

# 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

---

LETICIA L. DO CARMO

RAQUEL S. RAMOS

OLGA V. OLIVEIRA

RENATA DE O. MACIEL

---

## RESUMO

Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, de análise documental e retrospectivo que teve como objetivo geral identificar os principais diagnósticos de enfermagem (DE), baseados na taxonomia II da NANDA (2008), em pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes internados na unidade no período de janeiro a maio de 2009, independente do motivo de internação. Para análise dos dados, os DE foram tabulados através de frequência simples e percentual com posterior apresentação em tabelas dos mesmos. Em um total de 93 pacientes, foram levantados 106 diagnósticos entre a categoria real e de risco, com uma incidência de 671 dentro de 11 domínios. Os de maior prevalência foram utilizados na construção de um formulário de DE que será utilizado na enfermaria.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Sistematização da*

*assistência de enfermagem; Diagnósticos de enfermagem; Clínica médica.*

## INTRODUÇÃO

A idealização da construção do presente estudo surgiu durante o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário do Rio de Janeiro, durante participação no Programa de Residência em Enfermagem em clínica médica do mesmo hospital.

A Resolução do COFEN-272/2002 determinou que a SAE é uma incumbência privativa do enfermeiro e ressalta a obrigatoriedade da implantação da mesma em todas as instituições de saúde, sejam estas de caráter público ou privado<sup>1</sup>.

Um método que pode ser usado para se implantar a SAE é o Processo de Enfermagem (PE). O PE é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente e

é composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas, tais como a coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos<sup>2</sup>.

Ao chegar à unidade citada, a SAE já fazia parte das atividades dos enfermeiros, porém, despendia-se bastante tempo na realização dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). Na elaboração dos DE, era utilizada a taxonomia II da NANDA American Nursing Diagnosis Association (2008) da qual fazem parte 187 DE baseados nos padrões das respostas humanas e é organizada em domínios. São 13 domínios e 47 classes, uma estrutura multiaxial com sete eixos<sup>3</sup>. Percebemos, então, a necessidade de se filtrar os DE mais encontrados nos pacientes deste setor a fim de se otimizar tempo.

A inserção do diagnóstico de enfermagem requer que os enfermeiros tenham uma linguagem comum que favoreça o entendimento entre os seus pares sobre os fenômenos clínicos de interesse, norteando as decisões sobre o que fazer por eles. A contextualização do diagnóstico de enfermagem no PE pode ter efeitos positivos na definição dos fenômenos, na proposição de intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos<sup>4</sup>.

Nessa direção, no ano de 2009 foi criado o Grupo de Interesse em Sistematização da Assistência em Enfermagem e Informática em Saúde (GISAEIS), que objetiva reunir indivíduos com interesse em discutir sobre a SAE bem como assessorar a sua implantação no âmbito deste hospital-escola.

O diagnóstico de enfermagem fornece critérios mensuráveis para a avaliação da assistência prestada, dá suporte e direção ao cuidado, facilita a pesquisa e o ensino, delimita as funções independentes de enfermagem, estimula o cliente a participar de seu tratamento e do plano

terapêutico e contribui para a expansão de um corpo de conhecimentos próprios para a enfermagem<sup>5</sup>.

Assim, foram definidos como objeto de estudo os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na clínica médica.

Como objetivo geral este estudo, pretendeu identificar os principais DE, baseados na taxonomia II da NANDA (2008), em pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, no período de janeiro a maio de 2009, independente do motivo de internação.

O objetivo específico consistiu em elaborar um formulário de DE com os principais achados para ser utilizado no cotidiano das atividades desta enfermaria.

O presente estudo justificou-se na intenção de fortalecer as discussões do GISAEIS sobre a SAE dentro da instituição onde a pesquisa foi realizada; nos benefícios que a identificação dos principais DE trarão para a clientela assistida na clínica médica pelos profissionais enfermeiros no sentido de direcionar e prever cuidados de enfermagem específicos para tal grupo e, finalmente, em agilizar o processo de trabalho dos enfermeiros em tal unidade médica, uma vez que, ao contar com um formulário específico de DE, se ganha tempo, colaborando para que o serviço da enfermagem seja mais eficaz.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, de análise documental e retrospectivo.

O campo de pesquisa foi uma unidade de clínica médica de um hospital universitário de grande porte, localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. O hospital possui 44.000 m<sup>2</sup> de área construída, conta com 600 leitos e 16 salas ci-

rúrgicas, onde são realizadas internações e cirurgias em mais de 60 especialidades e subespecialidades da área médica. Procedimentos e tecnologias mais sofisticados, como cirurgia cardíaca, transplante renal e transplante de coração também são realizados na instituição. No seu prédio de ambulatorios, com 300m<sup>2</sup> de área, estão localizados 150 consultórios que concentram o atendimento ambulatorial de todas as especialidades. Tal hospital de grande porte tem cobertura assistencial estimada de 1.000.000 (um milhão) de habitantes, é considerado Centro de Excelência e Referência para o Estado do Rio de Janeiro na área de ensino e saúde.

Já a unidade de clínica médica em que a pesquisa foi realizada, possui 14 leitos, sendo 7 para pacientes do sexo feminino e 7 para pacientes do sexo masculino. Tem uma média de internação de 30 pacientes por mês. O setor contava com 5 enfermeiras e 18 técnicos de enfermagem os quais estavam engajados na sistematização da assistência de enfermagem.

Definiu-se como população do estudo todos os pacientes internados na enfermaria no período de janeiro a maio de 2009, independente do motivo de internação.

Os diagnósticos de enfermagem foram identificados no momento da admissão dos pacientes, de acordo com os problemas encontrados através da história e do exame físico. Para o registro dos dados do histórico e exame físico, os enfermeiros contaram com um instrumento de coleta de dados já existente na enfermaria que era o impresso de admissão de enfermagem.

Para selecionar os DE, os enfermeiros contaram com um instrumento estruturado, também já existente na unidade, contendo a listagem de todos os diagnósticos da taxonomia II da NANDA de 2008, divididos em domínios e classes. Para obtenção dos dados, foi realizada busca dos

impressos no prontuário dos pacientes admitidos à época.

Destaca-se que a taxonomia II da NANDA de 2008 apresenta um total de 187 diagnósticos, elaborados a partir de características definidoras, fatores de risco e situações iminentes de risco de os clientes apresentarem, identificados através de exame físico e entrevista<sup>6</sup>. Também foram considerados os DE pertencentes à categoria atual e de risco, sendo que os atuais se referem aos já instalados nos clientes, enquanto que os de risco relacionam-se aos que possuem alto risco e/ou possibilidade de ocorrência iminente.

Para análise dos dados, os DE foram tabulados através de frequência simples e percentual com posterior apresentação em tabelas dos mesmos. Os de maior prevalência foram utilizados na construção de um impresso para ser utilizado na enfermaria.

Este projeto respeitou os preceitos éticos, conforme recomenda a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição referida (CAAE: 0199.0.228.000-10).

Vale ressaltar que não houve contato direto com os pacientes. Os dados foram obtidos de fonte secundária (prontuário médico) e foi preservado o anonimato das pessoas cadastradas, caracterizando, desta forma, um estudo livre de riscos para danos aos clientes.

Destaca-se também que não houve ônus para a instituição onde foi realizada a pesquisa e a previsão de custos com material de consumo foram arcados pela pesquisadora.

## DESENVOLVIMENTO

### A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. Para que ela ocorra, é necessário que um conjunto de ações organizadas seja aplicado. Deste modo, a SAE está diretamente ligada ao processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é um método sistematizado para realização da ação de enfermagem independente<sup>7</sup>.

O processo de enfermagem é considerado a base de sustentação da SAE, ele é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação<sup>8</sup>.

A primeira etapa do PE, o histórico ou investigação, segundo os autores supracitados, consiste na entrevista do paciente, no exame físico e nos exames laboratoriais.

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem. Durante essa etapa, os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente<sup>2</sup>.

O planejamento da assistência constitui a terceira etapa do processo de enfermagem e consiste nos seguintes passos: o estabelecimento de prioridades para os problemas diagnósticos; a fixação de resultados com o cliente, se possível, a fim de corrigir, minimizar ou evitar os problemas; o registro escrito de diagnósticos de enfermagem, dos resultados esperados e

das prescrições de enfermagem de modo organizado<sup>8</sup>.

Já a quarta etapa, a implementação, ocorre quando o plano de cuidados é colocado em prática e o enfermeiro realiza as intervenções planejadas<sup>3</sup>.

Por último, temos a avaliação. Ela determina o progresso alcançado pelo paciente na obtenção das metas propostas. A avaliação tem o objetivo de acompanhar as respostas aos cuidados prescritos, através de anotações no prontuário, da observação direta da resposta do cliente à terapia e do que o cliente relata<sup>2</sup>.

O enfermeiro é, muitas vezes, caracterizado como um profissional que necessita de supervisão médica, executor de técnicas e procedimentos outorgados por médicos.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem operacionalizada através da aplicação do processo de enfermagem constitui-se como ferramenta para valorização da enfermagem como ciência visto que suas ações implementadas fundamentam-se em princípios científicos. Garantindo autonomia e independência na prestação da assistência de enfermagem<sup>9</sup>.

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: ASPECTOS HISTÓRICOS, EVOLUÇÃO, CONCEITOS E A CLASSIFICAÇÃO DA NANDA

O termo 'diagnóstico de enfermagem' surgiu na literatura norte-americana em 1950 com McManus, que, ao descrever as funções de responsabilidade do enfermeiro, incluía a identificação ou o diagnóstico de problemas de enfermagem<sup>2</sup>.

No Brasil, a expressão, 'diagnóstico de enfermagem' foi introduzida por Wanda Horta na década de 60, e constituiu-se em uma das etapas do processo de enfermagem proposto por esta autora<sup>10</sup>.

A declaração de Políticas Sociais de 1980 da American Nurses Association

(ANA) foi o primeiro documento a definir a enfermagem como diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas potenciais e reais de saúde. Essa definição, quando combinada com as normas práticas da ANA, gerou as necessidades e as bases para a utilização dos diagnósticos de enfermagem<sup>3</sup>.

Em 1982, na V Conferência, as reuniões foram abertas à comunidade de enfermagem, e o grupo constituído passou a ser denominado *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*<sup>3</sup>. Nesse evento, também foi apresentada a primeira classificação de diagnósticos de enfermagem de enfermagem proposta pelo grupo, chamada de taxonomia I, composta por nove padrões de respostas humanas<sup>9</sup>.

Na bienal de 2000 da NANDA, foram realizadas modificações expressivas de modo a alterar a forma de organização e apresentação dos diagnósticos de enfermagem, surgindo assim a Taxonomia II que se destina a ser multiaxial com sete eixos principais. Um eixo é definido como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico<sup>3</sup>.

Nessa estrutura multiaxial, estão organizados e aprovados 187 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em 13 domínios (esfera de atividade, estudo ou interesse) e 47 classes (subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria)<sup>6</sup>.

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para se alcançarem resultados pelos quais a enfermeira é responsável<sup>11</sup>.

A construção do DE constitui um importante desafio para o enfermeiro, pois requer do profissional pensamento crítico para interpretação de dados da clientela

que são evidenciados na entrevista e no exame físico, possibilitando a aplicação de conhecimentos técnico-científicos e proporcionando maior autonomia à classe. O diagnóstico de enfermagem é a etapa da SAE que deve receber maior atenção dos profissionais da área, uma vez que sua formulação adequada direciona o planejamento, implementação e a evolução do cuidado.

#### ASPECTOS LEGAIS QUE AMPARAM O ENFERMEIRO EM SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Conforme previsto na lei do exercício profissional da enfermagem a Lei Federal 7.498, decretada e sancionada no dia 26 de junho de 1986, é conferida ao enfermeiro a sua autonomia profissional<sup>12</sup> e, portanto, possui respaldo legal para pôr em prática o planejamento da sistematização de enfermagem, conforme artigos específicos e resoluções.

A resolução do COFEN-272/2002 determinou que o diagnóstico de enfermagem é uma incumbência privativa do enfermeiro. Tal fato vem reforçar ainda mais o interesse dos profissionais e de estudiosos sobre a temática. Vale então, transcrever aqui o trecho da resolução referente aos DE: o enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais<sup>1</sup>.

A mesma resolução também cita que ao Enfermeiro, privativamente, cabe: a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem; a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada; a SAE deverá ser

registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por: Histórico de enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem, Relatório de Enfermagem.

## RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através do formulário com os diagnósticos de enfermagem da NANDA (2008) – Taxonomia II, em um total de 93 pacientes, onde foram levantados 106 diagnósticos, com uma incidência de 671 dentro de 11 domínios. Foi utilizada a divisão em domínios e classes para facilitar a análise de dados, sendo estes analisados através de frequência simples e percentual.

Iniciando pelo domínio 1 – Promoção da Saúde, em relação à classe 2 – Controle da saúde, foram encontrados seis diagnósticos de enfermagem: Controle eficaz do regime terapêutico, Controle ineficaz do regime terapêutico, Controle familiar ineficaz do regime terapêutico, manutenção ineficaz da saúde, manutenção do lar prejudicada, que foi o de maior frequência dentro deste domínio (1,64%) e disposição para nutrição melhorada.

No domínio 2- Nutrição, em relação à classe 1 – Ingestão: introdução de alimentos ou nutrientes no organismo, foram identificados três diagnósticos de enfermagem- deglutição prejudicada, nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, o mais prevalente deste domínio (4%). Já em relação à classe 4 – Metabolismo, foram identificados os dois diagnósticos existentes na NANDA: risco de função hepática prejudicada e risco de glicemia instável. E, também, na classe 5 - Hidratação: inges-

tão e absorção de fluidos e eletrólitos foram constatados todos os diagnósticos da NANDA existentes para tal classe, sendo estes, volume de líquidos deficiente, risco de volume de líquidos deficiente, volume excessivo de líquidos, risco de desequilíbrio do volume de líquidos e disposição para equilíbrio de líquidos aumentado.

Com relação ao domínio 3, Eliminação/troca, na classe 1, Função urinária, foram identificados quatro diagnósticos: eliminação urinária prejudicada, retenção urinária, incontinência urinária funcional e risco de incontinência urinária de urgência. Na classe 2 – Função intestinal: processo de absorção e excreção dos produtos finais da digestão foram verificados cinco diagnósticos – incontinência intestinal, diarreia, risco de constipação, constipação percebida e, o mais frequente, constipação, com 3,28%. E, na classe 4 – Função respiratória: processo de troca de gases e remoção dos produtos finais do metabolismo, o diagnóstico, troca de gases prejudicada foi relacionado.

Foram encontrados vinte e dois diagnósticos, referentes ao domínio 4 – Atividade/repouso. Na classe 1 – Sono/repouso, foram identificados os seguintes diagnósticos: privação de sono, disposição para sono melhorado e insônia. Já na classe 2 foram encontrados oito diagnósticos, sendo o de mobilidade física prejudicada o mais prevalente (3,43%) e os outros eram: risco de síndrome do desuso, capacidade de transferência prejudicada, deambulação prejudicada (o segundo mais prevalente do domínio, com 3,28%), atividades de recreação deficientes, recuperação cirúrgica retardada, estilo de vida sedentário e mobilidade no leito prejudicada. Na classe 3 – Equilíbrio de energia: estado dinâmico de harmonia entre o influxo e o gasto de recursos energéticos, foi identificado o diagnóstico de fadiga. Na classe 4 – Respostas cardiovasculares/pulmonares: mecanis-

mos cardiopulmonares que dão suporte a atividade/repouso foram constatados cinco diagnósticos de enfermagem: débito cardíaco diminuído, ventilação espontânea prejudicada, padrão respiratório ineficaz, intolerância à atividade e perfusão tissular ineficaz (periférica). E, referente à classe 5 – Autocuidado: capacidade de participar de atividades para cuidar do próprio corpo e das funções corporais foram identificados os seguintes diagnósticos: déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, déficit no autocuidado para banho/higiene, déficit no autocuidado para higiene íntima e disposição para aumento do autocuidado.

No domínio 5 - Percepção/cognição foram encontrados oito diagnósticos. Na classe 2 – Orientação, foi verificado o diagnóstico de síndrome de interpretação ambiental prejudicada. Na classe 3 - Sensação/percepção: receber informações pelos sentidos de tato, olfato, visão, audição e cinestesia; a compreensão dos dados provenientes desses sentidos resulta em nomear, associar e/ou reconhecer padrões, foi identificado o diagnóstico percepção sensorial perturbada, com 1,94%. Na classe 4 - Cognição: uso de memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem foram constatados cinco diagnósticos, conhecimento deficiente, confusão aguda, memória prejudicada, processos de pensamento perturbados e risco de confusão aguda. Já na classe 5 - Comunicação: enviar e receber informações verbais e não verbais foi encontrado o diagnóstico de comunicação verbal prejudicada, também com incidência de 1,94%.

Foram encontrados nove diagnósticos do domínio 6 - Autopercepção. Para a classe 1 - Autoconceito: percepção(ões) quanto ao seu total, havia cinco diagnósticos, sentimento de impotência, risco de sentimento de impotência, desesperança,

risco de solidão e risco de dignidade humana comprometida. Na classe 2 - Autoestima: avaliação quanto ao próprio valor, capacidade, importância e sucesso foram relacionados três diagnósticos de enfermagem – baixa autoestima crônica, baixa autoestima situacional e risco de baixa autoestima situacional. E, finalmente, na classe 3 – Imagem corporal identificou-se o diagnóstico de distúrbio da imagem corporal.

Sete diagnósticos de enfermagem dentro do domínio 7 – Relacionamentos de papel. Na classe 1 - Papéis do cuidador: padrões de comportamento socialmente esperados de pessoas que estão provendo cuidados e que não são profissionais de saúde, foram verificados quatro diagnósticos- tensão do papel do cuidador, paternidade ou maternidade prejudicada e risco de paternidade ou maternidade prejudicada. Dentre os diagnósticos da classe 2 - Relações familiares: associações de pessoas que são biologicamente relacionadas ou relacionadas por escolha, estava o mais incidente entre os diagnósticos identificados nos pacientes da clínica médica, processos familiares interrompidos, com 5,51% de incidência. E, na classe 3 - Desempenho do papel: qualidade de estar funcionando em padrões de comportamento socialmente esperados, foi identificado o diagnóstico de interação social prejudicada.

No domínio 8 – Sexualidade, foram encontrados dois diagnósticos de enfermagem: disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes, pertencentes à classe 2 – Função sexual: capacidade ou habilidade para participar de atividades sexuais.

Foram identificados doze diagnósticos de enfermagem dentro do domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse. Na Classe 1 – Respostas pós-trauma, foram identificados três diagnósticos: risco de síndrome do estresse por mudança, síndrome pós-trauma e risco de síndrome pós-

trauma. Dentro da classe 2 – Respostas de enfrentamento: processo de controlar o estresse ambiental, foram relacionados oito diagnósticos, com maior incidência para o de ansiedade (3,43%). E na classe 3 – Estresse neurocomportamental: respostas comportamentais que refletem a função cerebral e nervosa, foi encontrado o diagnóstico de disreflexia autônoma.

No domínio 11 – Segurança/proteção, evidenciou quinze diagnósticos de enfermagem. Na classe 1 - Infecção: respostas do hospedeiro após invasão patogênica havia o diagnóstico de maior frequência dentro do domínio, o de risco de infecção, com 3,13% de incidência. Na classe 2 - Lesão física: dano ou ferimento corporal, foram encontrados os diagnósticos de mucosa oral prejudicada, risco de lesão, risco de quedas, risco de trauma, integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada, dentição prejudicada, risco de sufocação, risco de aspiração e proteção ineficaz.

E, finalmente, no domínio 12 – Conforto, foram identificados cinco diagnósticos de enfermagem: dor aguda (o mais frequente neste domínio, com 2,38%), dor crônica, náusea, disposição para aumento do conforto. E na classe 2 – Conforto ambiental: sensação de bem-estar ou conforto no ambiente em que a pessoa está, foi encontrado o diagnóstico de isolamento social.

## CONCLUSÃO

Através deste estudo, foi possível identificar os principais diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia II da NANDA (2008) nos pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. Em um total de 93 pacientes,

foram levantados 106 diagnósticos, entre as categorias real e de risco, com uma incidência de 671 dentro de 11 domínios.

Contudo, destacou-se o diagnóstico “Processos familiares interrompidos”, pertencente ao Domínio 7 – Relacionamentos de papel – da Classe 2, (Relações familiares: associações de pessoas que são biologicamente relacionadas ou relacionadas por escolhas) com incidência de 37, atingindo 5,51% dos diagnósticos encontrados. Dessa forma, percebe-se que a internação hospitalar implica diretamente as relações familiares, tanto pelas crises situacionais que o cliente enfrenta, verificada pela própria doença, como pelas trocas de papéis dentro do núcleo familiar, gerando conflitos que podem interferir no bem-estar e na saúde dos indivíduos. A família, então, deve ser considerada, pelos profissionais de saúde, como parte integrante da unidade de cuidado.

Não foi identificado nenhum diagnóstico de enfermagem do domínio 10 (Princípios da vida) entre os pacientes da enfermaria. Os DE referentes ao domínio são: “Disposição para aumento da esperança”, “Disposição para bem-estar espiritual aumentado” e “Disposição para aumento da esperança”. Da mesma forma, também não houve a prevalência dos diagnósticos de enfermagem pertencentes ao domínio 13 (Crescimento/Desenvolvimento) sendo estes: “Atraso no crescimento e desenvolvimento”, “Risco de crescimento desproporcional”, “Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)” e “Risco de atraso no desenvolvimento”.

O objetivo específico do estudo, “Elaborar um formulário de DE com os principais achados, para ser utilizado no cotidiano das atividades da enfermaria”, foi alcançado, uma vez que foi confeccionado, após análise dos dados, um impresso com os diagnósticos de enfermagem mais frequentes entre a população estudada, o

que tornará a realização do processo de enfermagem, no setor, mais ágil.

Por se tratar de um estudo retrospectivo, cujos dados foram identificados nos prontuários dos pacientes, considera-se que os resultados podem estar subestimados, uma vez que o processo de trabalho intenso de uma unidade de clínica médica, muitas vezes, impossibilita a realização da sistematização da assistência de enfermagem em todas as suas etapas, ficando o diagnóstico de enfermagem em um segundo plano. Tal fato, também, pode ter ocorrido pela não adesão de todos os enfermeiros do setor à implantação da SAE e pela falta de enfermeiro no setor tanto no serviço noturno como em alguns feriados e fins de semana.

Outra limitação a ser considerada refere-se a não localização de dados nos prontuários, considerados significativos para uma correta identificação dos fatores relacionados, que são necessários para uma completa estruturação de diagnósticos de enfermagem<sup>6</sup>. Porém, estas dificuldades não influenciaram nos resultados, uma vez que não se buscou contabilizá-los.

Deseja-se, desta forma, que os resultados deste estudo contribuam para a melhora da qualidade da assistência de enfermagem, fornecendo material de consulta a equipe de enfermagem e acadêmicos, bem como, estimular reflexões e interesse em novas pesquisas sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília; 2002.
2. Gonçalves AMP, Tannure MC. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009.
3. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades,

Fundamentos. Trad. Carlos Henrique Consendey; Rev. tec. Sônia Regina de Souza - Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009.

4. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev. Latino-Am. Enf. 2005; v.13 (3).
5. Jesus AC. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. Rev. de Saúde do Dist. Fed. 1995; v. 6 (1 e 2):37 - 40.
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2007-2008. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008. 396p.
7. Sparks SR, Taylor CM. Manual de diagnóstico de enfermagem. Revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz; trad. Isabel Cristina Fonseca da Cruz, José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2007.
8. Alfaro-Lefreve R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.
9. Oliveira NMS. Diagnóstico de enfermagem de ansiedade: validação das características definidoras [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
10. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2001-2002. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2002. 288p.
12. Brasil. Lei n.º. 7.498 do dia 25 de Junho 1986. Código de Ética e Legislações. Brasília; 25 de Junho 1986.

## ABSTRACT

*This was a descriptive study, of a quantitative approach, documentary analysis and retrospective that aimed to identify the main general nursing diagnoses, based on NANDA's taxonomy II (2008), in hospitalized patients in a ward of medical clinic of a university hospital of the city of Rio de Janeiro. Data were collected from medical records of patients admitted to the unit during the period from January to May 2009, regardless of the reason for hospitalization.*

For data analysis, the nursing diagnoses were tabulated using simple frequencies and percentages in tables with subsequent presentation of the same. In a total of 93 patients, 106 diagnoses were raised between the real and risk category, with an inci-

dence of 671 in 11 areas. The most prevalent were used to build the form that will be used in the ward.

**KEYWORDS:** Nursing care systematization; Nursing diagnoses; Medical clinic.

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

---

ALEXANDRA B. SANTOS

Especialista em Enfermagem Pediátrica da Universidade Gama Filho (UGF).

ALINE TEIXEIRA VARGAS

Enfermeira residente do Programa de Clínica Cirúrgica HUPE/UERJ.

ANA CLÁUDIA CÂNDIDO OLIVEIRA

Enfermeira residente do Programa de Enfermagem Neonatal HUPE/UERJ.

ANDRÉIA FONTES DA PAZ

Enfermeira do Núcleo de Ensino e Pesquisa de Adolescente do HUPE; Mestre em Enfermagem.

ANGELINA M.A. ALVES

Enfermeira da UTI-Neonatal do HUPE/UERJ; Professora da Graduação em Enfermagem da Fundação Osvaldo Aranha (UniFOA); Profa. Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil do EAP-Unirio; Doutora em Enfermagem.

ANTÔNIO A.F. PEREGRINO

Doutor em Saúde Pública; Professor Adjunto da UERJ e Universidade Veiga de Almeida (UVA).

ANTÔNIO MARCOS T. GOMES

Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Doutor em Enfermagem pela UFRJ.

CLARA CAROLINE ARAUJO LEMOS

Enfermeira residente do Programa de Clínica Médica do HUPE/UERJ; Pós-graduanda em Alta Complexidade.

CRISTIANE MARIA DE AMORIM COSTA

Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Chefe de seção da Enfermaria de Urologia do HUPE.

DÉBORA RIBEIRO DUQUE

Enfermeira residente do Programa de Enfermagem em Nefrologia do HUPE/UERJ.

FRANCES VALÉRIA COSTA E SILVA

Doutora pelo IMS/UERJ; Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Enfermeira da Unidade de Diálise Peritoneal.

ISABELA COSTA PEIXOTO

Enfermeira residente do Programa de Clínica Médica do HUPE/UERJ.

LEONARDO VINICIUS DE ARAÚJO SANTOS

Enfermeiro residente do Programa de Nefrologia do HUPE/UERJ.

LETICIA LOUREDO DO CARMO

Enfermeira residente do Programa de em Clínica Médica do HUPE/UERJ.

MARCIA SILVA DE OLIVEIRA

Enfermeira do Suporte Nutricional do HUPE. Mestre em Enfermagem.

MARISTELA F. SILVA

Mestre em Enfermagem; Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enfermeira Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem em Centro Cirúrgico do HUPE/UERJ.

NÁDIA MARIANA MENDES

Enfermeira residente do Programa de Terapia Intensiva Adultos/HUPE/UERJ.

OLGA VELOSO DA SILVA OLIVEIRA

Enfermeira especialista em Enfermagem Oncológica pela Unirio.

RAQUEL DE SOUZA RAMOS

Enfermeira mestre em Saúde Pública; Enfermeira pela UERJ.

RENATA DA SILVA SCHULZ

Enfermeira residente do Programa de Clínica Cirúrgica do HUPE/UERJ.

RENATA DE OLIVEIRA MACIEL

Enfermeira mestre do HUPE/UERJ; Chefe da Unidade de Enfermagem Pediátrica do HUPE.

ROBERTA FAITANIN PASSAMANI

Enfermeira residente do Programa de Terapia Intensiva HUPE/UERJ.

SÔNIA REGINA OLIVEIRA E SILVA DE SOUZA

Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Chefe de Enfermagem do Serviço de Terapia Intensiva do HUPE/UERJ. Mestre em Enfermagem.

VIVIANE AMADO FERREIRA

Enfermeira Residente do Programa de Clínica Médica do HUPE/UERJ.

THÁBBATA CHRISTINA DE L. RIBEIRO

Enfermeira residente do Programa de Obstetrícia do HUPE/UERJ.