

IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES NEUROLÓGICOS INTERNADOS EM HOSPITAL DE ENSINO

Jéssica Rosin*
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos**
Débora Cristina Ignácio Alves***
Ariana Rodrigues da Silva Carvalho****
Janaína Verônica Lahm*****

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa documental, transversal, retrospectiva, com análise quantitativa dos dados. Os objetivos do estudo foram: identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes para pacientes neurológicos internados em um hospital público de ensino e verificar a correspondência entre os diagnósticos de enfermagem enunciados e as intervenções de enfermagem prescritas. Foram avaliados 292 prontuários de pacientes neurológicos, clínicos e cirúrgicos, internados no ano de 2014 na unidade de Neurologia, sendo que 12 deles atenderam aos critérios de inclusão no estudo. Foram identificados 19 diagnósticos de enfermagem, enunciados 94 (100%) vezes. Os mais frequentes foram: mobilidade no leito prejudicada (n=11; 11,70%), déficit no autocuidado para banho (n=11; 11,70%), déficit no autocuidado para alimentação (n=10; 10,64%) e mobilidade física prejudicada (n=10; 10,64%). Foram identificadas 18 intervenções de enfermagem, prescritas 143 (100%) vezes. As mais frequentes foram: posicionamento (n=16; 11,19%) e assistência ventilatória (n=16; 11,19%). Entre os diagnósticos de enfermagem enunciados, 57,44% deles tiveram correspondência com as intervenções de enfermagem prescritas. Para otimizar a inter-relação entre diagnósticos e intervenções, faz-se necessário avaliar criteriosamente as condições clínicas dos pacientes neurológicos e estabelecer as metas desejáveis, obtidas por meio dos cuidados de enfermagem prescritos.

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem. Diagnóstico de enfermagem. Cuidados de enfermagem. Processos de enfermagem. Neurologia.

INTRODUÇÃO

O cuidar é a essência da profissão de Enfermagem e do qual derivam todas as funções. Ademais, a Enfermagem, na vertente da ciência, precisa utilizar referenciais teóricos e metodológicos específicos para guiar os cuidados prestados na sua prática clínica⁽¹⁾. Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de trabalho que promove uma assistência de qualidade, voltada para atender as necessidades reais e/ou potenciais dos indivíduos, sendo um instrumento importante para orientar a tomada de decisão⁽²⁾. Nessas bases, permite à equipe de enfermagem desenvolver o Processo de Enfermagem (PE), uma atribuição obrigatória e privativa do enfermeiro, organizada em etapas interdependentes, sendo elas: histórico de

enfermagem (composto por anamnese e exame físico), diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação dos cuidados, avaliação e registro das atividades realizadas⁽³⁾.

A realização da SAE gera benefícios às três esferas envolvidas no cuidado: ao paciente, à instituição de saúde e à profissão. O benefício para o paciente está na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem; para a instituição o benefício está na organização do processo de trabalho, que permite o uso de ferramentas que facilitam os controles internos, além de promover o alcance das metas de qualidade estabelecidas; já para a profissão, o benefício está na valorização da mesma, pois permite ao enfermeiro desenvolver seu potencial intelectual, tomar decisões assertivas e estabelecer parâmetros assistenciais⁽²⁾, conferindo autonomia e respaldo profissional⁽³⁾.

Para o desenvolvimento da SAE, o enfermeiro

*Enfermeira. Com residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica. Enfermeira assistencial da prefeitura do município de Toledo, Paraná, Brasil. E-mail: rosin.je@gmail.com

**Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: fabianamatos@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta da Unioeste. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: dcialves@gmail.com

****Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta da Unioeste, Paraná, Brasil. E-mail: ariancarvalho@outlook.com

*****Enfermeira. Mestre em Tecnologia em Saúde. Enfermeira do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: janainaveronica@gmail.com

lança mão de ferramentas que o auxiliam na condução deste processo de cuidado. Assim, as linguagens padronizadas têm como objetivo melhorar a comunicação entre profissionais, otimizando o tempo utilizado para a elaboração de diagnósticos e de intervenções de enfermagem^(1,4). Entre as linguagens padronizadas utilizadas pela enfermagem, encontram-se a classificação de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* (NANDA-I)⁽⁴⁾ e a classificação de intervenções de enfermagem da *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁽⁵⁾.

No que se refere à organização, tanto a classificação da NANDA-I quanto da NIC estão compostas por domínios e classes, dos quais emergem os diagnósticos de enfermagem (DE) e as intervenções de enfermagem (IE), respectivamente^(4,5).

O conhecimento do enfermeiro acerca das disfunções neurológicas auxilia na identificação de diagnósticos de enfermagem mais acurados, na determinação dos resultados esperados, no planejamento das intervenções prescritas e na reavaliação dos resultados obtidos, possibilitando o melhor direcionamento da assistência de enfermagem prestada⁽⁶⁾.

Desta forma, os objetivos deste estudo foram: identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes para pacientes neurológicos internados em um hospital público de ensino e verificar se havia correspondência entre os diagnósticos de enfermagem enunciados e as intervenções de enfermagem prescritas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, transversal, retrospectiva, com análise quantitativa dos dados.

O estudo foi realizado com prontuários de pacientes neurológicos, clínicos e cirúrgicos, internados em um hospital público de ensino localizado no interior do Paraná. A unidade de internação hospitalar onde os dados pesquisados foram gerados possuía 27 leitos, distribuídos entre três especialidades: neurologia (12 leitos), ortopedia (12 leitos) e vascular (três leitos).

Os prontuários avaliados referiam-se aos pacientes neurológicos, clínicos e cirúrgicos, internados no período de 01/01/2014 a 31/12/2014,

totalizando 292 prontuários. Foram considerados critérios de inclusão no estudo a presença de registros dos DE e IE, no prontuário, decorrentes da avaliação do paciente. Após as avaliações, 12 prontuários atenderam as exigências estabelecidas.

Para fins de coleta e análise dos dados, convencionou-se que seria avaliado o primeiro registro de DE e o de IE contidos no prontuário, independentemente do tempo transcorrido desde a internação do paciente.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2015. Os enfermeiros que trabalhavam no setor no período estipulado para a realização do estudo (cinco enfermeiros assistenciais e quatro enfermeiros residentes) foram consultados, autorizando a análise dos registros realizados nos prontuários dos pacientes, mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento construído pelas autoras, contendo itens que buscavam explorar o assunto em questão. A organização e o armazenamento dos dados coletados foram feitos em banco de dados construído no programa *Microsoft Excel*, versão 2010. Para análise dos dados, foram construídas tabelas de frequências relativas e absolutas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, CAAE: 19704613.1.0000.0107, parecer n° 1.025.721, de 16 de abril de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total foram analisados 292 (100%) prontuários, no entanto, 12 (4,11%) deles atenderam aos critérios de inclusão e fizeram parte do estudo.

Com relação à caracterização da amostra, houve destaque para o sexo masculino (n=08; 66,67%) e a média de idade foi de 42,67 anos. A principal causa de internação foram os agravos traumáticos (n=08; 66,67%) e o tempo médio transcorrido entre a internação do paciente na unidade especializada e a realização do primeiro registro das etapas do PE (DE e IE) no prontuário foi de 8,42 dias, com variação de 01 a 45 dias.

Estudo que analisou o perfil de pacientes com traumatismo cranioencefálico (TCE) também identificou o predomínio de pacientes do sexo

masculino (63,3%) entre as vítimas⁽⁷⁾. Quanto à faixa etária mais acometida, o mesmo estudo aponta maior ocorrência de casos traumáticos em indivíduos com menos de 30 anos de idade (69,3%)⁽⁷⁾, divergindo do encontrado nesta investigação. O tempo transcorrido entre a admissão do paciente na unidade de internação e a realização da avaliação inicial do paciente pelo enfermeiro foi de 8,42 dias em média. A avaliação de enfermagem, composta pela anamnese e pelo exame físico, é fundamental para que os diagnósticos e as intervenções de enfermagem sejam elaborados. No entanto, a literatura recomenda que esta avaliação seja realizada e documentada pelo enfermeiro nas primeiras 24 horas após a internação do paciente^(3,8).

Um número pequeno de pacientes (n=12; 4,11%) teve seu cuidado estruturado nos moldes do PE. A baixa adesão a esse método de trabalho pode ser justificada pelo fato de que o PE não estava efetivamente implantado na instituição de saúde pesquisada no período em que os dados foram coletados. Para a realização do PE, é necessário que o enfermeiro assuma o compromisso com a sua utilização na prática clínica, bem como se responsabilize pela sua execução, aprimorando-se constantemente, além de orientar sua equipe⁽²⁾ sobre esse método de trabalho, que sustenta os cuidados de enfermagem. Da mesma forma, a gerência e as chefias das instituições de saúde têm papel crucial para a implantação do PE, sendo corresponsáveis pela efetivação desse processo⁽²⁾.

É importante destacar que os dados do estudo foram acessados por meio dos registros realizados no prontuário eletrônico do paciente (PEP). Estudo que avaliou a usabilidade do PEP com a equipe de enfermagem, utilizando especificamente os módulos “SAE” e “Evolução/Anamnese”, aponta que estes profissionais esbarram em dificuldades impostas principalmente pela ausência de treinamentos para a utilização desta nova ferramenta⁽⁹⁾. Essas dificuldades podem prejudicar a assistência ao paciente, além de interferir na qualidade e eficácia da atenção em saúde⁽⁹⁾. Assim, considerando a inserção desta tecnologia no ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem e suas dificuldades de operacionalização, é possível que estes sejam fatores que interferiram na realização do PE.

O estudo identificou 19 diagnósticos de enfermagem, enunciados 94 (100%) vezes. A média de diagnósticos enunciados por paciente foi de 7,83, com variação de 03 a 12. Estudo recente⁽¹⁰⁾ encontrou média de 8,5 DE por paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), valor próximo ao encontrado no presente estudo, que, apesar de serem referentes a pacientes internados em enfermaria, eram pacientes neurológicos, os quais demandavam muitos cuidados de enfermagem.

Os DE identificados no estudo e suas respectivas frequências podem ser observados na Tabela 1.

A identificação de DE relacionados ao sistema neurológico direcionam a intervenções que buscam a preservação e a recuperação das funções vitais afetadas, como a consciência, a força motora, a deglutição e a fala⁽⁶⁾. Ainda, dependendo da extensão e da localização dos danos neurológicos, distúrbios sistêmicos podem estar associados⁽⁶⁾.

Para fins de análise, foram considerados mais frequentes os DE que apresentaram frequência maior que 10%.

Estudo realizado em uma unidade de emergência hospitalar de referência em traumatologia⁽¹¹⁾ identificou frequência significativa do DE “mobilidade no leito prejudicada” nas vítimas de múltiplos traumas (68,2%), número maior do que o registrado na presente investigação (11,70%). Essa diferença pode ser explicada pelo fato de o estudo citado ter sido realizado em unidade de atendimento emergencial, que era realizado logo após a ocorrência do trauma, momento em que, na maioria das vezes, o paciente encontra-se imobilizado devido à dor, à lesão ou à contenção mecânica.

Entende-se que o DE de “mobilidade no leito prejudicada” pode estar intimamente relacionado com outros DE que se referem com a mobilidade física de forma geral. O indivíduo com a mobilidade afetada pode apresentar limitações físicas que podem desencadear uma série de problemas de saúde, interferindo no seu bem estar físico e emocional, além de incidir diretamente na qualidade de vida do indivíduo⁽¹²⁾. Complementarmente, para o sujeito acamado, a restrição da mobilidade física pode favorecer o desenvolvimento de inúmeros diagnósticos de enfermagem, tais como: déficit no autocuidado,

integridade da pele prejudicada, constipação, eliminação urinária prejudicada, padrão do sono prejudicado, entre outros.

Quanto ao DE “déficit no autocuidado para banho” (11,70%), estudo recente realizado com pacientes vítimas de trauma apontou que em 100% dos casos analisados, o déficit no autocuidado para banho esteve relacionado com o DE “dor” e em 80,4% dos casos este diagnóstico apresentou associação com alterações neuromusculares⁽¹¹⁾. No presente estudo, os registros não corroboram esses achados, visto que o DE “dor” (aguda) obteve baixa frequência (1,06%). Tal fato chama a

atenção para a subavaliação da dor, levantando questionamentos relacionados à forma da sua aferição, ou até mesmo, à atenção que tem sido dispensada a ela. Tais achados reforçam a necessidade da correta realização do histórico de enfermagem, que consiste na primeira fase do PE.

Além de ser potencializado pela dor, o DE “déficit no autocuidado para banho” pode ser intensificado pela presença de espasmos, espasticidade, hipotonia, paralisia e parestesia, sinais frequentemente presentes em pacientes com alterações neurológicas⁽⁶⁾.

Tabela 1. Diagnósticos de enfermagem enunciados para pacientes neurológicos internados em hospital público de ensino segundo a classificação da NANDA-I. Cascavel, 2015.

Diagnósticos de enfermagem enunciados	nº	%
Mobilidade no leito prejudicada	11	11,70%
Déficit no autocuidado para banho	11	11,70%
Déficit no autocuidado para alimentação	10	10,64%
Mobilidade física prejudicada	10	10,64%
Integridade da pele prejudicada	09	9,57%
Déficit no autocuidado para vestir-se	08	8,51%
Risco de Aspiração	07	7,45%
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	06	6,38%
Risco de integridade da pele prejudicada	06	6,38%
Padrão respiratório ineficaz	05	5,32%
Constipação	02	2,13%
Termorregulação ineficaz	02	2,13%
Retenção urinária	01	1,06%
Comunicação verbal prejudicada	01	1,06%
Risco da síndrome do desuso	01	1,06%
Confusão aguda	01	1,06%
Proteção ineficaz	01	1,06%
Troca de gases prejudicada	01	1,06%
Dor aguda	01	1,06%
TOTAL	94	100%

O DE “déficit no autocuidado para alimentação” pode ser causado por agravos cognitivos e neuromusculares frequentemente associados às sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). É importante ressaltar a necessidade de adotar medidas que minimizem a deficiência no aporte nutricional do paciente e que promovam o autocuidado⁽¹³⁾.

Estudo realizado com pacientes com necessidade de locomoção afetada mostrou que indivíduos acamados e com dificuldades de locomoção apresentaram frequência elevada (74,6%) do DE “déficit no autocuidado para alimentação”⁽¹³⁾. No entanto, o presente estudo identificou que apenas 10,64% dos pacientes neurológicos hospitalizados apresentaram o

referido diagnóstico. Inferimos que a baixa frequência do DE “déficit no autocuidado para alimentação” esteja relacionada com o tempo transcorrido entre a ocorrência do agravo físico e a coleta de dados (média de 8,42 dias, com variação de 01 a 45 dias), visto que quanto maior o tempo, maior as chances de recuperação do indivíduo.

O DE “mobilidade física prejudicada” pode comprometer a realização das atividades de vida diária (AVD). Estudo realizado com pacientes portadores de limitação de movimentos evidenciou que cerca de 60% dos pacientes eram dependentes para a realização de tais atividades⁽¹³⁾. No presente estudo, o DE “mobilidade física prejudicada” foi identificado em 10,64% dos pacientes. Apesar de esse número não ser tão expressivo, é necessário

que a tomada de decisão do enfermeiro seja assertiva para evitar que o DE “mobilidade física prejudicada” seja fator etiológico de outros diagnósticos.

O DE “dor aguda” relaciona-se intimamente com a presença de agentes lesivos⁽¹¹⁾. Consiste em uma experiência subjetiva e pode ser percebida por meio de expressões faciais, alteração nos níveis pressóricos e na alteração da frequência cardíaca⁽¹¹⁾. Em estudo realizado com pacientes politraumatizados, foi identificado que o DE “dor aguda” apresentou 100% de frequência⁽¹¹⁾. No entanto, no presente estudo, mesmo sendo os eventos traumáticos a principal causa de internamento dos pacientes pesquisados, o DE “dor aguda” foi enunciado apenas uma vez (1,06%). Tal achado reforça a ideia de que pode haver falhas na avaliação inicial do paciente, subestimando informações importantes que levam à subavaliação da dor.

Uma classificação de DE preocupa-se com a ordenação dos focos diagnósticos que interessam à enfermagem, de acordo com suas relações naturais⁽⁴⁾. Em nosso estudo, a totalidade dos DE enunciados pertenceu a seis dos 13 domínios que compõem a Taxonomia II da classificação

NANDA-I. Os domínios mais frequentemente enunciados foram: Domínio 04 - Atividade/Repouso (n=57; 60,64%) e Domínio 11- Segurança e Proteção (n=30; 31,91%). Tais resultados corroboram estudo realizado com pacientes com múltiplos traumas⁽¹¹⁾, que verificou que o Domínio 4 (48%) e o Domínio 11 (28%) também foram os mais frequentes.

Com relação às IE, a presente investigação identificou que das 542 IE contidas na classificação NIC, 18 IE foram prescritas 143 vezes. A média de IE por paciente foi de 11,92, com variação de quatro a 20. Estudo realizado com pacientes críticos identificou média de 16 prescrições por paciente, com variação de 11 a 22⁽¹⁴⁾. Apesar de não se tratar da mesma população, acreditamos que as necessidades de cuidados de pacientes neurológicos possam ser equiparáveis com as necessidades de cuidados de pacientes críticos.

Para fins de análise, foram consideradas as IE mais frequentes aquelas que apresentaram mais de 5% de frequência. As IE identificadas no estudo e suas respectivas frequências podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2. Intervenções de enfermagem prescritas para pacientes neurológicos internados em hospital público de ensino segundo a classificação NIC. Cascavel, 2015.

Intervenções de enfermagem prescritas	n°	%
Posicionamento	16	11,19%
Assistência ventilatória	16	11,19%
Assistência no autocuidado	14	9,79%
Monitoração respiratória	14	9,79%
Cuidados com a pele: tratamentos tópicos	12	8,39%
Prevenção de Úlcera de Pressão	12	8,39%
Aspiração de vias aéreas	11	7,69%
Cuidados com sondas: gastrointestinal	10	6,99%
Precaução contra aspiração	07	4,89%
Promoção da saúde oral	07	4,89%
Cuidados com lesões	06	4,20%
Supervisão da pele	05	3,50%
Monitoração neurológica	03	2,10%
Cuidados com drenos: torácico	03	2,10%
Assistência no autocuidado: banho e higiene	02	1,40%
Contenção física	02	1,40%
Controle da dor	02	1,40%
Estimulação da tosse	01	0,70%
TOTAL	143	100%

As IE prescritas com maior frequência foram agrupadas em quatro unidades de análise, sendo elas: 1) “necessidades ventilatórias” (n=41;

28,67%), nas quais foram agrupadas as IE “assistência ventilatória”, “monitoração respiratória” e “aspiração de vias aéreas”; 2)

“cuidados com a pele” (n=40; 27,97%), nas quais foram agrupadas as IE “cuidados com a pele: tratamentos tópicos”, “prevenção de úlcera de pressão” e “posicionamento”; 3) “assistência no autocuidado” (n=14; 9,79%) e 4) e “cuidados com sondas: gastrointestinal” (n=10; 6,99%).

Com relação à unidade de análise *necessidades ventilatórias*, que englobou 41% das IE prescritas no presente estudo, pesquisa recente mostrou que grande parte dos pacientes politraumatizados (51,2%) requeriam intervenções de enfermagem voltadas para suprir tais necessidades e os autores ressaltam que, se a troca de gases ocorrer de modo inadequado, maior será o risco de o paciente desenvolver lesão cerebral secundária⁽¹¹⁾, o que reforça a ideia de que o cuidado de enfermagem deve ser minuciosamente planejado com base nas reais e potenciais necessidades do indivíduo, de forma a evitar possíveis complicações clínicas.

Com relação à unidade de análise *cuidados com a pele*, o presente estudo verificou que 27,97% das IE prescritas buscavam prevenir ou tratar injúrias de pele. Pesquisa recente evidenciou que as doenças cerebrovasculares foram identificadas como sendo as principais causas de desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados⁽¹⁵⁾ e entre as ações prescritas para atender essa clientela destacaram-se os cuidados com o adequado posicionamento do mesmo⁽¹²⁾. É importante ressaltar que cuidados simples presentes na rotina diária da enfermagem, como alinhamento postural do paciente, manutenção dos lençóis esticados sob o mesmo, mudança de decúbito periódica, podem evitar o surgimento de agravos cutâneos.

Com relação à unidade de análise *assistência no autocuidado*, a presente investigação identificou que 9,79% das IE eram voltadas para o autocuidado do paciente e para os cuidados que se estenderão para o período pós-alta. Recente estudo que investigou cuidados de enfermagem prescritos para pacientes acometidos por AVE destacou que o planejamento da alta hospitalar favorece a continuidade do cuidado e da comunicação entre hospital e domicílio, enfatizando que a maioria dos pacientes acometidos por AVE requeriam cuidados domiciliares⁽¹⁶⁾. A forma como o paciente cuida de si ou é cuidado por terceiros no domicílio precisa ser estruturada em bases científicas de modo a direcionar a correta tomada de decisão e favorecer a recuperação do paciente. Como educador de

formação, cabe ao enfermeiro instrumentalizar o paciente e/ou familiares para a correta realização dos cuidados de saúde que deverão ser realizados no ambiente domiciliar.

A unidade de análise *cuidados com sondas: gastrointestinal* englobou 6,99% das IE prescritas na presente pesquisa. Estudo realizado em um hospital geral mostrou que cerca de 70% dos pacientes em uso de via alternativa para alimentação apresentavam como doença de base quadros neurológicos e 82,53% dos pacientes investigados utilizavam sonda nasogástrica⁽¹⁷⁾. Tendo em vista que pacientes neurológicos frequentemente fazem uso de sondas gastrointestinais, a assistência de enfermagem deve ser planejada de modo a garantir que o posicionamento, a fixação e o manuseio da sonda sejam eficazes na prevenção de possíveis complicações clínicas decorrentes do uso inadequado desses artefatos.

Apenas três dos sete domínios que compõem a classificação NIC foram identificados no presente estudo. Houve concentração das IE prescritas no “Domínio 2 - Fisiológico complexo” (n=78; 54,55%), que contempla os cuidados que dão suporte à regulação homeostática⁽⁵⁾ e no “Domínio 1 - Fisiológico básico” (n=63; 44,06%), que contempla os cuidados que dão suporte ao funcionamento físico⁽⁵⁾. De igual maneira, investigação realizada com pacientes críticos⁽¹⁰⁾ identificou que 55% das IE prescritas pertenciam ao domínio “Fisiológico complexo” e que 33% pertenciam ao domínio “Fisiológico básico”. De forma geral, os cuidados de enfermagem estão voltados para atender principalmente as necessidades biológicas do indivíduo, tornando visível a dificuldade que a enfermagem possui de ampliar seus cuidados e incluir ações voltadas para atender as necessidades emocionais e psíquicas dos pacientes sob seus cuidados⁽¹⁸⁾.

A baixa frequência de prescrições de cuidados contidos nos domínios psicossociais pode ser atribuída às precárias condições de trabalho dos enfermeiros, que se deparam com unidades excessivamente lotadas, equipe de funcionários reduzida e longas jornadas de trabalho. Tais fatores contribuem para os enfermeiros prescreverem apenas cuidados que atendam as imediatas necessidades biológicas dos pacientes⁽¹⁸⁾.

O terceiro objetivo do estudo foi analisar a correspondência entre os DE enunciados e as IE

prescritas. No total foram avaliadas 195 (100%) relações entre os DE enunciados (n=94,100%) e as IE prescritas (n=143; 100%). O estudo identificou que as relações entre os DE enunciados e as IE prescritas foram correspondentes em 57,44 % dos casos (n=112).

Analisando as relações que não apresentaram correspondência entre os DE e as IE (n=83; 42,56%), verificou-se que a principal causa para a falta de correspondência foi a ausência de IE para DE enunciados (n=51; 61,44%). É importante ressaltar que de nada adianta enunciar diagnósticos de enfermagem se essa fase não for sucedida pela prescrição de ações que atendam as necessidades de cuidados identificadas.

Recente revisão de literatura identificou que, apesar de a formação do enfermeiro abranger conteúdos referentes à SAE, as dificuldades encontradas na prática são expressivas, mostrando a fragilidade teórica dos profissionais frente a este processo⁽²⁾. Corroborando estes achados, estudo realizado com o objetivo de identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a realização do PE mostra que, por vezes, as fases são realizadas de forma independente. Evidenciou-se que a grande dificuldade está na realização da fase de identificação dos DE e que, embora os enfermeiros considerem importante a realização do PE, na prática, este instrumento é pouco empregado na rotina assistencial⁽¹⁹⁾. Tais achados podem justificar os resultados encontrados no presente estudo, que identificou a falta de correspondência entre as etapas do PE e a realização de tais etapas de forma arbitrária, que fragmenta e fragiliza a assistência de enfermagem prestada.

Para otimizar a realização do PE e a inter-relação entre as fases que o compõem, faz-se

necessário avaliar criteriosamente as condições clínicas dos pacientes e, a partir dos dados colhidos, deve-se estabelecer metas (resultados esperados) possíveis de serem alcançadas com os cuidados de enfermagem prescritos⁽¹⁾.

A realização do PE é parte integrante da rotina de trabalho do enfermeiro e precisa ser encarado como tal. Mesmo sendo uma atribuição obrigatória, muitos enfermeiros ainda não incorporaram essa atividade no cotidiano de trabalho. É necessário empenho pessoal e institucional para mudar esse cenário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais frequentes para grupos específicos, como é o caso de pacientes neurológicos, favorece a tomada de decisão e proporciona cuidados de enfermagem adequados e eficazes, voltados para atender as reais necessidades dessa clientela.

É importante destacar o número reduzido de pacientes que tiveram seus cuidados planejados nos moldes do PE, visto que dos 292 prontuários analisados no período estudo (12 meses), apenas 12 prontuários tinham o registro das duas fases do processo (DE e IE) que foram foco do estudo. Fica evidente a necessidade de a instituição de saúde proporcionar condições para que os enfermeiros possam realizar o PE na sua rotina diária de trabalho, da mesma forma que é necessário que haja maior comprometimento por parte dos profissionais enfermeiros para que essa prática se concretize de forma efetiva, conferindo maior cientificidade à profissão e qualificando o cuidado prestado.

IDENTIFICATION OF NURSING DIAGNOSES AND INTERVENTIONS AMONG NEUROLOGICAL PATIENTS ADMITTED TO A TEACHING HOSPITAL

ABSTRACT

This is a documental, cross-sectional, retrospective study with quantitative data analysis. The objectives were to identify the most frequent nursing diagnoses and interventions for neurological patients admitted to a public teaching hospital and to verify the correspondence between stated nursing diagnoses and prescribed nursing interventions. We assessed 292 medical records of neurological patients, clinical and surgical, admitted in 2014 to the Neurology unit, with 12 meeting the inclusion criteria for the study. Nineteen nursing diagnoses were identified stated 94 (100%) times. The most frequent were: Impaired mobility in bed (n = 11; 11.70%); deficient self-care for showering (n = 11; 11.70%); deficient self-care for eating (n = 10; 10.64%) and impaired physical mobility (n = 10; 10.64%). A total of 18 nursing interventions were identified, prescribed 143 (100%) times. The most frequent were: positioning (n = 16; 11.19%) and mechanical ventilation (n = 16; 11.19%). Among stated nursing diagnoses, 57.44% had correspondence with prescribed nursing interventions. To optimize the interrelationship between

diagnoses and interventions, it is necessary to assess carefully the clinical conditions of neurological patients and establish desirable goals, obtained through a prescribed nursing care.

Keywords: Nursing assessment. Nursing diagnosis. Nursing care. Nursing process. Neurology.

IDENTIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES NEUROLÓGICOS INTERNADOS EN HOSPITAL ESCUELA

RESUMEN

Se trata de una investigación documental, transversal, retrospectiva, con análisis cuantitativo de los datos. Los objetivos del estudio fueron: identificar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería más frecuentes para pacientes neurológicos internados en un hospital público y de enseñanza y verificar la correspondencia entre los diagnósticos de enfermería enunciados y las intervenciones de enfermería prescritas. Fueron evaluados 292 registros médicos de pacientes neurológicos, clínicos y quirúrgicos, internados en el año de 2014 en la unidad de Neurología, siendo que 12 de ellos atendieron a los criterios de inclusión en el estudio. Fueron identificados 19 diagnósticos de enfermería, enunciados 94 (100%) veces. Los más frecuentes fueron: movilidad en el lecho perjudicada (n=11; 11,70%), déficit en el autocuidado para ducharse (n=11; 11,70%), déficit en el autocuidado para alimentación (n=10; 10,64%) y movilidad física perjudicada (n=10; 10,64%). Fueron identificadas 18 intervenciones de enfermería, prescritas 143 (100%) veces. Las más frecuentes fueron: posicionamiento (n=16; 11,19%) y asistencia ventilatoria (n=16; 11,19%). Entre los diagnósticos de enfermería enunciados, 57,44% de ellos tuvieron correspondencia con las intervenciones de enfermería prescritas. Para optimizar la interrelación entre diagnósticos e intervenciones, es necesario evaluar cuidadosamente las condiciones clínicas de los pacientes neurológicos y establecer las metas deseables, obtenidas por medio de los cuidados de enfermería prescritos.

Palabras clave: Evaluación en enfermería. Diagnóstico de enfermería. Cuidados de enfermería. Procesos de enfermería. Neurología.

REFERENCIAS

- Oliveira ARS, Carvalho EC, Rossi LA. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de Enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. *Cienc. cuid. Saúde* [on-line]. 2015 jan/mar. [citado 2015 set 7]; 14(1):986-92]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/artic/view/22034>
- Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2011 ago. [citado 2015 out 9]; 45(4):953-8]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023
- Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas. Diretoria de Enfermagem. Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Curitiba: Hospital de Clínica; 2014.
- NANDA-I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- Piazenski I, Severo IM, Ruschel KB. Diagnósticos de Enfermagem com base em sinais e sintomas do sistema neurológico. In: Silva RR, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 73-91.
- Santos F, Casagrande LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VMR, et al. Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Min Enferm* [on-line]. 2013 out/dez. [citado 2015 nov 3]; 17(4):882-7]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/893>
- Almeida MA, Severo IS, Chaves EB, Barreto LNM, Borba DM. Tempo despendido na execução do processo de enfermagem em um centro de tratamento intensivo. *Esc. Anna Nery* [on-line]. 2012 abr/jun. [citado 2015 dez 2]; 16(2):292-6]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14148145201200020012&script=sci_arttext
- Lahm JV, Carvalho DR. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm* [on-line]. 2015 jan/mar. [citado 2016 jan 10]; 20(1):38-44]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/36485/24835>
- Salgado PO, Chianca TCM. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2011 jul/ago [citado 2016 fev 24]; 19(4):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_11.pdf
- Bertoncello KCG, Cavalcanti CDK, Ilha P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Rev. Eletr Enf.* [on-line]. 2013 out/dez. [citado 2015 dez 1]; 15(4):905-14]. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf
- Andrade LT, Chianca TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. *Rev Bras Enferm* [on-line]. 2013 set/out. [citado 2015 nov 28]; 66(5):688-93]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/08.pdf>
- França MJDM, Mangueira SO, Perrelli JGA, Cruz SL, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de

pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. *Rev Eletr Enf* [on-line]. 2013 out/dez. [citado 2015 nov 28];15(4):878-85].

Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/v15n4a04.htm

14. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2008 jul/ago. [citado 2016 fev 24];16(4):700-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_08.pdf

15. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2011 maio/jun. [citado 2015 dez 2]; 19(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf

16. Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, Araujo TL, Lopes, MVOL, Damasceno MMC, et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2011 dez. [citado 2015 11 nov];

45(6):1495-500]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08062342011000600031

17. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev CEFAC* [on-line]. 2013 jan/fev. [citado 2015 dez 15];15(1):94-104]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/133-11.pdf>

18. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2014 maio/jun. [citado 2015 dez 3];22(3):454-60]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

19. Silva VS, Filho ESB, Queiroz SMB, Abreu RNDC. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. *Cogitare Enferm* [on-line]. 2013 abr/jun. [citado 2015 set 23]; 18(2):351-7]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32585>

Endereço para correspondência: Jéssica Rosin. Endereço: Rua Aimorés, 187. CEP: 85806330. Cascavel, PR, Brasil. Telefones (46) 9976 6570. Email: rosin.je@gmail.com

Data de recebimento: 02/06/2015

Data de aprovação: 07/12/2016