



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Associação dos diagnósticos da classe lesão física com seus componentes: estudo transversal

Anna Livia de Medeiros Dantas¹, Raíssa Lopes Pinheiro¹,
Ana Beatriz de Almeida Medeiros¹, Isadora Costa Andriola¹,
Jéssica Dantas de Sá Tinoco¹, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMO

Objetivo: verificar associação entre os diagnósticos de enfermagem da classe lesão física e seus componentes em pacientes críticos. **Método:** estudo transversal, realizado com 86 indivíduos internados na terapia intensiva de um hospital-escola do Nordeste do Brasil. **Resultados:** foram identificados 18 dos 20 diagnósticos referentes à classe lesão física da Nanda-Internacional; destes, nove estiveram presentes em mais de 75% dos entrevistados e foram associados estatisticamente a seus componentes. **Conclusão:** em elevada presença na clientela, os diagnósticos da classe lesão física apresentaram relações significativas com seus componentes.

Descritores: Assistência à Saúde; Unidade de Terapia Intensiva; Diagnóstico de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor no qual os indivíduos geralmente se encontram em estados graves e hemodinamicamente instáveis, necessitando de cuidados específicos. Além disso, esses pacientes comumente se apresentam restritos ao leito, sob o efeito de sedativos e cercados pelos mais diversos aparelhos, o que os torna dependentes do cuidado dos profissionais⁽¹⁾.

Nesse contexto, a UTI é interpretada como ambiente hostil, marcado por complexidade tecnológica, quadros clínicos delicados e elevadas taxas de mortalidade⁽¹⁻²⁾. Por esse motivo, o enfermeiro atuante em UTI deve, além de gerenciar as ações da equipe de enfermagem, promover um contato direto ao paciente crítico, aliando o conhecimento técnico-científico ao domínio da tecnologia, humanização e individualização do cuidado⁽³⁾.

É sabido que uma das características marcantes do enfermeiro intensivista é a necessidade de saber fazer, decidir e atender criteriosamente aos cuidados demandados pelo paciente de forma rápida e assertiva⁽⁴⁾. Visando o alcance desses objetivos, torna-se imprescindível o planejamento de um cuidado holístico e organizado, voltado às reais necessidades do cliente. Para tal fim, a execução desse cuidado poderá ser viabilizada a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e operacionalizado sob a forma do Processo de Enfermagem (PE)⁽⁵⁾.

Dentre os elementos constituintes do PE, destaca-se o diagnóstico de enfermagem (DE) enquanto ferramenta essencial ao planejamento de intervenções específicas, as quais visam à implementação de ações eficazes destinadas a resolver os problemas identificados. Essa etapa está fundamentada na utilização de uma linguagem própria da profissão, a partir de um

corpo de conhecimentos científicos específico, e pautada no desenvolvimento de um raciocínio clínico para julgamento diagnóstico⁽⁶⁾.

No tocante à clientela sob cuidados intensivos, essa etapa exige uma maior atenção devido à necessidade do reconhecimento rápido dos sinais iniciais de desvio da homeostase. A familiaridade do profissional prestador da assistência com os elementos constituintes do plano de cuidados a ser instituído facilita a rápida identificação dos problemas e, assim, promove maior eficiência de suas intervenções^(6,7).

Com vistas à padronização da linguagem diagnóstica, uma das classificações mais utilizadas em âmbito mundial é a Taxonomia II da Nanda-Internacional. Nessa classificação, os diagnósticos de enfermagem são divididos em 13 domínios e 47 classes, dentre as quais aqui se destaca o domínio 11, intitulado Segurança/Proteção. Entre as classes desse domínio, a classe 2 (Lesão Física) é definida como dano ou ferimento ao organismo⁽⁸⁾, objeto de estudo do presente artigo.

Diante do contexto mencionado das especificidades de um ambiente de cuidados intensivos, percebe-se uma maior vulnerabilidade às lesões físicas nesses doentes. Essa suscetibilidade a eventos indesejados faz com que a identificação dos diagnósticos de risco assumam extrema relevância para o cuidado, pois dessa forma são identificados os fatores sobre os quais se deseja atuar para prevenir. Na classe Lesão Física, 14 dos 20 diagnósticos são de risco, o que justifica a alta prevalência em pacientes de UTI⁽⁹⁾.

Nesse contexto, o presente estudo questionou: existe associação entre diagnósticos de enfermagem e componentes da classe Lesão Física do domínio segurança/proteção da Nanda-Internacional entre pacientes de UTI? Diante disso, objetivou-se: verificar a associação entre os diagnósticos de enfermagem da classe lesão física e seus componentes em pacientes críticos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, cujo objetivo é produzir um recorte instantâneo de determinada situação de saúde de uma população, realizado na UTI de hospital-escola integrado a uma universidade do Nordeste do Brasil.

A população estudada foi de 791 pacientes, no período de 01 de outubro de 2011 a 30 de setembro de 2012, de acordo com dados do sistema informatizado de registros hospitalares. A observação ao longo desse recorte temporal serviu tão somente para fins de subsídio ao cálculo amostral. A amostra foi obtida por meio de fórmula desenvolvida para estudos com populações finitas. A fim de chegar a esse quantitativo, foram considerados intervalo de confiança de 95% ($Z_{\infty} = 1,96$), erro amostral de 10% e população de 791 pacientes. Por não se ter encontrado estudos que estimassem a prevalência de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em pacientes internados na UTI, estimou-se um valor conservador de 50%. Um tamanho amostral de 86 indivíduos resultou da aplicação da fórmula.

Como critérios de inclusão, *têm-se idade igual ou superior a 18 anos e submissão a um tratamento clínico ou cirúrgico. Excluíram-se do estudo os pacientes cujo período de internação foi inferior a 24 horas e aqueles que foram readmitidos na unidade.* O processo de amostragem adotado foi por conveniência, de forma consecutiva.

O estudo foi realizado em duas etapas: a coleta de dados, com identificação dos componentes dos DE da classe lesão física em pacientes críticos; e a inferência diagnóstica, na qual os diagnosticadores julgaram a elegibilidade dos diagnósticos em cada paciente, mediante a presença ou ausência dos indicadores clínicos previamente selecionados.

Ao longo da coleta, utilizou-se como instrumento um formulário de entrevista e exame físico, com perguntas abertas e fechadas acerca dos dados socioeconômicos, características definidoras (CD), e fatores relacionados ou de risco (FR), conhecidos conjuntamente como indicadores clínicos, presentes na classe lesão física do domínio segurança/proteção da Nanda-Internacional⁽⁸⁾. Da mesma forma, cada um dos 20 diagnósticos da classe em questão foi contemplado no instrumento a partir de questionamentos e/ou mensuração de seus indicadores clínicos. Esse instrumento foi validado quanto à aparência e conteúdo por três mestres em enfermagem.

A etapa da coleta de dados foi precedida por um treinamento para os coletores, por meio de curso de extensão. Dessa etapa participaram, além do pesquisador responsável, uma enfermeira residente e um bolsista da graduação em enfermagem. O período para coleta foi de outubro de 2013 a maio de 2014.

A última etapa, de inferência diagnóstica, transcorrida entre agosto e setembro de 2014, contemplou o recrutamento seis enfermeiros especialistas, reconhecidos pelo desenvolvimento de estudos na área da SAE. A triagem desses ocorreu de forma intencional a partir da avaliação de seus currículos, e como critério de seleção utilizou-se a publicação de artigos referentes à SAE e/ou especialização ou experiência na área de terapia intensiva.

Esses especialistas foram submetidos a um teste de capacidade diagnóstica a partir da resolução de casos clínicos. Foi verificada a concordância entre eles por meio do teste de Kappa, a partir do qual se obtiveram coeficientes gerais que evidenciaram concordâncias quase perfeitas para todos os juízes. Desse modo, foram selecionados os três diagnosticadores de acordo com os valores de Kappa, em ordem decrescente.

Em seguida, cada especialista recebeu 86 planilhas construídas pela pesquisadora, cada uma delas referente a um paciente e contendo todos os indicadores clínicos do domínio em estudo, já assinaladas quanto à presença (P), à ausência (A) ou não se aplica (NA), além de informações adicionais referentes aos dados socioeconômicos, clínicos e às observações pertinentes ao processo de inferência diagnóstica. A partir disso, cada diagnosticador inferiu sobre a presença ou ausência dos diagnósticos. Após a avaliação individual, aplicou-se o teste da maioria para a decisão quanto à presença ou ausência do diagnóstico.

Os dados referentes aos indicadores clínicos de cada diagnóstico, bem como aqueles referentes à prevalência dos diagnósticos de enfermagem da classe em estudo a partir da decisão dos diagnosticadores, foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial após serem tabulados, em planilhas eletrônicas do *Microsoft Office Excel*[®]. Para tal, contou-se com o auxílio do *software IBM SPSS Statistic versão 20.0 for Windows*[®].

No que concerne aos dados socioeconômicos e clínicos, foram calculadas as frequências relativas e absolutas, média, mediana e desvio padrão utilizando-se a estatística descritiva, além da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados numéricos.

Para a análise inferencial, foram utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher para verifica-se a associação estatística entre o DE e seus respectivos indicadores clínicos, adotando-se um p valor $< 0,05$ para a significância estatística. Assim, utilizou-se como referência o valor p para o teste de qui-quadrado quando as quatro caselas da tabela 2x2 (presença e ausência do DE e presença e ausência do indicador clínico) foram iguais ou superiores ao valor cinco. Quando alguma des-

sas caselas apresentou valor igual ou menor que cinco, o teste exato de Fisher apresentou o valor p representativo.

Desse modo, diagnósticos como “risco de olho seco”, “risco de trauma vascular”, “integridade da pele prejudicada” e “dentição prejudicada”, que se apresentaram ausentes em cinco ou menos pacientes investigados, tiveram sua associação com indicadores clínicos demonstrada por meio do p representativo proveniente do teste Fisher.

Os testes de associação foram aplicados somente para os diagnósticos que apresentaram frequência maior que 75%, frente à representatividade desses para a amostra analisada. Os dados foram apresentados em tabelas e discutidos conforme a literatura pertinente.

Quanto aos aspectos éticos, houve aprovação da presente pesquisa após o crivo do comitê de ética, manifestada no parecer nº 440/414, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 22955113.2.0000.5292.

RESULTADOS

Foram avaliados 86 indivíduos internados no referido hospital do estudo, dentre os quais 52,3% eram do sexo feminino, 95,3% possuíam algum tipo de religião, 61,6% eram procedentes do interior do estado e com média de idade de 53,4 anos.

Com relação à caracterização dos dados clínicos, a maioria (73,3%) estava internada por motivos cirúrgicos e 70,9% possuíam alguma comorbidade.

Foram identificados nos pacientes estudados dezoito dos vinte diagnósticos de enfermagem componentes da classe lesão física da Nanda-Internacional e, desses, nove estiveram presentes em mais de 75% da amostra, a saber: “risco de lesão” (100%); “risco de quedas” (100%);

Tabela 1 - Distribuição dos fatores de risco referentes aos diagnósticos de enfermagem “risco de olho seco” e “risco de trauma vascular” em pacientes críticos. Natal, 2014.

Diagnósticos de Enfermagem	Presente		Ausente		Valor p
	N	%	N	%	
Risco de olho seco					
Fatores de risco					
Fatores ambientais	86	100	-	-	-
Efeitos secundários ao tratamento	85	98,8	1	1,2	0,9881
Sexo feminino	45	52,3	41	47,7	0,4771
Envelhecimento	33	38,4	53	61,6	0,6161
Doenças autoimunes	31	36,1	55	63,9	0,6401
Estilo de vida	30	34,9	56	65,1	0,6511
Lesões neurológicas com perda sensorial reflexa motora	21	24,4	65	75,6	0,7561
Terapia com ventilação mecânica	18	20,9	68	79,1	0,7911
História de alergias	14	16,3	72	83,7	0,8371
Hormônios	4	4,7	82	95,3	0,9531
Risco de trauma vascular					
Fatores de risco					
Duração do tempo de inserção	77	89,5	9	10,5	*0,028 ¹
Largura do cateter	56	65,1	30	34,9	*0,040 ¹
Tipo do cateter	52	60,5	34	39,5	0,3441
Local de inserção	50	58,1	36	41,9	0,0701
Natureza da solução	27	31,4	59	68,6	0,3181
Velocidade de infusão	18	20,9	68	79,1	0,4901
Capacidade prejudicada para visualizar o local da inserção	16	18,6	70	81,4	0,5351
Fixação inadequada do cateter	4	4,7	82	95,3	0,8651

Legenda:¹Teste Exato de Fisher; $p < 0,05$; *Associação estatística.

“risco de trauma” (100%); “risco de olho seco” (98,8%); “risco de trauma vascular” (96,5%); “integridade da pele prejudicada” (95,3%); “dentição prejudicada” (93,0%); “risco de sangramento” (83,7%); “integridade tissular prejudicada” (76,7%).

Nos diagnósticos presentes em 100% da amostra a estatística não permite que sejam observadas associações entre as variáveis, uma vez que não pode ser gerada uma tabela 2x2. Portanto, para esses não foi possível aplicar estatística inferencial. É importante ressaltar que alguns fatores de risco desses diagnósticos estiveram presentes em toda a amostra, como é o caso dos biológicos, físicos, humanos e químicos no DE “risco de lesão”.

Com relação ao diagnóstico de “risco de quedas”, dentre seus 55 fatores de risco constituintes apenas dois estiveram presentes em

100% da amostra, sendo: quarto não familiar e mobilidade física prejudicada. Quanto ao “risco de trauma”, o qual possui 68 fatores de risco, os fatores camas altas e exposição excessiva à radiação se fizeram presentes em 100% dos pacientes.

As tabelas a seguir demonstram os diagnósticos de enfermagem com prevalência maior que 75% e seus componentes, avaliando a existência de possíveis associações estatisticamente significativas, entre os diagnósticos e elementos constituintes.

Ao realizar análise bivariada dos diagnósticos com seus componentes, foi possível observar que o diagnóstico “risco de olho seco” não apresentou associação estatisticamente significativa com nenhum componente. Quanto ao diagnóstico “risco de trauma vascular”, verificou-se associação estatisticamente significativa com os fatores de risco: duração do tempo de in-

serção ($p = 0,028$) e largura do cateter ($p = 0,040$).

O diagnóstico "integridade da pele prejudicada" possui três características definidoras, destas, duas apresentaram associação estatística significativa com o diagnóstico - invasão de estruturas do corpo ($p = 0,000$) e rompimento da superfície da pele ($p = 0,000$).

Ao avaliar os fatores relacionados, foi observado que não houve associação estatística entre estes e o referido diagnóstico, mas vale destacar que alguns fatores estiveram presentes em mais de 50% da amostra: imobilização física, radiação, fatores mecânicos, mudanças no estado hídrico, proeminências ósseas, mudanças no turgor e estado metabólico prejudicado.

Ao se analisar o diagnóstico "dentição prejudicada", foi observado que esse é composto por 17 características definidoras, dentre as quais cinco apresentaram associação estatística significativa para um nível de significância de 5% com o diagnóstico: perda de dentes ($p = 0,000$), falta de alguns dentes ($p = 0,000$), ausência de dentes ($p = 0,000$), dentes desgastados ($p = 0,001$) e dentes estragados ($p = 0,008$).

Quanto aos fatores relacionados, destaca-se conhecimento deficiente a respeito da saúde dental ($p = 0,035$), que apresentou associação estatística significativa com o diagnóstico.

Percebe-se que dos 12 fatores de risco pertencentes ao diagnóstico "risco de sangramento", nove estiveram presentes nos pacientes em estudo, dentre os quais quatro apresentaram associação estatística significativa, sendo eles conhecimento deficiente ($p = 0,016$), efeitos secundários relacionados ao tratamento ($p = 0,000$), trauma ($p = 0,005$) e função hepática prejudicada ($p = 0,043$).

Identificou-se ainda associação estatística significativa entre o diagnóstico "integridade tissular prejudicada" e as características definidoras tecido lesado ($p = 0,000$) e tecido destruído ($p = 0,000$), como também os fatores relacionados

déficit de conhecimento ($p = 0,001$) e circulação alterada ($p = 0,032$).

DISCUSSÃO

Entre os diagnósticos de enfermagem atribuídos à clientela em estudo, alguns se fizeram presentes em 100% dela: "risco de lesão", "risco de quedas" e "risco de trauma". Em estudo realizado com pacientes sob ventilação mecânica invasiva na UTI, o DE "risco de lesão" esteve presente em 100% da amostra estudada. Os demais diagnósticos também estiveram presentes, mas em menores proporções, entre 88,2% e 86,3% dos clientes, respectivamente⁽⁶⁾.

O diagnóstico "risco de olho seco" esteve presente em 98,8% da amostra, contudo essa constatação não foi encontrada em estudos semelhantes^(7,9). Não obstante, em estudo de coorte prospectiva realizado no estado de Minas Gerais com pacientes críticos, 59,4% dos 254 sujeitos foram identificados como portadores de lesão de córnea. Entre os possíveis fatores de risco aponta-se: intubação, ventilação mecânica, edema, sedação, piscar de olhos por minuto e uso de sedativos⁽¹⁰⁾. Isso revela, pois, a urgente necessidade de se identificar os pacientes os quais demonstram o risco da lesão para que assim se possa atuar na prevenção.

O diagnóstico "risco de trauma vascular" esteve presente em 96,5% dos pacientes avaliados. Para esse DE, foram observados dois fatores de riscos com associação estatística significativa: duração do tempo de inserção e largura do cateter. Apesar da ampla utilização do cateter venoso central nos pacientes em situação crítica de saúde, diversas complicações decorrem do seu uso e entre essas se destacam as infecciosas. A esse respeito, estudos apontam que o tempo prolongado de permanência do cateter, superior a 21 dias, é fator de risco para infecção, de modo

Tabela 2 - Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados referentes aos diagnósticos de enfermagem “integridade da pele prejudicada” e “dentição prejudicada” em pacientes críticos. Natal, 2014.

Diagnóstico de Enfermagem	Presente		Ausente		Valor p
	N	%	N	%	
Integridade da pele prejudicada					
Características definidoras					
Invasão de estruturas do corpo	76	88,4	10	11,6	*0,000 ¹
Rompimento da superfície da pele	75	87,2	11	12,8	*0,000 ¹
Destrução de camadas da pele	40	46,5	46	53,5	0,0771
Fatores Relacionados					
Imobilização física	86	100	-	-	-
Radiação	86	100	-	-	-
Fatores mecânicos (forças abrasivas, pressão, contenção)	85	98,8	1	1,2	0,9531
Mudanças no estado hídrico	85	98,8	1	1,2	0,9531
Proeminências ósseas	83	96,5	3	3,5	0,8651
Mudanças no turgor	69	80,2	17	19,8	0,4071
Estado metabólico prejudicado	48	55,8	38	44,8	0,2251
Pele úmida	43	50	43	50	0,0581
Umidade	42	48,8	44	51,2	0,0641
Estado nutricional desequilibrado (obesidade, emagrecimento)	37	43	49	57	0,5791
Extremos de idade	32	37,2	54	62,8	0,1491
Sensações prejudicadas	24	27,9	62	72,1	0,2631
Medicamentos	16	18,6	70	81,4	0,4321
Déficit imunológico	16	18,6	70	81,4	0,5681
Circulação prejudicada	11	12,8	75	87,2	0,5721
Hipertermia	5	5,8	81	94,2	0,7831
Fatores de desenvolvimento	1	1,2	85	98,8	0,9531
Dentição prejudicada					
Características definidoras					
Perda de dentes	79	91,9	7	8,1	*0,000 ¹
Falta de alguns dentes	77	89,5	9	10,5	*0,000 ¹
Ausência de dentes	68	79,1	18	20,9	*0,000 ¹
Dentes desgastados	56	65,1	30	34,9	*0,001 ¹
Dentes estragados	46	53,5	40	46,5	*0,008 ¹
Oclusão inadequada	43	50	43	50	0,1011
Erosão dos dentes	26	30,2	60	69,8	0,1061
Halitose	22	25,6	64	74,4	0,4841
Desalinhamento dos dentes	17	19,8	69	80,2	0,2551
Descoloração do esmalte dos dentes	13	15,1	73	84,9	0,3621
Placa excessiva	8	9,3	78	90,7	0,4541
Excesso de tártaro	6	7	80	93	0,3611
Expressão facial assimétrica	2	2,3	84	97,7	0,8651
Dor de dente	1	1,2	85	98,8	0,9301
Fatores Relacionados					
Barreiras do autocuidado	86	100	-	-	-
Hábitos alimentares	67	77,9	19	22,1	0,1191
Conhecimento deficiente a respeito da saúde dental	64	74,4	22	25,6	*0,035 ¹
Déficits nutricionais	54	62,8	32	37,2	0,3961
Economicamente desfavorecido	53	61,6	33	38,4	0,5791
Higiene oral ineficaz	40	46,5	46	53,5	0,0731
Uso crônico de café	31	36,1	55	63,9	0,0621
Uso crônico de tabaco	14	16,3	72	83,7	0,3321
Falta de acesso a cuidados profissionais	2	2,3	84	97,7	0,8651
Medicamentos prescritos selecionados	1	1,2	85	98,8	0,9301

Legenda: ¹Teste Exato de Fisher; p < 0,05; *Associação estatística.

Tabela 3 - Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados/risco referentes aos diagnósticos de enfermagem “risco de sangramento” e “integridade tissular prejudicada” em pacientes críticos. Natal, 2014.

Diagnóstico de Enfermagem	Presente		Ausente		Valor p
	N	%	N	%	
Risco de sangramento					
Fatores de risco					
Conhecimento deficiente	61	70,9	25	29,1	*0,016 ¹
Efeitos secundários relacionados ao tratamento	53	61,6	33	38,4	*0,000 ¹
Trauma	25	29,1	61	70,9	*0,005 ¹
Função hepática prejudicada	16	18,6	70	81,4	*0,043 ¹
Coagulopatias inerentes	14	16,3	72	83,7	0,0661
História de quedas	14	16,3	72	83,7	0,2851
Aneurisma	12	14	74	86	0,1001
Distúrbios gastrointestinais	9	10,5	77	89,5	0,1851
Complicações relativas à gravidez	1	1,2	85	98,8	0,8371
Integridade tissular prejudicada					
Características definidoras					
Tecido lesado (córnea, mucosas, pele ou tecido subcutâneo)	66	76,7	20	23,3	*0,000 ¹
Tecido destruído	36	41,9	50	58,1	*0,000 ²
Fatores Relacionados					
Fatores mecânicos (pressão, abrasão e fricção)	86	100	-	-	-
Mobilidade física prejudicada	86	100	-	-	-
Radiação (inclusive radioterapia)	86	100	-	-	-
Déficit de conhecimento	61		25		*0,001 ²
Fatores nutricionais (déficit ou excesso)	53	61,6	33	38,4	0,7232
Déficit de líquidos	36	41,9	50	58,1	0,1742
Excesso de líquidos	26	30,2	60	69,8	0,5962
Circulação alterada	12	14	74	86	*0,032 ¹
Extremos de temperatura	3	3,5	83	96,5	0,5531
Irritantes químicos	2	2,3	84	97,7	0,4131

Legenda: ¹Teste exato de Fisher; ²Teste Qui-Quadrado de Pearson; p < 0,05; * Associação estatística.

que a sua remoção precoce é citada na literatura internacional como fundamental para redução das complicações a ele relacionadas⁽¹¹⁾.

Além disso, as múltiplas terapias às quais estão submetidos os pacientes em terapia intensiva (a exemplo de drogas vasoativas, soluções hiperosmolares ou vesicantes) aumentam consideravelmente as chances de complicações vasculares. Diante disso, o calibre do dispositivo intravenoso merece atenção dos profissionais, tendo em vista que cateteres de menor calibre diminuem o trauma vascular durante a venopunção. Ademais, é sabido que o dispositivo

de menor diâmetro em relação ao vaso facilita a circulação de sangue ao seu redor, auxiliando na hemodiluição das drogas⁽¹²⁾.

Na presente pesquisa, os DE “integridade da pele prejudicada” e “integridade tissular prejudicada” estiveram presentes em 95,3% e 76,7% da amostra, respectivamente. A elevada prevalência desses diagnósticos na clientela estudada deve-se ao fato de que a maioria (73,3%) estava internada por motivos cirúrgicos, grande parte deles em pós-operatório, estando a solução de continuidade da pele relacionada a fatores mecânicos como a própria incisão cirúrgica,

presença de cateteres, sondas e drenos, além do possível surgimento de úlcera por pressão decorrente do posicionamento perioperatório⁽¹³⁾.

Um estudo transversal corrobora com esse achado ao evidenciar um total de 92,8% dos pacientes com “integridade da pele/tissular prejudicada” entre aqueles cujo motivo de internação foi cirúrgico. Destarte, essa clientela é submetida a procedimentos invasivos como cirurgias, coleta de material biológico para exames e punção venosa. Aliado a isso se encontram o processo patológico, a imobilização no leito, a diminuição de atividade motora e a falta de adequada perfusão periférica, enquanto fatores também responsáveis pela lesão tissular⁽¹⁴⁾.

Com o DE “integridade da pele prejudicada”, estiveram associadas as CD invasão de estruturas do corpo e rompimento das camadas da pele, ambas facilmente compreendidas no contexto acima mencionado. Para o DE “integridade tissular prejudicada”, houve associação com as CD: tecido lesado, tecido destruído, déficit de conhecimento e circulação alterada.

O diagnóstico “dentição prejudicada”, que esteve presente em 93% da amostra, pôde ser associado às seguintes CD: perda de alguns dentes, falta de alguns dentes, ausência de dentes, dentes desgastados e dentes estragados; bem como ao fator relacionado conhecimento deficiente a respeito da saúde dental.

Corroborando esses achados, em estudo realizado com pacientes hospitalizados encontrou-se uma frequência de 92,1% do DE “dentição prejudicada”⁽¹⁵⁾. Tal resultado poderia estar associado ao fato de que maior parte dos pacientes é idosa, sendo essa a fase da vida na qual se constata uma maior perda de dentes, apesar desse fato não ser inerente ao processo normal de envelhecimento⁽¹⁵⁾. Além disso, a falta de conhecimento acerca da saúde dental poderia ser influenciada por fatores como a baixa escolaridade e baixa renda familiar, uma

realidade comum aos consumidores dos serviços de saúde pública no Brasil.

Concernente ao “risco de sangramento”, presente em 83,7% dos pacientes, constatou-se a associação com os seguintes fatores de risco: conhecimento deficiente, efeitos secundários ao tratamento, trauma e função hepática prejudicada. A respeito desse DE, merece destaque o motivo de internação cirúrgico na maioria dos pacientes, tendo em vista que a cirurgia constitui um fator predisponente à trombose venosa profunda (TVP), condição que requer o uso profilático de anticoagulantes. Além do risco inerente ao procedimento, essa clientela ainda está exposta a outros fatores desencadeantes de eventos tromboembólicos, como a restrição ao leito e uso de cateteres venosos centrais. Destarte, a terapia anticoagulante pode ser apontada como uma das principais causas sangramento nesses pacientes⁽¹⁶⁾.

Diante do exposto, foram identificados os diagnósticos mais prevalentes da classe Lesão Física frente à amostra estudada, além dos fatores atuantes como influenciadores da presença do diagnóstico, facilitando, assim, o direcionamento do enfermeiro em busca da redução dos riscos aos quais essa clientela está exposta.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os diagnósticos de enfermagem da classe Lesão Física apresentam associação com seus componentes, indicando uma possível relação entre esses. O DE “risco de trauma vascular” associou-se à duração do tempo de inserção e largura do cateter; “integridade da pele prejudicada” foi associada à invasão de estruturas do corpo e rompimento da superfície da pele; a “dentição prejudicada” se associou às CD perda de dentes, falta de alguns dentes, dentes desgastados e estragados, bem como

ao FR conhecimento deficiente a respeito da saúde dental; o “risco de sangramento” esteve associado ao conhecimento deficiente, efeitos secundários ao tratamento, trauma, e função hepática prejudicada; e, por fim, a “integridade tissular prejudicada” demonstrou associação significativa com as CD tecido lesado e destruído, e FR déficit de conhecimento e circulação alterada.

O desenvolvimento desse tipo de estudo possibilita à enfermagem maior apropriação do conteúdo científico específico de sua profissão. A partir disso, os enfermeiros podem não apenas identificar os problemas apresentados pelo cliente como também apoderar-se da gama de conhecimentos que permeia o surgimento desses problemas, de modo que compreendam as associações existentes entre o diagnóstico, seus antecedentes e consequentes.

Enquanto fator limitante ao desenvolvimento do estudo foi constatada a carência de publicações com enfoque em uma classe e diagnósticos de enfermagem específicos, relacionados ao paciente crítico, obstando o processo de discussão de alguns aspectos com literaturas aplicadas ao mesmo público. Alia-se a isso o fato de a avaliação clínica ser um processo subjetivo e, portanto, suscetível a incertezas. Sugere-se, pois, a realização de estudos com métodos que permitam o teste das possíveis relações identificadas transversalmente.

REFERÊNCIAS

1. Backes MTS, Erdmann AL, Buscher A, Backes DS. O cuidado intensivo no ambiente de UTI. *Esc Anna Nery*. 2012 out/dez; 16 (4):689 – 696.
2. Backes MTS, Backes DS, Erdmann AL. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):679-85.
3. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 jan-fev;20(1).
4. Barreto VPM, Tonini T, Aguiar BGC. Nursing care management of clients in intensive care: content analysis. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Oct [cited year month day]; 12 Suppl: 578-80. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4076>
5. Yücel SC, Eser I, Güler EK, Khorshid L. Nursing diagnoses in patients having mechanical ventilation support in a respiratory intensive care unit in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 2011.
6. Salgado PO, Chianca TCM. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 July-Aug;19(4).
7. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *RevEscEnferm USP*. 2012; 46(5).
8. Herdman TH. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell. 2015.
9. Ramos GS, Santana LC, Ferreira PHC, Chianca TCM, Guedes HM. Diagnósticos de Enfermagem documentados em prontuários de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enferm. Cent. O. Min*. 2013 mai/ago; 3(2):679-686.
10. Werli-Alvarenga A, Ercole FF, Botoni FA, Oliveira JÁ, Chianca TC. Corneal injuries: incidence and risk factors in the Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19(5).
11. Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2012; 380: 1066–74.
12. Rodrigues CC, Guilherme C, Costa Júnior ML, Carvalho EC. Risk factors for vascular trauma during antineoplastic chemotherapy: contributions of the use of relative risk. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 448-52. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n3/v25n3a20.pdf>>. Acesso em 12 de junho de 2016.
13. Souza TM, Carvalho R, Paldino CM. Diagnósticos, prognósticos e intervenções de enfermagem na

- sala de recuperação pós anestésica. Revista SO-BECC. São Paulo (SP). 2012 out/dez; 17 (4):33-47.
14. Novaes ES, Torres MM, Oliva APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. Acta Paul Enferm. 2015; 2 (1): 26 - 31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0026.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2016.
 15. França MJDM, Manguiera SO, Perrelli SGA, Cruz SL, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem de pacientes com necessidade de locomoção afetada internados em uma unidade hospitalar. Revista Eletronica de Enfermagem. 2013; 15(4):878-85. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/v15n4a04.htm>>. Acesso em 30 de abril de 2015.
 16. Dutra CSK, Silveira LM, Santos AO, Pereira R, Stabile AM. Prevalent Nursing Diagnosis In Patients Hospitalized With Sepsis At The Intensive Care Unit. Cogitare Enferm. 2014; 19(4):688-94

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committe of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a materia em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 14/09/2015
Revisado: 16/06/2016
Aprovado: 24/06/2016