

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PAULA DE CEZARO

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO IMPRESSO DE DIAGNÓSTICOS E
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA UTI DE TRAUMA**

**Porto Alegre
2006**

PAULA DE CEZARO

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO IMPRESSO DE DIAGNÓSTICOS E
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA UTI DE TRAUMA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Miriam de Abreu Almeida

**Porto Alegre
2006**

“Absorvi e usei tudo que vi e observei. Meu trabalho foi alimentado por milhares de indivíduos diferentes, ignorantes e sábios, gênios e tolos, crianças e velhos. Todos eles me passaram suas habilidades e sua maneira de ser. Colhi inúmeras vezes o que outros semearam. Meu trabalho é de um ser coletivo”.

Autor Desconhecido

RESUMO

Este trabalho objetivou construir um instrumento de registros de enfermagem contendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e os respectivos cuidados para pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Trauma com base na Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. O percurso metodológico caracterizou-se por ser um estudo quantitativo exploratório descritivo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de Trauma do Hospital de Pronto Socorro da cidade de Porto Alegre, RS. A amostra foi composta por 38 pacientes internados na UTI de Trauma e cinco enfermeiras que trabalham nessa unidade. Verificou-se um percentual de 79,04% de pacientes masculinos atendidos em relação aos femininos (21,05%), os pacientes entre 30 a 39 anos foram os mais afetados (23,68%) e o tipo de trauma mais encontrado foi acidente de trânsito (34,21%). Foram elaborados 11 diagnósticos de enfermagem a partir dos sinais e sintomas identificados nos prontuários dos pacientes. Os cuidados referentes aos diagnósticos foram relatados pelas enfermeiras e complementados por atividades contidas na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. O instrumento construído contém dados de identificação do paciente, os diagnósticos levantados com a prescrição dos cuidados e as evoluções de enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a variável sexo.....	27
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo faixa etária.....	27
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes em relação aos principais mecanismos do trauma.....	28
Tabela 4 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva de Trauma.....	29
Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem identificados em pacientes de UTI de Trauma e os respectivos Fatores Relacionados e Características Definidoras segundo a Taxonomia II da NANDA.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de Estudo.....	22
4.2 Campo do Estudo.....	22
4.3 População e Amostra.....	23
4.4 Coleta de Dados.....	23
4.5 Análise dos Dados.....	25
4.6 Aspectos Éticos.....	26
5 RESULTADOS.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO A – Histórico de Enfermagem – UTI.....	49
ANEXO B – Evolução Diária de Enfermagem – UTI/ Trauma.....	51
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	52
APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados.....	53
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54

1 INTRODUÇÃO

Na prática atual, a enfermagem se depara constantemente com termos como sistematização da assistência, diagnósticos de enfermagem, padronização, sistemas de classificação dos cuidados, entre outras. Estas denominações estão, de alguma forma, relacionadas ao Processo de Enfermagem, que é um método sistemático e individualizado de prestação de cuidados, composto de cinco etapas: Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento/Prescrição dos Cuidados, Implementação e Avaliação. (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

A etapa do diagnóstico é menos conhecida e utilizada no nosso meio, sendo que a sua denominação resulta de um processo de raciocínio clínico. Constitui-se na identificação dos problemas atuais e potenciais que serão obtidos pela análise e síntese das informações coletadas na Investigação, sendo a base para o plano/prescrição de cuidados. (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Segundo a Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), diagnóstico de enfermagem é definido como,

um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a seleção de intervenções de enfermagem visando obter resultados pelos quais a enfermeira é responsável. (CARPENITO, 1999, p.13)

Sabe-se que muitas instituições não utilizam em suas atividades todas as etapas do Processo de Enfermagem, principalmente o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e Prescrição dos Cuidados específicos para cada paciente. Assim, alicerçada na realidade, venho buscar através da etapa do diagnóstico de enfermagem, uma forma de registrar os cuidados para pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Trauma. Pretende-se construir um instrumento de registros de enfermagem contendo os diagnósticos de enfermagem mais

freqüentes e os respectivos cuidados para pacientes da UTI de Trauma, seguindo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, propondo assim uma maneira de quantificar e qualificar o cuidado. Sabe-se, ainda, que nesta Instituição são utilizadas apenas as etapas do histórico e as evoluções de enfermagem, de todo o Processo de Enfermagem, as etapas de prescrição e do diagnóstico de enfermagem não são realizadas.

Vaz *et al* (2002), coloca que um dos motivos apontados para a não documentação do cuidado ao paciente é a resistência das enfermeiras em adotar esse método de trabalho e terminologias novas, o que acaba por influenciar toda a equipe de enfermagem. A resistência é ainda maior quando são utilizadas nomenclaturas diferentes das empregadas pela equipe de saúde, na tentativa de mudar a ênfase na função ou disfunção de um sistema orgânico específico (*focus* do diagnóstico médico) para a resposta do indivíduo ao problema de saúde (*focus* do diagnóstico de enfermagem).

Observa-se, atualmente, uma evolução científica na prática de enfermagem, principalmente no aprimoramento das etapas do processo de enfermagem, relatadas com bastante freqüência em artigos, livros, congressos, na busca de uma linguagem organizada e padronizada para as ações de enfermagem.

Crossetti e Dias (2002), trazem que inúmeras são as iniciativas das enfermeiras em construir e testarem modelos teóricos e taxonomias de enfermagem visando a apreensão de maneira uniforme dos modelos que a caracterizam. Fato que torna necessário o exercício do diálogo comum e compreensível, mediante a utilização de uma linguagem padronizada e que resulte na qualidade da informação e tomada de decisão, evidenciando os fenômenos dos quais se ocupa a enfermagem.

Ao enfermeiro cabe a capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para resolvê-los. Avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, com base em evidências científicas são aspectos relevantes na formação

profissional, apontados nas competências e habilidades gerais. Em âmbito específico, está contemplado ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, entre outros (ALMEIDA, 2002).

A Unidade de UTI de Trauma, onde foi realizado o estudo, faz parte do Hospital de Pronto Socorro da cidade de Porto Alegre, sendo constituída de 12 leitos fixos mais 2 extras. Os pacientes têm uma média de permanência de 8,5 dias na unidade e a taxa de mortalidade é de 27,14%. Esta instituição ainda contempla uma UTI de Queimados, UTI CardioClínica e uma UTI Pediátrica.

O indivíduo internado em uma Unidade de Terapia Intensiva está em constante interação com o ambiente; possui desequilíbrio de Necessidades Humanas Básicas em nível psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual, podendo estar total ou parcialmente dependente da equipe de enfermagem e de outros profissionais de saúde e dos familiares para recuperar o equilíbrio (FELISBINO, 1994).

Durante minha prática acadêmica venho vivenciando diariamente o Processo de Enfermagem e estudando os Diagnósticos de Enfermagem durante os estágios. Estudo em uma instituição que faz uso dessa prática já de forma informatizada e também sou bolsista de iniciação científica participando de pesquisa nessa temática. Estas questões foram despertando meu interesse em dar continuidade aos estudos nessa linha, além de acreditar que os cuidados, padronizados e organizados, direcionados para as necessidades de cada paciente, favorecem visivelmente a qualidade do atendimento e previnem possíveis problemas. Quero compreender de que forma esses referenciais teóricos da enfermagem podem contribuir e ser efetivos no cuidado aos pacientes quando aplicados nos locais em que a prática do diagnóstico de enfermagem ainda não esteja institucionalizada. Como posso operacionalizar a etapa do diagnóstico de enfermagem na Instituição onde será desenvolvido o estudo?

Também desejo deixar como contribuição para a instituição um instrumento onde a enfermeira possa desenvolver e aplicar um plano de cuidados sistematizado abordando possíveis problemas e atividades realizadas com o cliente, onde suas ações ficarão registradas e permitirão uma continuidade efetiva no tratamento. Servirá, ainda, de subsídio para possíveis estudos de pesquisa que venham a ser realizados.

Colocar as ações de enfermagem como fator determinante é essencial para lidar com as dificuldades e desafios da vida diária, aumentar a qualidade de vida e controlar as diferentes situações que os indivíduos possam vir a sofrer.

Garcia (1997), fala que em seu sentido mais abrangente, a pesquisa em enfermagem pode ser entendida como uma atividade que, através de geração de novos conhecimentos e da validação e refinamento do conhecimento já existente, influencia, direta ou indiretamente, os vários subsistemas da prática profissional e da pesquisa na área.

2 OBJETIVO

Construir um instrumento de registros de enfermagem contendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e os respectivos cuidados para pacientes de uma UTI de Trauma.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura contempla, embasada na literatura, a evolução do Processo de Enfermagem, priorizando a etapa do diagnóstico de enfermagem, seu desenvolvimento e sua importância nas atividades de cuidados que são realizadas pelas enfermeiras.

A partir da década de 60 observa-se uma ênfase nos aspectos interpessoais, intelectuais e científicos da enfermagem. Segundo Kenney¹ (1990) *apud* Rossi e Casagrande (2001), Ida Orlando estudou os aspectos interpessoais da relação enfermeiro / cliente, e utilizando a expressão processo de enfermagem, definiu a situação de enfermagem considerando três aspectos básicos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro, e as ações de enfermagem que são destinadas ao benefício do paciente. Para Orlando, a interação destes três elementos seria o processo de enfermagem. Posteriormente Know aplicou a abordagem científica para a enfermagem, e Kelly descreveu a coleta de dados de enfermagem como a avaliação de sinais e sintomas físicos do cliente, da história médica, social e cultural e de fatores físicos e psicológicos no ambiente.

Em 1967, Yura e Wajsh foram autoras do primeiro livro texto que descrevia o processo de enfermagem em quatro fases: histórico, planejamento, implementação e avaliação. As autoras reforçaram a importância das habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais na prática de enfermagem (KENNEY, 1990 *apud* ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Nos Estados Unidos, na década de 70, o processo de enfermagem não era só uma idéia, mas uma forma de instituição, servindo como guia para normatizar a prática de

¹ Kenney JW. Relevance of theoretical approaches in nursing practice. In: Christensen J, Kenney JW. Nursing process: application of theories, frameworks, and models. 3th ed. St. Louis: Mosby Company; 1990. P.3-18.

enfermagem (CUESTA², 1983 *apud* ROSSI; CASAGRANDE, 2001). No Brasil, também nesta época, tal metodologia invadiu as escolas de enfermagem, tendo por base a *Contribuição para uma teoria de enfermagem*, de Wanda de Aguiar Horta.

Em 1973 Yura e Walsh³ referenciados por Rossi e Casagrande (2001), definiram o processo de enfermagem como um método contínuo, sistemático, crítico, ordenado, de se coletar, julgar, analisar e interpretar informações sobre as necessidades físicas e psíquicas do paciente, para levá-lo à saúde, à normalidade e era composto por coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Wanda Horta (1979), relata que para Lucile Lewis, 1970, o processo de enfermagem consta de três fases: levantamento, intervenção e avaliação; a primeira fase inclui a identificação do problema e o estabelecimento de prioridades.

A autora relata também que naquela época a Associação Americana de Enfermeiras deu as seguintes etapas para o processo de enfermagem: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento do objetivo, plano de cuidados, ação, renovação da coleta de dados e revisão do plano.

O processo de enfermagem passou a ser empregado como marco teórico para a prática de enfermagem. A American Nurses Association usou o processo de enfermagem como um guia no desenvolvimento de padrões para a prática de enfermagem, nos Estados Unidos (IYER⁴ et al., 1986; KENNEY, 1990 *apud* ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

De acordo com Horta (1979), é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, através de seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

² De La Cuesta, C. The nursing process from development to implementation. J Adv Nurs 1983; 8(1): 65-7.

³ Yura H, Walsh M. The nursing process assessing, planning, implementation and evolution. 3th ed. New York: Appleton-Century Crofts; 1973.

Atualmente o processo de Enfermagem pode ser assim descrito segundo Alfaro-Lefevre (2000, p. 29),

O processo de enfermagem é um método sistematizado de prestação de cuidado humanizado, que enfoca a obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável. É sistemático por consistir em cinco passos – Histórico/Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação – durante os quais são dados passos deliberados para maximizar a eficiência e atingir resultados benéficos a longo prazo. É Humanizado por basear-se na crença de que à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar exclusivamente os interesses, os ideais e os desejos do consumidor do atendimento de saúde (a pessoa, a família, a comunidade).

O Processo de Enfermagem constitui uma atividade intelectual deliberada que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. Atualmente, este método é desenvolvido em cinco etapas (coleta de dados ou histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenções e resultados ou avaliação), caracterizando-se por ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias (ALFARO-LEFEVRE, 2000; CARPENITO, 1999; SMELTZER ; BARE, 2002).

Barros (2002), enfatiza a premência da utilização de taxonomias de enfermagem. Como premissas a autora aponta que a enfermagem precisa de um corpo de conhecimento próprio com bases sólidas que a sustentem; a Lei n.º 7498 do Exercício Profissional que estabelece a consulta, a prescrição e a evolução de enfermagem como atividades privativas da enfermeira; a exigência da utilização da informatização no contexto atual; e a necessidade de avaliar a eficiência e eficácia do cuidado que é prestado aos pacientes. As classificações podem auxiliar na área clínica, na pesquisa e ajudar tanto profissionais quanto estudantes a manter um padrão de cuidado.

Referindo-me ainda a todo o processo de enfermagem, Smeltzer e Bare (2002), avaliam o mesmo como uma abordagem de solução de problemas para satisfazer as necessidades de enfermagem e de cuidado de saúde de uma pessoa, destacam ainda que

⁴ Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Nursing procces and nursing diagnosis. Philadelphia: WB Saunders; 1986.

depois que a história de saúde e a avaliação física forem completadas as informações obtidas são registradas no prontuário do paciente, o qual é um meio de comunicação entre os membros das equipes de cuidado para manter uma melhor assistência da saúde e facilitar o planejamento do cuidado.

Desde a década de 50 encontra-se referência na literatura sobre Diagnóstico de Enfermagem. O termo Diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez em 1953, quando Vera Fry publicou um estudo em que foram identificadas cinco áreas de necessidades do cliente, considerando-as como domínio da enfermagem. As autoras lembram ainda que Fayre Abdellah por volta de 1960 introduziu um sistema de classificação para identificação de 21 problemas clínicos do cliente (FARIA⁵, 1990 *apud* BENEDET; BUB, 2001). Relatam também que na década de 70, um grupo de enfermeiras norte-americanas, reconheceu a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados por enfermeiras. Assim em 1973, foi realizada a I Conferência Nacional sobre diagnóstico de enfermagem, na *St Louis University School of Nursing* e foi publicada a primeira lista de diagnósticos, desde então a NANDA promove encontros com o objetivo de estudar, desenvolver e elaborar novos diagnósticos, bem como aprimorar os já existentes. (IYER⁶ *et al.*, 1993 *apud* BENEDET; BUB, 2001).

O Diagnóstico de Enfermagem é a segunda etapa do Processo de Enfermagem, constituindo-se na identificação dos problemas vigentes e potenciais que serão obtidos pela análise das informações coletadas na Investigação tendo-se então, a base para o plano de cuidados. Além disso, é nesta fase em que são identificados os pontos fortes, essenciais para o desenvolvimento de um plano eficiente (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Barreto; Vieira; Pinheiro (2001 p. 617), mostram que a introdução do diagnóstico vem,

⁵ FARIAS, J. N. de, *et al.* Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem conceitual a prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160 p.

cooperar positivamente para o aumento da autonomia do enfermeiro porque provê o foco da ciência clínica da enfermagem servindo de referência para o desenvolvimento de suas ações, fornecendo as possibilidades para as conclusões do raciocínio clínico do enfermeiro, exigindo o julgamento clínico e possibilitando a exposição de partes do trabalho realizado pelo enfermeiro. (CRUZ, 1997)

Cruz (2001), diz que o propósito do levantamento dos dados – ou histórico e exame físico – no processo de enfermagem é a identificação das necessidades de cuidados, a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

É no cenário de transformação tecnológica que a enfermagem inicia o estudo e o desenvolvimento de linguagens padronizadas para os problemas de saúde, os tratamentos prestados e os resultados esperados, a fim de comunicar, esclarecer, tornar visível e qualificar o desempenho do seu papel no atendimento à saúde (LUCENA, 2005).

A NANDA, North American Nursing Diagnosis Association, é um sistema de classificação dos Diagnósticos de Enfermagem que visa padronizar a linguagem dos diagnósticos e documentar a contribuição da enfermeira à assistência à saúde.

Braga e Cruz (2003) e NANDA (2002) dão uma visão geral da construção dessa padronização. Até 2000, a NANDA classificava os diagnósticos de enfermagem numa estrutura designada Taxonomia I, que era constituída por nove categorias chamadas de Padrões de Respostas Humanas. Tendo em vista a dificuldade de caracterizar alguns diagnósticos na Taxonomia I, foi desenvolvida uma nova estrutura taxonômica multiaxial, aprovada em 2001 e denominada Taxonomia II. A mesma possui três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Um domínio representa “uma esfera de atividade, estudo ou interesse” e uma classe é “uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria”. A Taxonomia II, publicada em 2005, tem 13 domínios, 46 classes e 167 diagnósticos. (NANDA, 2005, p.241). Sendo esta categoria a mais atual, abaixo segue dois exemplos desta.

⁶ IYER, P. *et al.* Processo e Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Domínio 1 – Promoção da saúde**Classe 1 – Consciência da saúde****Classe 2 – Controle da saúde**

Diagnósticos de enfermagem

Domínio 2 – Nutrição**Classe 1 – Ingestão**

Diagnósticos de enfermagem

Classe 2 – Digestão**Classe 3 – Absorção****Classe 4 – Metabolismo****Classe 5 – Hidratação**

Braga e Cruz (2003), explicam um pouco mais sobre esta taxonomia. Um eixo, para o propósito da taxonomia da NANDA, é operacionalmente definido como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. A Taxonomia II é composta por sete eixos: Conceito diagnóstico (eixo 1) é definido como o principal elemento, ou parte essencial, a origem, o diagnóstico. Consiste de um ou mais substantivos como, por exemplo, integridade da pele. Tempo (eixo 2) é definido como a duração de um período ou intervalo. Os valores do eixo 2 são: agudo (< 6 meses), crônico (> 6 meses), intermitente (para e inicia-se em intervalos, ciclos ou períodos), ou contínuo (sem interrupção). Unidade de cuidado (eixo 3) é definida como a população específica para a qual um diagnóstico de enfermagem é determinado (indivíduo, família, grupo e comunidade). Idade (eixo 4) é a extensão de tempo ou intervalo durante o qual o indivíduo tenha existido (feto, neonato, lactente, criança, criança em idade pré-escolar, criança em idade escolar, adolescente, adulto jovem, adulto de meia-idade, adulto idoso-jovem, adulto em meia-velhice, adulto idoso). Estado de saúde (eixo 5) designa a posição do indivíduo no "continuum" de saúde. Seus valores são: bem estar, risco,

real. Descritor (eixo 6) indica o julgamento que limita ou especifica o significado de um diagnóstico de enfermagem. Topologia (eixo 7) designa partes ou regiões do corpo e suas estruturas anatômicas. Esses eixos servem para compor os enunciados diagnósticos nas situações clínicas.

Cruz (1997), nos mostra alguns pontos onde o diagnóstico de enfermagem pode contribuir positivamente para o incremento da autonomia da enfermeira.

- provêm o foco da ciência clínica da enfermagem;
- podem servir de referência para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem;
- provêm das possibilidades para as conclusões do raciocínio clínico da enfermeira;
- exigem o exercício da inferência clínica, do julgamento;
- favorecem a exposição de parte do nosso fazer.

A autora fala ainda que as possíveis necessidades de cuidados de enfermagem devem-se dirigir ao desenvolvimento do corpo de conhecimento, porque identificados os fenômenos clínicos de interesse para a enfermagem e as possíveis necessidades de cuidados sobre as quais podemos intervir, teremos pontos de referências essenciais para que possamos ir amarrando os resultados sobre intervenções de enfermagem.

Assim como para Cruz (1997), para Carpenito (2002), a definição de um corpo de conhecimentos próprio entre os enfermeiros é um dos requisitos para alcançar o *status* profissional. Para a autora, a formação de um sistema de classificação para enfermagem definiria um corpo de conhecimento pelo qual ela seria responsável, adquirindo mais confiabilidade e conseqüentemente maior autonomia.

Lauri⁷ em 1982 *apud* Rossi e Casagrande (2001), considerou como condição para o desenvolvimento do processo de enfermagem a abertura e a flexibilidade das organizações,

⁷ Lauri S. Development of the nursing process through action research. J Adv Nurs 1982; 7(4): 301-7.

que devem dar à equipe de enfermagem a oportunidade de definir o alvo do seu próprio trabalho e de tentar vários modelos para alcançar tal objetivo. Afirma também que o profissionalismo, a atitude e a criatividade da equipe de enfermagem são importantes. Na prática hospitalar, os enfermeiros têm se deparado com políticas estabelecidas por outros profissionais, que não estimulam, e muitas vezes, limitam o espaço de criatividade dos enfermeiros.

Na mesma linha Fernandes⁸ em 1987 *apud* Rossi e Casagrande (2001), apresenta a questão da falta de motivação para a mudança, como uma das principais dificuldades para implementação dessa metodologia. Outras dificuldades foram apontadas, por Maria⁹ *et al.*, em 1987 *apud* Rossi e Casagrande (2001), como fundamentais no desempenho do papel e função dos enfermeiros, como a redução do número de enfermeiros, a desvalorização da própria metodologia de assistência, a indefinição no âmbito das ações e condutas do enfermeiro, a fundamentação científica insuficiente por parte destes profissionais para fazer a prescrição de enfermagem.

Na literatura atual sobre cuidados de enfermagem encontra-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, uma classificação que visa desenvolver uma linguagem uniformizada de intervenções realizadas por enfermeiras, utilizadas para documentar o cuidado.

A NIC é uma classificação em construção, cuja primeira publicação, em 1992, continha 336 intervenções. Na sua segunda edição, em 1996, eram 433 intervenções. Na terceira edição, a estrutura da NIC compreende 486 intervenções em ordem alfabética, agrupadas em 30 classes e 7 domínios (1-Fisiológico: Básico, 2-Fisiológico: Complexo, 3-Comportamental, 4-Segurança, 5-Família, 6-Sistemas de Saúde, 7-Comunidade). Os domínios

⁸ Fernandes MA. O processo de enfermagem: aplicação em uma unidade de hospital escola do interior. Rev Esc Enferm USP 1987; 21: 88-89.

⁹ Maria VLR, *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto “Dante Pazzanese” de cardiologia: relato de experiência. Ver Esc Enferm USP 1987; 21: 21-8.

correspondem ao Nível 1, nível mais abstrato da taxonomia. A NIC contém, ainda, 149 diagnósticos que servem de base para as intervenções, e um número imenso de atividades (McCLOSKEY e BULECHEK¹⁰, 2000 *apud* ALMEIDA, 2005).

De acordo com esta classificação, cada intervenção possui um título, uma definição e uma série de atividades, que são ações ou comportamentos específicos que as enfermeiras realizam para implementar uma intervenção direcionada aos resultados de enfermagem a serem alcançados pelo paciente. Desta forma, entende-se que a intervenção contém a atividade (ALMEIDA, 2005).

Relacionando o processo de enfermagem ao enfermeiro intensivista Barreto; Vieira; Pinheiro (2001), relatam que esse profissional necessita de uma capacidade para lidar com situações de risco com velocidade e precisão, de competência na integração da informação, na construção de julgamentos e na tomada de decisões enfatizando que a utilização do processo de enfermagem orienta o enfermeiro no desenvolvimento do seu trabalho.

Swearingen e Keen (2005), traz dados norte americanos onde o trauma aparece como a causa mais comum de mortes na população abaixo de 40 anos, cerca de 60 milhões de traumas ocorrem anualmente. O ônus causado pelo trauma: vidas perdidas, incapacitação permanente, altos gastos com tratamento de saúde.

Segundo Moura (2006), o Brasil gasta 10% do PIB com problemas de saúde provenientes da violência. São mais de R\$ 15 bilhões por ano, sendo que apenas as vítimas de acidentes de trânsito consomem R\$ 6 bilhões. As estatísticas sobre a violência mostram um país epidemiológico nesse setor. A cada sessenta minutos morrem seis pessoas em acidentes nas estradas ou nas ruas e avenidas brasileiras, são 50 mil mortes por ano. Mas as causas externas de morte, também denominadas de "trauma", não param por aí. Mais do que no

¹⁰ McCLOSKEY, Joanne c.; BULECHEK, Gloria M. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 3 ed. St. Louis: Mosby, 2000.

trânsito, os brasileiros são vítimas das armas de fogo, das facadas, das brigas, isto é, das chamadas violências interpessoais. No país, estas são as principais causas externas de morte, principalmente nas grandes metrópoles. As estatísticas revelam que quanto menos desenvolvida uma região, mais morte por homicídios ela terá. Basta comparar: enquanto na Europa Ocidental o suicídio é a principal causa de morte por trauma (28,1%), no Brasil são os homicídios, que atingem 27,8% dos óbitos. O índice aumenta em regiões consideradas extremamente violentas, como em Recife (PE), onde os homicídios representam mais de 61% das mortes por causas externas. O próprio Ministério da Justiça divulgou que 50% dos homicídios cometidos no País concentram-se em 27 municípios, a maioria capitais. Visto durante séculos como resultado de uma série de acidentes, o trauma passou a ser encarado como doença há menos de meio século. Dados oficiais e não oficiais alertam que o trauma já ocupa o segundo lugar entre as causas de mortalidade no país, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Entre a população de 15 a 39 anos, por exemplo, o trauma já é a primeira causa de morte. Além de matar, a violência ainda deixa um rastro de sequelados, que perdem suas vidas produtivas e representam um enorme custo social. Dados da Organização Mundial da Saúde demonstram que cerca de 2% da população mundial está incapacitada em decorrência da violência. O próprio Ministério da Saúde aponta: 800 mil pessoas sofrem de algum tipo de trauma por ano, e mais de 150 mil delas morrem. A preocupação é legítima: os custos desta doença atingem em cheio o orçamento da saúde pública, que atende a maioria das vítimas. Nos hospitais públicos brasileiros, quatro em cada 10 leitos são ocupados por pacientes vítimas de algum tipo de violência (Organização Pan-americana de Saúde/2002).

Birolini (2005) mostra, também, que o Trauma é uma das principais causas de morte no País. Nas regiões Sul e Sudeste, onde o número de pessoas com mais idade é maior, ele ocupa o terceiro lugar entre as causas de mortalidade, precedido apenas pelas doenças

cardiovasculares e neoplasias malignas. Já nas regiões Norte e Nordeste, o traumatismo é a segunda causa de morte e atinge especialmente os mais jovens.

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, os Indicadores Sociais que o IBGE divulgou em 24 de fevereiro de 2005 revelam o aumento de mortes de jovens do sexo masculino por causas externas, como homicídios e acidentes. A pesquisa sugere, também, que por trás das mortes violentas estão a expansão do tráfico de drogas e o acesso facilitado às armas de fogo. Considerando a faixa da população abaixo de 40 anos e, particularmente, o grupo mais jovem, com menos de 18, 20 anos, a morte por causas externas, ou seja, por violência de várias naturezas ocupa o primeiro lugar, o que permite concluir ser o trauma uma doença que afeta gente jovem e tem custo social muito grande (BIROLINI, 2005).

As causas da violência obedecem às características econômicas e culturais da população. Vale a pena ressaltar um aspecto do qual as pessoas freqüentemente se esquecem: quem sofre um ato de violência pode sobreviver, mas a grande maioria fica com seqüelas importantes. Ficam cegos, amputados, paraplégicos, hemiplégicos, grandes queimados, portadores de seqüelas que os obriga a modificar radicalmente o estilo de vida e comprometem seu futuro. Tudo indica que existam seqüelas graves na proporção de mais ou menos três para cada morte. Essas seqüelas têm uma série de implicações. Uma vítima de atropelamento, ou de outro trauma qualquer, exige recursos no atendimento que implicam despesas muito grandes. Precisa ser transportada para um hospital, onde é operada na maior parte das vezes, vai para a terapia intensiva e permanece muito tempo internada. Birolini (2005) relata, ainda, que o aumento do número de motos no trânsito é proporcional ao número de acidentes. Não só fez crescer o número de mortes causadas por acidentes com veículos automotores, como intensificou a gravidade das lesões.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este trabalho se caracteriza por ser um Estudo Quantitativo Exploratório Descritivo. Segundo Gil (2002), um estudo exploratório proporciona uma maior formalidade com o problema tornando-o mais explícito e o estudo descritivo nos leva a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

Para Goldim (2000), a análise descritiva tem por finalidade a redução dos dados, ou seja, é a maneira de organizar e apresentar um conjunto de dados com vistas a obter informações.

4.2 Campo do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de Trauma do Hospital de Pronto Socorro da cidade de Porto Alegre, RS. Esta unidade, de 12 leitos fixos e 2 extras, apresenta uma taxa de ocupação de 100,46%, com uma média de internações por mês de 41,73 e o total de enfermeiras, divididas em 5 turnos, é 10. Esse local foi escolhido por se tratar de um hospital que não utiliza em suas atividades diárias de enfermagem todas as etapas do processo de enfermagem.

4.3 População e Amostra

A população do trabalho é constituída dos pacientes internados na UTI de Trauma e das enfermeiras que trabalham neste setor. A amostra foi constituída de 5 enfermeiras que após terem sido informadas dos objetivos do estudo consentiram em participar do mesmo, e de 38 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de Trauma no período de 25 de março a 25 de abril de 2006. Como critério de inclusão foram coletados dados dos prontuários de pacientes que tiveram uma permanência na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Pronto Socorro maior que 48 horas no período de um mês. Este tempo de permanência foi escolhido devido ao fato da pesquisadora se encontrar na unidade apenas de segundas as sextas-feiras, permanecendo um período de 48 horas sem estar na unidade.

4.4 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada pela autora e se desenvolveu em 3 etapas.

A primeira consistiu-se da busca dos sinais e sintomas que os pacientes apresentavam, através do histórico de enfermagem e das evoluções diárias de enfermagem realizadas pelas enfermeiras da unidade e registradas em prontuários, visando através destas informações a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes. Foram coletados também os dados de identificação do paciente e os motivos que levaram a internação, visando a caracterização da amostra estudada. Os dados foram coletados na própria Unidade de Terapia Intensiva do Hospital, de segundas às sextas-feiras mediante a assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Apêndice A).

Na segunda etapa as enfermeiras que estavam trabalhando na unidade foram convidadas a participar do estudo e a relatar, através do instrumento contendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e suas definições segundo a classificação da NANDA, quais os cuidados que a enfermagem, na UTI de Trauma, presta aos pacientes em relação aos diagnósticos identificados. Este processo se realizou após a construção de um modelo preliminar do instrumento contendo os diagnósticos de enfermagem e seus fatores relacionados, definidos a partir das características dos pacientes da UTI. O instrumento continha um espaço para o registro dos cuidados de enfermagem e para o seu aprazamento além de um espaço para as evoluções diárias que são realizadas pelas enfermeiras da unidade. Este modelo foi apresentado às enfermeiras, após explicação do objetivo do trabalho e de elas terem aceitado participar do estudo através da sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Assim os cuidados de enfermagem realizados na UTI, para cada diagnóstico encontrado, foram sendo relatados pela enfermeira e descritos pela pesquisadora no modelo impresso dos cuidados, a fim de serem organizados e fazerem parte do instrumento final, complementando o objetivo deste trabalho. Esta etapa se realizou no período de cinco dias e foram incluídas apenas as enfermeiras que estavam na unidade em algum turno de trabalho destes dias da coleta. Pode se perceber durante a coleta dos cuidados uma uniformidade das informações relatadas pelas enfermeiras.

A terceira etapa compreendeu a construção do instrumento contendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, seus fatores relacionados e os cuidados de enfermagem específicos para cada diagnóstico a partir do relato das enfermeiras e da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. Além de incluir neste instrumento uma coluna destinada ao aprazamento dos cuidados a serem realizados, foi previsto um espaço para a evolução de enfermagem, realizada diariamente, seguindo o modelo existente e utilizado na unidade.

Buscou-se facilitar o trabalho contemplando em um único instrumento todas as informações do paciente.

4.5 Análise dos Dados

Após ter sido realizada e concluída a primeira etapa da coleta dos dados foi iniciado o trabalho de análise das informações, de acordo com o objetivo proposto. Foi realizada a caracterização da amostra do trabalho e os dados obtidos foram comparados com os dados atuais encontrados.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem partiu dos dados coletados seguindo a Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e do conhecimento de uma enfermeira doutora, pesquisadora na temática diagnósticos de enfermagem, com vários trabalhos publicados na área. Foi realizada análise estatística descritiva dos Diagnósticos de Enfermagem referentes aos 38 pacientes visando identificar os mais frequentes.

Os cuidados de enfermagem relativos aos Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes, compilados a partir dos formulários respondidos pelas enfermeiras e da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC fundamentaram a construção do instrumento proposto para auxiliar os registros de enfermagem.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre com aprovação (Anexo C) e registro neste Comitê com Processo de Nº. 001.056226.05.5. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), foi fornecido para as enfermeiras que participaram da coleta de dados e para a Instituição o Termo de Compromisso para Utilização dos Dados dos prontuários (Apêndice A), conforme Resolução 196/96 CEP/CONEP.

Segundo Goldim (2000), será observado o rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas. A preservação da identidade das pessoas será mantida e a divulgação das informações obtidas não acarretará prejuízos para os mesmos.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados de acordo com o objetivo proposto. Inicialmente serão apresentados os dados de caracterização da amostra estudada, pois são dados que vem acrescentar para o trabalho, principalmente quando comparados com dados atuais sobre as pessoas que sofrem algum tipo de trauma. A amostra do trabalho foi constituída por pacientes femininos e masculinos, de todas as idades que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva de Trauma do hospital em estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a variável sexo.

SEXO	FREQÜÊNCIA	%
FEMININO	08	21,05
MASCULINO	30	79,04
TOTAL	38	100

Os dados da tabela acima mostram a freqüência, em relação a variável sexo, do número total de pacientes da pesquisa. Pode-se perceber uma maior concentração do sexo masculino (79,04%) comparado ao sexo feminino (21,05%). Segundo Pesquisa Nacional o IBGE divulgou em 24 de fevereiro de 2005 Indicadores Sociais que revelam predominância de mortes de jovens do sexo masculino por causas externas, como homicídios e acidentes (BIROLINI, 2005).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo faixa etária.

IDADE	FREQÜÊNCIA	%
< 20	4	10,52
20-29	8	21,05
30-39	9	23,68
40-49	8	21,05
50-59	5	13,15
> 60	4	10,52
TOTAL	38	100

Na Tabela 2 quanto a variável idade é possível perceber uma distribuição ligeiramente maior para a faixa etária classificada entre 30 a 39 anos (23,68%), seguido por clientes entre 20 a 29 anos (21,05%) e 40 a 49 anos (21,05%). Porém, percebe-se que a margem de diferença é muito pequena (2,63%), assim pode-se considerar como significativa a faixa etária de 20 a 49 anos.

Estes dados vão ao encontro dos dados da literatura atual, onde o trauma é a causa mais comum de morte na população abaixo dos 40 anos e resulta em mais anos perdidos de vida potencial do que qualquer outra causa (SWEARINGEN; KEEN, 2005). E também da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado que mostra que entre a população de 15 a 39 anos o trauma já é a primeira causa de morte (MOURA, 2006).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes em relação aos principais mecanismos do trauma.

CAUSA	FREQUENCIA	%
Acidente de trânsito	13	34,21
FAF*	10	26,31
Atropelamento	7	18,42
Caso Clínico	2	5,26
Outras	6	15,78
TOTAL	38	100

* Ferimento por arma de fogo

Na Tabela 3 os dados mostram os principais mecanismos causadores do trauma. Pode-se perceber que acidente de trânsito (34,21%) foi a causa mais comum de trauma, seguido por ferimento por arma de fogo (26,31%) e por atropelamento (18,42). Mesmo se tratando de uma UTI específica de trauma foi encontrado 5,26% de casos clínicos. Não ocorreu neste período nenhum caso de paciente internado por ferimento de arma branca (faca). Entre as outras causas se encontram quedas de alturas, mergulho em águas rasas, pós-operatório, entre outras.

Dados estatísticos mostram que no Brasil as duas causas de morte mais frequentes são os homicídios e acidentes de trânsito. Dados que vão ao encontro dos dados que a Revista Isto É de janeiro de 2006 divulgou, onde pelo menos 150 mil pessoas morrem por ano no Brasil

vítimas de traumas – a maioria decorrente de acidentes de trânsito e da violência (STEINMAN, 2006). A Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, segundo Moura (2006), mostra as estatísticas sobre a violência no Brasil como um país epidemiológico nesse setor. A cada sessenta minutos morrem seis pessoas em acidentes nas estradas ou nas ruas e avenidas brasileiras.

Em relação ao objetivo proposto, identificou-se onze Diagnósticos de Enfermagem a partir dos dados obtidos dos prontuários dos 38 pacientes, ou seja, através dos históricos e das evoluções de enfermagem. Possivelmente outros diagnósticos de enfermagem seriam elaborados se a coleta de dados fosse realizada a partir da avaliação e acompanhamento diário do paciente.

Tabela 4 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva de Trauma

DIAGNÓSTICO	FREQUENCIA	%
Risco de Infecção	38	100
Déficit no Autocuidado: Banho/ higiene	38	100
Risco para Integridade da Pele Prejudicada	38	100
Integridade Tissular Prejudicada	36	94,73
Eliminação urinária prejudicada	36	94,73
Risco para Aspiração	33	86,84
Ventilação espontânea prejudicada	33	86,84
Comunicação verbal prejudicada	32	84,21
Hipertermia	14	36,84
Padrão Respiratório Ineficaz	5	13,15
Hipotermia	2	5,26

Analisando a Tabela 4 observa-se os diagnósticos de enfermagem mais frequentes encontrados e organizados em tabelas de frequências e percentuais. O diagnóstico *Risco para Infecção*, foi identificado em 38 pacientes (100%), e segundo a NANDA (2005), é definido como “Estar em risco aumentado de ser invadido por organismo patogênico”, é encontrado na Taxonomia II no Domínio 11 – Segurança/ Proteção, que tem como definição “estar livre de

perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico, preservação contra perdas e proteção da segurança e seguridade” e na Classe 1 – Infecção: respostas do hospedeiro após invasão patogênica. Cabe ressaltar que risco para infecção é um diagnóstico muito presente se pensar que todos os pacientes encontram-se com procedimentos invasivos, seja por cateteres centrais ou periféricos, drenos ou por lesões de diferentes origens.

Outro diagnóstico sempre presente é *Déficit no Autocuidado para Banho/ Higiene*, que segundo a NANDA (2005), é definido como “Capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de banho/ higiene por si mesmo”, identificado nos 38 pacientes (100%). Este diagnóstico faz parte do Domínio 4 – Atividade/ Repouso definido como “a produção, conservação, gasto ou balanço de recursos energéticos”, e da Classe 2 – Atividades/ Exercícios: mover partes do corpo (mobilidade), realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência (mas não sempre) contra resistência.

O DE *Integridade Tissular Prejudicada*, foi encontrado em 36 pacientes, tendo um percentual de 94,73%. Definido como “Dano às membranas mucosas, córneas, pele ou tecidos subcutâneo” (NANDA 2005). Está presente no Domínio 11 – Segurança/ Proteção e na Classe 2 – Lesão Física. Este diagnóstico também é bastante expressivo, pois os pacientes que estão na unidade, estão em sua maioria, por traumas, o que leva a danos de mucosas, pele, tecido subcutâneo, assim como a definição os classifica.

O diagnóstico *Risco para Integridade da Pele Prejudicada* é definido como “Estar em risco de a pele ser alterada de forma adversa”, identificado nos 38 pacientes (100%). Está presente no Domínio 11 – Segurança/ Proteção e na Classe 2 – Lesão Física. Foram considerados todos os pacientes do estudo, pois não se pode deixar de considerar que todos os pacientes que tiveram *Integridade Tissular Prejudicada* diagnosticado por lesões causadas por trauma, apesar de já apresentarem dano a pele, continuam em risco de desenvolver novas

lesões por imobilidade física ou por tratamento restritivo, além de dois pacientes que estiveram internados por história de caso clínico.

O DE *Eliminação Urinária Prejudicada* foi encontrado em 36 pacientes, tendo um percentual de 94,73%. Definido como “Distúrbio na eliminação de urina” (NANDA, 2005). Este diagnóstico está presente, seguindo a Taxonomia II, no Domínio 3 – Eliminação, definido como “secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo,” e na Classe 1 – Sistema Urinário: o processo de secreção e excreção de urina.

Para o DE *Risco de Aspiração*, que recebe a definição, segundo a classificação NANDA (2005), como “Estar em risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueo-brônquicas”. Foi encontrado um percentual de 86,84% o que representa um total de 33 pacientes com este diagnóstico. É encontrado no Domínio 11 – Segurança/ Proteção e na Classe 2 – Lesão Física. O risco de aspiração deve ser considerado, pois a maioria dos pacientes encontra-se entubado e/ou recebendo alimentação por sonda nasoentérica.

O DE *Ventilação Espontânea Prejudicada*, assim como *Risco para Aspiração* foi encontrado em 33 pacientes, com percentual de 86,84%. É definido como “Reservas de energia diminuída resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentar a vida”. Presente no Domínio 4 – Atividade/ Repouso e na Classe – 4 Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares: mecanismos cardiopulmonares que apoiam a atividade/ repouso. Foram considerados aqueles pacientes que não conseguem por si só manter um padrão ventilatório sustentável, ou seja, necessitam de auxílio da ventilação mecânica para manter a vida.

Comunicação Verbal Prejudicada foi um diagnóstico que apareceu em 32 pacientes com percentual de 84,21% e é definido como “Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos”. Este diagnóstico está

presente no Domínio 5 – Percepção/ Cognição, definido como “o sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação”. E na Classe 5 – Comunicação: enviar e receber informações verbais e não-verbais. Aqui foram considerados pacientes que se encontram entubados, traqueostomizados, sedados ou com alterações de sensório, entre outros.

O diagnóstico de enfermagem *Hipertermia* apareceu em 14 pacientes com percentual de 36,84% e é definido como “Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais” (NANDA, 2005). Está presente no Domínio 11 – Segurança/ Proteção e na Classe 6 – Termorregulação: o processo fisiológico de regular calor e energia no corpo, com o propósito de proteger o organismo. Foram considerados aqueles pacientes que em algum momento da coleta de dados apresentaram temperatura corporal acima de 38° C.

Para o levantamento do diagnóstico *Padrão Respiratório Ineficaz* foi considerado aqueles pacientes que se encontravam com alguma disfunção respiratória e necessitavam de cateter nasal, óculos nasal, máscara de venturi ou outro aporte de auxílio ventilatório, mas que eram capazes de manter uma ventilação espontânea. Observando a definição da NANDA: “Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada” e seus fatores relacionados, pode-se perceber isto. *Padrão Respiratório Ineficaz* faz parte do Domínio 4 – Atividade/ Repouso e da Classe – 4 Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares. Este diagnóstico esteve presente em apenas 13,15%, totalizando 5 pacientes, este valor é baixo se for considerado que pacientes de UTI, em sua maioria estão graves e necessitam de ventilação mecânica.

O DE *Hipotermia* apresentou um percentual de 5,26%, estando presente em 2 pacientes do estudo. É definido como “Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais”. Este diagnóstico se encontra no Domínio 11 – Segurança/ Proteção e na Classe 6 –

Termorregulação. Foram considerados aqueles pacientes que em algum momento da coleta de dados apresentaram temperatura corporal abaixo de 35° C.

Dentre os diagnósticos levantados se observou, a partir da análise da Taxonomia II, prevalência do Domínio 11 – Segurança/ Proteção em relação aos demais, seis diagnósticos estiveram presentes neste Domínio, sendo um diagnóstico na Classe 1 – Infecção; três na Classe 2 – Lesão Física e dois na Classe 6 – Termorregulação. Seguido pelo Domínio 4 – Atividade/ Repouso com três diagnósticos presentes, sendo um na Classe 2 – Atividades/ Exercícios e dois na Classe – 4 Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares. O Domínio 3 – Eliminação apareceu apenas uma vez, com um diagnóstico na Classe 1 – Sistema Urinário, assim como o Domínio 5 – Percepção/ Cognição com um diagnóstico presente na Classe 5 – Comunicação.

De acordo com a Classificação da NANDA outros diagnósticos poderiam ter sido levantados, pois se adaptam ao perfil dos pacientes da UTI, porém os dados coletados não permitiram que estes diagnósticos fossem levantados devido à insuficiência e precisão dos dados, já que esta coleta se baseou apenas na busca de sinais e sintomas dos pacientes através do histórico e evoluções de enfermagem e a pesquisadora não teve contato direto com os pacientes, o que limitou o raciocínio dos diagnósticos como: “Privação do sono”; “Ansiedade”; “Risco para desequilíbrio no volume de líquidos”; “Risco para desequilíbrio na temperatura corporal”; “Constipação”. Assim pretende-se deixar para a unidade, como sugestão, esses como alguns diagnósticos que podem ser levantados pela enfermeira que está em contato direto com o paciente.

Para melhor compreender como conduzir o raciocínio para a construção do diagnóstico de enfermagem tem-se que compreender seu significado. O Diagnóstico contém um título que expressa qual a resposta da pessoa, um conjunto de características definidoras, que é um conjunto de sinais e sintomas que sustentam a afirmação de que a resposta expressa

no título está presente, em um ou mais fatores relacionados, que são fatores do ambiente, da pessoa ou da integração de ambos que favorecem a ocorrência da resposta expressa pelo título do diagnóstico. O quadro abaixo mostra os títulos, as características definidoras e os fatores relacionados que foram considerados pertinentes para os pacientes do estudo, a fim de ter uma melhor compreensão dos diagnósticos.

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem identificados em pacientes de UTI de Trauma e os respectivos Fatores Relacionados e Características Definidoras segundo a Taxonomia da NANDA.

Diagnóstico de Enfermagem	Fator Relacionado/ Fator de Risco	Característica definidora
Risco para Infecção	Procedimentos invasivos Trauma	
Déficit no Autocuidado: Banho/ Higiene	Prejuízo neuromuscular Prejuízo musculoesquelético	Incapacidade de: - lavar o corpo ou partes do corpo - obter ou chegar à fonte de água - regular a temperatura ou o fluxo da água de banho - pegar os artigos para o banho - secar o corpo - entrar e sair do banheiro.
Risco para Integridade da Pele Prejudicada	Fatores mecânicos Imobilização física	
Integridade Tissular Prejudicada	Mobilidade física prejudicada Circulação alterada Fator mecânico	Tecido lesado ou destruído (ex. córnea, membranas, mucosas, pele ou subcutâneo).
Eliminação Urinária Prejudicada	Infecção do trato urinário Obstrução anatômica Dano sensorio-motor Outras causas	Incontinência Retenção Urgência Nictúria Frequência Disúria Hesitação
Risco para Aspiração	Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal Alimentação por sonda	
Ventilação Espontânea Prejudicada	Fadiga da musculatura respiratória	Dispneia Taxa metabólica aumentada

	Fatores metabólicos	PCO2 aumentada Agitação aumentada Frequência cardíaca aumentada Volume corrente diminuído PO2 diminuída Cooperação diminuída Apreensão Uso aumentado da musculatura acessória.
Comunicação Verbal Prejudicada	Diminuição na circulação cerebral Barreira física (ex. traqueostomia, intubação) Barreiras psicológicas (ex. psicose, falta de estímulo) Efeitos colaterais de medicamentos Percepções alteradas Condições fisiológicas Alterações do sistema nervoso central Enfraquecimento do sistema musculoesquelético	Recusa obstinada a falar Desorientação nas esferas de tempo, espaço e pessoa Incapacidade para falar a língua dominante Não fala ou não pode falar Fala ou verbaliza com dificuldades Verbalização imprópria Dificuldade para formar palavras ou sentenças (ex. afonia, dislalia, disartria) Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos (ex. afasia, disfasia, apraxia, dislexia) Gagueira Pronúncia inistinta Dispneia Ausência de contato visual ou dificuldade na atenção seletiva Dificuldade pra compreender e manter o padrão usual de comunicação Déficit visual parcial ou total Inabilidade para usar expressões faciais ou corporais
Hipertermia	Doença ou trauma Medicamentos Desidratação	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais Ataques ou convulsões Pele avermelhada Frequência respiratória aumentada Taquicardia Calor ao toque
Padrão Respiratório Ineficaz	Disfunção neuromuscular Dano musculoesquelético	Uso da musculatura acessória para respirar

	Dor	Batimento de asa de nariz Dispnéia Ortopnéia Respiração curta Pressão inspiratória / expiratória diminuída Ventilação-minuto diminuída Excursão torácica alterada Respirar com lábios franzidos Fases de expiração prolongadas Diâmetro antero- posterior aumentado Frequência respiratória / minuto <11 ou > 24 Capacidade vital diminuída
Hipotermia	Medicamentos vasodilatadores Doença ou trauma	Redução da temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais Palidez Tremor Pele fria Cianose nos leitos ungueais Hipertensão Preenchimento capilar lento Taquicardia

Cruz (1997), refere que os Diagnósticos de Enfermagem oferecem suporte para as conclusões diagnósticas porque as características definidoras servem de indicativos para a confirmação ou não de uma hipótese diagnóstica e pode fortalecer nossa capacidade de lidar com a incerteza no julgamento.

Quando se fala em diagnósticos de enfermagem pode-se perceber como a definição e o conhecimento das características definidoras são fundamentais na escolha dos mesmos, assim como um bom conhecimento e acompanhamento do paciente.

Atendendo ao objetivo proposto no trabalho, a construção do instrumento ocorreu a partir dos resultados da coleta de dados, buscando contemplar em um único instrumento, dados de identificação dos pacientes, os diagnósticos levantados com os respectivos cuidados de enfermagem e as evoluções de enfermagem, realizadas diariamente na unidade, a fim de

facilitar o trabalho, oferecer para as enfermeiras da unidade a inserção dos diagnósticos de enfermagem e despertar o interesse em trabalhar esta temática.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA UTI DE TRAUMA

Nome _____ Leito _____

Idade _____ Sexo _____ Registro _____ Data da Internação _____

Motivo da internação _____

Diagnóstico de Enfermagem	Fator Relacionado	Cuidados de Enfermagem	Frequência	Evolução
() Risco para Infecção	() Procedimentos invasivos () Trauma ()	() Manter técnicas de isolamento () Lavar as mãos () Manter álcool gel na beira do leito () Trocar equipamentos para cuidado () Manter técnicas assépticas () Trocar curativos () Observar sinais de infecção () Controle de sinais vitais ()		Cateteres e Sol. Parenterais: M T N
() Déficit no Autocuidado: banho/higiene	() Prejuízo neuromuscular () Prejuízo musculoesquelético ()	() Possuir utensílios de banho () Usar creme lanete pós banho/massagear () Realizar banho () Higienizar couro cabeludo () Manter cuidados com tração ()		Aval. neurológica: M T N
() Risco para Integridade da Pele Prejudicada	() Fatores mecânicos () Imobilização física	() Usar Creme lanete () Manter colchão piramidal () Proteger áreas de pressão () Realizar mudança de decúbito		Curativos, lesões, fraturas: M

	()	() Observar áreas de hiperemia () Usar película/filme transparente para proteção ()		T N
() Integridade Tissular Prejudicada	() Mobilidade física prejudicada () Circulação alterada ()	() Usar AGE nas lesões () Realizar curativos/ examinar lesão () Proteger áreas de hiperemia () Realizar mudança de decúbito ()		Sedação e analgesia: M T N
() Risco para Aspiração	() Presença de traqueostomia ou tubo endotraqueal () Alimentação por sonda () Vômito ()	() Monitorar nível de consciência () Manter Cabeceira elevada 30° () Verificar pressão do balonete () Controlar gotejo da SNE () Checar posicionamento da SNE / SNG () Fechar dieta para verificação de PVC ()		Sist. Respiratório: M T N
() Padrão Respiratório Ineficaz	() Disfunção neuromuscular () Dano musculoesquelético () Dor ()	() Manter cabeceira elevada () Administrar analgesia cpm () Aspirar secreções / VAS () Verificar saturação de O2 e FR* () Trocar CN/ ON ()		Sist. Urinário: M T N
() Ventilação Espontânea Prejudicada	() Fadiga da musculatura respiratória () Fatores metabólicos	() Manter tubo permeável () Sedação com () Verificar pressão do balonete () Monitorar parâmetros do ventilador ()		Sinais Vitais: M T

	()			N
() Comunicação Verbal Prejudicada	() Efeito colateral de medicamentos () Barreira física () Condições fisiológicas ()	() Apoio psicológico () Fornecer condições para se expressar: uso de caneta e papel () Usar sinais e símbolos para comunicação ()		Dieta: M T N
() Hipertermia	() Doença ou trauma () Medicamentos () Desidratação ()	() Monitorar temperatura () Evitar excesso de cobertores () Administrar antitérmico cpm ()		Intercorrências e cuidados especiais: M T N
() Hipotermia	() Medicamentos () Vasodilatadores () Doença ou trauma ()	() Monitorar temperatura e cor da pele () Utilizar Manta Térmica () Administrar líquidos IV aquecidos () Utilizar Algodão laminado ()		Observações adicionais: M T N
() Eliminação Urinária Prejudicada	() Infecção do trato urinário () Obstrução anatômica () Dano sensorio-motor ()	() Higienizar períneo/ meato uretral () Fixar SVD () Avaliar a necessidade de SVD () Desmame – SVA / Jontex () Avaliar volume e aspecto urinário ()		Assinatura: M T N

* Frequência Respiratória

Os cuidados de enfermagem descritos no instrumento foram baseados em cuidados realizados na Unidade de Terapia Intensiva e nas atividades referentes às Intervenções de Enfermagem contidas na NIC, a partir das características dos pacientes pesquisados. As evoluções de enfermagem utilizadas na unidade foram inseridas no instrumento.

Analisando os cuidados de enfermagem em relação aos diagnósticos encontrados, para *Risco para Infecção* foi encontrado como Intervenções Prioritárias da NIC “Proteção contra Infecção” definida como “Prevenção e detecção precoce de infecção em pacientes de risco”. Intervenções Prioritárias, segundo a NIC, constituem a(s) intervenção(ões) mais provável(eis) para a solução do diagnóstico. Nesta intervenção três atividades foram acrescentadas ao instrumento, quais sejam: monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção, manter técnicas de isolamento, manter assepsia. Quando as atividades da NIC iam ao encontro dos cuidados relatados pelas enfermeiras estes foram mantidos. Entre os principais cuidados relatados pelas enfermeiras estão: lavar as mãos, manter álcool gel na beira do leito, trocar equipamentos para cuidado, trocar curativos, observar sinais de infecção, controle de sinais vitais.

Para os cuidados do diagnóstico *Déficit no Autocuidado: banho/ higiene* a NIC apresenta como Intervenção de Enfermagem Prioritária para “Assistência no Autocuidado: Banho/Higiene” definido como “Assistência ao paciente na realização da higiene pessoal”. E apenas uma atividade incluída no instrumento, providenciar utensílios de banho, já que a maioria das atividades desta intervenção estão associadas a pacientes que tem condições de auxiliar de alguma forma em seu banho ou higiene. Os principais cuidados relatados foram: usar creme lanete pós banho/ massagear, realizar banho 2x dia, higienizar couro cabeludo e manter cuidados com tração.

Nos cuidados de *Risco para Integridade da Pele Prejudicada* há atividades em três Intervenções Prioritárias da NIC: “Controle de pressão sobre áreas do corpo”; “Prevenção de

úlceras de pressão” e “Supervisão da pele”. As atividades mais coerentes destas intervenções foram relatadas também pelas enfermeiras, como manter colchão piramidal, proteger áreas de pressão, realizar mudança de decúbito, observar áreas de hiperemia, usar película/filme transparente para proteção, sendo inseridas no instrumento.

Para o diagnóstico *Integridade Tissular Prejudicada* a Intervenção Prioritária da NIC foi “Cuidados com lesões”, com duas atividades utilizadas, além dos cuidados relatados pelas enfermeiras.

“Controle de Vômito e Precauções contra Aspiração: prevenção ou minimização de fatores de risco no paciente com risco de bronco-aspiração”, foram as intervenções prioritárias destacadas pela NIC no diagnóstico *Risco para Aspiração*, com três atividades inseridas.

Para o diagnóstico *Padrão Respiratório Ineficaz* as intervenções prioritárias foram “Controle de vias aéreas” e “Monitorização respiratória” com três atividades. Nos cuidados de *Ventilação Espontânea Prejudicada* foram mantidos os cuidados relatados pelas enfermeiras, alguns deles seguem as atividades da NIC da intervenção “Ventilação mecânica”.

Comunicação Verbal Prejudicada foram mantidos os cuidados relatados pelas enfermeiras, pois os fatores que levam a este diagnóstico são muito variados e tem características específicas da unidade.

No diagnóstico *Hipertermia* a intervenção prioritária da NIC é “Tratamento da febre” com duas atividades inseridas no instrumento. No diagnóstico *Hipotermia* três atividades foram destacadas no instrumento e se encontram presentes na intervenção sugerida pela NIC: “Tratamento da Hipotermia”.

Nos cuidados para *Eliminação Urinária Prejudicada* foram inseridas no instrumento duas atividades presentes na intervenção sugerida pela NIC: “Cateterização Vesical”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, procurou-se identificar os principais diagnósticos de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de Trauma, de um Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, tendo como objetivo a construção de um instrumento de registros de enfermagem contendo os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e os respectivos cuidados para pacientes de uma UTI de Trauma. O tipo de estudo caracterizou-se por ser um estudo quantitativo exploratório descritivo, utilizando a estatística descritiva para análise dos dados.

A amostra do trabalho foi composta por 38 pacientes que estiveram internados na UTI de Trauma do Hospital de Pronto Socorro e tiveram uma permanência maior que 48 horas na unidade. Cinco enfermeiras da UTI de Trauma participaram relatando os cuidados de enfermagem realizados na unidade para cada um dos 11 diagnósticos de enfermagem identificados. Esses cuidados, complementados por atividades contidas na Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC, foram inseridos no instrumento de registros de enfermagem proposto nesse estudo.

A partir dos dados apresentados no trabalho pode-se observar que na população estudada houve predomínio de pacientes masculinos (79,04%) em relação ao feminino (21,05%). Estes dados foram confirmados também por Pesquisa Nacional onde o IBGE divulgou em 2005 Indicadores Sociais que revelam predominância de mortes de jovens do sexo masculino por causas externas, como homicídios e acidentes (BIROLINI, 2005). Em relação a variável idade os principais percentuais foram encontrados para a faixa etária classificada entre 30 a 39 anos (23,68%), seguido por clientes entre 20 a 29 anos (21,05%) e 40 a 49 anos (21,05%). Estes dados também foram confirmados por Swearingen; Keen (2005) que o trauma é a causa mais comum de morte na população abaixo dos 40 anos e também da Sociedade Brasileira de Atendimento ao Indivíduo com Trauma que mostra que entre a

população de 15 a 39 anos o trauma já é a primeira causa de morte. Sobre os dados relativos aos principais mecanismos causadores do trauma, percebeu-se que acidente de trânsito (34,21%) foi a causa mais comum de trauma, seguido por ferimento por arma de fogo (26,31%) e por atropelamento (18,42). Dados também confirmados pela Revista Isto é de janeiro de 2006, onde relata que a maioria das causas de traumas no Brasil são decorrentes de acidentes de trânsito e da violência. Indicadores Sociais do IBGE, citados acima, também confirmam estas estatísticas.

Os principais Diagnósticos de Enfermagem, segundo a NANDA, encontrados na pesquisa, foram: Risco de Infecção em 100% dos pacientes; Déficit no Autocuidado: Banho/higiene (100%); Risco para Integridade da Pele Prejudicada Integridade (100%); Tissular Prejudicada (94,73%); Eliminação urinária prejudicada (94,73%); Risco para Aspiração (86,84%); Ventilação espontânea prejudicada (86,84%); Comunicação verbal prejudicada (84,21%); Hipertermia (36,84%); Padrão Respiratório Ineficaz (13,15%); Hipotermia (5,26%).

Conforme a Taxonomia II da NANDA os domínios que apareceram foram Domínio 11 – Segurança/ Proteção com seis diagnósticos presentes, sendo um diagnóstico na Classe 1 – Infecção; três na Classe 2 – Lesão Física e dois na Classe 6 – Termorregulação. Seguido pelo Domínio 4 – Atividade/ Repouso com três diagnósticos presentes, sendo um na Classe 2 – Atividades/ Exercícios e dois na Classe – 4 Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares. O Domínio 3 – Eliminação apareceu apenas uma vez, com um diagnóstico na Classe 1 – Sistema Urinário, assim como o Domínio 5 – Percepção/ Cognição com um diagnóstico presente na Classe 5 – Comunicação.

O presente trabalho apresenta a limitação na construção dos diagnósticos de enfermagem, por se tratar de um estudo baseado em análise de dados de prontuários e

evolução. Acredita-se que a avaliação dos pacientes possibilitaria a elaboração de outros diagnósticos de enfermagem.

O instrumento de registros de enfermagem construído contém os onze diagnósticos de enfermagem e seus fatores relacionados/fatores de risco identificados em pacientes de uma UTI de Trauma, os respectivos cuidados e espaço para seu aprazamento. As evoluções de enfermagem que são realizadas na unidade foram inseridas no instrumento, buscando contemplar em um único local os dados de identificação do paciente, os diagnósticos levantados com a prescrição dos cuidados e as evoluções de enfermagem.

Com o objetivo do trabalho cumprido, espera-se ter contribuído para facilitar as ações de enfermagem e para que os cuidados de enfermagem fiquem de alguma forma registrados permitindo assim a recuperação dos dados e qualificando a assistência. Espera-se, ainda, despertar o interesse das enfermeiras em buscar conhecimento e adquirir habilidades para fazer uso desta prática em sua rotina de trabalho. Sugere-se a realização de outras pesquisas que dêem continuidade a este trabalho, testando e validando o instrumento construído em sua prática clínica.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalina. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALMEIDA, Miriam A. **Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem**: concepções de docentes e discentes. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. 245f.

ALMEIDA, Miriam A. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado a pacientes ortopédicos – articulação com sistemas de classificação de enfermagem em um hospital universitário**. Relatório de Pesquisa - FAPERGS, Porto Alegre, set. 2005. 27f.

BARRETO, Sérgio Saldanha Menna; VIEIRA Silvia Regina Rios; PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos Santos. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

BARROS, Alba L.B.L. Perspectivas de utilização da NANDA/NIC e NOC no Brasil. In: GARCIA, Telma; NÓBREGA, Maria M. (Org.) **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia, 2000.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.

BIROLINI, Dario. **Traumas**. [Entrevistado por] Drauzio Varella em 29 abr. 2005. [São Paulo], 2005. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/traumas.asp>>. Acesso em: 21 maio 2006.

BRAGA, Cristiane Giffoni; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, mar./abr. 2003, vol. 11, n. 2, p.240-244.

CARPENITO, Lyndia Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. Tradução de Ana Thorell. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CROSSETTI, Maria G. O.; DIAS Vera. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem experiência brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n.6, p. 720-724, nov./dez. 2002.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. (Org.) **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: ícone, 2001. p. 63-83.

CRUZ, Diná de Almeida. Contribuições do Diagnóstico de Enfermagem para a autonomia da Enfermeira. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T.L. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2 ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem no, 1997. 118p. (Série didática; Enfermagem no SUS). p. 51-58.

FELISBINO, Janete Elza. Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica. São Paulo: EPU, 1994.

GARCIA, Telma Ribeiro. Diagnóstico de Enfermagem como caminhamos na pesquisa. In: GUEDES, M. V. C.; ARAÚJO, T.L. **O uso do diagnóstico na prática da enfermagem**. 2 ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem no, 1997. 118p. (Série didática; Enfermagem no SUS). p.70-76.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, José. Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

LUCENA, Amália Fátima de. **Análise das Prescrições de Enfermagem de uma UTI e a Classificação das intervenções de enfermagem – NIC**. Projeto de tese. Doutorado em Ciências. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

McCLOSKEY, Joanne c.; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MOURA, Aline. **Trauma, uma questão de saúde**. [São Paulo]: Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, 2006. Disponível em: <<http://www.sbait.org.br>>. Acesso em: 21 maio 2006. Reportagem veiculada na Revista da Associação Paulista de Medicina, n. 564, jan./fev. 2006.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem NANDA: Definições e classificação 2001-2002**. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem NANDA: Definições e classificação 2003-2004**. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROSSI, Lidia Aparecida; CASAGRANDE Lisete Diniz Ribas. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I. et al.

(Org.) **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: ícone, 2001. p. 41-62

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hichs. **Manual de enfermagem no cuidado crítico: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STEINMAN, Milton. **SOS na Emergência: Especialistas criam um plano de atendimento à vítimas de traumas**. [Entrevistado por] Greice Rodrigues. [São Paulo]: Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, 2006. Disponível em: <<http://www.sbeit.org.br>>. Acesso em: 21 maio 2006. Reportagem veiculada na revista Isto é, n. 1893, 1 jan. 2006.

VAZ, Ana Francisca *et al.* Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p. 288-297, mai/jun. 2002.

ANEXO A – Histórico de Enfermagem – UTI

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - UTI

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME _____				LEITO _____	
IDADE _____	REGISTRO _____	DATA _____	HORA _____	UNIDADE DE ORIGEM _____	
MOTIVO: (CAUSA, DIAGNÓSTICO INICIAL, ETC.) _____					

II - EXAME FÍSICO
1 - SINAIS VITAIS

TAX _____ C _____ FC _____ bpm FR _____ mpm PA _____ mmhg

2 - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

PUPILAS	<input type="checkbox"/> ISOCÓRICAS <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICAS	FOTOREAGENTES	D <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO E <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---------	--	---------------	--

ABERTURA OCULAR <input type="checkbox"/> 4 ESPONTANEAMENTE <input type="checkbox"/> 3 SOB COMANDO <input type="checkbox"/> 2 À DOR <input type="checkbox"/> 1 NÃO RESPONDE	RESPOSTA MOTORA <input type="checkbox"/> 6 OBEDECE COMANDO <input type="checkbox"/> 5 FLEXIONA E LOCALIZA <input type="checkbox"/> 4 FLEXIONA E NÃO LOCALIZA <input type="checkbox"/> 3 DECORTICAÇÃO <input type="checkbox"/> 2 DESCEREBRAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 NÃO RESPONDE	RESPOSTA VERBAL <input type="checkbox"/> 5 ORIENTADO <input type="checkbox"/> 4 DESORIENTADO <input type="checkbox"/> 3 PALAVRAS IMPRÓPRIAS <input type="checkbox"/> 2 PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS <input type="checkbox"/> 1 NÃO RESPONDE
---	--	--

OBSERVAÇÕES : (DÉFICIT MOTOR: PARESIAS, PLEGIAS, GRAU DE AGITAÇÃO, USO DE SEDAÇÃO, ETC.) _____

3 - VIAS AÉREAS

OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA <input type="checkbox"/> CATETER NASAL <input type="checkbox"/> DRENO DE TÓRAX	VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA <input type="checkbox"/> AYRE <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO _____ L	APARELHO <input type="checkbox"/> BIRD VOLUMÉTRICO <input type="checkbox"/> BIRD <input type="checkbox"/> SERVO <input type="checkbox"/> MA1	FIO 2 _____ PEEP _____ MODO _____ SAT. _____
--	--	---	---

OBSERVAÇÕES: (SECREÇÃO, SEDAÇÃO, ASPECTO DA DRENAGEM, PRESENÇA DE ESCAPE, ETC.) _____

4 - CARDIOVASCULAR

SCOPE: REGULAR IRREGULAR PULSOS DISTAIS MsSs _____ MsIs _____

OBSERVAÇÕES: (EDEMA, DOR, ETC.) _____

5 - PELE/MUCOSAS

<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ÚMIDA	<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> ICTÉRICA	<input type="checkbox"/> TURGOR CONSERVADO
<input type="checkbox"/> MORNA	<input type="checkbox"/> SUDORÉTICA	<input type="checkbox"/> PÁLIDA		<input type="checkbox"/> TURGOR PASTOSO
<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		<input type="checkbox"/> EDEMA

OBSERVAÇÕES: _____

6 - ABDÔMEN

<input type="checkbox"/> FLÁCIDO	<input type="checkbox"/> DISTENDIDO	<input type="checkbox"/> NÁUSEA	<input type="checkbox"/> VÔMITO
<input type="checkbox"/> RÍGIDO	<input type="checkbox"/> GLOBOSO	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> DRENAGEM GÁSTRICA

OBSERVAÇÕES: _____

7 - VIAS URINÁRIAS

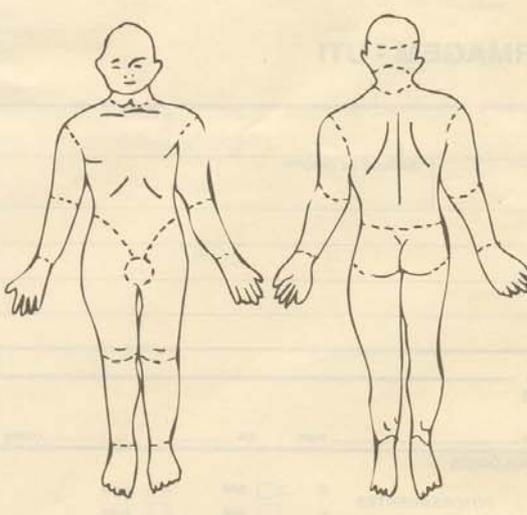
DIURESE <input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> OSMÓTICA <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> GLOBO VESICAL <input type="checkbox"/> JONTEX <input type="checkbox"/> COLÚRIA
---	---	---

OBSERVAÇÕES: (CISTOSTOMIA, IRRIGAÇÃO, ETC.) _____

(210 x 297 mm - Bls. 1 x 50) A - CMA, MOD. S - 252

ANEXO A – Histórico de Enfermagem – UTI (verso)

HI - LESÕES/INCISÕES/FRATURAS
(LOCALIZE NO DESENHO, NUMERE E DESCREVA)



IV - SONDAS E CATETERES

CRÂNIO: PORT - VAC PENROSE DVE

<input type="checkbox"/> CATETER O2 NASAL	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> NASO	<input type="checkbox"/> ORO	Nº CÂNULA _____
<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> SOG	Nº _____		
<input type="checkbox"/> DRENO TORÁCICO	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> SIMPLES	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO		
ABDÔMEN:	<input type="checkbox"/> PENROSE	<input type="checkbox"/> SIMPLES	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO		
<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/> JEJUNOSTOMIA	<input type="checkbox"/> SAMP		
		<input type="checkbox"/> URETRAL	Nº _____		

VENOSO/ARTERIAL

<input type="checkbox"/> INTRACATH	LOCAIS : _____
<input type="checkbox"/> ABOCATH	LOCAIS : _____
<input type="checkbox"/> BUTTERFLY	LOCAIS : _____
<input type="checkbox"/> FLEBOTOMIA	LOCAIS : _____
<input type="checkbox"/> ARTERIAL	LOCAIS : _____
<input type="checkbox"/> OUTROS	LOCAIS : _____

OBSERVAÇÕES: _____

V - DADOS ADICIONAIS (USO DE DROGAS ; SOB CUSTÓDIA ; PAIS, ETC.)

VI - CONDUTA

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ANEXO B – Evolução Diária de Enfermagem – UTI/ Trauma

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM - UTI/ TRAUMA

NOME				LEITO
DATA	HORA	HORA	HORA	
1. DIETA:				
2. AVAL. NEUROLÓGICA: PUPILAS/ ABERTURA OCULAR, RESPOSTA VERBAL / MOTORA. OBSERVAÇÕES:				
3. SINAIS VITAIS:				
4. SIST. RESPIRATÓRIO: SUPORTE: MODO/FI O2/PEEP: SATURAÇÃO: SECREÇÃO: PADRÃO:				
5. SEDAÇÃO E ANALGESIA:				
6. SIST. URINÁRIO:				
7. CURATIVOS, LESÕES, FRATURAS:				
8. CATETERES E SOL. PARENTERAIS:				
9. INTERCORRÊNCIAS E CUIDADOS ESPECIAIS:				
10. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:				
11. ASSINATURA				

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**Parecer Nº. 23/106**

Pesquisador (a) Responsável: Miriam de Abreu Almeida

Equipe executora: Paula de Cezaro**Registro do CEP: 22 Processo Nº. 001.056226.05.5**Instituição onde será desenvolvido: **Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou na sessão do dia **07/03/2006** o processo Nº. **001.056226.05.5**, referente ao projeto de pesquisa: **“Construção de um instrumento impresso de diagnóstico e cuidados de enfermagem para UTI de trauma”**, tendo como pesquisador responsável **Miriam de Abreu Almeida**, cujo objetivo é **“Construir um instrumento contendo os diagnóstico de enfermagem mais frequentes e os respectivos cuidados para pacientes de trauma de uma UTI de trauma”**. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, de relatórios semestrais do projeto, bem como o relatório final.

Porto Alegre **09 de março de 2006**.



Luciane Rampanelli Franco

Coordenadora do CEP

APÊNDICE A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados**HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE****Grupo de Pesquisa****TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Título do Projeto: *Construção de um Instrumento Impresso de Diagnósticos e Cuidados de Enfermagem para UTI de Trauma.*

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 24 de Janeiro de 2006

Nome dos pesquisadores	Assinatura
Miriam de Abreu Almeida	
Paula De Cezaro	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: **Construção de um Instrumento Impresso de Diagnósticos e Cuidados de Enfermagem para UTI de Trauma**

Este estudo está sendo realizado como Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A pesquisa tem como objetivo identificar os principais diagnósticos de enfermagem para pacientes de UTI de Trauma e a partir deste levantamento construir um instrumento contendo os diagnósticos mais freqüentes e os respectivos cuidados de enfermagem para esses pacientes.

A coleta de dados será realizada em 3 etapas. A primeira consiste na busca dos sinais e sintomas que os pacientes apresentam registrados em prontuários, para identificar os DE mais freqüentes. Na segunda as enfermeiras que estiverem trabalhando na instituição durante a coleta de dados serão convidadas a participarem do estudo e a listar, através de um formulário, quais os cuidados que a enfermagem presta aos pacientes que fizerem parte do estudo. A terceira etapa compreende a construção de um instrumento, pela pesquisadora, contendo uma listagem de cuidados específicos para os diagnósticos mais freqüentes oriundos da literatura existente e dos cuidados indicados pelas enfermeiras respondentes.

O sigilo será mantido, do ponto de vista pessoal, garantindo o anonimato durante o estudo e na divulgação dos resultados. A participação neste trabalho é voluntária. O entrevistado tem o direito de interromper sua participação em qualquer momento deste estudo, sem nenhum prejuízo para seu trabalho.

Eu, Paula De Cezaro, acadêmica do Curso de Enfermagem da UFRGS, responsável pela pesquisa, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelos telefones (51) 9244.5743 e (51) 3227.6718. À disposição também a orientadora deste estudo Professora Doutora Miriam de Abreu Almeida pelos telefones (51) 9999.7699 e (51) 3333.1914.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde 3289.2785
Desde já agradecemos sua colaboração.

Eu, _____ declaro que fui informada a respeito da natureza e do objetivo do estudo acima descrito, e que minha participação no estudo é voluntária, estando livre para decidir quanto a sua continuidade.

Data: ____/____/____

Assinatura do Entrevistado: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Assinatura da Orientadora: _____

Obs.: O documento possui 2 vias. Uma permanece com a pesquisadora e outra com a entrevistada.