

14^o SENPE

Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem

POLÍTICAS DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

29 de Maio a 01 de Junho de 2007
Centro de Cultura e Eventos/UFSC
Florianópolis-SC

Promoção



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Realização



[clique aqui para navegar](#)

★
© Copyright 2007 – Associação Brasileira de Enfermagem.

Ficha Catalográfica

S471a Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (14.: 2007: Florianópolis, SC)
Anais / 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Florianópolis,
SC, 30 de maio a 01 de junho, Centro de Cultura e Eventos UFSC, Associação
Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa
Catarina — Florianópolis (Brasil): ABEn/ABEn-SC, 2007.
CD-ROM.

Inclui bibliografia.

ISSN 1676-0344

Tema Central: Políticas de Pesquisa em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Pesquisa Científica - Políticas. I. Associação Brasileira de
Enfermagem. II. Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina.

CDD21ª ed. - 610.730 981

INCIDÊNCIA E PREVELÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REAIS E DE RISCO DOS PACIENTES ASSISTIDOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Maria da Graça Oliveira Crossetti¹

Carolina Giordani da Silva²

Gislaine Saurin³

Maiko Marini⁴

Thanize Prates da Rosa⁵

A busca de modelos e referenciais para o cuidado na enfermagem passou a ser imperativo para as enfermeiras. Fato oriundo das necessidades de metodologias que individualizassem o cuidado e conduzissem á resolutividade dos problemas do individuo, bem como contribuísse com a produção do conhecimento específico da enfermagem enquanto disciplina. Assim, observa-se o crescimento desta iniciativa visando o desenvolvimento de tecnologias do cuidado que estabelecessem diretrizes de assistência ao paciente. Dentre estas, destaca-se o processo de enfermagem que com base no método científico sistematiza a assistência a partir das necessidades de saúde do individuo. Este se estrutura de acordo com os diferentes referencias teóricos que orientam, selecionados de acordo com a filosofia e objetivos institucionais e com o perfil do paciente. É um instrumento de planejamento e execução dos cuidados de enfermagem, visando organizar a assistência prestada de modo a torná-la mais científica, mas essencialmente humanizada. Mais do que uma metodologia pra organizar o cuidado, o Processo de Enfermagem tem como cerne o

¹ Professor Doutor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirurgica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/EEUFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos do Cuidado na Enfermagem – NECE/EEUFRGS.

² Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro do NECE/EEUFRGS.

³ Enfermeira do Serviço Enfermagem em Emergência do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Membro do NECE/EEUFRGS.

⁴ Acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/EEUFRGS. Bolsista de Iniciação Científica Voluntário. Membro do NECE/EEUFRGS.

⁵ Acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/EEUFRGS. Bolsista de Iniciação Científica PROPESQ/UFRGS. Membro do NECE/EEUFRGS.

juízo clínico do enfermeiro acerca das necessidades de cuidado, habilidade que, nas últimas décadas, tem-se constituído como um construto visível da prática profissional. Este conceito passou a ser denominado de diagnóstico de enfermagem (DE), o que tem permitido reconhecer e classificar os problemas de saúde, os quais são de competência do enfermeiro (Gordon, 1996). A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definiu o DE como um juízo clínico sobre respostas individuais, familiares, ou comunitárias a problemas de saúde reais ou potenciais, os quais são base para a tomada de decisão do enfermeiro acerca das intervenções e os resultados de enfermagem. (Doenges e Moorhouse, 1999). Assim, o DE é um elemento fundamental no PE, porque a precisão e a relevância de todo o plano de cuidado dependem da capacidade para identificar de forma clara e específica tanto os problemas de saúde como suas causas. Este diagnóstico feito de maneira incorreta pode levar as intervenções inadequadas resultando em cuidados ineficientes. (Alfaro-LeFevre, 2005). Para a precisão diagnóstica faz-se necessária harmonia, congruência e nexos entre os dados subjetivos e objetivos do paciente, bem como conclusão diagnóstica, processo que exige o emprego da lógica no sentido de se estabelecer um conhecimento verdadeiro das condições do paciente. (Crossetti, 2001; Lopes, 2002). O processo diagnóstico caracteriza-se por uma atividade intelectual (Lunney, 2004), em que o emprego da lógica se faz presente no pensamento crítico e conseqüente raciocínio clínico. Deste modo, as habilidades para a lógica no raciocínio clínico pressupõem inteligência, experiência do enfermeiro, conhecimento sobre teoria de enfermagem pertinente ao problema de saúde do paciente e capacidade para integrar as noções gerais e os dados coletados. Esta maneira de cuidar com foco nos DE, tem sido imposta aos enfermeiros, na medida em que o crescente desenvolvimento da tecnologia em saúde e conseqüente complexidade da atenção ao indivíduo fazem surgir novas áreas do conhecimento. Neste contexto, a enfermagem enquanto disciplina humanística, que com outras, têm interfaces, vem buscando definir os seus domínios e desenvolver uma linguagem comum que caracterize os fenômenos que lhe são próprios, condição que impulsiona a produção do conhecimento específico – dando-lhe visibilidade e reconhecimento. É neste contexto que a enfermagem passa a viver um momento, em que o desenvolvimento e a aplicação de classificações em seu cotidiano, fazem surgir uma nova

era em sua evolução. Assim a taxonomia dos DE da NANDA, tem se constituído um desafio para os enfermeiros em diferentes contextos de atenção aos indivíduos, na medida em que o desenvolvimento dos sistemas computadorizados de informações clínicas estão se tornando mais prevalentes nas instituições de saúde. Neste sentido, cada disciplina deve identificar os elementos essenciais para avaliar os processos e resultados da assistência (Johnson at all, 2005). O desenvolvimento dessas informações exige uma linguagem comum e um modo padronizado de organizá-los, o que vem ao encontro dos propósitos da classificação dos DE (NANDA, 2005). Em nosso país, a partir das décadas de 1980-1990 iniciaram-se estudos sobre a utilização das classificações aplicando a taxonomia esta taxonomia e com isto, surgiu a necessidade de validar os DE em nossa realidade. Nessa época, algumas instituições brasileiras já trabalhavam com a sistematização da assistência de enfermagem, caso do grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GENF/HCPA), onde o PE foi implementado no final da década de 1970, baseado no referencial de Horta (1979), adaptado ao sistema de Weed (1973) e o modo redacional para a prescrição de enfermagem proposto por Paim (1977). Com a mudança na plataforma de informática do HCPA, o GENF se instrumentalizou e implantou a etapa do DE, com a prescrição de enfermagem de forma informatizada, apoiado nos referenciais de Benedet e Bub (1999) e na taxonomia da NANDA (2005). Este modelo tem sido uma realidade na prática desde 2000. Considerando o tempo de implantação do mesmo, a importância de identificar os DE, conseqüente adequação qualitativa dos cuidados prestados e ajuste do sistema informatizado de prescrição de enfermagem, surgiu a necessidade de se fazer este estudo, cujos objetivos foram identificar a incidência e prevalência dos DE reais e de risco, segundo perfil dos pacientes e relaciona-los com a área de atuação dos enfermeiros e grupo de necessidades humanas básicas. Trata-se de um estudo descritivo de coorte histórica (Goldim, 2000), que teve como campo as unidades de internação clínica, cirúrgica, pediátrica e neonatologia, obstétrica, psiquiátrica, terapia intensiva pediátrica, centro obstétrico, centro de terapia intensiva clínico e cirúrgico e emergências adulto e pediátrica. Para coleta de dados, utilizou-se o banco de dados do sistema informatizado de prescrição e DE do HCPA, que se constituiu na unidade de análise deste estudo. A coleta das informações compreendeu os dados sobre os DE dos pacientes internados entre julho de

2002 a julho de 2003, a partir do programa extrator de dados deste sistema e planilha eletrônica Excel. A análise deu-se a partir da estatística descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição campo. Os resultados demonstraram que foram elaborados 145.404 DE, correspondentes a 26.877 internações no período do estudo. Foram identificados 73 DE distintos. A média geral de DE por paciente/internação foi de 5,4. Destacam-se as áreas CTI adulto e UTI pediátrica em que a média de DE por paciente/internação foi de 16,92 e 8,83 respectivamente, apresentando maior frequência de DE. Contudo na emergência pediátrica e internação pediátrica ocorreram as menores médias com, 2,63 e 3,59 DE respectivamente por paciente/internação. Observou-se que os DE mais frequentes foram: integridade tissular prejudicada 9,48% (13.795); Déficit no auto cuidado banho e/ou higiene 9,41% (13.694); Risco para infecção 8,59% (12.492); Alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita 7,69% (11.200); Mobilidade física prejudicada 6,59% (9.590). Constatou-se que os DE mais incidentes nas unidades, campo do estudo, foram: déficit do auto cuidado (6069) nas UI cirúrgica; alteração da nutrição menos do que o corpo necessita (3663) nas UI clinica; risco para alteração da temperatura corporal (673) na UTI neonatal; risco para infecção (1498) nas UI pediátrica; conforto alterado (2771) na UI obstétrica; padrão respiratório ineficaz (273) na UTI pediátrica; processo de pensamento perturbado (246) na UI psiquiátrica; déficit de auto cuidado banho ou higiene (1864) no CTI adulto; conforto alterado (3380) no centro obstétrico; déficit de auto cuidado banho ou higiene (1738) na emergência adulto e alteração da nutrição menos do que o corpo necessita (433) na emergência pediátrica. Dentre os diagnósticos de risco mais incidentes destacaram-se risco para infecção 8,59% (12.492); risco para déficit no volume de líquidos 6,01% (8.763); risco para amamentação ineficaz 3,84% (5.602); risco para função respiratória alterada 2,47% (3.598); risco para prejuízo da integridade da pele 2,24% (3.261). Identificou-se que as necessidades humanas básicas que apresentaram maior incidência de DE, foram integridade física (19.652); alimentação (19.355); cuidado corporal (17.141); segurança física (14.859) e hidratação (14.327). Conclusão: o estudo permitiu constatar que a aplicação da etapa do DE é uma realidade no processo de cuidar no cotidiano dos enfermeiros do GENF/HCPA. Constatou-se que os enfermeiros da instituição conhecem o seu trabalho, pré-requisito para o raciocínio clínico (Pesut, Herman,

1999), o que pressupõe experiência clínica, conhecimento dos problemas de saúde do paciente, raciocínio lógico, conhecimento técnico-científico e cultural, e postura ética para a tomada de decisões. Observou-se ainda que, as elaborações dos DE, em diferentes contextos, permitiu identificar o perfil diagnóstico dos pacientes, ou seja, conhecer os DE mais prevalentes numa área específica, concluindo que a utilização de uma linguagem padronizada entre os enfermeiros se faz presente. Os resultados orientaram, também, a realização de novos estudos relativos à taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, no que se refere a sua validação e acurácia, bem como, sobre a habilidade de pensamento crítico. Quanto ao sistema informatizado de prescrição e DE do HCPA (Crossetti et al, 2000), concluiu-se que compreende informações precisas dos fenômenos clínicos as quais expressam uma base de dados local por excelência, vindo ao encontro da assertiva de que grandes bases de dados clínicos são imperativas para investigar a eficácia da enfermagem, refinar as ligações entre as taxonomias de diagnósticos, intervenções e resultados com base nas evidências clínicas.

Palavras-Chave: Classificação, Processo de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

Área Temática: PROCESSOS DE CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Maria da Graça Oliveira Crossetti

Rua: Padre João Batista Réus nº 3287, Bairro Cavallhada

CEP: 91920-001, Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3249-2918/ (51) 98787269

mail: mgcrossetti@gmail.com