



## ARTIGO ORIGINAL

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DE UM *SOFTWARE* COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Nursing diagnoses and interventions identified from the use of a *software* with the nursing process

Gabriela Tavares Boscarol<sup>1</sup>

**RESUMO**

Trata-se de estudo descritivo com amostra de 100 pacientes. A coleta de dados realizada em um hospital filantrópico e de ensino da Zona da Mata Mineira entre 09 de janeiro a 17 de março de 2017. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. No intuito de comparar os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem à teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), realizou-se a técnica de mapeamento cruzado. **Resultados:** Foram identificados 65 títulos diagnósticos e 140 intervenções diferentes e optou-se em manter os diagnósticos e intervenções que apresentaram prevalência igual ou superior a 10% na amostra estudada. Dois títulos diagnósticos representam diagnósticos de risco e oito diagnósticos reais. Quanto às NHB, 90% eram para tratamento de problemas identificados nas NHB psicobiológicas e 10% a NHB psicossociais. **Conclusões:** O uso do *software* permitiu a avaliação diária à beira do leito de maneira integral e auxiliou na identificação dos diagnósticos de enfermagem e intervenções. Além disso, otimizou o tempo de atendimento, facilitou o registro das ações, monitoramento de indicadores, dando maior visibilidade ao trabalho da Enfermagem.

**Descritores:** Processo de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, *Software*, Unidades de internação, Adulto.

**ABSTRACT**

This is a descriptive study with a sample of 100 patients. Data collection was performed at a philanthropic and teaching hospital in the Zona da Mata Mineira from January 9 to March 17, 2017. Data were analyzed through descriptive statistics. In order to compare nursing diagnoses and interventions to the Basic Human Needs (BHN) theory, the cross-mapping technique was performed. **Results:** A total of 65 diagnostic titles and 140 different interventions were identified and it was decided to maintain nursing diagnoses and interventions that presented a prevalence of 10% or greater in the sample studied. Two diagnostic titles represent diagnoses of risk and eight real diagnoses. As for BHNs, 90% were for treatment of problems identified in psychobiological needs and 10% were psychosocial needs. **Conclusions:** Using the software allowed the daily assessment at the bedside in an integral manner and assisted in the identification of nursing diagnosis and interventions. Besides, it optimized the length of service, facilitated the actions registration, monitoring indicators, giving greater visibility to nursing work.

**Descriptors:** Nursing process, Nursing diagnosis, Software, Inpatient care units, Adult.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que favorece o cuidado profissional de Enfermagem e estabelece direção para que este seja realizado de forma sistematizada, planejada, organizada e documentada. É dividido em cinco etapas: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação da assistência. Considera intervenções de Enfermagem tendo como base o julgamento sobre as necessidades humanas para o alcance de resultados<sup>1,2</sup>.

Não obstante, na prática clínica vem se encontrando dificuldades na implementação do PE devido ao número limitado de profissionais nos serviços de saúde, falta de reconhecimento por parte da equipe de Enfermagem sobre a importância de se prestar uma assistência sistematizada, desvalorização por parte das direções nas instituições, bem como deficiência na aquisição de indicadores da assistência quando o PE é implementado<sup>1,3</sup>.

Almejando concretizar a implantação e registro de todas as etapas do PE, tem-se desenvolvido ferramentas que favoreçam a incorporação deste instrumento metodológico nos serviços de saúde. A criação de *software*, para este fim, vem sendo apontada como uma

estratégia eficaz, e a integração entre as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e o PE têm proporcionado muitos avanços para a Enfermagem<sup>4,5</sup>.

Estudo que identificou pesquisas sobre o PE aplicado a *softwares* constatou que sua informatização gera efeitos positivos na assistência de Enfermagem e implicações para a prática, à medida que o uso de um *software* aumenta a satisfação dos profissionais, refletindo em um maior tempo despendido para o cuidado direto ao paciente. Assim, é preciso incentivar o desenvolvimento de sistemas onde o PE é implementado embasado em teorias de Enfermagem com o uso de linguagens padronizadas, ampliando para demais cenários, fortalecendo assim a prática baseada em evidência<sup>6</sup>.

Buscando favorecer a aplicabilidade do PE na prática profissional, Tannure et al. (2015)<sup>1</sup> desenvolveu um *software* denominado Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva (SIPETi). Este tem como fundamentação teórica a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta e contém dados essenciais à anamnese, exame físico, DE, planejamento/ intervenções de Enfermagem, além de fornecer dados sobre a avaliação da assistência por meio de

indicadores de saúde. O *software* foi alimentado com diagnósticos de Enfermagem da taxonomia NANDA-International (NANDA-I) e com intervenções de Enfermagem extraídas da taxonomia Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>1</sup>.

O SIPETi apresentou-se mais vantajoso quando comparado com o registro manual no que se refere ao fato de ser mais preciso na execução das etapas do PE e dispor de avisos e lembretes que minimizam o registro de dados inválidos. Além disso, o sistema facilita a obtenção de dados para avaliar o serviço a partir do seu uso, bem como possui subsídios de ajuda que podem ser acessados em caso de dúvidas, dispondo de recursos mais adequados à aplicação do PE na prática de Enfermagem<sup>1</sup>. Dessa forma, todas as ações citadas anteriormente implicam diretamente na organização do cuidado, garantindo uma melhor documentação da prática profissional, e, por consequência, a segurança do paciente.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em parceria por pesquisadoras da Universidade Federal de Viçosa e Universidade Federal de Minas Gerais.

A população do estudo foi composta por pacientes internados nas

Com o intuito de ampliar os ganhos obtidos com seu uso, o SIPETi foi aplicado na prática clínica em unidades de internação de clínica médico-cirúrgica para ser adaptado a este cenário. Dessa forma questionam-se, quais são os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem identificadas utilizando-se um *software* com o PE em pacientes internados em unidade de clínica médico-cirúrgica?

O estabelecimento de um conjunto de diagnósticos e intervenções de Enfermagem identificados a partir da utilização do sistema poderá mostrar se a utilização do mesmo proporciona uma avaliação abrangente dos pacientes, além de direcionar a assistência de Enfermagem.

Diante do exposto, delineou-se este estudo que tem por objetivo estabelecer os diagnósticos e intervenções de Enfermagem identificados em um grupo de pacientes internados em unidade de clínica médico-cirúrgica a partir da utilização de um *software* com o Processo de Enfermagem.

clínicas médica e cirúrgica de um hospital filantrópico e de ensino da Zona da Mata Mineira, no período de 09 de janeiro a 17 de março de 2017, totalizando 271 indivíduos. Foram incluídos no estudo os pacientes que estavam internados nas unidades e aptos a participar da pesquisa no momento em que as pesquisadoras

realizavam a coleta de dados. Foram excluídos os pacientes que no momento da coleta de dados estavam sendo submetidos a exames, procedimentos invasivos e os que saíram da unidade por motivo de alta, óbito ou transferência. A amostra foi intencional sendo composta por 100 pacientes.

O estudo compreendeu a aplicação do *software* em um *tablet* para consulta à beira do leito. O *software* foi empregado no primeiro dia da admissão, seguido pelo acompanhamento diário do paciente por duas pesquisadoras de forma simultânea até a alta, transferência ou óbito. Como fonte de informação secundária utilizou-se o prontuário, exames e acompanhantes. Na clínica destinada à admissão de pacientes do sexo feminino foram cadastradas 57 pacientes e na clínica masculina, 43 pacientes.

Para identificação das informações necessárias, exclusão das repetições e análise dos dados, foram considerados os diagnósticos e intervenções de Enfermagem referentes à última avaliação do paciente antes do desfecho (alta, óbito ou transferência). As informações armazenadas no banco de dados do *software* foram extraídas e transcritas para uma planilha do programa Excel for Windows 2013. Devido ao grande número de DE com frequência pequena, optou-se

em manter os diagnósticos e intervenções que apresentaram prevalência igual ou superior a 10% na amostra estudada.

No intuito de comparar os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem à teoria das Necessidades Humanas Básicas realizou-se a técnica de mapeamento cruzado proposto por Moorhead e Delaney (1997)<sup>7</sup>. O mapeamento cruzado é um processo metodológico que liga palavras de sentido semelhante ou igual, por meio de um processo de tomada de decisão que utiliza estratégias dedutivas ou indutivas. Na Enfermagem este método pode ser utilizado na análise de dados em diferentes campos do cuidado, através de comparação entre informações coletadas dos pacientes e o referencial teórico utilizado na prática<sup>7</sup>.

Para ser realizado o mapeamento, foram consideradas as definições dos DE descritos na NANDA-I<sup>8</sup> e os conceitos das NHB propostos por Benedet e Bub (2001)<sup>9</sup>. Os diagnósticos mapeados às Necessidades Humanas Básicas foram submetidos à análise de especialistas a fim de verificar o índice de concordância. O índice de concordância foi verificado por meio da fórmula:  $IC = (NC / NC + ND) \times 100$ , em que NC é o número de concordâncias; e ND, o número de discordâncias<sup>10</sup>.

O índice de concordância entre as pesquisadoras e a perita 1 foi de 88% e as peritas 2 e 3 de 100%. Esses índices são

considerados uma concordância quase perfeita<sup>11</sup>. Para o mapeamento das intervenções de Enfermagem, as peritas foram orientadas a considerar o diagnóstico para o qual determinada

## RESULTADOS

Dos 100 participantes deste estudo, 57% eram do sexo feminino. A faixa etária variou entre 11 e 94 anos, sendo a maioria dos pacientes (62%) com idade entre 18 e 59 anos, seguida dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos (33%). Quanto à clínica de hospitalização, 55% eram pacientes clínicos e 45% cirúrgicos. No que se refere à causa de internação, os pacientes foram internados devido a problemas gastrintestinais (26%), por problemas musculoesqueléticos (20%), cardiovasculares (11%), respiratórios (11%), reprodutor/genital (10%), tegumentares (10%), renais (7%), endócrino/metabólicos (3%), neurológico

intervenção foi prescrita para relacioná-la a uma necessidade básica. Obteve-se 100% de índice de concordância entre as pesquisadoras e as peritas no mapeamento cruzado realizado em três ciclos.

(1%) e imunológico (1%). Do total de pacientes, 88 (88%) tiveram alta, 9 (9%) foram transferidos para outros setores ou hospitais e 3 (3%) evoluíram para óbito.

### Identificação dos títulos diagnósticos e intervenções de Enfermagem

Foram elaborados, incluindo as repetições, 380 diagnósticos de Enfermagem, média de 3,8 diagnósticos por paciente. Ao excluir as repetições, obteve-se 65 diferentes títulos diagnósticos. Destes, foram mantidos aqueles que apresentaram frequência maior ou igual a 10% nos 100 pacientes que compuseram a amostra do estudo, totalizando 10 diagnósticos de Enfermagem (Tabela 1).

**Tabela 1 – Títulos diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I por número de pacientes com frequência maior que 10% (n=100). Viçosa, MG, Brasil, 2017. Fonte: Dados da pesquisa.**

Título Diagnóstico	n	%
Risco de infecção	87	87
Dor aguda	38	38
Constipação	19	19
Deambulação prejudicada	17	17
Risco de integridade da pele prejudicada	15	15
Volume de líquidos excessivo	14	14
Eliminação urinária prejudicada	13	13

Ansiedade	12	12
Distúrbio no padrão de sono	11	11
Padrão respiratório ineficaz	10	10

Dentre os títulos diagnósticos, dois representam diagnósticos de risco e oito diagnósticos reais. Dos 13 domínios da Taxonomia II da NANDA-I, seis não foram representados por nenhum diagnóstico, são eles: promoção da saúde, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamento, sexualidade e princípios da vida. Os domínios representados foram atividade/ repouso (3 – 30%), segurança/ proteção (2 – 20%), eliminação e troca (2 – 20%), conforto (1 – 10%), nutrição (1 – 10%) e enfrentamento/tolerância ao estresse (1 – 10%)<sup>8</sup>.

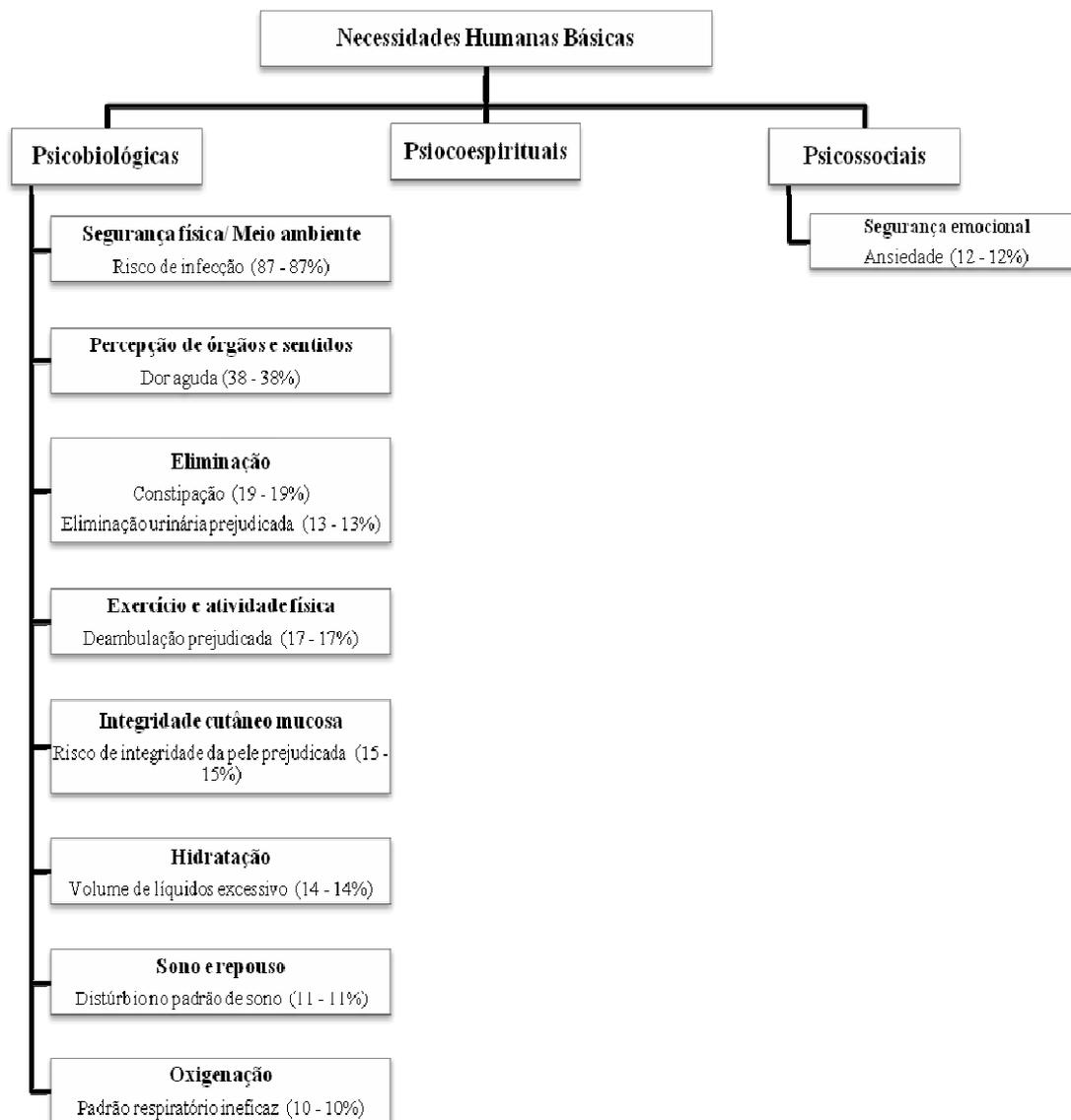
#### **Mapeamento cruzado às Necessidades Humanas Básicas entre os diagnósticos e intervenções de Enfermagem**

Os títulos diagnósticos foram submetidos ao mapeamento cruzado com a teoria das NHB. Entre os dez diferentes títulos diagnósticos de Enfermagem formulados, nove foram mapeados às NHB

Em relação às intervenções de Enfermagem, foram prescritos 1155 intervenções de Enfermagem. Após a exclusão das repetições obteve-se um total de 140 diferentes cuidados, média de 11,9 por paciente. Após o processo de organização dos dados, para a apresentação dos resultados foram considerados os cuidados prescritos relativos aos 10 títulos diagnósticos mais frequentes, obtendo-se um total de 24 intervenções (Tabela 2).

psicobiológicas; um às NHB psicossociais e nenhum dos diagnósticos formulados referem-se às NHB psicoespirituais (Figura 1).

**Figura 1 – Mapeamento Cruzado dos diagnósticos de Enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Viçosa, MG, Brasil, 2017. Fonte: Dados da pesquisa.**



As 24 diferentes intervenções de Enfermagem identificadas foram mapeadas às necessidades humanas básicas. Constatou-se que 20 (83,3%) cuidados

prescritos se eram intervenções para tratar problemas nas NHB psicobiológicas e apenas quatro (16,7%) para NHB psicossociais (Tabela 2)

**Tabela 2: Intervenções de Enfermagem relativas aos títulos diagnósticos mais frequentes seguido de mapeamento cruzado (n=100). Viçosa, MG, Brasil, 2017. Fonte: Dados da pesquisa.**

<b>Mapeamento às NHB</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Regulação (térmica e vascular) /Oxigenação</b>	Aferir e registrar valor dos dados vitais (FC, FR, PA e Tax) de _/_ h. Comunicar ao enfermeiro se FC menor que _ bpm e maior que _ bpm, se FR menor que _ irpm ou maior que _ irpm, se PAS maior que _ mmHg ou menor que _ mmHg, se PAD maior que _ mmHg e menor que _ mmHg e Tax menor que _ °C ou maior que _ °C.	76	76
	Realizar troca do cateter venoso periférico de _/_ h e antes caso detecte a presença de sinais flogísticos no sítio de inserção do cateter (hiperemia, edema, presença de secreção, calor local e queixa de dor), obstrução do lumen do cateter e extravasamento de soro e de medicamentos.	75	75
<b>Segurança física/meio ambiente</b>	Realizar o curativo da área de inserção do cateter de _ de _/_ h e antes quando sujo, úmido ou solto. Aplicar _ no sítio de inserção do cateter e remover usando SF 0,9%. Ocluir com gaze estéril e fita hipoalergênica. Datar, assinar e checar na intervenção. Enfermeiro.	74	74
	Trocar os equipos de infusão de soroterapia e medicamentos a cada _ h. Datar e assinar a troca.	71	71
	Registrar características do sítio de inserção do _ a cada troca de curativo. Comunicar ao Enfermeiro sinais flogísticos (queixa de dor, hiperemia, edema, calor local e presença de secreção).	62	62
<b>Cuidado corporal</b>	Orientar o(a) paciente a usar fio dental entre os dentes e escovar os dentes, gengivas e língua ao acordar, após cada refeição e antes de dormir.	55	55
	Realizar uma avaliação abrangente da dor que inclua localização, intensidade, tipo e os fatores precipitantes sempre que houver relato de dor. Registrar dados e comunicar ao enfermeiro.	33	33
<b>Percepção dos órgãos e sentidos</b>	Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor após instituição dos cuidados e tratamento medicamentoso, por meio de uma avaliação da dor pelo uso da escala numérica da dor.	32	32
	Investigar com o(a) paciente os fatores que aliviam e que pioram a dor, sempre que detectar queixa de dor. Registrar impressão e discutir o caso com o enfermeiro.	32	32
	Observar continuamente se o(a) paciente está apresentando expressão facial que demonstre dor. Se presente, comunicar ao enfermeiro.	32	32
	Auscultar abdome do(a) paciente de _/_ horas e antes caso apresente queixa de dor abdominal e distensão abdominal. Registrar dados das características dos RHA (presentes, diminuídos, aumentados ou ausentes). Enfermeiro.	27	27
<b>Eliminação</b>	Monitorar as eliminações intestinais (frequência, consistência, volume e cor) diariamente. Registrar dados a cada episódio de evacuação. Comunicar ao enfermeiro, se paciente não evacuar em apresenta mais que _ episódios de fezes líquidas.	26	26

	Registrar quantidade, cor e odor da urina a cada eliminação urinária. Caso o paciente esteja a mais de _ horas sem urinar, comunique ao enfermeiro.	22	22
	Solicitar à nutricionista dieta rica em fibras para o/a paciente, hoje.	19	19
<b>Exercício e atividade física</b>	Avaliar e registrar dados que possam indicar sinais e sintomas de intolerância aos exercícios realizados com o/a paciente (cefaléia, dor, fraqueza, transpiração e palpitações). Comunicar ao enfermeiro quando detectar essas evidências.	18	18
<b>Integridade cutâneo mucosa</b>	Manter constantemente os lençóis da cama limpos, secos e livres de ruga. Trocá-los toda vez que estiverem sujos e úmidos.	14	14
	Fazer anotações sobre o estado emocional do(a) paciente a cada início de plantão e sempre que houver alteração no estado emocional. Caso detecte ansiedade, tristeza, apreensão, irritabilidade, medo, instabilidade emocional comunique o enfermeiro.	22	22
<b>Segurança emocional</b>	Encorajar o(a) paciente a expressar seus sentimentos, quando evidenciar sinais de tristeza, afastamento, relato de medo e raiva. Registrar impressão e discutir caso com enfermeiro.	14	14
	Autorizar a permanência de membros da família na UTI em tempo integral. Enfermeiro.	11	11
	Explicar todos os procedimentos a serem realizados, inclusive sensações que o (a) paciente possa ter durante cada procedimento.	11	11
	Realizar ausculta pulmonar de _/_ h e sempre que o paciente apresentar taquipnéia, dispnéia, uso de musculatura acessória, confusão mental, saturação de O <sub>2</sub> menor que _ %. Atentar para presença de crepitações, roncos, estridor laríngeo, atrito pleural, sibilos e diminuição do MVF. Quando presentes, discutir caso com a equipe médica. Enfermeiro.	11	11
<b>Oxigenação</b>	Monitorar continuamente o ritmo respiratório do(a) paciente, a saturação de oxigênio e a presença de esforço respiratório. Comunicar ao enfermeiro caso detecte apnéia, taquipnéia, bradpnéia, saturação de oxigênio menor que _ % e a presença de tiragens no tórax do paciente.	10	10
	Monitorar diariamente queixa de dispnéia e eventos que possam aumentá-la ou piorá-la. Registrar impressão e discutir os achados com o enfermeiro. Elevar e manter a cabeceira do leito da cama elevada a _ °.	10	10
<b>Sono e repouso</b>	Monitorar e registrar diariamente dados sobre o padrão do sono do(a) paciente (horas dormidas e eventos que comprometeram o sono e o conforto).	9	9

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foram identificados DE de risco e reais (Tabela 1). Dentre os diagnósticos de risco, o mais frequente foi o de “Risco para infecção” (87%) seguido pelo “Risco de integridade da pele prejudicada” (15%). Esse achado é corroborado por outros estudos. Estudo realizado com pacientes de uma clínica cirúrgica observou frequência de até 100% do DE “Risco de infecção” na avaliação dos pacientes internados<sup>12</sup>. Tais achados se devem ao fato do processo de hospitalização representar ameaça ao estado de saúde do indivíduo, aumentando o risco de contaminação por patógenos presentes no ambiente hospitalar<sup>12</sup>.

Dente os diagnósticos reais, o DE “Dor aguda” foi identificado em 38% dos pacientes deste estudo, o segundo com maior frequência. Corroborando com este achado, estudo conduzido por Vasconcelos (2015) também observou alta frequência desse DE, 53,8%, em pacientes da clínica pós-cirúrgica e unidades de terapia intensiva<sup>12</sup>.

A frequência do diagnóstico “Constipação” identificada no presente estudo (19%) foi menor que os valores descritos na literatura em unidades de clínica médica (44%)<sup>13</sup>. Estudo realizado com pacientes em pós-operatório de cirurgia geral identificou o “Risco de

constipação” em 67% dos pacientes, entretanto, cabe ressaltar que o diagnóstico real “Constipação” não foi identificado na coleta de dados dessa mesma pesquisa<sup>12</sup>.

Neste estudo o DE “Deambulação prejudicada” foi identificado em 17% dos pacientes, percentual muito inferior quando comparado a outro estudo desenvolvido com pacientes internados em unidade de clínica médica que encontrou frequência de 76% %<sup>13</sup>. Os autores atribuíram a alta frequência do mesmo à quantidade de pacientes idosos, acamados ou em recuperação presentes no cenário do estudo, considerando que 60% da clientela apresentava mais de 50 anos<sup>13</sup>.

Embora o DE “Volume de líquidos excessivo” tenha apresentado frequência de 14% neste trabalho, estudos realizados apenas com idosos chegaram a observar frequência de mais de 40% desse título diagnóstico, visto que essa população específica é mais acometida por doenças que podem alterar os processos metabólicos<sup>12,14</sup>.

O diagnóstico “Eliminação urinária prejudicada” foi identificado em 13% dos pacientes. Outras pesquisas com clientela e cenário semelhantes também encontraram baixa frequência desse diagnóstico (28% e 3,3%)<sup>13,15</sup>. Embora neste estudo a frequência do referido DE tenha sido baixa em relação a outros diagnósticos, observa-

se no processo de envelhecimento o aumento de quadros patológicos geniturinários, como insuficiência renal, infecção e incontinência urinária, o que justifica o aparecimento desse diagnóstico em pacientes com mais de 60 anos<sup>16</sup>.

O DE “Distúrbio no padrão de sono” foi identificado em apenas 11% dos pacientes, o que pode ser justificado, sobretudo, pelas interferências ambientais que permeiam o espaço hospitalar, de acordo com Cunha (2015). Fatores extrínsecos e intrínsecos influenciam no padrão de sono, devendo a equipe estar atenta no controle dessas interferência<sup>15</sup>.

A frequência do diagnóstico “Padrão respiratório ineficaz” (10%) vai de encontro com o percentual de pacientes cujo sistema orgânico determinante da causa da internação foi o respiratório (11%). Em um estudo realizado em um hospital público no sul do Brasil em unidades de clínica médica, clínica cirúrgica e serviço de pronto atendimento cujo objetivo foi identificar os DE mais frequentes entre idosos internados o “Padrão respiratório ineficaz” apresentou frequência de 42% na amostra estudada<sup>14</sup>.

Entre as NHB psicossociais apenas um DE foi formulado para mais de 10% dos pacientes, o diagnóstico “Ansiedade”. Estima-se que em um ambiente hospitalar muitos pacientes tornam-se ansiosos

devido à mudança de ambiente, o medo da morte, de desfechos negativos e distanciamento da família, sendo este um problema comum que também foi identificado em outros estudos<sup>12,13</sup>. É imprescindível que o estresse, medo, angústia, dentre outros sinais sejam documentados pela equipe de Enfermagem nos prontuários, pois assim como outros diagnósticos, a ansiedade demanda cuidados e pode afetar outras necessidades básicas do indivíduo.

Quanto às NHB psicoespirituais não houve DE foi formulado para mais de 10% dos pacientes. Em um estudo realizado em uma UTI de um hospital da Zona da Mata Mineira com 17 pacientes foi observado que para nenhum deles foram formulados DE relacionado às NHB psicoespirituais<sup>17</sup>. Apesar desses resultados, ressalta-se que os profissionais de Enfermagem devem estar sensíveis para contemplar o indivíduo em sua totalidade, sem negligenciar seu contexto e crenças. A internação hospitalar afasta os indivíduos do acolhimento familiar e os expõe a um ambiente diferente e complexo, acarretando a estresse e angústia tanto nos pacientes quanto em seus familiares. É importante considerar que a saúde espiritual é fundamental na melhoria das condições dos pacientes hospitalizados e durante o período de recuperação<sup>17</sup>.

Em relação às intervenções de Enfermagem, a maioria foi relacionada aos diagnósticos “Risco de infecção” e “Integridade da pele prejudicada”, e para esses foram prescritos cuidados como uso recomendado de equipamentos de proteção individual, manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas, emprego de técnicas adequadas no cuidado de feridas, avaliação das condições da pele e monitoração de ressecamento e umidade. Alguns autores chegaram a identificar intervenções de Enfermagem no controle de infecção prescritas para 100% dos participantes de um estudo<sup>18</sup>.

Estudos identificaram as intervenções de Enfermagem da NIC mais frequentes em pacientes em pós-operatório mediato a partir dos diagnósticos de Enfermagem verificados nessa clientela. Observou-se que a maioria das intervenções era relacionada ao diagnóstico “Risco de infecção”<sup>19,20</sup>. Outros autores trazem ainda o diagnóstico “Dor aguda” muito frequente em pacientes em pós-operatório, sendo 25,84% de todos os cuidados prescritos voltados, exclusivamente, para este DE. Achados similares foram descritos em outro estudo, em que todas as intervenções de Enfermagem com frequência maior que 70% são relacionadas ao diagnóstico “Risco de infecção” e 17,39% são cuidados

de Enfermagem voltados para o controle da dor aguda<sup>19,20</sup>.

Nesse estudo, entre os cuidados de Enfermagem identificados constatou-se que nenhum deles foi prescrito para todos os pacientes, sendo que o mais frequente foi “Aferir e registrais sinais vitais” (76%). Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia do funcionamento das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo, indicando o estado do paciente e a gravidade da doença. Esses parâmetros, medidos de forma seriada, contribuem para que o enfermeiro identifique os diagnósticos de Enfermagem, avalie as intervenções implementadas e tome decisões sobre a resposta do paciente à terapêutica<sup>21</sup>.

Em relação ao mapeamento cruzado realizado entre os diagnósticos com as NHB, 90% dos títulos diagnósticos referem-se às NHB psicobiológicas e apenas um diagnóstico (10%), o de “Ansiedade”, foi mapeado à NHB psicossocial. Não houve diagnósticos que contemplassem as NHB psicoespirituais. Quanto aos cuidados prescritos verificou-se que a maioria se relacionou às NHB psicobiológicas.

Por fim, reforça-se que a identificação dos DE e das intervenções de enfermagem implica diretamente na qualidade da assistência a ser prestada. A

padronização do cuidado de enfermagem por meio da identificação de problemas (diagnósticos) e riscos individuais e coletivos, bem como com a avaliação das intervenções de enfermagem, contribui

## CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar os DE e intervenções mais frequentes para pacientes internados em uma unidade de clínica médico-cirúrgico a partir do uso do *software* SIPETi. Para os 100 pacientes avaliados foram identificados 65 títulos diagnósticos e 140 intervenções de Enfermagem diferentes, sendo analisados aqueles que apresentaram frequência maior que 10% na população estudada.

A maioria dos DE identificados neste estudo também foi encontrada em outros trabalhos, confirmando que são comuns à prática clínica do enfermeiro, tanto em cenários similares quanto em outros setores hospitalares. Dentre eles, dois representam diagnósticos de risco e oito diagnósticos reais.

O DE “Risco de infecção” foi o mais frequente, demonstrando que a internação em clínica médico-cirúrgico potencializa as chances de pacientes evoluírem com esse tipo de problema. Por conseguinte, a intervenção de Enfermagem com maior frequência está relacionada a este DE.

para que as metas de segurança do paciente sejam alcançadas, fortalecendo a assistência de enfermagem por meio de evidências científicas<sup>22</sup>.

Esse estudo se limita a uma população específica, logo os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados. Portanto, é importante que estudos semelhantes sejam realizados em diferentes setores, localidades e contextos a fim de acompanhar a evolução das intervenções de Enfermagem em relação à identificação dos diagnósticos e atenção a todas as necessidades básicas do indivíduo.

O uso do *software* permitiu a avaliação diária à beira do leito de maneira integral dos pacientes e auxiliou na identificação dos DE e intervenções. Além disso, otimizou o tempo de atendimento permitindo um melhor acolhimento do paciente refletindo em um plano de cuidados individual. Por fim, facilitou o registro das ações e monitoramento de indicadores, dando maior visibilidade ao trabalho da Enfermagem.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir na priorização dos DE mais frequentes, assim como, subsidiar a elaboração dos planos de cuidados, contribuindo para uma prática segura e baseada em evidências.

**FOMENTO**

O Projeto foi financiado pela  
FAPEMIG: PROJETO Nº 2290-2016.

**REFERÊNCIAS**

1. Tannure MC, et al. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *J. Health Inform.* 2015; 7(3):69-74. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/337>
2. Boaventura AP, Santos PA, Duran ECM. Theoretical and practical knowledge of the nurse on Systematization of nursing care and Nursing Process. *Enfermería Global.* 2017; 16(2):182-94. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf)
3. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc. Anna Nery.* 2015; 19(1):47-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>
4. Juliani CMCM, Silva MC, Bueno GH. Avanços da informática em enfermagem no Brasil: revisão integrativa. *J. Health Inform.* 2014; 6(4):161-65. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/322>
5. Barra DCC, Dal Sasso GTM, Almeida SRW. Usabilidade do processo de enfermagem informatizado a partir da CIPE® em unidades de terapia intensiva. *Rev. esc. enferm. USP.* 2015; 49(2): 0326-0334. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200019>.
6. Domingos CS, Boscarol GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC, Salgado PO. A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. 2017; 16(4):620-36. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/278061/217631>

7. Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. *Nurs Diagn.* 1997; 8(4):137-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624991>
8. Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I*. 11o ed. Porto Alegre: Artmed; 2018; 488 p.
9. Benedet AS, Bub MBC. *Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA*. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
10. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(3): 925-936. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en)
11. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977; 33(1): 159-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/843571>
12. Vasconcelos AC, Castro CGA, Silva DF, Sousa VJ. Frequência de diagnósticos de enfermagem em uma clínica cirúrgica. *Rev. RENE.* 2015;16(6): 826-32. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2867/2230>
13. Lopes EB, Pupulim JSL, Oliva APV. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Ciênc Cuid Saúde.* 2016; 15 (2): 358-365. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.29356>
14. Nogueira LL, Costa SSS, Silveira VDA, Porto GD, Tomaschewski-Barlem JG, Roggia PD. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos em situação hospitalar. *Avances En Enfermería.* 2015; 33(2): 251-260.

- Disponível em:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002015000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200007&lng=en)
15. Cunha ACR, Nóbrega MML, Carvalho MWA. Perfil diagnóstico de clientes hospitalizados em clínica médica de um hospital escola. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2015; 9(3): 7524-31. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10490p7524-7531-2015>
16. Bitencourt GR, Felipe NHMD, Santana RF. Diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em idosos no pós-operatório: um estudo transversal. *Revista Enfermagem UERJ*. 2016; 24(3): 16629. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/16629/19395>
17. Estevam FEB, Perdigão IS, Guimarães JC, Oliveira RCC, Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Efetividade na identificação e resolução de necessidades psicossociais e psicoespirituais de pacientes críticos. *Enfermagem* *Revista*. 2016; 19(1): 1-20. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11631>
18. Aguiar LL, Guedes MVC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem do domínio segurança e proteção para pacientes em hemodiálise. *Enfermería Global*. 2017; 16(3): 13-25. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt\\_1695-6141-eg-16-47-00001.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00001.pdf)
19. Carvalho IM, Silva RAR, Ferreira DKS, Nelson ARC, Duarte FHS, Prado NCC. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. *Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)*. 2016; 8(4): 5062-67. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3651>
20. Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena AF. Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1): e5017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100401&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100401&lng=en)

21. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(4): 1071-1078. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en)

22. Adamy EK, Metelski F, Argenta C, Silva OM, Zocche DA. A. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. *Rev. Enferm. atenção saúde.* 2018; 7:272-8. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2519>

Correspondência  
Gabriela Tavares Boscarol  
Departamento de Medicina e Enfermagem. Av. Peter Henry Rolfs, s/n. Campus Universitário – Viçosa, MG. 36570-900.  
E-mail: gabiboscarol@gmail.com

Recebido: 09/05/2019

Aceito: 13/08/2019