



**Universidade de Brasília**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ENFERMAGEM**

JESSICA RODRIGUES MACHADO

PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE  
PACIENTES COM DISTÚRBIOS RENAIIS INTERNADOS EM  
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

**BRASÍLIA**

**2015**

JESSICA RODRIGUES MACHADO

**PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM  
DISTÚRBIOS RENAI INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
avaliação da banca examinadora da  
Universidade de Brasília, como requisito para  
conclusão do curso de Enfermagem.

**Aprovado em 01 de Julho de 2015**

**Banca Examinadora**

---

**Profª. Drª. Cristine Alves Costa de Jesus (Presidente da Banca)  
Universidade de Brasília**

---

**Profª. Drª. Paula Elaine Diniz dos Reis (Membro da Banca)  
Universidade de Brasília**

---

**Profª. Drª. Ivone Kamada (Membro da Banca)  
Universidade de Brasília**

## **Perfil de diagnósticos de enfermagem de pacientes com distúrbios renais internados em uma unidade de terapia intensiva.**

Jéssica Rodrigues Machado<sup>1</sup>, Cristine Alves Costa de Jesus<sup>2</sup>.

### **RESUMO**

**Introdução:** No contexto do cuidado ao paciente com afecções renais, percebe-se a importância da abordagem integral e sistematizada, para a avaliação do estado de saúde destes pacientes, em especial no ambiente de terapia intensiva. **Objetivo:** Identificar a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem em indivíduos com distúrbios renais, internados na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional de caráter exploratório descritivo, tipo série de casos. O estudo encontra-se vinculado à linha de pesquisa Sistematização da assistência de enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) e tem como local de estudo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Foram contempladas duas etapas do processo de enfermagem: investigação e diagnóstico. Foi investigado num grupo de 03 pacientes, com características em comum, diagnósticos de enfermagem presentes e prevalentes, a fim de subsidiar estudos na prática clínica. Os pacientes da amostra se enquadravam no critério de inclusão que, englobavam pacientes adultos (idade igual ou superior a 18 anos), de ambos os sexos, internados na UTI do HUB com alterações renais. O estudo teve aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UnB sob protocolo 053/2011. A coleta de dados ocorreu por entrevista e exame físico completo de toda amostra estudada, no período de Dezembro de 2013 a Junho de 2014. Após análise de dados coletados, os diagnósticos foram fundamentados na taxonomia NANDA Internacional. **Resultados:** Quatorze diagnósticos da NANDA foram encontrados, sendo que onze foram identificados em 100% da amostra estudada, sendo eles: Risco de aspiração, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de Infecção, Ventilação Espontânea prejudicada, Perfusão renal ineficaz, Eliminação urinária prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se e Deglutição prejudicada. Os diagnósticos presentes em toda amostra foram discutidos e

---

<sup>1</sup>Acadêmica 5º ano do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB). E-mail:

<sup>2</sup>Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf-UnB). Orientadora do Estudo. E-mail: cristine@unb.br

descritos individualmente. Sendo descrito também, fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos com maior prevalência na amostra. Os diagnósticos coletados no trabalho são instrumentos de avaliação e implementação do plano de cuidados do paciente com distúrbio renal. É importante a continuidade do estudo, devido à amostra reduzida, para melhor conhecimento de diagnósticos de determinado grupo de pacientes, agrupando características semelhantes, com a finalidade de aprimorar a prescrição de enfermagem. **Conclusão:** Os diagnósticos descritos e identificados nos pacientes até então estudados auxiliam na visão do paciente de forma holística. A realização de estudos com apresentação de diagnósticos de enfermagem ajuda a disseminar a importância da utilização do processo de enfermagem como instrumento metodológico.

**Descritores: Pesquisa em Enfermagem; Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; UTI.**

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** In the context of patient care with kidney disease, it's possible to realize the importance of comprehensive and systematic approach to assessing the health status of these patients, especially in the intensive care unit. **Objective:** To identify the occurrence of nursing diagnoses in people with kidney disorders, admitted to the intensive care unit of a university hospital. **Methodology:** This is an observational and descriptive exploratory study, of case series. The study is linked to the systematic research line of nursing care at the University of Brasilia (UNB) and has been placed in the the Intensive Care Unit (ICU) of the University Hospital of Brasilia (UHB). Two steps of the nursing process were awarded: research and diagnosis. It was investigated in a group of 03 patients with common characteristics, nursing diagnoses present and prevalent in order to subsidize studies in clinical practice. The patients in the sample fell outside the inclusion criteria that encompassed adult patients (18 years old or more) of both sexes admitted to the ICU of HUB with renal disorders. The study was approved by the Ethics Committee of the Medical School at UNB in protocol 053 / 2011. After analysis of data collected through, the diagnoses were based on NANDA –International. **Results:** Fourteen diagnoses of NANDA were found, eleven of them were identified in 100 % of the sample, among them are: Risk of aspiration, electrolyte imbalance risk, infection risk, Spontaneous Ventilation impaired, ineffective renal perfusion, impaired urinary elimination, impaired tissue integrity, bed Mobility impaired, impaired verbal communication, self-care

deficit for feeding, bathing, personal hygiene and dress and impaired swallowing. The diagnoses present in the whole sample were discussed and described individually. It has been also described related factors and defining characteristics of the diagnoses with the highest prevalence in the sample. The diagnostics collected in the study are tools of assessment and implementation of the care plan for patient with renal disorder. It is important to continue the study, due to the small sample size for better understanding of a particular group of patients diagnostics, grouping similar characteristics, in order to enhance the nursing prescription. **Conclusion:** The described and identified diagnoses in patients previously studied assist in the patient's holistical vision. The studies with presentation of nursing diagnoses help to spread the importance of using the nursing process as a methodological tool.

**Keywords: Nursing Research; nursing; Nursing Diagnosis; ICU.**

## **RESUMEN**

**Introducción:** En el contexto de la atención de los pacientes con enfermedad renal, se da cuenta de la importancia del enfoque integral y sistemático para evaluar el estado de salud de estos pacientes, sobre todo en la UCI. **Objetivo:** Identificar la ocurrencia de diagnósticos de enfermería en personas con trastornos renales, ingresó en la unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario. **Metodología:** Se trata de un estudio observacional de exploratoria descriptiva, series de casos. El estudio está vinculado a la línea de investigación sistemática de la atención de enfermería en la Universidad de Brasilia y tiene como lugar de estudio a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Universidad de Brasilia. Se otorgaron dos pasos del proceso de enfermería: la investigación y el diagnóstico. Fue investigado en un grupo de 03 pacientes con características comunes, diagnósticos de enfermería prevalentes presentes y con el fin de subsidiar los estudios en la práctica clínica. Los pacientes de la muestra cayeron fuera de los criterios de inclusión que abarcaban pacientes adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos ingresados en la UCI del HUB con trastornos renales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la UNB en protocolo 053 / 2011. Los datos fueron recolectados mediante entrevista y el examen físico de toda la muestra, a partir de diciembre de 2013 hasta junio de 2014. Después de analizar los datos recogidos, los diagnósticos se basan en la taxonomía NANDA Internacional. **Resultados:** Se encontraron Catorce diagnósticos de la NANDA, de los cuales once fueron identificados en el 100% de la muestra, de la siguiente manera: Riesgo de aspiración, riesgo desequilibrio electrolítico, el

riesgo de infección, Ventilación espontánea perjudicada perfusión renal ineficaz, deterioro de la eliminación urinaria , la integridad del tejido deteriorado Movilidad cama deteriorada , la comunicación verbal alterada , déficit de autocuidado para la alimentación, el baño , la higiene personal y el vestido y deficientes deglución. Los diagnósticos presentes en toda la muestra se discutieron y se describen de forma individual. Como también se ha descrito, los factores y las características definitorias de los diagnósticos con mayor prevalencia en la muestra relacionada. El trabajo de diagnóstico se recogen en los instrumentos de evaluación y aplicación del plan de atención de los pacientes con trastorno renal. Es importante continuar con el estudio, debido al pequeño tamaño de la muestra para una mejor comprensión de un grupo particular de pacientes para la agrupación de características similares, de diagnóstico, con el fin de mejorar la prescripción de enfermería. **Conclusión:** Los diagnósticos descritos e identificados en los pacientes estudiados previamente ayudar en la visión del paciente de manera integral. Los estudios con la presentación de diagnósticos de enfermería ayudan a difundir la importancia de utilizar el proceso de enfermería como herramienta metodológica. **Palabras clave: Investigación en Enfermería; Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; UCI.**

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios renais comuns em pacientes internados em unidades críticas vão da insuficiência renal aguda, à terapia dialítica e distúrbios eletrolíticos. A insuficiência renal aguda (IRA) é um problema que afeta grande parte dos pacientes com problemas renais internados em UTI e é responsável por elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Grande parte desses pacientes (cerca de 5%) com insuficiência renal irão necessitar de tratamento dialítico. (JACKIU; MACHADO; FALCÃO, 2008).

A diálise, conhecida terapia de substituição da função renal, é o tratamento mais empregado quando há perda da função renal na UTI. O objetivo é manter o paciente metabolicamente estável, sem problemas de uremia. (SILVA; THOMÉ, 2009).

Em consequência da hospitalização por longos períodos, ocorre um aumento no número de patologias, que se desenvolvem como complicações de outras doenças. A IRA é uma das complicações mais comuns no ambiente hospitalar e sua incidência varia de acordo com a gravidade do paciente. É uma patologia reversível, caracterizada pela rápida queda da capacidade dos rins em retirar as escórias do organismo, o que causa distúrbios hídricos, eletrólitos e Ácido-básicos. (SANTOS; MARINHO, 2013).

Neste contexto do cuidado ao paciente com afecções renais, percebe-se a importância da abordagem integral e sistematizada, para a avaliação do estado de saúde destes pacientes, em especial no ambiente de terapia intensiva. Na Enfermagem, um dos métodos utilizados para a Sistematização da Assistência é o Processo de Enfermagem que é tido como instrumento tecnológico ou modelo metodológico para o cuidado profissional da Enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é um método de cuidado sistemático, centrado no paciente, direcionado para metas, que oferece uma estrutura para a prática da enfermagem. O PE é descrito em cinco etapas - investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação – onde estas se constituem por itens separados, porém fazem parte de um todo, empregado para identificar necessidades, estabelecer prioridades de cuidado, maximizar elementos positivos e solucionar alterações reais ou potenciais nas respostas humanas à saúde e à doença, promovendo assim, a saúde em seu mais alto nível para cada paciente. (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

Na primeira etapa do processo de enfermagem (levantamento ou coleta de dados) as informações ou os dados pertinentes do paciente deverão ser obtidos e organizados. O principal foco da coleta de dados é a resposta do paciente aos problemas de saúde. A segunda etapa do processo de enfermagem, diagnóstico, caracteriza-se pela análise, interpretação dos dados, identificação dos problemas/condições de saúde e formulação de um diagnóstico de enfermagem propriamente dito. (POTTER; PERRY, 2006).

A etapa que se refere à formulação dos Diagnósticos de Enfermagem será destacada neste presente estudo, visto que constitui-se em um elo forte entre as demais etapas pois promove a integração da coleta de dados ao planejamento das ações, envolvendo julgamento, avaliação crítica e tomada de decisão.

O diagnóstico de enfermagem difere do diagnóstico médico por representar a descrição de uma resposta individual ao processo de doença, condição ou situação, não se tratando, portanto, da identificação de um processo de doença específico ou uma patologia, como no caso do diagnóstico médico. (JESUS; CARVALHO, 1997)

No Brasil, a consolidação da utilização do termo diagnóstico de enfermagem data de 1979, quando Wanda de Aguiar Horta propôs o processo de enfermagem em seis etapas. Assim, a Taxonomia da NANDA tem sido utilizada tanto em âmbito acadêmico quanto na prática assistencial. E no que se refere à pesquisa, o Brasil tem desenvolvido estudos inclusive de validação e proposição de diagnósticos de enfermagem para a NANDA. (SANTOS; MAZONI; CARVALHO, 2009)

Assim, o estudo teve por objetivo identificar e descrever os diagnósticos de enfermagem nos pacientes com afecções renais, internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de série de casos em que se buscou identificar e descrever os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma clientela com distúrbios renais internada na UTI do HUB.

É um tipo de investigação onde é apresentado um grupo de pessoas que apresentam características comuns a fim de subsidiar estudos na prática clínica.

O estudo encontra-se vinculado à linha de pesquisa de sistematização da assistência de enfermagem da Universidade de Brasília e tem como local de estudo a Unidade de Terapia Intensiva do HUB. Foram aplicadas duas etapas do processo de enfermagem, quais sejam, investigação e diagnóstico.

O projeto teve aprovação pelo Comitê de ética da Faculdade de Medicina da UnB, sob o protocolo 053/2011.

Constituiu-se uma amostra por conveniência, ou seja, não-aleatória, e os critérios de inclusão adotados foram: adultos internados com distúrbios renais, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que concedessem a anuência em participar do trabalho por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou que na impossibilidade (devido à alterações do estado de consciência), essa fosse concedida pelo familiar ou responsável. Os dados foram coletados no período de Dezembro 2013 a Junho de 2014. A coleta de dados ocorreu por entrevista e exame físico. Os dados foram analisados e, a partir do julgamento clínico de enfermagem, foram formulados os diagnósticos fundamentados na Taxonomia da NANDA Internacional. (NANDA, 2013).

Fizeram parte da amostra 03 clientes internados no referido período, que foram selecionados a partir dos critérios de inclusão da pesquisa que consentiram, diretamente ou através do responsável, participar do estudo. A amostra reduzida deu-se por consequência do período que a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário permaneceu fechada para reforma e sem realização de admissão de novos pacientes.

Realizou-se validação das inferências diagnósticas por pesquisador perito na área. Foram identificadas as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco dos diagnósticos. Para análise quantitativa dos dados foram estabelecidas medidas de frequência absoluta e percentual.



## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da amostra estudada, 02 pacientes foram do sexo masculino e 01 do feminino, conforme tabela 1. Sendo que dois tinham 55 anos de idade e um 37 anos. Estes dados relativos às variáveis sexo e idade, vão ao encontro dos dados de literatura quanto à distribuição epidemiológica das doenças renais. Na literatura, a filtração glomerular cai entre 0,08 ml por ano a partir dos 40 anos, com isto, aumenta a vulnerabilidade do sistema renal e o paciente perde a capacidade de manter a homeostase renal diante do estresse. No idoso há diminuição importante do fluxo renal, devido ao aumento da resistência intra-renal, perda da capacidade de auto-regulação que acarreta ineficiência, tanto no momento da hipertensão, quanto da hipotensão. (RIELLA, 1996; SCHOR; SROUGI, 1998).

**Tabela 1: Distribuição dos clientes estudados segundo variáveis sócio-demográficas. Brasília, 2014**

Tipo de informação Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Gênero	Feminino	1	33,33
	Masculino	2	66,67
Idade	Entre 30-49 anos	1	33,33
	Entre 49 a 60 anos	2	66,67
Procedência	Brasília	3	100,0
	Unai	0	0
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	2	66,67
	Ensino Fundamental completo	1	33,33
Religião	Católica	3	100,0
	Sem religião	0	0

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem, a frequência média foi de 12,6 diagnósticos para cada cliente. Dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (2012-2014), foram identificados 14 diagnósticos na amostra estudada, onde só serão discutidos os que apresentaram frequências superiores à 50% na amostra .

Os diagnósticos apresentados a seguir foram encontrados em 100% da amostra (conforme tabela 2): Risco de aspiração, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de Infecção, Ventilação Espontânea prejudicada, Perfusão renal ineficaz, Eliminação urinária prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se e Deglutição prejudicada.

**Tabela 2: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, segundo a frequência. Brasília, 2014**

Diagnósticos de enfermagem	Frequência	
	n	%
Comunicação verbal prejudicada	3	100,0
Débito cardíaco diminuído	1	33,3
Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se	3	100,0
Deglutição prejudicada	3	100,0
Dentição prejudicada	1	33,3
Eliminação urinária prejudicada	3	100,0
Integridade tissular prejudicada	3	100,0
Mobilidade no leito prejudicada	3	100,0
Perfusão renal ineficaz	3	100,0
Risco de aspiração	3	100,0
Risco de desequilíbrio eletrolítico	3	100,0
Risco de infecção	3	100,0
Ventilação Espontânea prejudicada	3	100,0
Volume de Líquido excessivo	1	33,3

O diagnóstico Risco de aspiração foi definido pela NANDA como risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas (NANDA, 2013). Onde os fatores de risco prevalentes foram decorrentes devido a alimentação por Sonda, na maioria das vezes sonda nasoenteral, efeitos secundários relacionados ao tratamento (medicamentos utilizados em pacientes em estado grave), nível de consciência reduzido, presença de tubo orotraqueal ou traqueostomia.

Em termos de infecção hospitalar a problemática é mais séria na Unidade de Terapia intensiva (UTI). Neste ambiente, o paciente está mais exposto ao risco de infecção, haja vista sua condição clínica e a variedade de procedimentos invasivos, rotineiramente realizados. É destacado que na UTI os pacientes têm de 5 a 10 vezes mais probabilidade de contrair infecção e que se pode representar cerca de 20% das infecções de um hospital. (GUSMAO; DOURADO; FIACCONE, 2004).

O diagnóstico de alto Risco de infecção é definido como o estado em que o indivíduo está com risco aumentado para ser invadido por microorganismos patogênicos. (FARIAS, 1990). Na amostra estudada o risco de ser invadido por um organismo patogênico advém da exposição ao ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, defesas primárias inadequadas devido a procedimentos invasivos como colocação de traqueostomia ou tubo orotraqueal. Neste caso, 100% da amostra realizavam hemodiálise, sendo necessário um cateter para a realização (em veia jugular interna ou femoral).

Devido a disfunção renal apresentada por todos os pacientes (IRC ou IRA), efeitos secundários relacionados ao tratamento (drenos e medicamentos) e por consequência volume

de líquidos deficientes, o diagnóstico de Risco de desequilíbrio eletrolítico foi apresentado por toda a amostra. Sendo definido como: Risco de mudança nos níveis de eletrólitos séricos capaz de comprometer a saúde.

Nas tabelas 3 e 4, a seguir, estão apresentadas as características definidoras e os fatores relacionados dos diagnósticos de maior prevalência.

**Tabela 3: Frequência de cada uma das características definidoras, para os respectivos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada. Brasília, 2014**

Diagnósticos	Características Definidoras	Nº	%
Comunicação verbal Prejudicada (00051)	- Ausência de contato visual	2	66,67
	- Desorientação no espaço	2	66,67
	- Desorientação no tempo	2	66,67
	- Desorientação em relação a pessoas	2	66,67
	- Não consegue falar.	3	100,0
Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se (00102, 00108, 00110, 00109)	- Incapacidades para engolir, ingerir e pegar alimentos	3	100,0
	- Incapacidades para acessar o banheiro	3	100,0
	- Incapacidade de lavar o corpo	3	100,0
	- Incapacidade de chegar ao vaso sanitário	3	100,0
	- Incapacidade de fazer higiene íntima apropriada	3	100,0
	- Incapacidades para escolher, tirar e colocar roupas.	3	100,0
Deglutição Prejudicada (00103)	- Falta de ação da língua para formar o bolo	3	100,0
	- Incapacidade para esvaziar a cavidade oral	3	100,0
	- Infecções pulmonares recorrentes.	1	33,33
Eliminação urinária prejudicada (00016)	- Incontinência	3	100,0
Integridade tissular prejudicada (00044)	- Tecido destruído	3	100,0
	- Tecido lesado	3	100,0
Mobilidade no leito prejudicada (00091)	- Capacidade prejudicada de mover-se, reposicionar-se e virar-se na cama.	3	100,0
Perfusão renal ineficaz (00203)	- Doença Renal	3	100,0
	- Diabetes Mellito	1	33,33
	- Efeitos secundários relacionados ao tratamento	1	33,33
	- Infecção	2	66,67
Ventilação Espontânea prejudicada (00033)	- SaO <sub>2</sub> diminuída	3	100,0
	- Dispneia	1	33,33
	- Inquietação aumentada	1	33,33
	- Taxa metabólica aumentada	1	33,33

**Tabela 4: Frequência de cada um dos fatores relacionados ou de risco, para os respectivos diagnósticos de enfermagem identificados na amostra estudada. Brasília, 2014**

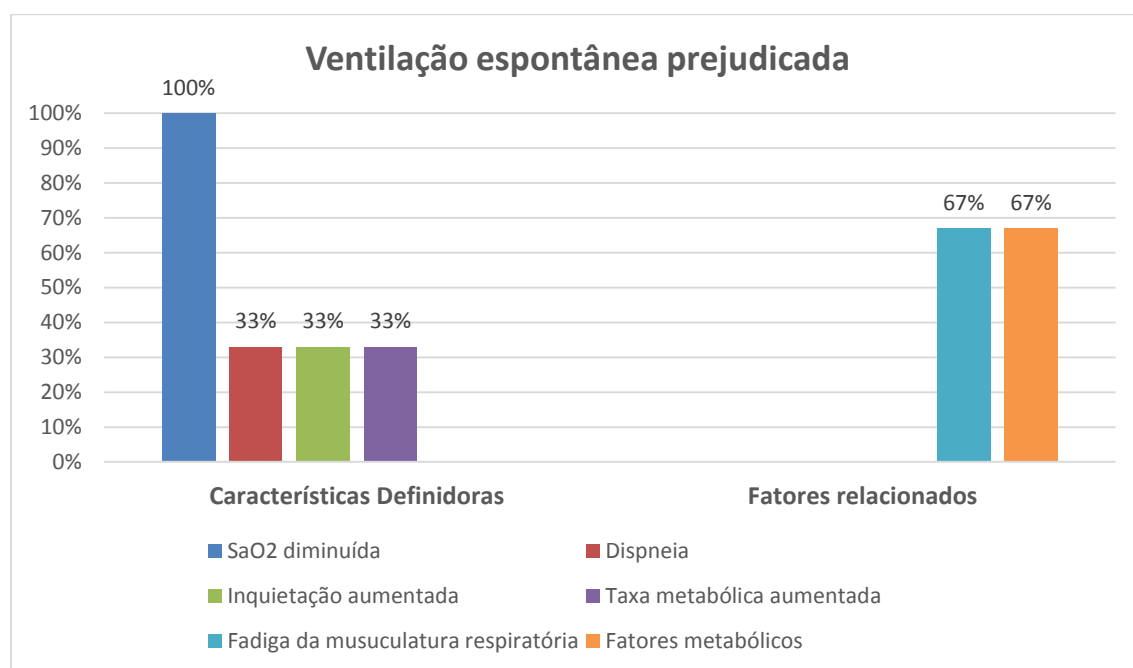
Diagnósticos	Fator Relacionado/Fator de Risco	Nº	%
Comunicação verbal Prejudicada (00051)	- Alteração do sistema nervoso central	1	33,33
	- Barreiras físicas (traqueostomia, tubo orotraqueal)	3	100,0
	- Efeitos colaterais relacionados ao tratamento (sedação)	3	100,0
Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se (00102, 00108, 00110, 00109)	- Prejuízo perceptivo (prejuízos resultantes da sedação).	3	100,0
Deglutição prejudicada(00103)	- Problemas de alimentação relacionados ao comportamento (paciente sedada).	3	100,0
	- Distúrbios Respiratórios	1	33,33
	- História de alimentação por sonda.	1	33,33
Eliminação urinária prejudicada(00016)	- Múltiplas causas	3	100,0
Integridade tissular prejudicada (00044)	- Circulação prejudicada	3	100,0
	- Estado metabólico prejudicado	3	100,0
	- Fatores mecânicos	1	33,33
	- Imobilidade física	3	100,0
	- Mudanças no estado hídrico	3	100,0
	- Mudanças na pigmentação	3	100,0
	- Uso de medicamentos	3	100,0
Mobilidade no leito prejudicada (00091)	- Medicamentos sedativos	3	100,0
Perfusão renal ineficaz(00203)	- Efeitos relacionados ao tratamento	3	100,0
Risco de aspiração (00039)	- Alimentação por sonda	3	100,0
	- Deglutição prejudicada	1	33,33
	- Efeitos secundários relacionados ao tratamento	2	66,67
		3	100,0
	- Nível de consciência reduzido	1	33,33
	- Presença de traqueostomia	2	66,67
	- Presença de tubo orotraqueal	1	33,33
- Sonda gastrintestinal			
Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)	- Disfunção renal	3	100,0
	- Efeitos relacionados ao tratamento	2	66,67
	- Mecanismos reguladores prejudicados	2	66,67
	- Volume de líquido deficiente	2	66,67
	- Volume de líquido excessivo	1	33,33
Risco de infecção (00004)	- Aumento da exposição ambiental a patógenos	3	100,0
	- Defesas primárias inadequadas	3	100,0
	- Doença crônica	2	66,67
	- Procedimentos invasivos	3	100,0
Ventilação Espontânea prejudicada (00033)	- Fadiga da musculatura respiratória	2	66,67
	- Fatores metabólicos	2	66,67

Em uma unidade de terapia intensiva (UTI), a maior parte dos pacientes em estado crítico necessita de suporte ventilatório invasivo, tendo a enfermeira um papel fundamental na

avaliação desses pacientes e no funcionamento do ventilador. (SMELTZER; BARE, 2005). No entanto, esta terapia não é isenta de riscos, apesar de seus inúmeros benefícios pode tornar-se um malefício, se não forem realizados cuidados necessários durante sua utilização. (PASSOS; CASTILHO, 2000). O diagnóstico ventilação espontânea prejudicada é definido como "reservas de energias diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo, de manter respiração adequada para a sustentação da vida" (NANDA, 2013) .As principais características definidoras foram SaO2 diminuída, taxa metabólica aumentada, inquietação aumentada e dispneia. Os fatores relacionados encontrados: fadiga da musculatura respiratória, presente em dois pacientes e fatores metabólicos, presente em dois pacientes.

O gráfico 1, a seguir, traz as frequências das evidências clínicas e dos fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Ventilação espontânea prejudicada.

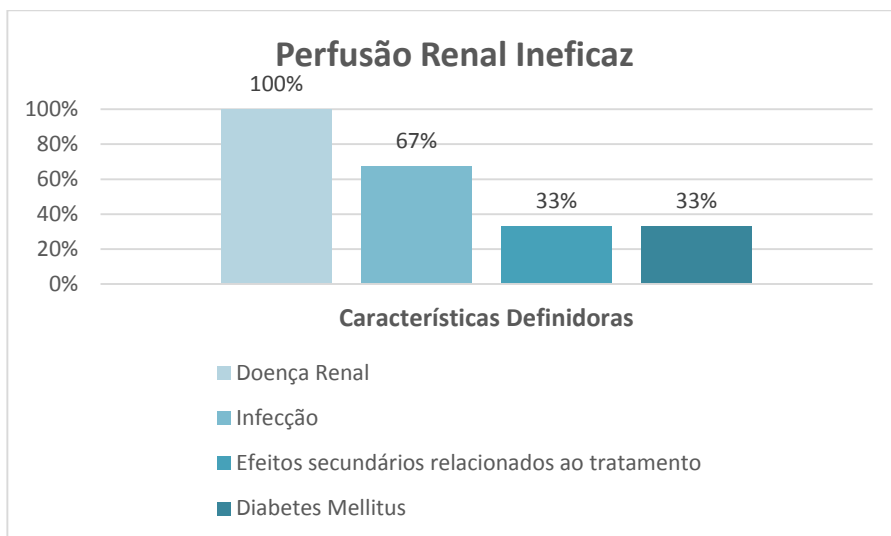
**Gráfico 1: Frequências das evidências clínicas e dos fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Ventilação espontânea prejudicada. Brasília, 2014**



O diagnóstico Perfusão renal ineficaz é classificado como real e encontrado em todos os pacientes, já que todos apresentavam um distúrbio renal, ora Insuficiência renal crônica ou aguda, juntamente com oligúria e anúria apresentado por 02 pacientes da amostra. Os medicamentos utilizados pelos pacientes internados em estado grave em uma UTI contribuem para a perfusão ineficaz. Os adultos em tratamento hemodialítico apresentaram vários diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras. Alguns diagnósticos tiveram origem no surgimento da doença renal crônica, continuando durante o tratamento. (LATA; ALBUQUERQUE et AL, 2008).

O gráfico 2, a seguir, traz as frequências das evidências clínicas para o diagnóstico de enfermagem Perfusão renal ineficaz.

**Gráfico 2: Frequências das evidências clínicas para o diagnóstico de enfermagem Perfusão renal ineficaz. Brasília 2014.**



Devido aos distúrbios renais a função urinária também é prejudicada, evidenciada pelo diagnóstico Eliminação urinária prejudicada definido pela “disfunção na eliminação de urina” e a característica definidora presente em 100% da amostra fora incontidência, que consiste na perda involuntária de urina pela uretra. Os dados importantes para o diagnóstico estão entre a abordagem da história dos clientes e anotações diárias sobre acerca da urina do paciente. Há também a confirmação do diagnóstico através do exame urodinâmico, sendo pouco invasivo, registrando a ocorrência de contrações vesicais e a perda urinária sob esforço.

Múltiplas causas foram os fatores relacionados a este diagnóstico, incluindo danos perceptivos (pacientes sedados) e os diagnósticos de alteração renal. Sendo assim, se faz necessário monitorar, rigorosamente, a eliminação urinária, incluindo a frequência, volume e característica e monitorar sinais e sintomas de retenção urinária.

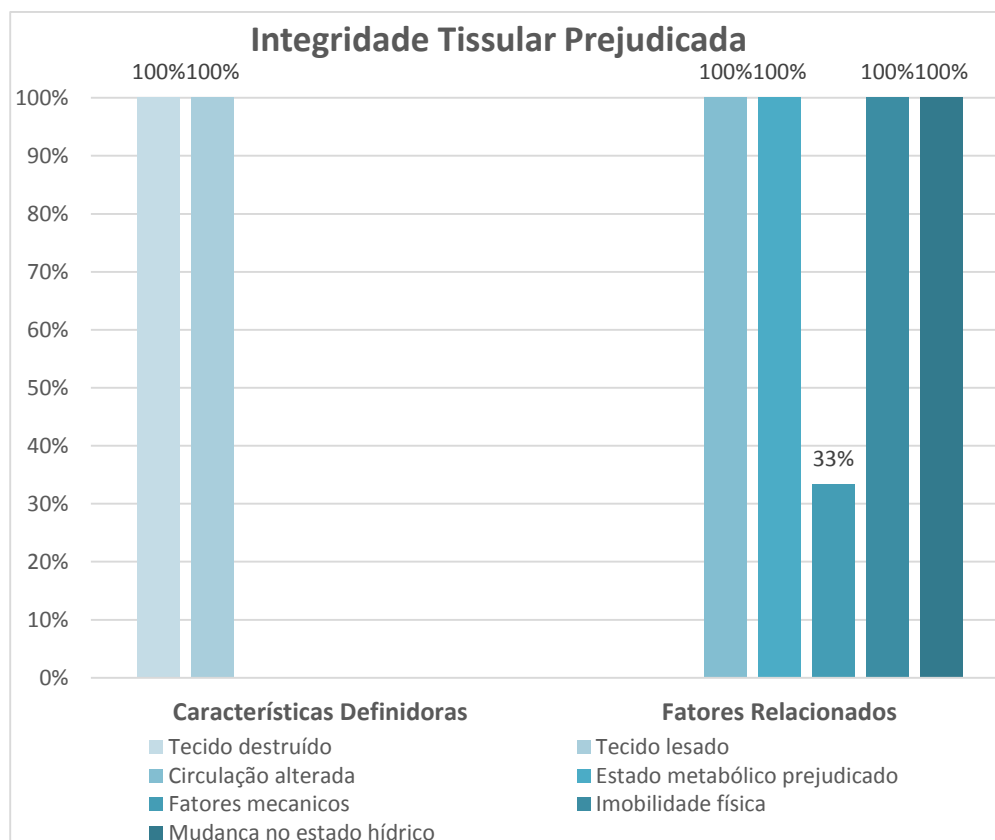
Os pacientes submetidos a longos períodos de internação estão mais suscetíveis a apresentar lesões na pele, devido à mobilidade diminuída ou ausente, medicamentos que alteram o balanço hídrico. Dessa forma, outro diagnóstico presente é o de Integridade tissular prejudicada, onde além da epiderme e derme alteradas, a mucosa, córnea e tecidos subcutâneos são atingidos. As diversas funções da pele podem ser alteradas na presença de lesões incapacitantes e de difícil cicatrização. O surgimento dessas lesões pode ser determinado em razão da exposição a diversos fatores. A resposta imunológica do organismo

desempenha um papel importante a fim de combater agentes etiológicos que comprometem o funcionamento adequado desse extenso órgão. Contudo, tal resposta estará reduzida durante o envelhecimento, comprometendo a saúde do indivíduo. A pele torna-se frágil, seca, rígida e rugosa, perdendo a elasticidade e a capacidade de atuar como barreira contra fatores extrínsecos. (SILVA; MALAQUIAS et al, 2007, 2008)

Por vezes, formando escaras de difícil cuidado e tratamento, por falta de movimentação e como discutido anteriormente, o risco de desequilíbrio eletrolítico também auxilia na formação destas lesões. O fator relacionado mais visto nos pacientes em questão foi a circulação alterada, já que todos os pacientes encontravam-se sedados e acamados, restritos ao leito.

No gráfico 3, a seguir, estão apresentadas as frequências das evidências clínicas e dos fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada.

**Gráfico 3: Frequências das evidências clínicas e dos fatores relacionados para o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada. Brasília 2014.**



Englobando também outro diagnóstico: Mobilidade no leito prejudicada, onde fora caracterizado na amostra por incapacidade de mover-se, reposicionar-se e virar-se na cama, devido à sedação. Segundo Pasini (1996), no estudo realizado em unidades de terapias intensivas do estado de São Paulo

*“esse diagnóstico foi o terceiro em maior frequência nessa população. Apesar de os pacientes serem conscientes, e muitas vezes não terem uma limitação aos movimentos impostas pelas capacidades físicas, o próprio tratamento em terapia intensiva impõe limitações à habilidade do paciente movimentar-se independentemente como, por exemplo, o uso de monitor de eletrocardiograma, venóclise e sondagens. De qualquer forma merece ainda discussão se trata da mesma resposta quando o prejuízo na mobilidade física advém de limitação inerente ao paciente.”*

Como consequência da sedação, os pacientes ficam incapacitados de realizar certas funções. Os diagnósticos de enfermagem relacionados a sedação que se destacam são o de Comunicação verbal prejudicada, Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se e Deglutição prejudicada. O primeiro é conceituado como a habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos, e nos pacientes estudados as características definidoras que se sobressaíram foram a



ausência de contato visual, desorientação no tempo e espaço, incapacidade de utilizar expressões faciais e não conseguir falar. Nos casos estudados, as características definidoras evidenciam que todos os pacientes não conseguiam falar, por vezes sem orientação em tempo e espaço. A sedação foi um fator relacionado ao diagnóstico que, impossibilita a comunicação verbal do cliente. Incluindo também os instrumentos utilizados para intubação do mesmo (traqueostomia ou tubo oro-traqueal).

Já o segundo diagnóstico definido como capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de vida diária, se evidencia pela incapacidade para engolir, ingerir e pegar alimentos; incapacidade para acessar o banheiro e lavar o corpo; incapacidade de chegar ao vaso sanitário e fazer higiene íntima; incapacidade para escolher, tirar e colocar roupas. No diagnóstico de Deglutição prejudicada, que é o funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica; além da sedação também existe a história de alimentação por sonda como fatores relacionados, além das características definidoras que são: falta de ação da língua para formar o bolo, incapacidade para esvaziar a cavidade oral; e infecções pulmonares recorrentes.

Os diagnósticos de débito cardíaco diminuído, dentição prejudicada e volume de líquido excessivo foram encontrados individualmente em 33,33% da amostra, ou seja, cada diagnóstico foi identificado em apenas 01 paciente. O paciente que apresentou o diagnóstico de débito cardíaco diminuído teve como característica definidora o débito cardíaco diminuído, em si, apresentando diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva descompensada e paciente taquidispneico. Como fator relacionado o paciente apresentou contratilidade alterada e volume de ejeção alterado. Outro diagnóstico encontrado em apenas 01 paciente da amostra foi dentição prejudicada, como característica definidora apresentou ausência de dentes, como fator relacionado foi identificado higiene oral ineficaz. Volume de líquido excessivo é um diagnóstico definido como retenção aumentada de líquidos isotônicos, como característica definidora foi encontrado azotemia, edema, eletrólitos alterados, mudanças no padrão respiratório, oligúria, PVC aumentada. Como fatores relacionados mecanismos reguladores comprometidos (Insuficiência Cardíaca Congestiva e Insuficiência Renal Aguda), ou seja, este diagnóstico foi encontrado no mesmo paciente que apresentou débito cardíaco diminuído.

Por fim, os diagnósticos e dados coletados dos pacientes dessa pesquisa são aspectos importantes na avaliação e implementação do paciente com distúrbios renais, já que se trata, de distúrbios que, requerem um cuidado holístico do paciente, evitando prejuízos a saúde do cliente. Os resultados também poderão subsidiar novos trabalhos como fonte para a

elaboração das intervenções de enfermagem e dos resultados, utilizando-se outras taxonomias de enfermagem.

É importante ressaltar como limitação do presente trabalho a amostra reduzida de pacientes. Outras pesquisas, com uma amostra maior, devem ser realizadas. Espera-se também que, conhecendo os diagnósticos de enfermagem mais comuns de um grupo de indivíduos, neste caso, pacientes renais, com características semelhantes, possam-se aprimorar as prescrições de enfermagem e conseqüentemente, prestar uma assistência de enfermagem mais científica e sistematizada.

## **CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva requerem uma assistência com um olhar crítico e sistemático. Os diagnósticos levantados dos pacientes até então estudados subsidiaram um novo olhar ao cuidado de uma forma holística e ressaltando, não apenas os problemas de saúde, mas também seus potenciais problemas.

Na amostra estudada, a maioria foi do sexo masculino, sendo dois pacientes com idade de 55 anos. Como os pacientes possuem distúrbios renais, a característica dos diagnósticos foram semelhantes, onde 11 estavam presentes em 100% da amostra. Apenas 3 diagnósticos foram encontrados em apenas 33,33% da amostra, ou seja, em apenas 1 paciente.

Foram descritos e discutidos os 11 diagnósticos encontrados em 100% da amostra: Risco de aspiração, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de Infecção, Ventilação Espontânea prejudicada, Perfusão renal ineficaz, Eliminação urinária prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se e Deglutição prejudicada. Registrado, também, evidências clínicas e fatores relacionados aos diagnósticos.

A inserção deste estudo na UTI do Hospital Universitário de Brasília ajuda a incentivar os enfermeiros do setor a utilizarem o processo de enfermagem, como um instrumento metodológico e uma tecnologia, contribuindo para a divulgação do conhecimento, melhorando a qualidade da assistência prestada.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. GUSMAO M.E; DOURADO I; FIACCONE R.L. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit of a Brazilian university hospital: an analysis of the time span from admission to disease onset. *Am J Infect Control*, 2004; 32:209-214.
2. JACKIU, M.; MACHADO, F.; FALCÃO, L.F.R. Insuficiência renal aguda na UTI. In: GUIMARÃES, H.P. Guia Prático de UTI da AMIB. São Paulo, Atheneu, 2008.
3. JESUS, C.A.C.; CARVALHO, E.C. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da Taxonomia I da NANDA. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v.6, n.2, p.37-46, 1997.
4. LATA A.G.B; ALBUQUERQUE J.G; de CARVALHO L.A.S.B.P; LIRA A.L.B.C. Diagnósticos de enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista Enfermagem* 2008; 21 (Número Especial):160-3.
5. MALAQUIAS S.G; BACHION M.M; NAKATANI A.Y.K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. *CogitareEnferm*. 2008;13(3):428-36.
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 / NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre. Artmed, 2013.
7. PASINI, Dolores. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). *Revista da Escola de Enfermagem USP* , v.30 ,n.3, p.501-18 , dez . 1996.
8. PASSOS E; CASTILHO V.G. Papel da enfermagem na assistência ao paciente em ventilação mecânica. *J Pneumol*. 2000; 26(Supl2):27-34.
9. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. São Paulo. 6º ed. Elsevier, 2006.
10. SANTOS, D.S.; MAZONI, S.R.; CARVALHO, E.C. Nanda's taxonomy employment in Brazil integrative review. *Revista enferm. UFPE on line*. v.3, n.1; p.107-13, 2009..
11. SANTOS, E.S; MARINHO C.M.S. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem*. Volume.serIII no.9 Coimbra mar. 2013
12. SCHOR NESTOR, SROUGI MIGUEL. Nefrologia, urologia clínica. 6a ed. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 29-33
13. SILVA G.L.D.F; THOMÉ E.G.R. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):33-9.

14. SILVA R.C.L; FIGUEIREDO N.M.A; MEIRELES I.B. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2007.
15. SMELTZER S.C, BARE B.G. Modalidades do cuidado respiratório. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner&Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 633-79.
16. TAYLOR, C.; LILLIS, C. & LEMONE, P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Porto Alegre, 5ª edição, Artmed, 2007.
17. RIELLA M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.287-455