processo e que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta é a mais utilizada pelas instituições de saúde do país. Lima e Kurcgant (2006) assim com Elizalde e Almeida (2006) reforçam que os enfermeiros têm adequado este referencial a cada realidade.

Wanda de Aguiar Horta (1979) define o Processo de Enfermagem (PE) como “uma metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico sendo uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano” e consta de seis fases distintas que são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial de enfermagem, plano de cuidado ou prescrição de enfermagem, prognóstico e evolução de enfermagem.

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, a enfermagem realiza o planejamento da assistência aos pacientes internados utilizando o modelo de Horta com algumas adaptações para a realização da SAE. São utilizadas as etapas de histórico, definição de problemas, prescrição e evolução de enfermagem.

Na instituição, o enfermeiro realiza o histórico de enfermagem nas primeiras 24 horas de internação do paciente e destaca os problemas de enfermagem, que de acordo com Horta (1979, p.39) são “situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e/ou comunidade, que exigem do enfermeiro assistência profissional”. Com base nos problemas o enfermeiro elabora uma prescrição de cuidados que é implementada pela equipe de enfermagem com vistas a oferecer a assistência que o paciente necessita. Na evolução de enfermagem, passo subsequente deste processo, o

enfermeiro avalia os resultados dos cuidados de enfermagem incluindo, excluindo ou modificando as intervenções, de acordo com as respostas do paciente ao cuidado prestado. Neste processo, que se atualiza a cada 24 horas, o enfermeiro avalia se os problemas foram ou não resolvidos, se novos problemas surgiram ou se modificaram com o cuidado de enfermagem.

Este processo, realizado para todos os pacientes internados, possibilita a previsão de cuidados individualizados, porém não garante o cumprimento da Resolução COFEN 358/2009, que estabelece como obrigatória dentre as etapas da SAE, a fase diagnóstica, que na instituição atualmente é substituída pela definição de problemas.

O diagnóstico de enfermagem é considerado a etapa mais complexa do processo de enfermagem, constituindo-se em importante desafio para o enfermeiro por requerer dele o pensamento crítico para interpretação dos dados fornecidos pelo paciente durante a entrevista e exame físico, exigindo a aplicação de conhecimentos técnico-científicos. A formulação adequada do diagnóstico de enfermagem direciona o planejamento e implementação dos cuidados assim como possibilita analisar a evolução do paciente após receber os cuidados de enfermagem (CARMO et al., 2011). É durante essa etapa que os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente (GONÇALVES; TANNURE, 2009).

O diagnóstico de enfermagem é trabalhado através de classificações diagnósticas, sendo que, na atualidade não há uma única classificação disponível. A *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA-I, 2010) é uma das classificações mais conhecidas na realidade brasileira (ELIZALDE, ALMEIDA, 2006; BENEDET, BUB, 1998; LIMA, KURCGANT, 2006).

Entendendo a necessidade de avançar na adoção da etapa diagnóstica na SAE e com a perspectiva de iniciar a aplicação desta etapa na instituição, buscou-se neste estudo **levantar os problemas de enfermagem mais frequentemente identificados pelo enfermeiro nos históricos de enfermagem dos pacientes internados em unidades de clínica médica relacionando-os a classificação diagnóstica da NANDA-I, 2009-2011.**

## **METODOLOGIA**

Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa observacional transversal, utilizando-se dados do prontuário do paciente.

O campo de pesquisa foram três unidades de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, as quais totalizam 77 leitos distribuídos nas especialidades de cardiologia, neurologia, reumatologia, pneumologia, nefrologia, gastroenterologia, endocrinologia, hematologia e clínica médica propriamente dita. Nestas unidades atuam 24 enfermeiros, os quais realizam diariamente a SAE dos pacientes internados, de acordo com esquema diário de distribuição preconizado na instituição.

A coleta de dados aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2011, em dois períodos de uma semana com intervalo de 15 dias entre elas, objetivando com isso um número maior de registros e de casos analisados pela rotatividade de pacientes.

Fizeram parte do estudo os prontuários de pacientes internados nas unidades de clínica médica no período da coleta dos dados, independente do motivo de internação. Os pacientes ou seus representantes legais foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos da pesquisa, sendo solicitada a autorização para consulta nos prontuários por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se como critério de exclusão a não aceitação do paciente/familiar em autorizar a pesquisa no prontuário e a inexistência de histórico de enfermagem no momento da pesquisa, ou seja, nas situações em que o paciente estava internado a menos de 24 horas.

Desta forma, foram coletados dados de prontuários dos pacientes internados, por meio da leitura do Histórico de Enfermagem, sendo compilados todos os problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros. Os dados foram agrupados e organizados em uma planilha do software Excel®, segundo as Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta que as divide em Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicossociais e Necessidades Psicoespirituais. Os agrupamentos de problemas foram comparados à nomenclatura de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, sendo novamente organizados como diagnósticos de enfermagem. Em seguida, o rol de diagnósticos identificados foi organizado segundo número de ocorrências, sendo escolhidos os seis mais frequentes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, com parecer nº 2134/2011, seguindo todas as determinações da Resolução 196/1996 e suas complementares.

## RESULTADOS

Quanto à caracterização dos pacientes internados nas unidades de clínica médica constata-se que 80 (59,7%) pertenciam ao sexo feminino e 54 (40,3%), ao sexo masculino. A idade variou entre 16 e 98 anos, sendo que 44% dos pacientes possuíam idade acima de 60 anos.

Nos 134 históricos de pacientes existentes nos prontuários analisados, foram identificados 141 diferentes problemas de enfermagem, durante o período estudado. Dentre os problemas identificados 117 (82,98%) concentravam-se no campo das necessidades psicobiológicas; 24 (17,02%) diziam respeito às necessidades psicossociais e não foram identificados problemas relacionados às necessidades psicoespirituais.

Na tabela abaixo são destacados os problemas identificados nos históricos relacionados às necessidades psicobiológicas.

Tabela 1: Problemas relacionados às necessidades psicobiológicas identificadas nos históricos de Enfermagem. Florianópolis, 2012.

<b>Necessidades Psicobiológicas (n=117)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Regulação</b>	21	17,9
Níveis pressóricos aumentados (vascular)		
Níveis glicêmicos aumentados (hormonal)		
Presença de edemas (eletrolítica)		
<b>Oxigenação</b>	16	13,7
Queixa de dispneia		
Uso de suplemento de oxigênio por cateter nasal		
<b>Integridade cutaneomucosa</b>	14	12,0
Úlceras por pressão		
Problemas relacionados à locomoção		
<b>Terapêutica</b>	14	12,0
Manutenção de acesso venoso		
<b>Percepção dos órgãos do sentido</b>	13	11,1
Queixas álgicas		
<b>Eliminação</b>	11	9,4
Disfunção de esfíncteres		

<b>Ambiente</b>	10	8,5
Risco de queda		
Cuidado corporal: necessidade de auxílio da equipe de enfermagem para banho		
<b>Nutrição</b>	10	8,5
Queixa de inapetência		
<b>Hidratação</b>	5	4,3
Baixa ingestão hídrica durante a hospitalização		
<b>Sono e repouso</b>	3	2,6
Dificuldade para conciliar o sono		
<b>Total</b>	117	100

As Necessidades Psicossociais foram evidenciadas no estudo, em menor grau do que as Psicobiológicas. Basicamente foram registradas aquelas situações relacionadas à permanência do paciente longe do seu contexto, de seus familiares e de suas atividades cotidianas quando internados numa instituição hospitalar.

Os problemas de enfermagem descritos pelos enfermeiros foram: labilidade emocional, ansiedade, choro, isolamento, medo, angústia, baixa estima, agressividade, depressão, tristeza e saudade da família. A aproximação dos problemas identificados aos diagnósticos constantes na Taxonomia II da NANDA levou aos diagnósticos de medo, enfrentamento ineficaz e ansiedade, geralmente associados ao diagnóstico médico e ao afastamento do meio familiar. Percebemos na prática que muitas vezes, a ocorrência desses problemas aparece agregada num mesmo paciente, conseqüente a internações prolongadas. Muitas outras situações relacionadas às necessidades psicossociais não são observadas e registradas nos históricos como problema de enfermagem.

O quadro a seguir representa os problemas de enfermagem destacados nos históricos dos pacientes relativos às necessidades psicossociais, especificamente na necessidade de segurança, e a teorização utilizando a classificação diagnóstica NANDA-I.

**Quadro 1:** Representação da Necessidades Psicossociais nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, e sua utilização dos diagnósticos de enfermagem NANDA-I. Florianópolis, 2012

<b>NHB</b>	<b>Problema de enfermagem</b>	<b>Domínio</b>	<b>Classe</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem</b>
Segurança	Medos	Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Reações de enfrentamento	Medo; Enfrentamento ineficaz
Segurança	Ansiedade	Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Reações de enfrentamento	Ansiedade

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Com relação à idade, o predomínio de pacientes com idade inferior a 60 anos, contrariando a percepção e a expectativa das autoras, que em sua experiência prática observam a predominância de pessoas idosas nas unidades de clínica médica. Percebe-se um número elevado de pacientes jovens acometidos por problemas imunológicos internados no momento da coleta dos dados para a pesquisa. Considerando o curto espaço de tempo de coleta de dados, conclusões acerca do perfil dos pacientes internados em clínica médica necessitam de novas investigações que permitam avaliar situações como sazonalidade e possíveis mudanças no perfil das pessoas internadas no serviço.

No que diz respeito à adoção do modelo teórico de Wanda Horta e ao reconhecimento de que o ser humano possui necessidades nas esferas biológica, social e espiritual, reconhecemos que o mesmo é aplicado parcialmente, tendo em vista que os enfermeiros não identificaram problemas psicoespirituais em nenhum dos sujeitos da pesquisa. A predominância dos problemas relacionados às necessidades psicobiológicas reforçam a formação dos profissionais de enfermagem, ainda hoje centrada no conhecimento da biomedicina e no cuidado de enfermagem voltado para o corpo do paciente, embora a formação do enfermeiro, mais que a formação de outros profissionais de saúde já aponte para uma concepção de ser humano multidimensional.



Prearo et al. (2011) defendem a prestação de assistência integral ao indivíduo quando afirmam que os profissionais de enfermagem devem estar preparados para atender o paciente nos comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais, além de auxiliar na adaptação de limitações decorrentes da evolução e/ou tratamento das doenças. Os autores supracitados acrescentam ainda, que deve haver afinidade e afetividade entre as partes. Nesse sentido, uma situação de doença, não é apenas um processo fisiopatológico, e sim uma experiência humana. Contudo, os enfermeiros estão pouco acostumados a lidar com o ser biopsicossocial, dispensando prioritariamente cuidados técnicos em detrimento da humanização.

Para Backes et al. (2009), os profissionais da saúde precisam, superar o modelo de assistência centrado apenas na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica e investir no modelo de atenção integral passando a considerar as dimensões do ser humano, ou seja, atendendo a diversidade cultural e respeitando as singularidades e particularidades de cada paciente.

Considerando a apreensão que os enfermeiros fazem dos problemas de enfermagem no momento de realização do histórico de enfermagem, destacam-se aqueles relacionados à regulação e prevenção/cuidado com as úlceras por pressão, que têm relação com a integridade cutânea. Em relação às úlceras por pressão Rocha, Miranda e Andrade (2006) explicam que essa é uma condição que acomete com frequência pacientes confinados no leito por um período longo e/ou em pacientes com dificuldades sensoriais, motoras ou cognitivas prejudicadas.

Santos et al. (2008) pesquisaram os diagnósticos de enfermagem em 196 prontuários de pacientes idosos atendidos pelo Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense num espaço de tempo de 10 anos. Considerando a Classificação da NANDA-I, os autores identificaram o Risco de integridade da pele prejudicada como o diagnóstico de maior expressão, afetando 46,4% da população do estudo; Integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada apareceram na proporção de 7,6% e 25% respectivamente. Também Fontes e Cruz (2007) identificaram os diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica no hospital universitário da Universidade de São Paulo, após 3 meses da implementação da Classificação da NANDA-I, e constataram como diagnóstico de maior expressão o de Integridade tissular prejudicada.

No que diz respeito às necessidades psicossociais, destaca-se a questão da segurança pelo risco para quedas associada ao grau de dependência dos pacientes, determinando a necessidade de vigilância dos profissionais. Também o estudo de Santos et al. (2008) encontrou que 35,7% dos idosos apresentaram Risco de queda.

A definição de queda segundo a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (COREN-SP) é a situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação à sua posição inicial. A avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para ocorrência de queda orienta os profissionais a desenvolver estratégias para sua prevenção e a avaliação do risco de queda, o registro e monitorização deste tipo de incidente e a existência de um plano de medidas preventivas, são cruciais pelo impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do doente (AVELAR et al., 2010).

A necessidade de administração de medicamentos de modo invasivo e a manutenção de um acesso venoso apareceram no levantamento de problemas de enfermagem, uma vez que esse cuidado faz parte do cotidiano hospitalar e dos cuidados de enfermagem. Os procedimentos invasivos como o caso das medicações parenterais utilizam agulhas e cateteres que provocam o rompimento da proteção natural da pele e, conseqüentemente, acarreta a comunicação do sistema venoso com o meio externo (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005). Neste sentido, o Risco de infecção apareceu como o de maior prevalência (58,3%) na pesquisa de Volpato e Cruz (2007), que buscaram identificar os diagnósticos de enfermagem em uma unidade médico cirúrgica de um hospital de Londrina (PR), no ano de 2000.

Santos et al. (2008) ressaltam que o risco de infecção pode ser conseqüente dos diagnósticos relacionados a integridade cutâneo mucosa, o que também vem ao encontro dos achados neste estudo. Do mesmo modo Becker, Teixeira e Zanetti (2008), ao estudarem os diagnósticos de enfermagem potenciais de pacientes insulino dependentes, também fazem a relação do risco de infecção com a integridade da pele prejudicada em 100% da sua amostra, por considerarem que a terapia subcutânea provoca o rompimento da superfície da pele e invasão de estruturas do corpo, levando a vulnerabilidade do indivíduo a infecções.

Na seqüência, dentre os problemas encontrados destacou-se a percepção dolorosa em diversos segmentos do corpo representado pelo Domínio Conforto da Taxonomia II da NANDA-I. No estudo de Fontes e Cruz (2007), a dor foi o segundo diagnóstico na ordem de prevalência

em unidades de clínica médica no hospital da Universidade de São Paulo. Dor também apareceu de modo expressivo no estudo de Volpato e Cruz (2007). A dor, na atualidade, constitui-se em um importante sinal vital, para o qual os profissionais de saúde devem estar atentos, com vistas a sua prevenção e controle. A prevenção e o controle da dor têm relação direta com a qualidade da assistência (SILVA; GRADIM, 2010).

Outros problemas de grande importância também foram descritos pelos enfermeiros, porém com menor frequência, tais como os relacionados às eliminações (intestinais e vesicais); distúrbios nutricionais, relacionados à ingesta hidro alimentar e aos distúrbios gástricos como náusea, vômito, incapacidade para alimentarem-se sem auxílio, necessidade de sondagens e abstenção da dieta, que no estudo apareceu com uma frequência considerável à tendência dos pacientes a apresentar ingesta hidro alimentar insuficiente. Sobre esse aspecto é importante considerar que a hospitalização traz consigo mudanças no hábito alimentar que por vezes torna-se um problema de enfermagem, assim como certas intolerâncias medicamentosas ou mesmo aos alimentos apresentados no cardápio hospitalar. Nestes casos os enfermeiros devem estar atentos para buscar soluções individualizadas para restabelecer a ingesta e reduzir riscos de complicações.

A insônia também apareceu com índice considerável, estando associada basicamente ao ambiente hospitalar. Santos et al. (2008), tiveram marca considerável deste diagnóstico na pesquisa com idosos em Niterói (RJ), com o percentual de 10,2% da população estudada. Para Carpenito (2009), alguns fatores podem estar relacionados à alteração no padrão do sono em pacientes internados, estes podem ser desencadeados por fatores fisiopatológicos (distúrbios respiratórios, incontinências), relacionados ao tratamento (sedativos, anfetaminas, barbitúricos) e a situações pessoais ou ambientais (sono excessivo durante o dia, dor, resposta à ansiedade).

Com relação às Necessidades Psicossociais, Prearo et al. (2011) destacam a dificuldade dos enfermeiros em lidar com o ser biopsicossocial, dispensando na assistência de enfermagem, prioritariamente, cuidados técnicos em detrimento da assistência holística ao paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A investigação dos problemas de enfermagem predominantes em pacientes internados em clínica médica e sua relação à classificação

diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association-International (NANDA-I)* permitiu identificar, pela aproximação destes aos fatores relacionados/risco e características definidoras, os diagnósticos mais frequentes em pacientes internados em clínica médica no momento da pesquisa.

Os diagnósticos identificados concentram-se na esfera biológica, mostrando o destaque que enfermeiros, ainda na atualidade, dão aos problemas físicos dos pacientes sob seus cuidados, em detrimento, muitas vezes, dos problemas sociais e espirituais. Não desqualificando a necessidade de cuidados com o corpo do paciente, com a terapia medicamentosa e os cuidados centrados nas necessidades psicobiológicas. É preciso avançar na direção do ser humano multidimensional com necessidades psicossociais e espirituais para se ter uma assistência de melhor qualidade.

No total do trabalho, foram identificados 35 diagnósticos de enfermagem. Embora a pesquisa tenha sido realizada em um pequeno intervalo de tempo, entende-se, pela experiência cotidiana, que tais diagnósticos têm aderência à realidade dos pacientes de clínica médica, dando conta de explicar a necessidade da maioria dos cuidados dispensados aos pacientes internados nestas unidades assistenciais. Recomenda-se, no entanto, que novos estudos possam ser realizados para fortalecer, ampliar ou modificar os achados atuais. Recomenda-se ainda que o levantamento seja ampliado para buscar os dados na evolução diária do paciente, realizada pelo enfermeiro. Isso porque ao longo da internação, os pacientes acabam modificando sua condição de saúde/doença e/ou dependência de cuidados de enfermagem, exigindo novos e diversificados cuidados.

Os achados do estudo possibilitam aos enfermeiros repensar o processo assistencial e a sistematização da assistência de enfermagem com vistas a dar maior cientificidade ao seu trabalho por meio da utilização de uma classificação diagnóstica de enfermagem. A possibilidade de inclusão da etapa diagnóstica à SAE depende, entre outros fatores, de estudos que estimulem os enfermeiros a reorientar a sua prática cotidiana nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

AVELAR, A. F. M. et al. **Dez passos para a segurança do paciente.** São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em:

<[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/RE\\_0153\\_0430\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0153_0430_01.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2012.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ.**, Rio de Janeiro, v.1, n.17, p.107-111, 2009.

BECKER, T.A.C.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 847-2, 2008.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 134p.

BRASIL. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DF: MS, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2011.

CARMO, L.L.; RAMOS, R.S.; OLIVEIRA, O.V.; MACIEL, R.O. A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de uma unidade de clínica médica: fortalecendo práticas e definindo direções rumo à sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, supl. 1, 2011. Disponível em: <[HTTP://REVISTA.HUPE.UERJ.BR/DETALHE\\_ARTIGO.ASP?ID=125](HTTP://REVISTA.HUPE.UERJ.BR/DETALHE_ARTIGO.ASP?ID=125)>. Acesso em: 16 jun. 2012.

CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; BERNARDES, M.F.V.G.; CUNHA, S. G.S.; SANTOS, C.S.; SILVA, P.C. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM.**, v.1 n.3, p.461-471, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/download/2832/2396>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-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. DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.973/2011 de 1º de agosto de 2011.** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 01 ago. 2011. Seção I, p. 144-147.

ELIZALDE, A. C.; ALMEIDA, M. A. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 564-74, 2006.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 395-402, 2007.

FRANCESCHETTI, E. F. **O cotidiano e a ação profissional do assistente social: reflexões sobre as ações desenvolvidas na Clínica Médica II do HU/UFSC.** 2011. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011.

GONÇALVES, A.M.P.; TANNURE, M.C. SAE, **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo (SP): EPU, 1979.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 111-16, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação - 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PREARO, C.; GONÇALVES, L.S.; VINHANDO, M.B.; MENEZES, S.L. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.18, n.1, p.20-7, 2011.

ROCHA, J.A.; MIRANDA, M.J.; ANDRADE, M.J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, p.29-38, 2006.

SANTOS, A.S.R.; SOUZA, P.A.; VALLE, A.M.D.; CAVALCANTI, A.C.D.; SÁ, S.P.C.; SANTANA, R.F. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 141-9, 2008.

SILVA, V.R.; GRADIM, C.V.C. Avaliação da dor em mulheres com câncer de mama submetidas à exérese da rede linfática axilar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n.4, p.646-51, 2010.

TORRES, M.M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.299-304, 2005.

VOLPATO, M.P.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p. 119-24, 2007.

## 5.2 MANUSCRITO 2: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA INTERNACIONAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

### **Diagnósticos de enfermagem da NANDA internacional em pacientes internados em unidade de clínica médica**

UBALDO, Isabela  
MATOS, Eliane

**Resumo:** Trata-se de um estudo quantitativo observacional transversal não probabilístico que teve por objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a classificação diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association - International*, edição 2009-2011, em prontuários de pacientes internados em uma unidade de clínica médica de um hospital geral universitário brasileiro. A coleta de dados ocorreu de junho a julho de 2012. Estes diagnósticos foram aplicados junto à Sistematização da Assistência de Enfermagem de 134 pacientes internados com a participação de nove enfermeiros. Foram observadas as frequências relativas e absolutas dos diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados/risco, segundo a ocorrência. Os diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência foram: Risco de infecção, Ansiedade e Risco de integridade da pele prejudicada. Evidenciou-se a variação de interpretação dos enfermeiros em relação ao reconhecimento dos fatores relacionados/risco e das características definidoras dos diagnósticos denotando o pouco domínio do grupo em relação à utilização dos diagnósticos.

**Palavras-chave:** Problemas de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Clínica Médica.

### **NANDA international nursing diagnoses in patients admitted to the medical clinic unit.**

**Abstract:** This is a quantitative observational non-probabilistic cross-sectional sample approach study aimed to identify nursing diagnoses, its defining characteristics and related factors, according to the diagnostic classification of North American Nursing Diagnosis Association-International, 2009-2011 Edition, in medical records of patients



admitted to a medical clinic unit of a University general hospital. Data was collected from June through to July 2012. Nine nurses applied these diagnoses along with the Systematization of Nursing Care on 134 patients. The nurses watched the relative and absolute frequencies of nursing diagnoses, its defining characteristics and related factors/risk, according to the occurrence. Most frequent nursing diagnoses were: risk of infection, anxiety and risk of impaired skin integrity. The variation of nurses' interpretation in relation to recognition of related factors and defining characteristics/diagnosis became evident, denoting the limited knowledge of the group with regards to the use of Diagnostics.

**Key words:** Nursing issues. Nursing diagnosis. Medical Clinic.

### **Diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional en pacientes internados en unidad de clínica médica**

**Resumen:** Se trata de un estudio cuantitativo observacional transversal no probabilística que tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería, sus características que lo definen y factores relacionados, según la clasificación diagnóstica de la *North American Nursing Diagnosis Association - International*, edición 2009-2011, en las historias clínicas de los pacientes internados en una unidad de clínica médica de un hospital general universitario brasileño. La recolección de datos ocurrió de junio a julio de 2012. Estos diagnósticos fueron aplicados junto a la sistematización de la atención de enfermería de 134 pacientes internados con la participación de nueve enfermeros. Fueron observadas las frecuencias relativas y absolutas de los diagnósticos de enfermería, sus características que lo definen y los factores relacionados/riesgo según la ocurrencia. Los diagnósticos de enfermería de mayor ocurrencia fueron: El riesgo de la infección, la ansiedad y el riesgo de la integridad de la piel perjudicada. Se evidenció la variación de interpretación de los enfermeros en relación al reconocimiento de los factores relacionados/ riesgo y de las características definidoras de los diagnósticos denotando el poco dominio del grupo en relación a la utilización de los diagnósticos.

**Palabras clave:** Problemas de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Clínica Médica.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tornou-se obrigatória por meio da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009).

Segundo a Resolução 358/2009 a SAE é a utilização de método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, que embasam as ações de assistência de Enfermagem que contribuem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, sendo constituída por no mínimo cinco etapas, histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

A SAE constitui-se em uma forma de organizar o cuidado pela aplicação do Processo de Enfermagem, nas suas etapas inter-relacionadas. Segundo Leopardi (1999), a SAE necessita estar associada a uma teoria de enfermagem que norteie e sustente o cuidado através de conceitos e pressupostos que com suas características organizadoras do trabalho e sua natureza reflexiva permitam determinar um roteiro para a assistência, dando uma identidade para a metodologia aplicada.

No contexto da SAE, o diagnóstico de enfermagem, que constitui a segunda etapa do processo de enfermagem, é considerada por Carmo e Azzolin (2005), a etapa mais complexa do processo e é de importância imensurável no planejamento do cuidado ou prescrição de enfermagem, por permitir a identificação dos problemas de saúde reais ou potenciais do paciente com suas características particulares, ou seja, de maneira individualizada, utilizando um raciocínio científico, baseado no conhecimento. E ainda, esta etapa constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para o alcance dos resultados que se esperam com os cuidados de enfermagem.

A etapa do Diagnóstico de Enfermagem (DE) é ainda pouco utilizada na realidade brasileira. Estudos recentes apontam a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta como a orientação teórica de maior expressão no Brasil, tanto na prática de enfermagem nas instituições de saúde, como no ensino, visto que este referencial teórico é adotado com larga expressão nas Escolas de Graduação em Enfermagem (FIGUEIREDO et al., 2006; PELLISON et al., 2007).

Wanda Horta embora tenha proposto uma fase de diagnóstico de enfermagem no processo de enfermagem, não desenvolveu essa etapa do modo como vem sendo discutida na atualidade, a partir do uso de classificações diagnósticas. Segundo Horta a etapa de diagnóstico é

entendida como a fase de identificação dos problemas de enfermagem e a definição do grau de dependência de cuidados de enfermagem do paciente para resolver os problemas identificados.

A concepção de diagnóstico que foi proposta por Horta (1979) apresenta limitações para a previsão de ações de enfermagem, com vistas ao cuidado individualizado e não facilita a adoção de uma linguagem universal que dê visibilidade à especificidade da Enfermagem pela construção de um corpo de conhecimentos próprios.

É ainda recente a utilização do termo diagnóstico de enfermagem, mesmo tratando-se de outras realidades. A primeira conferência sobre diagnósticos de enfermagem aconteceu em 1973, com o objetivo de criar um sistema de classificação compatível com a informática; desta conferência, um grupo de enfermeiros do Canadá e dos Estados Unidos reuniram-se e foi então criado o *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis* (NANDA, 2010).

O primeiro documento a definir a enfermagem como ciência capaz de efetuar diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas potenciais e reais de saúde data do ano de 1980, na declaração de Políticas Sociais da *American Nurses Association* (ANA) (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2011).

O *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis* passou a reunir-se até que em 1982, na V Conferência, as reuniões foram abertas à comunidade de enfermagem, passando a ser denominado *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2011).

Ao final da década de 1980, os DE começaram a ser estruturados a partir de Padrões de Respostas Humanas; sendo que em 1989 o grupo publicou a Taxonomia I, compreendendo nove padrões de resposta humana (NANDA, 2010).

Em março de 1990, durante a IX Conferência da NANDA, a assembleia geral aprovou uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas da saúde/processos vitais reais ou potenciais”; que permite selecionar as intervenções de enfermagem (NANDA-I, 2010, p.436).

Em 2001, com base em diversas avaliações, foi publicada a Taxonomia II da NANDA, com 13 domínios, 47 classes e 187 diagnósticos (CARPENITO, 2009).

Em 2002, a organização foi renomeada *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), refletindo assim o

interesse mundial pelo desenvolvimento de uma terminologia própria para a enfermagem (NANDA-I, 2010, p.442).

Na atualidade, a NANDA representa uma das classificações mais desenvolvidas e utilizadas em nosso meio, especialmente nas organizações hospitalares. Em algumas realidades a Classificação diagnóstica da NANDA vem sendo associada à teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), a exemplo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Essa classificação apresenta subsídios para adequação a Teoria das NHB, pois os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos reconhecidos podem ser identificados através dos problemas de enfermagem trabalhados na teoria de Horta, uma vez que mantém com eles certa proximidade.

Na unidade em que foi realizado este estudo, o hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), utiliza-se a identificação dos problemas de enfermagem, conforme proposto por Horta (1979), por ter seu modelo de cuidado construído com base nessa teoria. A substituição da etapa de diagnóstico pelo levantamento de problemas empobrece o processo de enfermagem, dificulta o raciocínio clínico e a construção de conhecimentos e terminologias próprias da enfermagem. O acompanhamento do desenvolvimento tecnológico também traduz a necessidade da utilização de uma classificação diagnóstica; as classificações são compatíveis com os modelos informatizados e podem constituir-se numa ferramenta de trabalho voltadas para o registro adequado.

Entendendo que o diagnóstico de enfermagem é parte importante da sistematização da assistência, e que na instituição em estudo essa etapa ainda não foi desenvolvida, buscou-se nesta pesquisa apresentar os principais diagnósticos de enfermagem, assim como seus fatores relacionados/risco e características definidoras, em pacientes internados em unidade de clínica médica, baseados na taxonomia II da NANDA (2009-2011).

Destaca-se que a taxonomia II da NANDA, edição 2009-2011, apresenta um total de 206 diagnósticos, sendo que neste estudo foram trabalhados onze diagnósticos elencados pelos enfermeiros integrantes do estudo como os diagnósticos de destaque em pacientes internados em CM, considerando a análise dos problemas de enfermagem encontrados nos histórico de 134 pacientes internados nestas unidades.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a classificação diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association - International*, edição 2009-2011, em

prontuários de pacientes internados em uma unidade de clínica médica de um hospital geral universitário brasileiro.

## **METODOLOGIA**

Estudo de abordagem quantitativa observacional transversal não probabilístico, realizado em uma unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que utiliza a SAE, segundo o modelo proposto por Horta (1979), para o planejamento da assistência dos pacientes internados.

Nesta instituição a SAE é desenvolvida a partir do histórico de enfermagem realizado nas primeiras 24 horas de internação do paciente, onde são identificados os problemas de enfermagem. Para esses problemas são prescritos os cuidados de enfermagem, no formulário que é chamado de prescrição de enfermagem. A prescrição de enfermagem é atualizada diariamente, após a avaliação da condição do paciente na evolução de enfermagem, passo que permite a avaliação da resposta ao cuidado implementado.

Conforme descrito anteriormente, a etapa de diagnóstico de enfermagem não é utilizada na instituição, conforme determina a Resolução 358/2009 do COFEN (2009). Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, compondo uma dissertação de mestrado vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, tendo por pano de fundo estimular mudanças na prática assistencial.

Neste artigo serão expostos os resultados da aplicação de 11 Diagnósticos de Enfermagem junto a SAE em uma das unidades de clínica médica do hospital, no período de junho a julho de 2012.

Com relação aos diagnósticos de enfermagem, foram elencadas as características definidoras e fatores relacionados/risco, sendo que todas estas informações foram lançadas no aplicativo informatizado da SAE da instituição com a ajuda de um profissional de informática do hospital. Os enfermeiros foram orientados para utilização do sistema com a inclusão desta etapa e iniciaram a aplicação diária da SAE utilizando estes diagnósticos de enfermagem

A realização da SAE utilizando a etapa diagnóstica foi aplicada pelos enfermeiros por sessenta dias, nos meses de junho e julho de 2012 para os pacientes internados neste período.

Inicialmente foram aplicados apenas oito diagnósticos, quais sejam: Dor crônica, Padrão respiratório ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Integridade

tissular prejudicada, Ansiedade, Risco de infecção e Risco de glicemia instável.

Ao término do primeiro mês da pesquisa, os enfermeiros integrantes do estudo solicitaram a incorporação dos diagnósticos: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Constipação e Risco de Constipação, pois sentiram falta dos mesmos quando da análise da situação dos pacientes internados. Os diagnósticos foram incluídos no sistema informatizado e passaram a constar na pesquisa, uma vez que tais situações estavam previstas no projeto inicial.

Foi trabalhado pelos enfermeiros o total de 11 DE da Classificação da NANDA-I, sendo que no período do estudo estiveram internados na referida unidade de clínica médica um total de 134 pacientes, com diversas patologias. Desta forma as enfermeiras executaram 1223 processos de enfermagem, destes 994 contavam com o DE como parte dele.

Nesta pesquisa foram observadas as frequências de utilização de cada diagnóstico, seus fatores relacionados/risco e características definidoras, sendo diariamente registradas as ocorrências em planilha elaborada para este fim. Ao término dos registros foi então desenvolvida a tabela dinâmica a qual permitiu agrupar os DE com seus fatores relacionados/risco e suas características definidoras fornecendo ainda, a frequência e a predominância dos enunciados diagnósticos. Para apresentação dos resultados e discussão dos achados da pesquisa os diagnósticos de enfermagem foram tabulados através de frequência absoluta e percentual. Convém lembrar que os percentuais de uso de cada diagnóstico, fatores relacionados/risco e características definidoras são independentes, ou seja, cada um deles varia de 0 a 100%.

O estudo respeitou os preceitos éticos, conforme recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número 2233/11. A pesquisa nos prontuários foi autorizada por todos os pacientes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os profissionais enfermeiros também assinaram o TCLE, sendo garantido tanto aos profissionais quanto aos pacientes o direito de desistência de participação em qualquer momento do estudo, assim como o anonimato das informações.

## RESULTADOS

Os resultados do estudo apontam que a SAE foi realizada, no período de desenvolvimento do estudo para 134 pacientes internados na unidade de clínica médica escolhida. Do total de pacientes para os quais os enfermeiros realizaram a SAE, apenas em quatro casos não foram identificados nenhum dos diagnósticos constante na proposta de estudo.

Considerando os 129 prontuários nos quais ocorreu a aplicação da etapa de Diagnóstico de Enfermagem pelos enfermeiros da unidade assistencial em estudo constatou-se que a SAE foi realizada diariamente para 93% dos pacientes internados no período. Situações excepcionais de não realização da evolução ou prescrição de enfermagem foram justificadas por intercorrências com pacientes internados que exigiam a atenção permanente do enfermeiro no cuidado direto. Destaca-se neste sentido a disponibilidade dos profissionais para a experimentação de inovações na prática assistencial, sendo que participaram desta etapa nove (100%) enfermeiros da unidade.

Para análise da ocorrência dos DE elencados na etapa das oficinas e aqueles incluídos no decorrer da pesquisa com seus fatores relacionados e características definidoras, utilizou-se da frequência simples e percentual conforme mostra a tabela 1, sendo os diagnósticos apresentados em ordem decrescente de ocorrência.

Tabela 1: Ocorrência dos diagnósticos de enfermagem conforme a Classificação da NANDA-I nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, Florianópolis, 2011

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Risco de infecção</b>		
Sim	121	93,80
Não	8	6,20
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>
<b>Risco de integridade da pele prejudicada</b>		
Sim	78	60,47
Não	51	39,53
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Ansiedade**

Sim	78	60,47
Não	51	39,53
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Risco de glicemia instável**

Sim	65	50,39
Não	64	49,61
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Integridade da pele prejudicada**

Sim	55	42,64
Não	74	57,36
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Dor crônica**

Sim	34	26,36
Não	95	73,64
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Padrão respiratório ineficaz**

Sim	33	25,58
Não	96	74,42
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Integridade tissular prejudicada**

Sim	30	23,26
Não	99	76,74
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>

**Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais**



Sim	31	44,93
Não	38	55,07
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>

**Risco de constipação**

Sim	22	31,88
Não	47	68,12
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>

**Constipação**

Sim	14	20,29
Não	55	79,71
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,00</b>

Fonte: UBALDO, 2012

Considerando os principais fatores relacionados dos diagnósticos identificados, obteve-se o seguinte resultado, sendo que convém lembrar que mais de um fator relacionado pode ser aplicado ao mesmo diagnóstico (Tabela 2):

Tabela 2: Ocorrência dos fatores relacionados ou de risco segundo diagnósticos de Enfermagem da Classificação da NANDA-I, Florianópolis, 2011

<b>Diagnóstico de Enfermagem/ Fatores Relacionados ou de Risco</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Risco de infecção</b>		
Procedimentos invasivos	107	37,28
Exposição ambiental aumentada a patógenos	80	27,87
Doença crônica	40	13,94
Destruição de tecidos	37	12,89
Outros fatores de risco	23	8,02
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100</b>

**Risco de integridade da pele prejudicada**

Imobilização física	41	17,30
Extremos de idade	38	16,03
Fatores mecânicos	31	13,08
Proeminências ósseas	19	8,02
Outros fatores de risco	108	45,57
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

**Risco de glicemia instável**

Estado de saúde física	45	42,06
Ingestão alimentar	31	28,97
Controle de medicamentos	9	8,41
Outros fatores de risco	22	20,56
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

**Risco de constipação**

Mudança nos padrões habituais de alimentação	9	26,47
Hábitos irregulares de evacuação	4	11,77
Confusão mental	3	8,82
Hábitos alimentares deficientes	3	8,82
Outros fatores de risco	15	44,12
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Ansiedade**

Ameaça ao estado de saúde	44	38,60
Ansiedade	24	21,05
Estresse	12	10,53
Outros fatores relacionados	34	29,82
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

**Integridade da pele prejudicada**

Fatores mecânicos	36	35,29
-------------------	----	-------

Imobilização física	11	10,78
Extremos de idade	8	7,85
Outros fatores relacionados	47	46,08
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

### **Dor crônica**

Incapacidade física crônica	33	94,29
Incapacidade psicossocial crônica	2	5,71
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

### **Padrão respiratório ineficaz**

Fadiga da musculatura respiratória	14	24,56
Disfunção neuromuscular	13	22,81
Dano musculoesquelético	13	22,81
Outros fatores relacionados	17	29,82
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

### **Integridade tissular prejudicada**

Circulação alterada	16	41,02
Fatores mecânicos	9	23,08
Outros fatores relacionados	14	35,90
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

### **Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais**

Fatores biológicos	21	58,34
Capacidade prejudicada de ingerir alimentos	8	22,22
Outros fatores relacionados	7	19,44
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

### **Constipação**

Mudança nos padrões alimentares	4	15,38
Hábitos alimentares deficientes	3	11,54

Mudanças recentes de ambiente	3	11,54
Outros fatores relacionados	16	61,54
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fonte: UBALDO, 2012

Em relação às características definidoras, apresentamos na Tabela 3 o que predominou para cada diagnóstico.

Tabela 3: Ocorrência das características definidoras segundo diagnósticos de enfermagem da Classificação da NANDA-I nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, Florianópolis, 2011

<b>Diagnóstico de Enfermagem / Característica Definidora</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ansiedade</b>		
Apreensivo	54	16,22
Preocupado	50	15,02
Ansioso	38	11,40
Outras características definidoras	191	57,36
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>100,00</b>
<b>Integridade da pele prejudicada</b>		
Rompimento da superfície da pele	31	36,05
Invasão de estruturas do corpo	26	30,23
Destruição das camadas da pele	25	29,07
Outras características definidoras	4	4,65
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>
<b>Dor crônica</b>		
Relato verbal de dor	30	38,96
Expressão facial	15	19,48
Outras características definidoras	32	41,56
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>
<b>Padrão respiratório ineficaz</b>		
Dispneia	29	43,28
Uso da musculatura acessória para respirar	11	16,42
Alterações na profundidade respiratória	9	13,43
Taquipneia	7	10,45

Outras características definidoras	11	16,42
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>
<b>Nutrição desequilibrada:</b>		
<b>menos que as necessidades corporais</b>		
Falta de interesse na comida	13	22,42
Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR	11	18,97
Aversão ao ato de comer	7	12,07
Incapacidade percebida de ingerir comida	6	10,34
Dor abdominal	6	10,34
Outras características definidoras	15	25,86
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>
<b>Integridade tissular prejudicada</b>		
Tecido lesado	28	77,78
Tecido destruído	8	22,22
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
<b>Constipação</b>		
Incapacidade de eliminar fezes	9	30,00
Abdome distendido	6	20,00
Outras características definidoras	15	50,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fonte: UBALDO, 2012

Buscou-se ainda identificar em cada diagnóstico, qual o enunciado predominante, sendo que os resultados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Representação da ocorrência dos enunciados diagnósticos segundo a Classificação da NANDA-I nos pacientes internados no Serviço de CM/HU/UFSC, Florianópolis, 2011

Fonte: UBALDO, 2012

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			
<b>Fator Relacionado/</b>			
<b>Risco</b>	<b>Característica definidora</b>	<b>n</b>	<b>%</b>

**Risco de infecção**

Procedimentos invasivos	107	37,28
Outros fatores de risco	180	62,72
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100,00</b>

**Risco de integridade da pele prejudicada**

Imobilização física	41	17,30
Outros fatores de risco	196	82,70
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,00</b>

**Risco de glicemia instável**

Estado de saúde física	45	42,06
Outros fatores de risco	62	57,94
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Risco de constipação**

Mudança nos padrões habituais de alimentação	9	26,47
Outros fatores de risco	25	73,53
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>

**Ansiedade**

Ameaça ao estado de saúde	Preocupado	35	9,36
Ameaça ao estado de saúde	Apreensivo	31	8,29
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	308	82,35
<b>Total</b>		<b>374</b>	<b>100,00</b>

**Integridade da pele prejudicada**

Fatores mecânicos	Invasão de estruturas do corpo	23	16,55
-------------------	--------------------------------	----	-------

Fatores mecânicos	Rompimento da superfície da pele	15	10,79
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	101	72,66
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100,00</b>

**Dor crônica**

Incapacidade física crônica	Relato verbal de dor	29	37,66
Incapacidade física crônica	Expressão facial	14	18,18
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	34	44,16
<b>Total</b>		<b>77</b>	<b>100,00</b>

**Padrão respiratório ineficaz**

Fadiga da musculatura respiratória	Dispneia	13	15,12
Disfunção neuromuscular	Dispneia	12	13,95
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	61	70,93
<b>Total</b>		<b>86</b>	<b>100,00</b>

**Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais**

Fatores biológicos	Falta de interesse na comida	9	14,52
Fatores biológicos	Dor abdominal	6	9,68
Fatores biológicos	Relato de ingestão inadequada de alimentos, menor que a PDR	6	9,68
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	41	66,12
<b>Total</b>		<b>62</b>	<b>100,00</b>

### **Integridade tissular prejudicada**

Circulação alterada	Tecido lesado	15	31,25
Fatores mecânicos	Tecido lesado	9	18,75
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	24	50,00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100,00</b>

### **Constipação**

Mudanças recentes de ambiente	Incapacidade de eliminar fezes	3	7,89
Mudança nos padrões alimentares	Abdome distendido	2	5,26
Mudança nos padrões alimentares	Incapacidade de eliminar fezes	2	5,26
Mudança nos padrões alimentares	Frequência diminuída	2	5,26
Atividade física insuficiente	Incapacidade de eliminar fezes	2	5,26
Mudanças recentes de ambiente	Abdome distendido	2	5,26
Hábitos alimentares deficientes	Incapacidade de eliminar fezes	2	5,26
Outros fatores relacionados	Outras características definidoras	23	60,55
<b>Total</b>		<b>38</b>	<b>100,00</b>

Fonte: UBALDO, 2012

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do estudo apontam que a SAE foi realizada, no período de desenvolvimento do estudo para 129 pacientes internados na unidade de clínica médica escolhida. Considerando o total de pacientes para os quais os enfermeiros realizaram a SAE, apenas em quatro casos não foram identificados nenhum dos diagnósticos constante na proposta de estudo.

O diagnóstico de Risco de infecção esteve presente em 121 dos pacientes internados, fator relacionado à existência de procedimentos



invasivos, reconhecido pelos enfermeiros, na maioria dos casos pela necessidade de manutenção de acesso venoso para veiculação de medicamentos; seguido de exposição ambiental aumentada a patógenos, doença crônica e destruição de tecidos. Nestes casos, foram interpretados como resposta à hospitalização, condições clínicas e diagnósticos médicos, além do elevado grau de dependência dos pacientes e propensão aumentada para lesões cutâneas sejam pela idade (pele friável) ou pelo confinamento ao leito, levando ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

A alta incidência deste diagnóstico denota também a preocupação dos enfermeiros no sentido de prever cuidado para amenizar e/ou evitar o risco. Guedes et al. (2009), em estudo realizado numa clínica médica de um hospital universitário da região centro-oeste, voltado para população idosa (com idade igual ou maior do que 60 anos), constataram que esse diagnóstico esteve presente em 100% dos indivíduos da amostra estudada, onde os fatores de risco foram: exposição ambiental a patógenos aumentada, doença crônica, defesas primária inadequadas e procedimentos invasivos, mostrando similaridade com os achados nesta pesquisa.

O diagnóstico de Risco de integridade da pele prejudicada, pertencente ao domínio segurança/proteção, apareceu em 17,30% dos processos executados em que este diagnóstico foi elencado, e é explicado pelo número elevado de indivíduos atendidos na unidade, portadores de doenças crônicas incapacitantes ou em iminência de ser considerada incapacitante. Estes pacientes geralmente desenvolvem risco pelo elevado grau de dependência para mobilização e movimentação ativa e passiva. Imobilização física (41; 17,30%), extremos de idade (38; 16,03%) e fatores mecânicos (31; 13,08%) foram os fatores de risco considerados pelos enfermeiros para o diagnóstico, estando de acordo com as características da clientela assistida. Em estudo realizado em São Paulo, em unidade de internação similar, foi constatado que 36,7% dos pacientes estudados apresentaram esse diagnóstico (FONTES; CRUZ, 2007). Em Niterói, o risco de integridade da pele prejudicada obteve o predomínio (54,8%) entre os diagnósticos de enfermagem identificados por enfermeiros nos prontuários de 196 indivíduos, num estudo retrospectivo, considerando dados de consulta de enfermagem (SANTOS et al., 2008). Neste estudo, integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada apareceram em menor escala, porém fizeram-se presentes nos estudos, cujos fatores relacionados reconhecidos pelos enfermeiros assemelham-se ao diagnóstico de risco.

O diagnóstico de dor crônica, bastante expressivo neste estudo, pode estar associado ao perfil dos pacientes atendidos na unidade, geralmente portadores de patologias crônicas. Este dado difere de pesquisa realizada em uma unidade hospitalar de clínica médica de um hospital da cidade de São Paulo, no qual o diagnóstico de dor predominante foi caracterizado como estado agudo e ocorreu em 66,7% da amostra estudada (FONTES; CRUZ, 2007). Na definição da NANDA-I, os conceitos de dor crônica e aguda diferem apenas no tempo de duração (de mais ou de menos de seis meses respectivamente) e na previsão da sua resolução. A dor aguda permite prever seu término ao contrário da dor crônica (NANDA-I, 2010).

Os diagnósticos de Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, Risco de constipação e Constipação, foram aplicados apenas durante trinta dias, metade do tempo do estudo, por terem sido incluídos a pedido dos enfermeiros participantes, para contemplar um maior número de necessidades demonstradas pelos pacientes internados durante o período de estudo. Desse modo sua ocorrência foi menor que os demais diagnósticos. Ainda assim podemos confrontar os dados deste estudo com uma pesquisa realizada em Ipatinga-MG (LUCENA; GUEDES, 2008), onde se estudaram os diagnósticos de enfermagem do domínio nutrição identificados em idosos institucionalizados. Neste estudo, constatou-se que o DE nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais esteve presente em 68,7% dos pacientes idosos, estando associado às mudanças no organismo motivadas pelo processo do envelhecimento. No estudo supracitado, observou-se que o DE Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais, apresentou como fator relacionado incapacidade de ingerir comida causada por fatores biológicos (68,7%) (LUCENA; GUEDES, 2008), sendo que no presente estudo os fatores biológicos também tiveram maior ocorrência (21; 58,34%).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O resultado deste estudo é fruto da contribuição de um grupo de enfermeiros que demonstrou sensibilidade para experimentar na prática, a utilização do diagnóstico de enfermagem como parte da SAE realizada em uma instituição que não tem essa prática definida em seu modelo assistencial.

Os resultados trazem os principais DE identificados pelos enfermeiros participantes do estudo, suas características definidoras de

fatores relacionados, e que estão situados nos domínios segurança/proteção, enfrentamento/tolerância, regulação, conforto, atividade/repouso, nutrição e eliminação e troca e nas classes lesão física, reações de enfrentamento, metabolismo, conforto físico, respostas cardiovasculares/ pulmonares, ingestão e função gastrointestinal.

Dentre os Processos de Enfermagem estudados, em apenas quatro não foram identificados nenhum DE, podendo com isso ser afirmado que os DE selecionados para fazerem parte deste estudo são de fato os principais apresentados pelos pacientes assistidos na clínica médica da instituição, que atende pacientes crônicos, em geral, fortemente dependentes de cuidados de enfermagem.

Não obstante o esforço dos participantes para a utilização da classificação diagnóstica da NANDA-I, porém constatou-se que ainda existem grandes dificuldades para implantação do diagnóstico de enfermagem na SAE, na instituição estudada. Grande parte dos enfermeiros teve pouco ou nenhum contato com as classificações diagnósticas em sua formação, portanto tem insuficiente domínio sobre a temática necessitando desenvolver o raciocínio clínico associado, assim como familiarizar-se com a classificação. .

Considerando que o intuito deste estudo, para além de conhecer os diagnósticos mais frequentes em pacientes de clínica médica foi iniciar um processo de utilização da classificação diagnóstica na prática assistencial de modo a favorecer a adoção desta etapa na SAE, atendendo deste modo a legislação da profissão, pode-se considerar que os objetivos foram atendidos.

A pesquisa proporcionou aos participantes o repensar sua prática assistencial e a vivência do processo de pesquisa, sendo uma oportunidade muito rica de aprendizado coletivo, além de servir como orientação para a prática de enfermagem comprometida com a qualidade.

## REFERÊNCIAS

CARMO, G. M; AZZOLIN, V. Diagnóstico de enfermagem: ferramenta importante para conduzir o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 287-91, 2005.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 11<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-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. DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

DOENGENS, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

FIGUEIREDO, R. M.; MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 395-402, 2007.

GUEDES, H.M.; NAKATANI, A.Y.K.; SANTANA, R.F.; BACHION, M.M. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n.2, p. 249-56, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU, 1979.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

LUCENA, M.M.; GUEDES, H.M. diagnósticos de enfermagem do domínio nutrição identificados em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem Integrada Ipatinga Unileste**, Minas Gerais, v.1, n. 1, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação - 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PELLISON, F.; NAGUMO, M.M.; CUNHA, E.S.; MELO, L.L.  
Aplicação prática do processo de enfermagem a uma adolescente portadora de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v.41, n.3, 2007.

SANTOS, A.S.R.; SOUZA, P.A.; VALLE, A.M.D.; CAVALCANTI, A.C.D.; SÁ, S.P.C.; SANTANA, R.F. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 141-9, 2008.

### 5.3 MANUSCRITO 3: Percepção de enfermeiros sobre o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I na Sistematização da Assistência de Enfermagem

#### **Percepção de enfermeiros sobre o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I na Sistematização da Assistência de Enfermagem**

UBALDO, Isabela  
MATOS, Eliane

**Resumo:** Estudo qualitativo, exploratório, descritivo tendo como objetivo conhecer a percepção de enfermeiros que atuam em unidade de internação de clínica médica acerca da experiência de desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem utilizando diagnósticos de enfermagem da Classificação Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional*. Participaram da pesquisa oito enfermeiros lotados em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário do sul do Brasil, que participaram previamente de oficinas de elaboração de diagnósticos de enfermagem e aplicação dos mesmos na sistematização da assistência de enfermagem durante 60 dias. Assim, após vivenciarem todo este processo, os enfermeiros foram entrevistados individualmente, sendo que a coleta de dados ocorreu em agosto de 2012. A análise dos dados foi realizada a partir da leitura exaustiva das entrevistas e agrupamento por semelhança. Nos resultados os enfermeiros apontaram fatores que facilitam e dificultam a utilização da etapa diagnóstica. Destacam-se como potencialidades a informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem incluindo os diagnósticos, características definidoras e fatores relacionados no aplicativo informatizado. Como fragilidades: desconhecimento e despreparo para trabalhar com o diagnóstico, dificuldades no uso do aplicativo informatizado e outros. Conclui-se que os enfermeiros consideram positiva a utilização do Diagnóstico de Enfermagem para a definição dos cuidados a serem prestados aos pacientes, porém não dominam adequadamente a classificação diagnóstica e sua aplicação, necessitando de capacitação contínua para inseri-la na realidade.

**Palavras-chave:** Processos de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Clínica Médica.

### **Perception of nurses on the nursing diagnosis of NANDA-I in the systematization of nursing care**

**Abstract:** Qualitative, exploratory, descriptive study aiming to know the perception of nurses who work in care units about the experience of developing the Systematization of Nursing Care using nursing diagnosis from Diagnostic classification of North American Nursing Diagnosis Association International. Eight nurses of a South Brazilian University hospital medical clinic took part in the research, who previously attended workshops to develop nursing diagnoses and its use in the Systematization of Nursing Care for 60 days. Thus, after experiencing this process, nurses were individually interviewed. Data was collected in August 2012. Data analysis was performed by exhaustively reading the interviews and grouping them by similarity. In the results the nurses pointed out factors that facilitate and prevented the use of the diagnostic step. As a potential, stands out the computerization of systematization of nursing care including Diagnostics, defining characteristics and related factors in the software application. As fragility: ignorance and lack of preparation to work with the diagnosis, difficulties in the use of the software application and others. The conclusion is that nurses consider as positive the use of nursing diagnosis for the definition of care to be provided to patients, but they lack knowledge on the diagnostic classification and its application, requiring continuous training to make it become a reality.

**Key words:** nursing Processes; Nursing diagnosis; Nursing care; Medical Clinic.

### **Percepción de los enfermeros sobre el Diagnóstico de enfermería de la NANDA-I en la Sistematización de la Atención de Enfermería**

**Resumen:** Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, tuvo como objetivo conocer la percepción de enfermeros que trabajan en la unidad de internamiento de clínica médica acerca de la experiencia de desarrollar la Sistematización de la Atención de Enfermería utilizando diagnósticos de enfermería de la Clasificación diagnóstica de la *North American Nursing Diagnosis Association Internacional*. Participaron de la investigación las ocho enfermeras de una unidad de clínica médica de un hospital universitario del sur de Brasil, que participaron previamente de talleres de elaboración de diagnósticos de enfermería y su aplicación de los mismos en la Sistematización de la Atención de Enfermería

durante 60 días. Así que después de experimentar todo este proceso, los enfermeros fueron entrevistados individualmente, siendo la recolección de los datos en agosto de 2012. El análisis de los datos fue realizada a partir de la lectura exhaustiva de las entrevistas y agrupados por similitud. En los resultados los enfermeros apuntan factores que facilitan y dificultan la utilización de la etapa diagnosticada. Se destacan como potencialidades la informatización de la Sistematización de la Atención de Enfermería incluyendo los diagnósticos, las características definidoras y factores relacionados en el aplicativo informatizado. Como debilidad : desconocimiento y la falta de preparación para trabajar con el diagnóstico, dificultades en el uso del aplicativo informatizado y otros. Se concluye que los enfermeros consideran positivo la utilización del Diagnóstico de Enfermería para la definición de las atenciones que se proporcionan a los pacientes; sin embargo, no dominan adecuadamente la clasificación de diagnóstico y su aplicación, necesitando capacitación continua para insertarlo en la realidad.

**Palabras clave:** Proceso de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Atención de Enfermería. Clínica Médica.

## INTRODUÇÃO

A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde em que atua pessoal de enfermagem constitui uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), respaldado na Resolução Nº 358/2009 e deve constar das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Implementação de cuidados e Evolução de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Diagnóstico de Enfermagem como segunda etapa desse processo, constitui um desafio na maioria das instituições que já aplicam a SAE para o planejamento da assistência de enfermagem. É nesta etapa do processo que os dados coletados junto ao cliente devem ser analisados e interpretados criteriosamente pelo enfermeiro (GONÇALVES; TANNURE, 2009). A construção do diagnóstico de enfermagem requer do enfermeiro pensamento crítico para interpretar os dados do paciente, evidenciados na entrevista e no exame físico e a aplicação de conhecimentos técnico-científicos, adquiridos no processo de formação (CARMO et al., 2011).



As classificações diagnósticas de enfermagem têm sido desenvolvidas nas últimas décadas com o objetivo de facilitar a prática da enfermagem, construir conhecimentos próprios da profissão e estabelecer uma linguagem unificada pelo uso de palavras que representem a condição dos pacientes sob o cuidado profissional, padronizando a definição dos termos, e com isso, reduzindo a probabilidade de erro de comunicação, além de auxiliar na construção de outros sistemas de classificação (sistemas computadorizados) (JESUS, 1995). No entanto, as classificações diagnósticas em nossa realidade ainda são pouco utilizadas, os enfermeiros possuem conhecimento limitado sobre as mesmas e pouca habilidade para utilizá-las adequadamente com vistas a facilitar a execução do processo de enfermagem.

Pode-se dizer que foi a partir da década de 70 que a temática Diagnóstico de Enfermagem ganhou relevância internacionalmente e estudos consistentes passam a ser divulgados. Em 1973 um grupo de enfermeiras norte-americanas reuniu-se para desenvolver uma terminologia que descrevesse os problemas de saúde diagnosticados e trabalhados pelos enfermeiros, desse modo, identificando e classificando os Diagnósticos de Enfermagem (DE), num esforço de padronizar a linguagem entre a equipe de enfermagem para prever o cuidado individualizado aos pacientes. Desde então, a cada dois anos o grupo reúne-se para lançar uma nova edição e fazer as devidas atualizações que constam de: acréscimos de novos diagnósticos; revisão de diagnósticos; retirada de diagnósticos ou recuperação de diagnóstico retirado em conferências anteriores. Em 1982, o grupo constituído passou a ser denominado *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA e em 1989 publicou a Taxonomia I (BENEDET; BUB, 2001).

Em 1990 a NANDA definiu o conceito de diagnóstico como “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas da saúde/processos vitais reais ou potenciais” os quais “permitem selecionar as intervenções de enfermagem” (NANDA-I, 2010, p.436). Em 2001, publica a Taxonomia II e em 2002 a NANDA é relançada como NANDA Internacional – NANDA-I.

No Brasil, a NANDA foi apresentada às enfermeiras brasileiras em 1990 numa publicação em português pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba, lideradas pela Dr<sup>a</sup>. Marga Coler e lançada no 1º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (BARROS, 2009). Considerando que a Resolução Nº 358/2009, do

COFEN descreve o Diagnóstico de Enfermagem como uma das etapas da SAE, é fundamental conhecer o que pensam os enfermeiros acerca desta etapa, conforme se propõe neste estudo que é desenvolvido em um hospital geral universitário do sul do Brasil, no qual os enfermeiros utilizam a SAE há mais de 30 anos para o planejamento da assistência.

Na realidade desta instituição hospitalar vem-se discutindo desde 2009 a inclusão da etapa diagnóstica na SAE, e a Classificação da NANDA-I tem sido apontada como um caminho que se adéqua ao modelo institucional, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979). No modelo de Horta (1979), o diagnóstico de enfermagem é entendido como os problemas de enfermagem, os quais geralmente se constituem em sinais, sintomas e outras condições relevantes para a assistência de enfermagem. Utilizando-se dos problemas identificados na coleta de dados junto ao paciente e ao exame físico, os enfermeiros realizam a previsão das ações de enfermagem. Os problemas de enfermagem se assemelham, em muitas situações, às características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco dos diagnósticos validados e aprovados pela NANDA-I.

Considerando que a instituição hospitalar em estudo serve de campo de estágio para acadêmicos de graduação em enfermagem, entendemos que a incorporação da etapa diagnóstica à SAE é de extrema importância para a construção de conhecimentos de enfermagem pertinentes, para o preparo dos futuros profissionais e para melhores práticas em saúde.

Nesta perspectiva, este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, desenvolvida junto ao curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como objetivo conhecer as percepções dos enfermeiros acerca da experiência de implementar o diagnóstico de enfermagem na SAE, considerando a utilização de 11 diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, elencados como os mais frequentes em pacientes internados em clínica médica. O estudo foi norteado pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais as percepções dos enfermeiros acerca da experiência de implementar o diagnóstico de enfermagem na SAE?

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, do tipo qualitativo realizado em uma unidade de Clínica Médica de um hospital geral universitário para conhecer a percepção de enfermeiros acerca de

processo vivenciado de implementação do Diagnóstico de Enfermagem na SAE.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada realizada com cada um dos oito enfermeiros lotados em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2012.

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros que participaram da elaboração de diagnósticos de enfermagem a partir da identificação dos principais problemas de enfermagem elencados nos históricos de enfermagem nos prontuários dos pacientes, fazendo uma relação destes com a classificação diagnóstica da NANDA-I 2010- 2011, incluindo fatores relacionados/risco e características definidoras. Assim, foram identificados onze diagnósticos de enfermagem, considerados os mais significativos em função da frequência com que ocorrem nos pacientes internados na unidade.

Os diagnósticos elaborados foram: Dor crônica; Padrão respiratório ineficaz; Integridade da pele prejudicada; Ansiedade; Risco de infecção; Risco de glicemia instável; Integridade tissular prejudicada; Risco de integridade da pele prejudicada; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; Constipação; Risco de constipação.

Estes diagnósticos foram validados com os enfermeiros em oficinas, e foram lançados no software utilizado na instituição para a elaboração do prontuário informatizado do paciente com a ajuda de profissional de informática que desenvolveu este ícone no sistema, integrado às demais etapas da SAE, já utilizadas na instituição. Posteriormente, por um período de dois meses, os enfermeiros fizeram a experiência de desenvolver a SAE utilizando os referidos diagnósticos.

Assim, após vivenciarem todo este processo, os enfermeiros foram entrevistados individualmente. Segundo Minayo (2010, p.261), a entrevista é uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes a um objeto de pesquisa”. Segundo a autora, a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

As entrevistas tiveram o áudio gravado e seguiram um roteiro semiestruturado que combinava questões fechadas e abertas, em que cada entrevistado teve a liberdade de falar sobre o tema proposto.

Por meio de uma conversa inicial, procurando inserir o entrevistado no contexto do estudo foi-lhes questionado sobre tempo de

formação, instituição de formação e tempo de atividades na instituição. As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro previamente elaborado objetivando extrair: seus conhecimentos e habilidades com o tema, suas facilidades e dificuldades em relação ao diagnóstico de enfermagem e a experiência de aplicação dos mesmos, suas percepções sobre a capacitação realizada e introdução da etapa diagnóstica na atual forma de aplicação da SAE, a importância da etapa para previsão das ações de enfermagem, a abrangência dos DE selecionados e suas percepções acerca do preparo que adquiriram com a experiência vivenciada. Também procurou investigar quais suas sugestões para que o DE seja aplicado junto à SAE na instituição como um todo.

A análise dos dados foi realizada a partir da leitura exaustiva das entrevistas, quando os dados foram agrupados por semelhança, dando origem a duas categorias que caracterizam os pontos positivos e negativos da utilização dos diagnósticos de enfermagem na prática assistencial, bem como as subcategorias de análise.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC, sob número 2233/11 e seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo que todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento livre Esclarecido, aceitando participar da pesquisa. Os integrantes do estudo foram identificados pela letra E (enfermeiro) seguida de uma numeração sequencial, de modo a preservar o anonimato dos participantes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Segundo os integrantes do estudo a utilização da classificação diagnóstica da NANDA-I na SAE apresenta pontos positivos e negativos. Estes constituíram duas categorias, quais sejam: Potencialidades da aplicação do diagnóstico de enfermagem na SAE e Fragilidades na utilização do sistema de classificação diagnóstica. A descrição dos achados está colocada a seguir:

### **Categoria 1: Potencialidades da aplicação do diagnóstico de enfermagem na SAE**

Os pontos positivos dizem respeito ao cumprimento da resolução Nº 358 de 2009 do COFEN e a valorização do conhecimento dos enfermeiros, oportunidade de aprendizado, informatização dos

diagnósticos de enfermagem e adequação dos diagnósticos utilizados na experiência de assistência aos pacientes internados em Clínica médica.

Um primeiro aspecto que chama a atenção quando os integrantes do estudo tratam dos aspectos positivos da utilização dos Diagnósticos de Enfermagem diz respeito ao **cumprimento de legislação profissional e valorização do conhecimento dos enfermeiros**.

No estudo, a maioria dos enfermeiros entrevistados reconheceu a obrigatoriedade da implantação do Diagnóstico de Enfermagem como resposta à legislação e respaldo legal do exercício da enfermagem.

O estabelecimento assistencial de saúde prevê a Sistematização propriamente dita. Precisa dessa etapa do DE porque senão a gente vai trabalhar com parcelas, então dá maior respaldo para as nossas atividades, depois para as nossas ações, e o DE propriamente dito é uma etapa do processo, não tem como eu burlar e ficar sem fazer o DE (E4).

Outra coisa que a priori estaria contemplando seria a questão do respaldo, né [...](E7).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) está preconizado pela Resolução Nº 358/2009 do COFEN, dentre as etapas mínimas que constituem o processo de enfermagem, o qual deve ser realizado a todo paciente atendido pela enfermagem nos serviços de saúde, juntamente com as demais etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação de cuidados e evolução de enfermagem (COFEN, 2009). A SAE e o diagnóstico de enfermagem neste contexto é atividade exclusiva do enfermeiro, podendo ser considerado fator de valorização da cientificidade da profissão, o diferencial do trabalho do enfermeiro.

A utilização de uma classificação diagnóstica na SAE também é percebida pelos integrantes do estudo como fator de valorização do conhecimento profissional de enfermagem e do trabalho do enfermeiro:

Para nosso crescimento profissional, reconhecimento. Para que a nossa profissão se torne mais científica, se for parar para pensar a SAE é um dos fatores que torna a nossa profissão científica (E4).

[...] a gente tem que agregar esse conhecimento no nosso dia a dia porque faz parte de todo esse movimento mundial, em relação ao corpo de conhecimento da enfermagem né, a busca da cientificidade da enfermagem(E1).

Para Oliveira, Paula e Freitas (2007), a enfermagem vem passando, nos últimos anos, por um processo de transformação referente a padrões e valores da profissão, bem como quanto à formação de sua base científica, passando pelo movimento das teorias de enfermagem, da SAE e atualmente da proposta de desenvolvimento de linguagens padronizadas, universalmente aceitas, os diagnósticos de enfermagem. Estes últimos têm por objetivo facilitar o processo de cuidar, com possibilidades de prever um cuidado embasado cientificamente e de acordo com as reais necessidades do paciente, assim como a visão dos resultados esperados dessa previsão. Os enfermeiros integrantes do estudo parecem reconhecer a necessidade de desenvolver essa linguagem profissional através das classificações diagnósticas de enfermagem.

Considerando o entendimento de que a utilização da etapa de diagnóstico de enfermagem na SAE valoriza o trabalho da enfermagem, os integrantes do estudo consideraram a vivência de trabalhar com o Diagnóstico de Enfermagem positiva, pela **Oportunidade de Aprendizado** que proporcionou.

Eu percebi assim que a cada dia eu tinha uma experiência diferente em relação ao DE. Em resumo, realmente foi um aprendizado (E7).

Utilizando o diagnóstico fez a gente raciocinar mais sobre aquilo que a gente estava vendo, fez a gente estudar um pouco mais, direcionar um pouquinho o nosso olhar e ser mais crítico nisso, porque a gente sabia que a gente ia ter que analisar aquilo ali, então a gente tinha que prestar mais atenção(E8).

Souza e Valadares (2011) ressaltam que o conhecimento técnico-científico aplicado na formulação dos DE confere autonomia ao enfermeiro que pode ser evidenciada à medida que este é aplicado, observando-se suas repercussões nas decisões tomadas e nas intervenções adotadas. Assim sendo, o processo de cuidar é enriquecido

quando a equipe de enfermeiros demonstra pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas e habilidades técnico-científicas, contribuindo dessa forma para fortalecimento da enfermagem como profissão. Para os autores a aprendizagem acerca dos diagnósticos de enfermagem pode contribuir para a avaliação clínica do paciente e sua aplicação prática, com melhores resultados para os cuidados.

Sobre a **Informatização dos Diagnósticos de Enfermagem no prontuário do paciente**, a maioria dos enfermeiros relatou que a disponibilização dos DE no aplicativo informatizado, atualmente utilizado na instituição, facilitou a visualização e conseqüentemente a aplicação do DE, economizando tempo e tornando prática e viável a sua utilização diária. Esta percepção dos enfermeiros vem ao encontro dos resultados da pesquisa bibliográfica de Palomares e Marques (2010) que identificaram a otimização do tempo do enfermeiro e a melhor organização dos dados como as principais contribuições dos sistemas e protótipos de sistemas computacionais para a implementação da SAE. A informatização para os autores torna o processo aplicável no dia-dia, dando-lhe qualidade e praticidade, tornando a tarefa mais prazerosa para o enfermeiro pela fácil visualização dos resultados do trabalho.

Eu achei fácil o fato de estar no computador, de estar programado, de haver uma possibilidade de acesso às informações de maneira automática, clicando e procurando ali nos ícones que estavam disponibilizados [...] (E2).

Acho que o fato dele estar no sistema já é meio caminho, já facilitou muito, você ter que fazer manual é pior ainda, acho que isso foi um passo bem grande, você poder acessar junto (E8).

A introdução da classificação diagnóstica para fins deste estudo se deu pela inclusão no prontuário informatizado de 11 diagnósticos de enfermagem, sendo que para a maioria dos entrevistados, estes diagnósticos respondem às principais necessidades de cuidado dos pacientes assistidos na unidade; mas apontaram que existem necessidades que não foram contempladas na pesquisa, conforme os relatos que seguem:

Eles vêm ao encontro do perfil dos clientes que aqui estão internados (E4).

Atendem, mas é claro tem mais diagnósticos que poderiam estar complementando, por exemplo, em relação a alimentação, a questão da dor aguda e da dor crônica, em relação a hemodinâmica do paciente [...] (E1).

Fontes e Cruz (2007), em pesquisa realizada em um hospital universitário da cidade de São Paulo para identificar os principais diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em clínica médica, utilizando a classificação da NANDA-I, obtiveram como resultado: Dor aguda, Integridade Tissular prejudicada, Desobstrução ineficaz de vias aéreas, Risco de integridade da pele prejudicada e Integridade da pele prejudicada, evidenciando similaridade aos resultados encontrados neste estudo.

### **Fragilidades na utilização do sistema de classificação diagnóstica**

A segunda categoria destacada pelos integrantes do estudo refere-se às fragilidades na utilização da classificação diagnóstica na prática assistencial. Estas fragilidades têm relação com a resistência à inovação/mudança de paradigma, deficiência na formação acadêmica para a utilização das classificações diagnósticas/ desconhecimento das classificações diagnósticas; ausência de experiências profissionais de utilização do diagnóstico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem versus planejamento de cuidados; apresentação do diagnóstico de enfermagem no aplicativo informatizado; possibilidades e limites para a inclusão da etapa diagnóstica à sistematização da assistência de enfermagem na instituição.

Na instituição em estudo adota-se um modelo de SAE baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979). Implantado na década de 1980, quando o conhecimento acerca das classificações diagnósticas era deficiente. Esta etapa foi suprimida e substituída pela simples identificação de problemas, adaptada do modelo de Horta (1979), sendo que este modelo já foi incorporado pelos enfermeiros e consolidado na realidade. A proposta de mudanças na SAE com adoção da etapa de diagnóstico de enfermagem representa uma **inovação/mudança de paradigma** como tal está sujeita às resistências naturais que surgem nestes momentos.



Eu tive dificuldade em me adaptar porque eu fazia tudo muito rapidamente estava muito acostumada já com o esquema anterior [...](E2).

[...] não é algo do nosso dia a dia, então até você incorporar aquela prática é um pouco complicado. E pensar conforme a lógica do diagnóstico, a gente tem uma forma diferente de pensar [...](E1).

A busca pelo novo e o rompimento com o velho é processo longo e difícil, considerando que os seres humanos têm forte tendência à acomodação. Desse modo, transformar conceitos, pontos de vista, modos de cuidar a muito consolidados não é tarefa fácil ou simples, porém, a implementação do DE é a opção que nos direciona para a efetivação do cuidado holístico e do emprego de uma metodologia assistencial na enfermagem (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007).

Mesmo considerando que a maioria dos enfermeiros que integraram o estudo está formada há menos de 10 anos, suas falas dão origem à subcategoria: **deficiência na formação acadêmica para a utilização das classificações diagnósticas/desconhecimento das classificações diagnósticas.**

Dos oito participantes do estudo, apenas cinco enfermeiros tiveram contato anterior com as classificações diagnósticas, sendo que um teve contato apenas durante a especialização. Dois enfermeiros negaram o contato com o tema na formação. Em relação à experiência profissional, 100% dos enfermeiros nunca haviam trabalhado com o DE.

Eu fui ver na primeira pós-graduação que eu fiz, até então eu não sabia o que era DE nem NANDA, eu achava que NANDA era uma mulher (E4).

Não, nunca, é a primeira vez (E2).

Na graduação, mas de uma maneira muito assim incipiente, inclusive existia certa confusão eu diria até do próprio curso, [...] porque era algo que estava iniciando [...] (E1).

Para Nakatani, Carvalho e Bachion (2000), as dificuldades em relação ao diagnóstico de enfermagem devem-se à forma como o ensino dessa temática vem sendo conduzido, muitas vezes sem oportunizar ao aluno formas de pensar, refletir e tomar decisões sobre determinados problemas.

Outros autores destacam que mesmo que alguns professores já estejam adotando o DE nos campos da prática, os conteúdos das disciplinas, na maioria das vezes, não tem dado conta do embasamento teórico para a compreensão dos diagnósticos de enfermagem e estes ainda são vistos apenas nos conteúdos relativos às patologias, não estimulando o aluno a aceitar o desafio de construir e reconstruir constantemente a prática de enfermagem (SILVA; MADUREIRA; TRENTINI, 2007).

Considerando que cinco dos oito enfermeiros que participaram do estudo foram formados pela UFSC é importante que o corpo docente da mesma discuta e se aproprie desta etapa da SAE, definindo rumos para sua difusão na academia, conforme indica estudo de Silva et al. (2011).

Considerando as falas dos enfermeiros sugere-se que as instituições de saúde, especialmente aquelas vinculadas diretamente ao ensino necessitam repensar suas práticas e buscar inovações que contribuam para a formação do corpo de conhecimentos da enfermagem uma vez que estes referem **ausência de experiências profissionais de utilização do diagnóstico de enfermagem**. Essa é a condição da instituição estudada que se constitui em um hospital universitário.

No relato dos enfermeiros constata-se a fragilidade do conhecimento acerca do tema, sendo que apenas um dos participantes já havia trabalhado com uma classificação em uma produção científica, demonstrando conferir maiores simpatias pela classificação utilizada, sendo ela diferente da aplicada nesta pesquisa. Neste sentido o participante traz argumentos para defender suas restrições à classificação da NANDA-I.

Eu acho a classificação da NANDA muito fechada, então, por exemplo, tinham diagnósticos ali que apareciam, há, era aquele diagnóstico para aquele paciente, mas aí as características definidoras e fatores relacionados não se encaixavam com as características que aquele paciente tinha (E5).

Para a maioria dos entrevistados, a NANDA-I traz alguns termos de difícil interpretação e algumas situações que fogem da realidade dos pacientes assistidos na instituição.

Às vezes eu não queria dizer exatamente aquilo ali, ou às vezes o que eu queria dizer da minha interpretação não havia ali como opção, no caso “relacionado a”[...] (E2).

[...] Parece que os termos, a tradução dificultava um pouco fazer essa relação... (E1).

Uma dificuldade que eu tinha era justamente agregar a situação particular de cada paciente para aquele diagnóstico que já era fechado, que não admite alguma particularização em relação ao estado daquele paciente. E aí parece que muitas vezes isso entrava em confronto, não sei se pela nossa falta de conhecimento ou pela característica do sistema (E1).

Takahashi et al. (2008) ao realizarem um estudo sobre as dificuldades e facilidades relacionadas ao diagnóstico de enfermagem entre enfermeiras do Hospital São Paulo, identificaram que estas apresentavam insuficiência de conhecimentos teóricos básicos e específicos sobre a taxonomia diagnóstica utilizada, NANDA-I, o que corrobora com as dificuldades encontradas também pelos integrantes deste estudo.

Quanto à relação entre **Diagnóstico de Enfermagem versus Planejamento de cuidados**, a construção do DE constitui um importante desafio para o enfermeiro, exigindo pensamento crítico para interpretação de dados evidenciados durante a visita de enfermagem e exame físico. Sua formulação adequada direciona o planejamento, implementação e a evolução do cuidado (CARMO et al., 2011). A interpretação correta dos dados fornecidos pelo paciente, correlacionados aos conhecimentos científicos do enfermeiro, deve fornecer subsídios para a previsão de ações individualizadas atendendo a demanda de cuidado de cada paciente. Entretanto, se a sequência das etapas do processo de enfermagem não estão claras ao enfermeiro, isto dificultará o raciocínio lógico do profissional, que não conseguirá perceber a dimensão do DE para a previsão das ações de enfermagem de um dado paciente.

Neste aspecto, alguns participantes do estudo conseguiram fazer a relação entre DE e planejamento de cuidados, outros não conseguiram perceber essa relação.

Olha, não consegui chegar nessa etapa da prescrição, até fiz algumas alterações, mas não [...], como eu tinha bastante dúvida eu não consegui fazer outras prescrições diferentes das que eu já fazia (E3).

Eu sei que se está aparecendo alguma coisa no diagnóstico e se isso é um problema a ser resolvido, tem que estar aparecendo como prescrição para resolver aquele diagnóstico, mas talvez a gente ainda não tenha muito esse raciocínio para juntar uma coisa com a outra [...] (E5).

Entretanto, em outros, provocou o reconhecimento da relação do DE com o cuidado prestado ao paciente; alguns deles identificaram o elo entre a sintomatologia referida e os sintomas observados e a individualização do cuidado a ser previsto pelo enfermeiro, cuidado este respaldado cientificamente, o que vem aferir autonomia e valorização da profissão.

Com certeza contribuiu para o planejamento do cuidado mesmo porque para eu ter cuidado otimizado, de qualidade eu preciso ter os DE, levantar os problemas, ter os DE para eu traçar um plano de cuidados; ele serviu como se fosse um norteador, um julgamento clínico (E4).

Com certeza, então, uma das coisas é realmente a questão da própria prescrição, dá um norte pra prescrever. [...] É o que traz pra gente parâmetros, norte para a prescrição, para manter os cuidados. (E7).

Considerando esse âmbito de avaliação, a fase do diagnóstico de enfermagem passa de uma simples listagem de problemas para algo mais consistente, envolvendo a análise, a interpretação dos dados coletados, a avaliação crítica e a tomada de decisão. Através do

diagnóstico de enfermagem é possível descrever os efeitos dos sintomas e das condições patológicas mesmas e, no sentido da vida do cliente, a afirmação das respostas do mesmo a uma condição ou situação. Nesse sentido, estabelecer o significado dos diagnósticos de enfermagem é compreender a ação e a interação do enfermeiro a partir de sua experiência prática e conhecimento científico (SOUZA; VALADARES, 2011).

Quanto ao **formato de apresentação do diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados no aplicativo informatizado**, os integrantes do estudo levantaram alguns aspectos negativos.

Talvez se a gente tivesse acesso ao diagnóstico do dia anterior facilitaria, acho que essa é uma das coisas que ajudaria inclusive pra gente evoluir (E7).

De certa maneira o fato de você não ter no sistema o diagnóstico que o colega fez no dia anterior, isso é bom porque daí você faz sem aquela influência do colega, você faz por si, por outro lado às vezes eu tinha a necessidade assim de há, se eu visse o diagnóstico ali eu poderia estar refletindo melhor, assim, sobre a continuidade do cuidado, daqueles diagnósticos, talvez nem como dificuldade nem como facilidade, só comentando assim, eu achava curioso porque na evolução a gente tem o que foi feito antes (E1).

[...] mas se a gente conseguisse ver o DE como a gente vê a evolução do dia anterior, acho que agilizaria o processo [...] (E4).

Na instituição estudada, a enfermagem trabalha até o momento, no sistema informatizado, com apenas duas etapas da SAE: a evolução e a prescrição de enfermagem. A etapa de histórico de enfermagem já está desenvolvida, porém ainda não foi incorporada pelos enfermeiros. Esse fato dificultou a introdução e localização do diagnóstico de enfermagem com os fatores relacionados/risco e características definidoras no prontuário.

Cabe dizer que a inclusão do DE partiu de um incansável esforço de um dos profissionais da informática, que em tempo hábil conseguiu

desenvolver o atalho para permitir a aplicabilidade da etapa para este estudo, porém, como todo início traz suas dificuldades e adaptações e é na prática que vai se descobrindo os caminhos para o aprimoramento, ainda há um longo caminho a percorrer para viabilizar o recurso na íntegra.

Na versão utilizada nesta pesquisa, o ícone de DE não aparece na evolução realizada no dia anterior. Considerando que nem sempre é o mesmo enfermeiro que realiza a sistematização, em função das escalas de trabalho, para conhecer os diagnósticos de enfermagem do paciente é necessário acessar o ícone específico e isso foi considerado negativo. O manuseio do sistema institucional exige para a realização da SAE a abertura de diversas “janelas” e os enfermeiros consideram que isso dificulta o trabalho.

Além disso, é preciso considerar que, no Brasil, o uso da informática associado aos registros de enfermagem é um fato recente. Segundo Santos (2007), os estudos sobre a aplicação de sistemas de informação para a área da sistematização da assistência de enfermagem começam a ser discutidos apenas nas duas últimas décadas.

Por último, quando consultados sobre as **possibilidades e limites para a inclusão da etapa diagnóstica à sistematização da assistência de enfermagem na instituição**, os integrantes do estudo consideraram que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que isso se concretize. E que esse caminho passa principalmente pela instrumentalização do grupo de enfermeiros.

Eu acho que o primordial, o essencial em primeiro lugar é fazer capacitações ... (E5).

Os estudos de caso que a gente fez, acho que é um bom início, começar com poucos diagnósticos também é um bom exercício (E6).

Atualmente a educação permanente em saúde que tem como finalidade garantir a boa qualidade da assistência prestada ao cliente, por meio de ações qualificadas e sistematizadas, de modo a promover a melhoria na qualidade de vida tanto dos que prestam assistência como dos que são assistidos (BRASIL, 2007).

Souza e Valadares (2011) ressaltam a importância da capacitação profissional do enfermeiro durante o processo de apreensão das ideias relacionadas à SAE. As capacitações devem considerar o tempo de formação profissional dos enfermeiros, bem como o conhecimento

prévio acumulado. Para as autoras, a capacitação tem sido uma forte aliada na difusão do conhecimento, pois, através de cursos ou palestras, na troca com pessoas conhecedoras do tema, os enfermeiros aproximam-se dos diagnósticos de enfermagem, tendo maior chance de aplicá-los na prática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreender como os enfermeiros de uma unidade de clínica médica vivenciaram um processo de inclusão da etapa de diagnóstico de enfermagem na SAE constitui-se em momento importante para vislumbrar a adesão desta etapa tão relevante da SAE na realidade, de modo a atender a legislação profissional da enfermagem e atingir a completude deste processo.

Nesta perspectiva os integrantes do estudo salientam aspectos positivos e negativos, os quais estimulam ou dificultam a introdução do DE na prática assistencial. Contar com um sistema informatizado configura-se em aspecto decisivo para possibilitar a utilização do DE, pois o próprio sistema disponibiliza aos enfermeiros os fatores relacionados/risco e as características definidoras, tornando viável a execução desta etapa da SAE. Por outro lado, dificuldades ainda existentes no programa informatizado institucional interferem no trabalho e no raciocínio dos enfermeiros na definição dos diagnósticos, além da necessidade de um desprendimento maior de tempo, desse modo entende-se que o aperfeiçoamento do aplicativo existente poderia contribuir, diminuindo o tempo necessário na elaboração da SAE.

De modo geral a experiência de utilização da SAE, os momentos de reflexão proporcionados pelo processo foram entendidos como oportunidade de aprendizado, possibilidade de aquisição de conhecimentos, uma vez que é unânime entre os integrantes do estudo a limitação da academia ao ensinar o DE no contexto da SAE. Também os serviços pouco têm oferecido em termos de educação permanente para facilitar a aprendizagem desta etapa, que é fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos específicos de enfermagem e de uma linguagem própria da profissão.

A falta de contato e habilidade com o diagnóstico traz limitações para a execução das etapas do processo de enfermagem e dificulta para o enfermeiro identificar as facilidades que estas trazem quando bem definidas e compreendidas. O diagnóstico deveria trazer subsídios para a realização da evolução e previsão dos cuidados, porém a falta de clareza

dos enfermeiros que integraram o estudo, quanto a esse processo, não permitiu aos mesmos perceber esse inter-relacionamento entre as etapas da SAE. Reforça-se positivamente neste processo o interesse no aprendizado do DE por parte dos integrantes do estudo. A continuidade da aplicação do diagnóstico assim como a adoção deste na realidade depende de capacitação e motivação contínua dos enfermeiros para promover melhorias na prática assistencial. Depende também da academia repensar o modo como se dá o ensino desta etapa do processo de enfermagem, que é uma exigência da legislação profissional.

## REFERÊNCIAS

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n. esp., p. 864-867, 2009.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 134p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DF: MS, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2011.

CARMO, L.L.; RAMOS, R.S.; OLIVEIRA, O.V.; MACIEL, R.O. A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de uma unidade de clínica médica: fortalecendo práticas e definindo direções rumo à sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, supl. 1, 2011. Disponível em: <[HTTP://REVISTA.HUPE.UERJ.BR/DETALHE\\_ARTIGO.ASP?ID=125](http://REVISTA.HUPE.UERJ.BR/DETALHE_ARTIGO.ASP?ID=125)>. Acesso em: 16 jun. 2012.



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-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. DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 395-402, 2007.

GONÇALVES, A.M.P.; TANNURE, M.C. SAE, **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU, 1979.

JESUS, C. A. C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 37-40, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAKATAMI, A. Y. K; CARVALHO, E.C.; BACHION. M. M. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1/Problema.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Problema.html)>. Acesso em: 22 jun. 2011.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**. São Paulo, v.6, n.1, p. 127-136, 2007.

PALOMARES, M.L.E.; MARQUES, I.R. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n.3, p. 78-82, 2010.

SANTOS, S. **Sistematização da assistência de enfermagem informatizada**: uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná - CEULJI/ULBRA. 2007. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAZ2UAJ/sistematizacao-assistencia-enfermagem-informatizada-revisao-bibliografica>>. Acesso em: 06 set. 2012

SILVA, C.C.; GELBCKE, F.L.; MEIRELLES, B.H.S.; ARRUDA, C.; GOULART, S. SOUZA, A.I.J. O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 174-181, 2011.

SILVA, T.G; MADUREIRA, V.S.F. TRENTINI, M. Processo de ensino-aprendizagem para implementação do Diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.12, n.3, p. 279-286, 2007.

SOUZA, A.S.; VALADARES, G.V. Desvelando saber/fazer sobre diagnóstico de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.5, p. 890-897, 2011.

TAKAHASHI, A. A; BARROS, A. L. B. L; MICHEL, J. L. M; SOUZA, M. F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 1, n. 21, p. 32-38, 2008.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentar os diagnósticos de enfermagem mais frequente, suas características definidoras e fatores relacionados, segundo a taxonomia II da NANDA-I para o cuidado dos pacientes internados na Clínica Médica III do Hospital Universitário Dr. Polydoro de São Thiago foi lançar uma semente para a incorporação desta etapa à Sistematização da Assistência de Enfermagem na instituição.

O processo iniciado pela identificação dos problemas de enfermagem mais frequentes, registrados pelos enfermeiros das três unidades de clínica médica da instituição, mostrou ser um caminho adequado para trabalhar posteriormente no sentido de estender os estudos às demais unidades da instituição buscando as particularidades de cada uma. Nesta dissertação, reconheceu-se os DE mais frequentes apresentados por pacientes internados no serviço de clínica médica com o objetivo voltado para atender as necessidades de cuidados destes.

Constatou-se neste sentido que os principais problemas de enfermagem dos pacientes internados estavam centrados nas necessidades humanas básicas de regulação, oxigenação, integridade cutaneomucosa, terapêutica, eliminação e nutrição.

Aproximando estes problemas ao diagnóstico de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados, durante o processo os enfermeiros chegaram a 11 diagnósticos: Risco de glicemia instável, Padrão respiratório ineficaz, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção, Risco de constipação, Constipação, Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Dor crônica e Ansiedade.

Na concepção dos integrantes do estudo, estes diagnósticos quando trabalhados adequadamente conseguem atender grande parte das necessidades de cuidado dos pacientes internados em clínica médica na instituição estudada.

Acredita-se que os problemas de enfermagem, que hoje embasam a previsão dos cuidados feita pelos enfermeiros, permitem satisfazer as necessidades dos pacientes, porém, entende-se que com o DE, pode-se creditar mais cientificidade ao processo, e os registros de enfermagem podem ser mais bem organizados e compreendidos uma vez que a classificação diagnóstica tem como proposta uma linguagem padronizada e universal, elevando a importância do papel do enfermeiro.

A experimentação prática de uma classificação diagnóstica aguçou o olhar dos enfermeiros para a cientificidade da profissão, para a valoração do seu papel e pode contribuir para o levantamento dos benefícios trazidos, assim como as dificuldades enfrentadas e as sugestões de melhoria da prática, para que num futuro próximo, o DE possa incorporar a SAE da instituição. Isto vem ao encontro dos objetivos do Mestrado Profissional que visa provocar mudança na prática. Também acrescenta a inovação no cuidado através da proposta de resgatar o raciocínio clínico do enfermeiro e a oportunidade deste aplicar o seu conhecimento científico visando o aprimoramento do cuidado e a satisfação do paciente. Além disso, traz a proposta de aprimoramento da SAE de modo a atender as exigências da legislação vigente respeitando as considerações do COFEN.

A experiência de trabalhar em conjunto, discutindo dados evidenciados em pesquisa de campo confrontados com a experiência profissional dos enfermeiros trouxe um rico resultado, pois provocou o repensar do grupo em relação ao cuidado holístico. Podemos dizer que esse movimento se deu quando foram apresentados nas oficinas os resultados do levantamento dos problemas de enfermagem, por eles reconhecidos e registrados nos históricos de enfermagem, e que constavam basicamente do levantamento de questões biológicas. Isto provocou uma discussão no grupo, que concluiu que sua visão ainda se reporta à doença quando se prevê as ações de enfermagem, aos danos causados por esta, esquecendo muitas das vezes de analisar o contexto de vida do paciente, seus anseios, suas necessidades pessoais, e até mesmo suas famílias. Com tudo isso, em comum acordo, solicitaram acrescentar o Diagnóstico de Enfermagem de Ansiedade.

A capacitação acerca da inclusão da etapa diagnóstica na SAE e da classificação da NANDA-I mostrou ter auxiliado na implementação da proposta, no entanto, foi insuficiente para a real efetivação do processo. O pouco contato dos profissionais com a temática tanto na formação quanto na experiência profissional exige um maior tempo para a incorporação do aprendizado, um processo gradativo e contínuo que possa trazer a compreensão e a habilidade em diagnosticar.

Além da compreensão acerca do DE, podemos constatar da experiência vivida, que o grupo apresenta algumas divergências no pensar o Processo de Enfermagem e sua sequencia de etapas. O DE foi entendido como a segunda etapa do processo de enfermagem por apenas um dos participantes do estudo, os demais entenderam como sendo a terceira etapa, seguido da evolução quando na verdade, é o DE que traz os subsídios para a mesma. No entanto, percebeu-se a disponibilidade e

o interesse do grupo no aprendizado e na busca da compreensão dos benefícios que a etapa pôde proporcionar.

A manutenção da motivação dos enfermeiros provocada nesta experiência depende da continuidade da aplicação do DE diariamente e da programação de um ciclo de capacitação com acompanhamento contínuo, até se efetive a compreensão da classificação e a habilidade dos enfermeiros para diagnosticar, promovendo assim melhorias na prática assistencial.

Um aspecto a ser considerado como facilitador do processo de pesquisa, e da utilização do DE na prática trata-se da possibilidade existente de informatização dos diagnósticos de enfermagem, assim como dos fatores relacionados e características definidoras. Nas instituições de saúde a enfermagem quase sempre atua com limitações no que diz respeito ao quantitativo de pessoal para a assistência aos pacientes. Especialmente no que diz respeito aos enfermeiros, o número destes profissionais é sempre inferior ao necessário. Neste sentido, os processos informatizados de SAE e a inclusão da classificação diagnóstica escolhida podem representar um aliado para que a mesma aconteça efetivamente na realidade. Sobre este aspecto os enfermeiros que participaram do estudo em sua fase prática entenderam a informatização como uma importante aliada no sentido de otimização do tempo destinado aos registros e a facilidade de acesso à classificação diagnóstica.

Espera-se com esta iniciativa promover avanços no crescimento da cientificidade da enfermagem como profissão e abrir caminhos para a melhor organização da SAE na instituição através de registros mais apurados e melhor embasados com a implementação da etapa diagnóstica, porém reconhecemos os desafios desta inovação e sabemos o longo caminho que ainda está para ser trilhado até que se efetive de fato esta proposta.

**REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p.

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. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

AVELAR, A. F. M. et al. **Dez passos para a segurança do paciente**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/RE\\_0153\\_0430\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0153_0430_01.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2012.

BACKES, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 182-188, 2005.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ.**, Rio de Janeiro, v.1, n.17, p.107-111, 2009.

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n. esp., p. 864-867, 2009.

BASTOS, M. A. R.; MENDES. M. A. Transformando a prática do enfermeiro. **Nursing**, São Paulo, v. 80, n. 8, p. 30-37, 2005.

BECKER, T.A.C.; TEIXEIRA, C.R.S.; ZANETTI, M.L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 847-2, 2008.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. Florianópolis: Bernúncia, 1998. 134p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

BRASIL. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DF: MS, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 19 jul. 2011.

BUB, M. B. C.; LISS, P.E. In: KALINOWSKI, C.E. (Org). **PROENF**: programas de atualização em enfermagem saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 9-55.

CARMO, G. M; AZZOLIN, V. Diagnóstico de enfermagem: ferramenta importante para conduzir o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 287-91, 2005.

CARMO, L.L.; RAMOS, R.S.; OLIVEIRA, O.V.; MACIEL, R.O. A identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de uma unidade de clínica médica: fortalecendo práticas e definindo direções rumo à sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, supl. 1, 2011. Disponível em: <[HTTP://REVISTA.HUPE.UERJ.BR/DETALHE\\_ARTIGO.ASP?ID=125](HTTP://REVISTA.HUPE.UERJ.BR/DETALHE_ARTIGO.ASP?ID=125)>. Acesso em: 16 jun. 2012.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 11<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 280-289, 2009.

CAVALCANTE, R. B.; OTONI, A.; BERNARDES, M.F.V.G.; CUNHA, S. G.S.; SANTOS, C.S.; SILVA, P.C. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM.**, v.1 n.3, p.461-471, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs->

2.2.2/index.php/reufsm/article/download/2832/2396>. Acesso em: 30 nov. 2012.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo (SP): Atlas; 2000.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

CIPE. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Comitê Internacional de Enfermeiros**. 1ª ed. São Paulo: Argol, 2007.

BRASIL. **Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. DF, 1986. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-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. DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.973/2011 de 1º de agosto de 2011**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 01 ago. 2011. Seção I, p. 144-147.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 143, de 17 de novembro de 1994**. Propõe a alteração da Portaria SAS nº 130, de 03 de agosto de 1994, com a substituição da expressão de Atendente de Enfermagem por Auxiliar de Enfermagem. Brasília, DF, 17 nov. 2004. Disponível em: <[www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1994/Reso143.DOC](http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1994/Reso143.DOC)>. Acesso em: 07 jul. 2011.



CRUZ, A. L. M. C.; KITAZULO, R. C.; PIMENTA, C. A. M.; LIMA, A. F. C.; GAIDZINSKI, R. R. Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 281-288, 2006.

CRUZ, D. A. L. M. et al. Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 234-239, 2009.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-186, 2008.

DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; MURR, A.C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

ELIZALDE, A. C.; ALMEIDA, M. A. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 564-74, 2006.

FELIX, N.; RODRIGUES C. D. S.; OLIVEIRA V. D. C. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 155-160, 2009.

FIGUEIREDO, R. M.; MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 395-402, 2007.

FRANÇA, F. C. V. et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 537-546, 2007. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a20.htm>>. Acesso em: 17 set. 2011.

FRANCESCHETTI, E. F. **O cotidiano e a ação profissional do assistente social: reflexões sobre as ações desenvolvidas na Clínica Médica II do HU/UFSC**. 2011. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011.

GONÇALVES, A.M.P.; TANNURE, M.C. SAE, **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

GUEDES, H.M.; NAKATANI, A.Y.K.; SANTANA, R.F.; BACHION, M.M. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n.2, p. 249-56, 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU, 1979.

JESUS, C. A. C. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 37-40, 1995.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 111-16, 2006.

LUCENA, M.M.; GUEDES, H.M. diagnósticos de enfermagem do domínio nutrição identificados em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem Integrada Ipatinga Unileste**, Minas Gerais, v.1, n. 1, 2008.

LUIZ, F. F. et al. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n. 4, p.655-659, 2010.

MARIN, M.J.S.; CECÍLIO, L.C.O.; RODRIGUES, L.C.R.; RICCI, F.A.; DRUZIAN, S. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.278-284, 2008.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 10ª. ed. São Paulo: Difel, v.1, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAKATAMI, A. Y. K; CARVALHO, E.C.; BACHION. M. M. O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1/Problema.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Problema.html)>. Acesso em: 22 jun. 2011.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION-INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação - 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEGREIROS, V. N.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L.; NOBREGA, M. M. L.; FONTES, D. F. Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. In: NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. (Org.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009, p.41-53.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. Ribeirão Preto: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**. São Paulo, v.6, n.1, p. 127-136, 2007.

PALOMARES, M.L.E.; MARQUES, I.R. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n.3, p. 78-82, 2010.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PELLISON, F.; NAGUMO, M.M.; CUNHA, E.S.; MELO, L.L. Aplicação prática do processo de enfermagem a uma adolescente portadora de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.3, 2007.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1999.

PREARO, C.; GONÇALVES, L.S.; VINHANDO, M.B.; MENEZES, S.L. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.18, n.1, p.20-7, 2011.

REGIS, L. F. L.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 565-568, 2006.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, 2005.

ROCHA, J.A.; MIRANDA, M.J.; ANDRADE, M.J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, p.29-38, 2006.

ROSSO, M.; SILVA, S.H.; SCALABRIN, E.E. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE®. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.3, p. 523-531, 2009.

SANTOS, A.S.R.; SOUZA, P.A.; VALLE, A.M.D.; CAVALCANTI, A.C.D.; SÁ, S.P.C.; SANTANA, R.F. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 141-9, 2008.

SANTOS, F. A. **Sistematização da assistência de enfermagem (SAE):** o caso do Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Monografia (Especialização em Gestão das Organizações) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2007.

SANTOS, S. **Sistematização da assistência de enfermagem informatizada:** uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná - CEULJI/ULBRA. 2007. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAZ2UAJ/sistematizacao-assistencia-enfermagem-informatizada-revisao-bibliografica>>. Acesso em: 06 set. 2012

SHERMERHORN Jr, J. R; HUNT, J. G.; OSBORN, R. N. **Fundamentos de Comportamento Organizacional.** 2ª. ed. São Paulo: Bookman, 1999.

SILVA, C.C.; GELBCKE, F.L.; MEIRELLES, B.H.S.; ARRUDA, C.; GOULART, S. SOUZA, A.I.J. O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 174-181, 2011.

SILVA, T.G; MADUREIRA, V.S.F. TRENTINI, M. Processo de ensino-aprendizagem para implementação do Diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.12, n.3, p. 279-286, 2007.

SILVA, V.R.; GRADIM, C.V.C. Avaliação da dor em mulheres com câncer de mama submetidas à exérese da rede linfática axilar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n.4, p.646-51, 2010.

SMELTZER, S.; BARE, B. **Brunner e Suddart:** Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10ª ed. v.2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, A.S.; VALADARES, G.V. Desvelando saber/fazer sobre diagnóstico de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.5, p. 890-897, 2011.

SOUZA, A.S.; VALADARES, G.V. Desvelando saber/fazer sobre diagnóstico de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.5, p. 890-897, 2011.

TAKAHASHI, A. A; BARROS, A. L. B. L; MICHEL, J. L. M; SOUZA, M. F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 1, n. 21, p. 32-38, 2008.

TORRES, M.M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.299-304, 2005.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Diretoria de Enfermagem. **Documentos Básicos**. Florianópolis, 1981.

VOLPATO, M.P.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p. 119-24, 2007.

ZUSE, C. L.; BRIGO, L.; SILVA, M.B. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes das clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral: relato de experiência. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, Santo Ângelo, v.6, n.9, p.81-88, 2010.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PACIENTES.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

#### **Título da pesquisa: Problemas e intervenções de enfermagem mais frequentes em pacientes internados em clínica médica.**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que o(a) Senhor(a) entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com cuidado as informações a seguir.

#### **QUAL O OBJETIVO DESTES ESTUDO E QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?**

Este estudo será realizado na Unidade de Clínica Médica I, II e III do Hospital Universitário – HU – sendo as pesquisadoras as enfermeiras do HU Alda Isabel Melo, Isabela Ubaldo e Kelly Pavanati com orientação da Enfermeira Dra. Eliane Matos.

O objetivo da pesquisa é: identificar os problemas de enfermagem mais frequentes nos pacientes internados no serviço de Clínica Médica do HU/UFSC no período de 04 a 07 de julho de 2011.

#### **EU TENHO QUE PARTICIPAR?**

Cabe ao Senhor(a) decidir se irá ou não participar. Mesmo que o(a) senhor(a) não queira participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem e continuará seu tratamento sem qualquer alteração ou diferença. Caso decida participar, o(a) senhor(a) irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, o(a) senhor(a) ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar sua desistência.

#### **O QUE ACONTECERÁ COMIGO SE EU PARTICIPAR?**

Nada acontecerá ao senhor(a), será realizada uma pesquisa em seu prontuário e copiadas as informações que o(a) senhor(a) mesmo deu, ou seu acompanhante, à enfermeira quando chegou ao setor.

#### **QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS DESCONFORTOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?**

Não há nenhuma possibilidade de desconforto caso o(a) Senhor(a) deseje participar.

### **O QUE ACONTECERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESTA PESQUISA E COMO OS DADOS PESSOAIS DO(A) SENHOR(A) SERÃO UTILIZADOS?**

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente pelos pesquisadores e orientador dessa pesquisa. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens. E a divulgação do resultado servirá apenas para mostrar os possíveis benefícios obtidos na pesquisa em questão. A divulgação em meio científico é anônima e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o(a) Senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

### **QUE CUSTOS TEREI SE PARTICIPAR?**

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o(a) Senhor(a) não terá nenhum gasto mas também não terá nenhum direito a nenhum tipo de pagamento. No entanto, ao assinar este termo não estará abrindo mão de nenhum direito de indenização.

### **QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?**

Espera-se com a pesquisa trazer contribuição para a equipe de enfermagem do HU, no sentido de melhorar cada vez mais o atendimento aos doentes que aqui cuidamos, e se o(a) Senhor(a) precisar voltar a internar, ou simplesmente visitar algum conhecido poderá perceber a contribuição que nos deu.

### **COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?**

Em caso de qualquer problema relacionado ao estudo, ou sempre que o senhor tiver dúvida, por favor, entre em contato com:

- Professora Dra. Eliane Mattos. Enfermeira e orientadora da pesquisa. Telefone 3721-9616.
- Alda Isabel Mello. Enfermeira da CMIII. Telefone 37219105(CMIII).



- Isabela Ubaldo. Enfermeira da CMIII. Telefone 37219105(CMIII).
- Kelly Pavanati. Enfermeira DPI. Telefone: 37219153(DPI).

Eu \_\_\_\_\_  
recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a seres coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DATA: .../.../.....

\_\_\_\_\_  
Nome da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**APÊNDICE B – CONVITE PARA CAPACITAÇÃO E OFICINAS****PROCESSO EDUCATIVO REFLEXIVO SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – NANDA**

Venho através deste convidá-lo (a) a participar de uma das etapas da coleta de dados para dissertação de mestrado, cujo título é “**O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA-I NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**”. Esta etapa tem também a finalidade de cumprir os requisitos da disciplina **Projetos Assistenciais e de Inovação Tecnológica** e consta de três encontros:

**1º Encontro:** capacitação dos enfermeiros acerca do diagnóstico de enfermagem para melhor entendimento e familiarização com o tema, especificamente da Classificação Diagnóstica da NANDA. Será emitido certificado reconhecido pelo CEPEn/HU.

**ASSUNTOS ABORDADOS**

- ✓ Estrutura do Diagnóstico de Enfermagem
- ✓ Taxonomia II da NANDA
- ✓ Adaptação do Processo de Enfermagem segundo Wanda Horta e os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA

**DATA:** .../.../..... **CARGA HORÁRIA:** 3 horas

**2º Encontro:**

- Apresentação do levantamento dos problemas de enfermagem dos pacientes internados no Serviço de Clínica Médica, identificados nos históricos de enfermagem (agosto/2011);
- Validação dos achados e proposição de uma aproximação aos DE utilizando a Taxonomia II da NANDA.

**3º Encontro:**

- Definição a partir do levantamento dos problemas identificados no histórico de enfermagem e na experiência dos enfermeiros os cinco principais DE, considerando as necessidades humanas básicas afetadas, segundo modelo utilizado na instituição;

- Formular com os participantes uma proposta de experimentação da utilização destes nos serviços de Clínica Médica.

Conto com a presença e a colaboração de todos (as)

Atenciosamente: \_\_\_\_\_  
Enf. Isabela Ubaldo

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS**

Meu nome é Isabela Ubaldo e curso o Mestrado Profissional em Enfermagem Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Estou desenvolvendo a pesquisa **“O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA-I NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”** sob a orientação da Enfermeira Doutora Eliane Matos.

O objetivo desse estudo é desenvolver e implementar em conjunto com enfermeiros que atuam em unidade de clínica médica uma proposta de inclusão da etapa do diagnóstico de enfermagem considerando os diagnósticos mais frequentes identificados pelos enfermeiros na execução da metodologia de assistência de enfermagem.

A escolha pelas clínicas médicas se deve ao fato de ser meu local de trabalho e onde percebo a necessidade de mudança na prática assistencial. Além disto, trata-se de unidade que está constantemente em contato com profissionais em formação. Os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros lotados nessas unidades e você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida no período de outubro/2011 a junho/2012. Será oficializada após aprovação no Comitê de Ética da UFSC para Pesquisas que Envolvem Seres Humanos sendo que em todas as suas etapas será respeitada a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Serão utilizados na metodologia dois instrumentos de coleta de dados: grupos de discussão e entrevistas sendo que nesses dois momentos será utilizado gravador de voz. Após cada etapa, seu relato lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinentes. Ainda, se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas, como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo. Em nenhum momento, você estará exposto (a) a transtornos ou prejuízos para a sua pessoa.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente ou através dos telefones (048) 99617799 ou 37219175. Se você concordar em participar, posso garantir que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento. As informações coletadas serão utilizadas em minha



## APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO E OFICINAS

- NOME: \_\_\_\_\_
- UNIDADE: \_\_\_\_\_
- TEMPO DE FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_
- EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM APLICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

### **SOBRE A CAPACITAÇÃO:**

1. A forma como foi apresentado o conteúdo facilitou seu entendimento?
2. O conteúdo apresentado foi suficiente?
3. Com base na capacitação foi possível reconhecer os diagnósticos de enfermagem com base nos problemas de enfermagem?
4. Quais as facilidades em reconhecer os diagnósticos de enfermagem?
5. Quais as dificuldades em reconhecer os diagnósticos de enfermagem?
6. Sugestões:

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Instituição:
2. Entrevistado/a:
3. Codinome:
4. Lotação:
5. Tempo de formação:
6. Tempo de atuação na instituição:
7. Participou da etapa de capacitação? Sim ou não
8. O que você achou desta etapa?
9. Realizou a etapa de aplicação prática do diagnóstico em algum momento
10. Se não, por quê?
11. E você, embora não tenha participado, acompanhou pela leitura do prontuário a experiência? O que você achou daquilo que viu?
12. Se participou: fale um pouco sobre como foi para você participar da etapa prática de aplicação do diagnóstico de enfermagem?
13. Para você a utilização do diagnóstico de enfermagem dificultou ou facilitou a SAE, contribuiu ou não para o planejamento do cuidado? Contribuiu ou não para evoluir o paciente?
14. Quais foram as principais facilidades?
15. Quais as principais dificuldades?
16. E você já tinha tido algum contato com o diagnóstico de enfermagem em sua formação acadêmica?
17. E em sua vida profissional já havia utilizado o diagnóstico de enfermagem, ou mesmo realizado a SAE?
18. E se você participou das duas etapas, capacitação e aplicação, a capacitação contribuiu de algum modo para a experimentação na prática? Exemplifique:
19. Os diagnósticos de enfermagem introduzidos nesta experiência, em sua opinião, atendem a maioria dos cuidados necessários ao paciente internado na clínica médica? Você acha que algum diagnóstico em especial poderia ter sido acrescentado? Qual?
20. E neste momento, depois da experiência você se sente mais preparado para a utilização do diagnóstico de enfermagem?
21. Você gostaria de manter a implementação desta etapa da Sistematização na Metodologia da Assistência de Enfermagem do HU? Considera isso viável? Por quê?

22. O que poderia ser melhorado para facilitar a introdução da etapa diagnóstica hoje na SAE do HU?
23. Existe mais alguma coisa a respeito desta experiência que você gostaria de colocar?



**APÊNDICE F – QUADRO DE PROBLEMAS DE ENFERMAGEM  
DE PACIENTES DE CLÍNICA MÉDICA**

**NECESSIDADES PSICOBIOLOGÍCAS**

<b>NECESSIDADE</b>	<b>PROBLEMA DE ENFERMAGEM</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>
Oxigenação	Uso de O2	22
	Dispneia	23
	Dispneia de esforço	07
	Ortopneia	02
	Tosse	37
	Tosse produtiva	01
	Expectoração clara	03
	Expectoração amarelada	07
	Cianose	01
	Cansaço	01
	FR aumentada	12
	Intubação	06
	Falta de ar	03
	Epistaxe	02
		127
Hidratação	Baixa ingesta hídrica	34
	Polidipsia	01
		35
Nutrição	Ausência de dentes	04
	Inapetência	19
	Auxílio para alimentação	02
	Gastrostomia	01
	SNG	03
	SNE	05
	Dieta zero	13
	Náusea	12
	Êmese	14
	Hematêmese	02
	Emagrecimento	05
Dificuldade para mastigar	03	
		82
Eliminação	<b><u>INTESTINAL</u></b>	
	Diarreia	18

	Constipação	22
	Fezes ressecadas/endurecidas	05
	Evacuação escura	02
	Sangramento anal	03
	Melena	02
	Incontinência fecal	01
	Uso de faldas	08
	<b><u>VESICAL</u></b>	
	Polaciúria	01
	Retenção urinária	01
	SVD	18
	Urina escura	05
	Uso de faldas	08
	Hematúria	03
	Baixo débito	04
	Incontinência urinária	04
	Poliúria	01
		88
Sono e Repouso	Insônia	20
	Sono superficial	01
	Uso de remédio para dormir	01
		22
Exercício e Atividade Física	Astenia	02
Sexualidade		
Abriço		
Mecânica Corporal	Mobilidade prejudicada	03
Motilidade	Plegia hemicorpo E	01
	Plegia hemicorpo D	01
	Paresia MMII	03
	Paresia MSD	02
	Paresia hemicorpo D	01
	Motilidade parcial	08
		16
Integridade Cutâneo-Mucosa	Lesão sacra	04
	Área de pressão região sacra	04
	Lesão MID	02
	Equimose MMSS	01

	Úlcera pressão orelha	01
	Hematoma nariz	02
	Lesão nariz	01
	Lesão pé D	01
	Hematoma periorbital	01
	Úlcera pressão calcâneo	03
	Úlcera trocânter	01
	Dreno tórax	01
	Pele seca/descamativa	08
	Pele hipocorada	54
	Icterícia	13
	Prurido corporal	01
	Língua saburrosa	05
	Lesões de MMII	04
	Lesões em baixo ventre	02
	Lesão escrotal	01
	Lesão anal	01
	Abcesso perianal	01
	Lesão labial	02
	Área de pressão em calcâneo	01
		115
Integridade Física	Amputação	03
Regulação:		
Imunológica	Uso de insulina	03
Hormonal	Hiperglicemia	19
Térmica	Obesidade	02
Neurológica	Ciclo menstrual irregular	02
Hidrossalina	Febre	16
Eletrolítica	Hipotermia	01
Crescimento	Desorientação	04
celular	Confusão	09
Vascular	Desacordado	01
	Não responsivo	01
	Nível consciência alterado	01
	Agitação	02
	Letargia de resposta	02
	Sonolência	04
	Tontura	09
	Déficit no equilíbrio	01

	Desmaio	01
	Epilepsia	01
	Sedação	01
	Dormências	01
	Convulsão	05
	Edema MMII	18
	Edemaciado	02
	Desidratado	01
	Ascite	01
	Edema escrotal	01
	Edema cervical	01
	Quimioterapia	04
	Hipertensão	38
	Hipotensão	02
	Frequência cardíaca aumentada	01 03
	Droga vasoativa	12
	Abdome distendido	
		170
Locomoção	Locomoção prejudicada	06
	Cadeirante	05
	Acamado	05
	Não deambula	04
	Auxílio para deambulação	11
		31
Percepção:	Redução da visão	30
Olfativa	Visão turva	01
Visual	Miopia	01
Auditiva	Redução da audição	08
Tátil	Dor quadril	01
Gustativa	Dor lombar	07
Dolorosa	Cefaleia	13
	Otalgia	01
	Precordialgia	07
	Dor tórax V-D	03
	Dor abdominal	17
	Dor abdominal à palpação	07
	Dor MMII	06
	Dor torácica	05
	Dor no ombro	01

	Dor genital	01
	Dor anal	01
	Dor corporal	02
	Dor escrotal	01
	Cólica	01
	Dor de estômago	02
	Dor retroesternal	02
		108
Ambiente	Necessidade prevenção quedas	23
	Necessidade de isolamento	04
	Risco de fuga	01
		28
Terapêutica	Fluido	57
	Medicação SC	14
	Quimioterapia	04
	Medicação EV	06
	Rede venosa fragilizada	10
	Alergias	12
	Acesso central	07
	Hipotrofia muscular	05
		115
Cuidado corporal	Necessidade de auxílio para banho	04
	Banho no leito	04
	Secreção ocular	01
	Cerume ouvido	02
	Cerume ouvido	01
	Péssima higiene corporal	01
		13

### NECESSIDADES PSICOSSOCIAS

NECESSIDADE	PROBLEMA DE ENFERMAGEM	OCORRÊNCIA
Segurança	Medo de morrer	01
	Preocupação com a saúde	01
	Medo da doença	01
	Medo de agulha	01
	Medo de estra grávida	01

	Medo do desconhecido	01
	Medo da hemodiálise	01
	Saudade de casa	01
	Saudade da família	01
	Angústia	02
	Ansiedade	09
	Agressividade	01
		22
Amor	Choro	02
	Depressão	03
	Labilidade emocional	02
	Tristeza	02
		09
Liberdade	Necessidade de repouso	01
	Carência	01
		02
Comunicação	Afasia	02
	Dislalia	01
	Disartria	03
	Pouco comunicativo	01
		07
Criatividade		
Aprendizagem (educação à saúde)		
Gregária	Mora sozinho	01
	Sem acompanhante	01
	Introvertido	01
		03
Recreação		
Lazer		
Espaço		
Orientação no tempo e espaço	Desorientação	03
	Confusão	06

		09
Aceitação	Dificuldade de aceitação do diagnóstico	01
Auto realização		
Autoestima	Baixa estima	02
Participação		
Autoimagem		
Atenção	Esquecimento	01

### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

NECESSIDADE	PROBLEMA DE ENFERMAGEM	OCORRÊNCIA
Religiosa ou teológica		
Ética ou de filosofia de vida		

## ANEXO A – PARECER Nº 2134/2011 CEPESH/UFSC

CEPSH - Sistema Online

Página 1 de 3

Logado como: **Comite**, Olá Eliane Matos! (Alterar dados pessoais)
[Início](#)
[Consultar Pesquisas](#)
[Cadastrar Nova pesquisa](#)
[Sair](#)
[IMPRIMIR PARECER](#) | [VOLTAR](#)**Parecer Consubstanciado Nº: 2134/11****Data de Entrada no CEP:** 16/06/2011**Título do Projeto:** PROBLEMAS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA**Pesquisador Responsável:** Eliane Matos**Pesquisador Principal:** ISABELA UBALDO, KELLY CRISTINE ALVES PAVANATI, ALDA ISABEL DA SILVEIRA MELLO**Propósito:** TRABALHO DISCIPLINA MESTRADO PROFISSIONAL**Instituição onde se realizará:** Hospital(s)**Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)**

• Identificar os problemas de enfermagem mais frequentes nos pacientes internados, assim como as intervenções de enfermagem mais utilizadas pelos enfermeiros para atender as necessidades de enfermagem geradas a partir desses problemas no Serviço de Clínica Médica do HU/UFSC Relacionar os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes relacionados aos problemas de enfermagem identificados no Serviço de Clínica Médica do HU/UFSC • Identificar as ações de enfermagem necessárias com vistas a um processo de preparo para a alta hospitalar dos doentes internados no Serviço de Clínica Médica do HU/UFSC • Identificar as necessidades de capacitação dos profissionais de enfermagem a partir das exigências do cuidado segundo as necessidades do Serviço de Clínica Médica do HU/UFSC

**Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)**

**Breve introdução/Justificativa:** A proposta de levantamento dos principais problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros na realização do histórico de enfermagem surgiu da necessidade de aprimorar a Sistematização da assistência de enfermagem na instituição, no que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem, pensar ações para a alta hospitalar e planejar ações educativas que desenvolvam nos profissionais de enfermagem habilidades para a prestação da assistência.

**Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido):** Serão analisados pelo menos 77 prontuários de pacientes internados na unidades de clínica médica no período estipulado. As unidades possuem no total 77 leitos. Considerando a coleta de dados em um período de 5 dias úteis, haverá rodizio de pacientes nos leitos. A coleta de dados será realizada no prontuário dos pacientes que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o TCLE.

**Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa):** Pacientes internados nas unidades de Clínica Médica I, II e III do HU/UFSC, que autorizarem a leitura do prontuário através da assinatura do TCLE.

**Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa:** A leitura dos prontuários será realizada na unidade em que estiver internado o paciente, considerando que este documento não pode ser retirado do hospital. A leitura será feita em local de acesso restrito (sala da chefia da unidade).



**Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica):** Não haverá intervenção junto ao paciente.

**Parâmetros avaliados:** Será utilizado um instrumento de coleta de dados adequado às questões propostas para a pesquisa. A avaliação dos dados será realizada considerando os instrumentos de coleta de dados do hu, as necessidades humanas básicas e documentos de avaliação de desempenho.

**"Outcomes":** Contribuir para a melhoria da SAE na Instituição, pensar planos de alta para os pacientes internados nas unidades de clínica médica e fornecer subsídios para repensar a educação permanente na Diretoria de Enfermagem.

**Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:** Não há risco para os participantes uma vez que a pesquisa será realizada em prontuário.

**Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento:** Os pacientes serão abordados por uma das pesquisadoras principais em sua unidade de internação. Será explicado detalhadamente o objetivo da pesquisa e em que consiste a participação (autorizar leitura de dados do histórico e prescrição de enfermagem). Será dado o TCLE para leitura. Para os pacientes sem condições de fazer a leitura do TCLE será solicitado que esta leitura seja feita por alguém da confiança do paciente. Serão excluídos os pacientes menores de 18 anos e aqueles sem condições de assinar o TCLE.

**Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim**

**Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?** Os participantes poderão desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo para a assistência que recebem no hospital no momento da pesquisa ou em outro momento de suas vidas. Será fornecido ao participante números de telefones para contato com os pesquisadores, assim como telefone e local de trabalho dos pesquisadores no hospital.

#### Último Parecer enviado

Enviado em: 30/10/2011

#### Comentários

Os documentos apresentados satisfazem as pendências indicadas no parecer anterior.

#### Parecer

Aprovado

#### Data da Reunião

31/10/2011

-----  
Enviado em: 02/10/2011

Comentários:	<p>Trata-se de um trabalho de disciplina do mestrado profissional. A pesquisa busca obter um levantamento abrangente dos principais problemas de enfermagem identificados pelos enfermeiros em seu trabalho de atendimento hospitalar do HU/UFSC, através da análise de prontuários e condutas tomadas. Serão analisados 77 prontuários de pacientes internados na unidade de clínica médica no período da pesquisa, e serão incluídos somente os que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o TCLE autorizando o uso de tais prontuários. A pesquisa portanto está restrita ao uso de tais prontuários e será dirigida exclusivamente a maiores de 18 anos. Para os pacientes sem condições de fazer a leitura do TCLE será solicitado que esta leitura seja feita por alguém da confiança do paciente. O TCLE, dirigido ao paciente que irá autorizar o uso de seu prontuário, está bem claro, oferece confidencialidade na etapa do registro de dados e está adequado às recomendações do CEP. A única dúvida refere-se à data da pesquisa indicada para início e conclusão em julho. Importante neste caso saber como o CEP procederá com relação ao prazo. Por algum problema técnico não consegui visualizar o termo de autorização da instituição.</p>
Parecer:	Pendente
Data da Reunião:	03/10/2011

## ANEXO B – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM HU/UFSC



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

<b>I. Identificação do Paciente</b>			
Idade:	Est. Civil:	Religião:	Naturalidade:
Escolaridade:	Profissão:	Peso:	Estatura:
Condições do cliente na Internação :			
Diagnóstico Médico:			
<b>II. Percepções e/ou Expectativas</b>			
Internações anteriores: Sim ( ) Não ( ) Quantas: Motivo(s):			
O que sabe sobre sua doença atual:			
Tabagismo ( ) Cigarros/dia: Quantos anos: Etilismo ( ) Tipo de Bebida/Tempo:			
Outras drogas : ( ) Qual(is): Transfusões sanguíneas anteriores ( )			
Expectativas, Medos :			
<b>III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas</b>			
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>			
<b>1.1. Oxigenação</b>			
R : mrm. Tosse ( ) Expectoração ( ) Caract.: Dispnéia ( ) Ortopnéia ( ) Cianose ( )			
Catéter Oxigênio ( ) Outros:			
<b>1.2. Hidratação</b>			
Ingesta hídrica/dia: Preferência:			
<b>1.3. Alimentação</b>			
Anorexia ( ) Disfagia ( ) Pirose ( ) Dificuldade para mastigação ( ) Dieta zero ( ) Outros:			
Hábito alimentar:			
<b>1.4. Eliminações</b>			
Vesical: Disúria ( ) Hematúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Sonda vesical ( ) Globo vesical ( ) Côndon ( )			
Retenção urinária ( ) Outros:			
Intestinal: Hábito: Constipação ( ) Enterorragia ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( )			
Jejunostomia ( ) Fezes líquidas ( ) Caract.:			
a) Dreno ( ) Tipo: Local:			
Drenagens b) Gástrica: Náuseas ( ) -Vômitos ( ) Hematêmese ( ) Caract.:			
SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Outros:			
c) Vaginal: leucorréia ( ) menstruação ( ) Metrorragia ( )			
<b>1.5. Sono e Repouso</b>			
Insônia ( ) Agitação ( ) Hábito:			
<b>1.6. Atividade Física</b>			
Prática Exercícios ( ) Qual(is): Astenia ( ) Míastenia ( )			
Atividade Motora : Problemas para movimentar algum segmento do corpo ( ) Qual(is):			
Deambula ( ) com auxílio ( ) não deambula ( )			
Problemas na locomoção ( ) Faz uso de cadeira de rodas ( ) Muletas ( ) Andador ( ) Outros:			
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		DIRETORIA DE ENFERMAGEM	
Serviço de Enf Médica			
Cliente:		Registro:	

Amputação ( ) Local:	Deformidade ( ) Local:		
Próteses ( )	Outras Cirurgias ( )		
<b>1.8. Integridade Cutâneo - Mucosa</b>			
a) Pele: Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Descamativa ( ) Rush Cutâneo ( ) Escabiose ( ) Lesões ( ) Caract.:			
b) Couro Cabeludo: Pediculose ( ) Seborréia ( ) Sujidades ( ) Alopecia ( ) Outros:			
c) Olhos e Pálpebras: Icterícia ( ) Hipocromia ( ) Secção Ocular ( ) Hiperemia Ocular ( )			
d) Ouidos: Cerume ( ) Descamação ( )			
e) Boca: Língua saburrosa ( ) Afta ( ) Monilíase ( ) Lesões:			
f) Nariz : Epistaxe ( ) Lesões:	g) Dentes: Ausência ( ) Cáries ( )		
h) Garganta: Placas ( ) Edema ( ) Hiperemia ( )			
i) Ânus: Hemorroidas ( ) Fissura ( )		j) Órgãos Genitais:	
k) Abdome: Globoso ( ) Distendido ( ) Timpânico ( ) Flácido ( ) Doloroso à Palpação ( ) Lesões:			
l) MMII: Edema ( ) /4. Lesões ( ) Ausência de Pulsos ( )			
<b>1.9. Cuidado Corporal</b>			
Condições de Higiene: Boas ( ) Regulares ( ) Péssimas ( ) Necessita de Auxílio ( ) Necessita Tricotomia Facial ( )			
<b>1.10. Regulações</b>			
a) Térmica : T °C.			
b) Hormonal: Glicemia: mg/dl.			
c) Neurológica: Desorientação ( ) Confusão ( ) Torpor ( ) Coma ( ) Tontura ( ) Cefaléia ( ) Distúrbios Visuais ( ) Convulsões ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Hiperestesia ( ) Plegia ( ) Pupilas foto reagentes ( ) Mídrise ( ) Miose ( ) Anisocoria ( )			
d) Hidroeletrólítica : Polidipsia ( ) Edema ( ) Local :			
e) Vascular : PA mmHg P bpm. Precordialgia ( ) Hemorragia ( ) Hemotransfundido ( )			
f) Crescimento Celular : Quimioterapia ( ) Radioterapia ( )			
<b>1.11. Percepção dos Órgãos dos Sentidos</b>			
a) Visual: Acuidade Diminuída ( ) Cegueira ( )		b) Auditiva : Acuidade Diminuída ( ) Surdez ( )	
c) Dolorosa:			
<b>1.12. Terapêutica</b>			
Rede Venosa:	Musculatura:		
Alergia a medicamento ( ) Qual (is):			
Terapêutica:			
<b>1.13. Sexualidade</b>			
Menarca: anos. DUM: / / . Está menstruada ( ) Faz uso de anticoncepcional ( ) Qual:			
<b>1.14. Segurança Física</b>			
Necessidade de Prevenção de Queda ( ) Motivo:			
Necessidade de Isolamento ( ) Motivo:			
Necessidade de Prevenção de Fugas ( ) Motivo:			
<b>1.15. Meio Ambiente</b>			
Orientado Quanto as Rotinas do Setor ( )			
<b>2. Necessidades Psicossociais e Espirituais</b>			
Segurança Emocional :			
Amor, Afeto, Atenção :			
Auto-imagem, Accitação, Auto-estima, Auto-realização:			
Liberdade, Participação, Comunicação:			
Criatividade:			
Gregária:			
Recreação, Lazer, Espaço :			
Religiosa, Ética:			
Educação para a Saúde: Necessidade de Encaminhamento e/ ou Orientações sobre sua Patologia ( )			
ENFERMEIRA(O):		DATA:	HORA:

## ANEXO C – PARECER Nº 2233/11 CEPESH/UFSC

CEPSH - Sistema Online

Página 1 de 2

Logado como: **Comite**, Olá Eliane Matos! (Alterar dados pessoais)[Início](#) [Consultar Pesquisas](#) [Cadastrar Nova pesquisa](#) [Sair](#)[IMPRIMIR PARECER](#) | [VOLTAR](#)

### Parecer Consubstanciado Nº: 2233/11

**Data de Entrada no CEP:** 15/09/2011**Título do Projeto:** Experienciando a inclusão da etapa de diagnóstico na Sistematização da Assistência de Enfermagem**Pesquisador Responsável:** Eliane Matos**Pesquisador Principal:** Isabela Ubaldo**Propósito:** Mestrado**Instituição onde se realizará:** Hospital(s)

### Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)

OBJETIVO GERAL Desenvolver e implementar em conjunto com enfermeiros que atuam em unidade de clínica médica uma proposta de inclusão da etapa do diagnóstico de enfermagem considerando os diagnósticos mais frequentes identificados pelos enfermeiros na execução da metodologia de assistência de enfermagem. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de pacientes internados em Clínica Médica, segundo a classificação da NANDA 2010, a partir dos problemas de enfermagem, registrados por enfermeiros nas etapas de histórico de enfermagem; 2. Validar com os enfermeiros os principais diagnósticos de enfermagem identificados e elaborar proposta coletiva de utilização dos 5 principais diagnósticos escolhidos pelo grupo; 3. Aplicar nas unidades de CM a utilização dos diagnósticos e avaliar o processo.

### Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)

**Breve introdução/Justificativa:** Desde o início da enfermagem como profissão, o registro do trabalho é uma preocupação dos profissionais. No HU/UFSC, a enfermagem utiliza desde a abertura do hospital a Sistematização da Assistência de Enfermagem para registrar a assistência prestada ao doente, porém não aplica a etapa de Diagnóstico de Enfermagem. Na atualidade a Lei do Exercício Profissional prevê a aplicação desta etapa no processo de enfermagem. Também na instituição a evolução científica da profissão, as mudanças que vem ocorrendo por conta da informatização da assistência aponta a necessidade da implantação da etapa do diagnóstico de enfermagem para subsidiar a previsão das ações de enfermagem.

**Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido):** 20 enfermeiros que atuam em unidades de internação em Clínica Médica do HU/UFSC. Considerou-se para o estabelecimento da amostra o número total de enfermeiros que atuam nas três unidades de CM da instituição.

**Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa):** enfermeiros

**Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa:** Unidades de Clínica Médica do Hospital Universitário da UFSC

**Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica):** O

[https://sistema.cep.ufsc.br/relatorios/ver\\_parecer.php?id\\_pesquisa=2233](https://sistema.cep.ufsc.br/relatorios/ver_parecer.php?id_pesquisa=2233)

18/11/2011

desenvolvimento da pesquisa inclui um processo de capacitação crítica-reflexiva dos integrantes do estudo em relação a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Não há outros tipos de intervenção.

**Parâmetros avaliados:** Participantes responderão a entrevista semi-estruturada que tem por objetivo conhecer os resultados da experiência e o potencial para sua implantação na prática assistencial.

**"Outcomes":** Espera-se que a pesquisa contribua para a reflexão dos envolvidos sobre o tema e contribua para a implantação da etapa de diagnóstico de enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:** Não haverá riscos.

**Descreva como os participantes serao recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento:** Os participantes serão convidados à participarem pela própria pesquisadora em seus locais de trabalho e receberão um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que será lido e interpretado juntamente com o pesquisador.

**Estao os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim**

**Quais os procedimentos que deverao ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?** Os participantes poderão desistir do estudo a qualquer momento se assim o desejarem. Para isso será disponibilizado os telefones e e-mails dos pesquisadores. Também poderão entrar em contato com o pesquisador principal em seu local de trabalho. Para a desistência não terão que apresentar qualquer justificativa.

<p><b>Último Parecer enviado</b></p> <p>Enviado em: 15/10/2011</p> <p><b>Comentários</b></p> <p>Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC cujo objetivo é desenvolver e implementar em conjunto com enfermeiros que atuam em unidade de clínica médica, uma proposta de inclusão da etapa do diagnóstico de enfermagem, considerando os diagnósticos mais frequentes identificados pelos enfermeiros na execução da metodologia de assistência de enfermagem. Será desenvolvido na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da UFSC. O projeto está devidamente instruído, documentação completa e devidamente assinada, TCLE adequado aos sujeitos da pesquisa, estando portanto, em conformidade com a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando todos os seus princípios. Recomendamos sua aprovação.</p> <p><b>Parecer</b></p> <p>Aprovado</p> <p><b>Data da Reunião</b></p> <p>17/10/2011</p>
--

## ANEXO D – INSTRUÇÃO NORMATIVA 03/MP-PEN/2011

Instrução Normativa 03/MPENF/2011

Florianópolis, 12 de setembro de 2011.

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC.

A Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento Interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em reunião realizada em 12/09/2011,

### RESOLVE:

1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

3. Orientações gerais:

a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

*Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do MPENF/UFSC de 12/09/11.*

Original firmado na Secretaria MPENF