

Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas*Real diagnoses and nursing intervention proposals for multiple trauma victims**Diagnósticos reales y propuesta de intervenciones de enfermería para pacientes víctimas de múltiples traumas*Kátia Cilene Godinho Bertoncetto¹, Cibele D'Avila Kramer Cavalcanti², Patrícia Ilha³

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: kbertoncetto@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: cibelekramer@gmail.com.

³ Enfermeira. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: ilha.patricia@gmail.com.

RESUMO

Estudo quantitativo descritivo realizado em uma emergência hospitalar de referência em traumatologia cujo objetivo foi identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados por pacientes vítimas de múltiplos traumas atendidos no período de fevereiro a abril de 2012 e, posteriormente, propor intervenções de enfermagem. Foram avaliados 41 pacientes encaminhados por serviços de atendimento pré-hospitalar, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e não gestantes utilizando como referencial teórico a Taxonomia II da NANDA Internacional e a *Nursing Interventions Classification*. Foram identificados 25 diagnósticos. Os mais prevalentes foram: dor aguda; mobilidade física prejudicada; deambulação prejudicada; déficit no autocuidado para banho; déficit no autocuidado para vestir-se; déficit no autocuidado para higiene íntima; mobilidade no leito prejudicada; capacidade de transferência prejudicada; integridade da pele prejudicada; integridade tissular prejudicada; déficit no autocuidado para alimentação; padrão respiratório ineficaz. Após, foram propostas 82 intervenções de enfermagem que pudessem propiciar uma redução de danos a esses pacientes.

Descritores: Traumatismo Múltiplo; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

This descriptive quantitative study was performed at a reference trauma hospital emergency room with the objective to identify the nursing diagnoses presented by multiple trauma victims treated between February and April of 2012 and, next, propose nursing interventions. Evaluations were conducted with 41 patients referred by pre-hospital care services. All patients were 18 years of age or older, male and female, not pregnant and using the NANDA International Taxonomy II and Nursing Interventions Classification. Among the 25 identified diagnoses, the most prevalent were: acute pain; impaired physical mobility; impaired walking; bathing self-care deficit; dressing self-care deficit; intimate hygiene self-care deficit; impaired bed mobility; impaired transfer ability; impaired skin integrity; impaired tissue integrity; feeding self-care deficit; and ineffective respiratory pattern. Next, 82 nursing interventions were proposed aiming to reduce patient harm.

Descriptors: Multiple Trauma; Nursing Diagnosis; Emergency Nursing.

RESUMEN

Estudio cuantitativo, descriptivo, realizado en servicio de urgencias de hospital de referencia en traumatología, objetivando identificar diagnósticos de enfermería presentados por pacientes víctima de múltiples traumas atendidos entre febrero y abril 2012 y, posteriormente, proponer intervenciones de enfermería. Fueron evaluados 41 pacientes, derivados por servicios prehospitalarios, mayores de 18 años, ambos sexos, no gestantes. Se utilizaron como referenciales teóricos: Taxonomía II de NANDA Internacional y *Nursing Interventions Classification*. Identificados 25 diagnósticos, los más prevalentes: dolor agudo; deterioro de la movilidad física; deterioro de la ambulación; déficit de autocuidado: baño; déficit de autocuidado: vestido; déficit de autocuidado: uso del inodoro; deterioro de movilidad en la cama; deterioro de habilidad para la traslación; deterioro de integridad de la piel; deterioro de habilidad para traslación; perfusión tisular periférica ineficaz; déficit de autocuidado: alimentación; deterioro de ventilación espontánea. Fueron propuestas luego 82 intervenciones de enfermería que posibilitaran reducción del padecimiento de los pacientes.

Descriptores: Traumatismo Múltiple; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería de Urgencia.

INTRODUÇÃO

A área de urgência e emergência exige dos enfermeiros uma forma diferenciada do padrão tradicional de trabalho, a assistência, em sua maioria, é baseada no modelo biomédico e organizada por meio de rotinas e protocolos, os quais muitas vezes acabam por não apresentar soluções eficazes focadas às necessidades humanas do paciente crítico⁽¹⁾.

Com base nisso a Sistematização da Assistência de Enfermagem vem como uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, pois proporciona recursos técnicos, científicos e humanos, buscando uma maior qualidade na assistência ao paciente de forma singular, possibilitando o seu reconhecimento e valorização.

Principalmente quando falamos de pacientes acometidos de múltiplos traumas, devido ao evento apresentar consequências sociais e econômicas tanto para a vítima direta, quanto para a sociedade, pois as lesões relacionadas a ele ocasionam em sua maioria incapacidades físicas e ou mentais, sendo elas temporárias ou permanentes ou até mesmo levando ao óbito⁽¹⁾.

O Ministério da Saúde divulgou a portaria nº 2.048/2002, com o intuito de promover a qualidade de vidas dos usuários de serviços de urgências e emergências através dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando um atendimento adequado ao paciente vítima de trauma/violência do pré-hospitalar e intra-hospitalar⁽²⁾.

A padronização da assistência voltada às vítimas de trauma vem sendo cada vez mais implementada pelas instituições de saúde no Brasil, no entanto, há uma necessidade de personalizar esse atendimento, devido às diferentes formas de apresentação, gravidade e complexidade em particular de cada um desses pacientes, nesse sentido, a utilização de diagnósticos de enfermagem mostram-se como a melhor e mais prática solução para atuação da enfermagem no cenário da emergência⁽³⁾.

A SAE apresenta uma nova forma de tecnologia do cuidado que orienta a sequência do raciocínio lógico melhorando a qualidade do cuidado por meio da avaliação clínica, dos diagnósticos, das intervenções, e dos resultados de Enfermagem, permitindo avaliar a sua eficácia e efetividade e, modificá-la de acordo com os resultados percebidos. Constituindo assim uma

ferramenta que evidencia o processo desenvolvido durante a realização dos cuidados, possibilitando uma integração e organização das informações de enfermagem, garantindo a qualidade e continuidade das mesmas por toda equipe. Vindo também como importante fonte de dados para desenvolvimento permanente para a educação, pesquisa e o gerenciamento em Enfermagem⁽⁴⁾.

O diagnóstico de enfermagem é a avaliação clínica por parte do enfermeiro a partir das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou aos processos vitais. Através dele é que são definidas as condutas a serem tomadas para alcançar resultados satisfatórios no processo de saúde e doença⁽⁵⁾.

Em concordância, a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a NANDA-Internacional e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), tem como objetivo padronizar a linguagem e a comunicação entre enfermeiro e equipe de enfermagem. Além de otimizar o tempo na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, permitindo que o enfermeiro passe mais tempo nas atividades assistenciais⁽⁶⁾.

O conhecimento teórico-científico juntamente com a NIC e a NANDA-I tornam-se um instrumento que possibilita ao profissional uma maior viabilidade de aplicar a assistência de enfermagem de forma mais qualificada e integral⁽⁷⁾.

Uma revisão integrativa da literatura⁽⁸⁾ constatou que há uma escassez de trabalhos que englobem a identificação de diagnósticos de enfermagem, a pacientes vítimas de múltiplos traumas na América Latina. O estudo identificou apenas 16 produções, que abordavam apenas sete diagnósticos: Risco de Infecção; Risco de volume de líquidos deficiente; Dor aguda; Integridade Tissular prejudicada; Volume de líquidos deficientes; Troca de gases prejudicada; e Risco de trauma. Assim, os objetivos deste estudo foram identificar os diagnósticos dos pacientes, vítimas de múltiplos traumas, de acordo com a Taxonomia II da *NANDA Internacional*, e apresentar proposta de intervenções de enfermagem, baseados na *Nursing Interventions Classification*. Considerando a realização desse estudo enfocando os diagnósticos reais de enfermagem presentes nos pacientes vítimas de

múltiplos traumas, poderá oferecer subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, tipo transversal. Realizado em uma unidade de urgência e emergência, de um Hospital público de grande porte, referência regional para ortopedia e traumatologia, do sul do país.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo de nº 2435/2012 e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos sob protocolo nº 001/2012. Os participantes foram convidados e aceitaram, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-lhes a todo o momento o direito de desistência da participação, assim como o completo anonimato.

A amostra constituiu-se de 41 pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência vítima de múltiplos traumas atendidos durante o período de coleta de dados que ocorreu entre 17 de fevereiro a 06 de abril de 2012. Todos foram encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. Os critérios de inclusão foram: ser paciente maior de 18 anos, que não se encontrasse gestante, com Escala de Coma de Glasgow maior ou igual a três, e avaliado pelas pesquisadoras no momento da entrada no hospitalar.

A coleta de dados desenvolveu-se em quatro etapas interligadas: o acolhimento da vítima e passagem de plantão, concomitantemente, quando o múltiplo traumatizado chegava a sala de reanimação encaminhada pelo atendimento pré-hospitalar. Nesse momento eram coletados os dados do local do sinistro, como sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, pele fria, quente, norma, pele úmida ou seca), avaliação neurológica por meio da Escala de Coma de Glasgow no momento do atendimento, cinemática do trauma pela localização da vítima no momento do atendimento pré-hospitalar, contra o que a vítima colidiu, tipo de colisão veículo do acidente, e outros (ferimento por arma de fogo, arma branca, afogamento, agressão, queda de nível, incêndio).

Em seguida era realizado a avaliação dos sinais vitais no ambiente hospitalar, avaliação neurológica (Escala de

Coma de Glasgow), avaliação pupilar, histórico de saúde utilizando o AMPLA (Alergia; Medicamento de uso habitual; Passado Médico; Líquidos e alimentos ingeridos; Ambientes e ventos relacionado ao trauma), avaliação das lesões da face, crânio, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores. A última etapa da coleta de dados consistia em entrevista com o paciente quando o mesmo se encontrava consciente e orientado, ou com o seu familiar e/ou responsável a respeito da pesquisa e assim convidado a participar desta investigação, por fim assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Análise dos dados ocorreu em três etapas, primeiramente foi realizado o levantamento das principais características apresentadas pelas vítimas de trauma assim como suas necessidades prioritárias, desse modo compondo apenas como armazenamento de dados, foi utilizado o programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences SPSS®* versão 17.

A segunda etapa da análise deu-se por meio do processo de raciocínio do diagnóstico⁽⁹⁾, que é dividido em duas etapas, a análise e a síntese. Na análise, o material coletado é examinado de forma crítica e separado em partes. Sendo dividida em duas etapas, são elas: categorização dos dados, que são organizados, agrupados ou colocados de maneira lógica, sistematizada e podem ser embasados em diferentes modelos conceituais; identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa na qual os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados.

Na etapa de síntese o processo de raciocínio é realizado levando em consideração o agrupamento de dados, que é o início dessa fase onde os dados relevantes são agrupados, comparados com teorias, modelos e/ou conceitos. São identificados desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese). É definida como a etapa do julgamento clínico, pois se elaboram hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas. Que neste estudo, deu-se após a coleta onde foram relacionados os problemas apresentados dentro das características e fatores relacionados, individuais de cada paciente.

Após a aplicação do processo de raciocínio diagnóstico nos dados coletados, foram denominados os

diagnósticos tendo como base a Taxonomia II NANDA - I⁽¹⁰⁾.

Na terceira etapa da análise, constituiu na elaboração de uma proposta de intervenções de enfermagem, segundo a Classificação da *Nursing Interventions Classification* (NIC)⁽¹⁰⁾, para os diagnósticos de enfermagem (DE) que obtiveram a frequência igual e superior a 50% dos pacientes investigados.

Vários fatores são considerados imprescindíveis para a seleção de intervenção de enfermagem de acordo com a NIC⁽¹¹⁾, levando em consideração seis dos principais: os

resultados almejados, as características dos DE, pesquisa básica para a intervenção, a viabilidade da ação, a adesão do paciente a terapêutica proposta e a capacidade do enfermeiro.

RESULTADOS

Durante a investigação foram encontrados 25 diagnósticos reais de enfermagem. A Tabela 1 mostra, segundo os domínios da classificação da NANDA-I, as frequências de pacientes que tiveram cada diagnóstico identificado.

Tabela 1: Frequência de diagnósticos reais, segundo a Taxonomia II da NANDA-I em pacientes vítimas de múltiplos traumas. Florianópolis, SC, Brasil, 2012.

Domínio	%*	Categoria diagnóstica	Pacientes		
			∞ N	N	%
Nutrição	8	Volume de líquidos deficientes	1	9	21,9
		Deglutição prejudicada	1	1	2,4
Eliminação e troca	4	Troca de gases prejudicada	1	5	12,1
		Mobilidade física prejudicada	1	33	80,4
		Deambulação prejudicada	1	32	78,0
		Déficit no autocuidado para o banho	1	31	75,6
		Déficit no autocuidado para vestir-se	1	30	73,1
		Déficit no autocuidado para higiene íntima	1	29	70,7
		Mobilidade no leito prejudicada	1	28	68,3
Atividade/Repouso	48	Capacidade de transferência prejudicada	1	26	63,0
		Déficit no autocuidado para alimentação	1	21	51,2
		Padrão respiratório ineficaz	1	21	51,2
		Perfusão tissular periférica ineficaz	1	18	43,9
		Débito cardíaco diminuído	1	8	19,5
		Ventilação espontânea prejudicada	1	4	9,7
		Confusão aguda	1	1	2,4
Percepção/Cognição	4	Memória prejudicada	1	1	2,4
		Desobstrução ineficaz de vias áreas	1	2	4,8
		Integridade da pele prejudicada	1	24	58,5
		Integridade tissular prejudicada	1	24	58,5
Segurança/Proteção	28	Mucosa oral prejudicada	1	5	12,1
		Hipertermia	1	3	7,3
		Hipotermia	1	8	19,5
		Termorregulação ineficaz	1	11	26,8
Conforto	4	Dor aguda	1	41	100
Total	100		25	41	100

* Total de diagnósticos no domínio sobre o total geral de diagnósticos (25).

Os diagnósticos mais frequentes foram dor aguda 41 (100%), mobilidade física prejudicada 33 (80,4%), deambulação prejudicada 32 (78%), déficit no autocuidado para banho 31 (75,6%), déficit no autocuidado para vestir-se 30 (73,1%), déficit no autocuidado para higiene íntima 29 (70,7%), mobilidade no leito prejudicada 28 (68,2%), capacidade de transferência prejudicada 26 (63%), integridade da pele prejudicada 24 (58,5%), integridade tissular prejudicada 24 (58,5%), déficit no autocuidado para alimentação 21 (51,2%) e padrão respiratório ineficaz 21 (51,2%).

Dos 13 domínios que compõem a Taxonomia II da NANDA-I e seus diagnósticos, sete domínios não foram encontrados, são eles: Promoção da Saúde, Auto percepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Princípios da Vida e Crescimento e Desenvolvimento, pois durante o período de atendimento a esses pacientes eles não apresentaram características definidoras e fatores relacionados que os incluem nesses domínios.

Os domínios Nutrição (8%), Eliminação (4%), Percepção/Cognição (4%) e Conforto (4%) apareceram

com menor frequência, ocorrendo ao menos uma vez em seu respectivo diagnóstico. Os domínios de Atividade/Repouso (48%), Segurança/Proteção (28%) foram mais frequentes.

Dos 12 diagnósticos mais prevalentes (dor aguda 100%; mobilidade física prejudicada 80,4%; deambulação prejudicada 78,0%; déficit no autocuidado para banho 75,6%; déficit no autocuidado para vestir-se 73,1%; déficit no autocuidado para higiene íntima 70,7%; mobilidade no

leito prejudicada 68,2%; capacidade de transferência prejudicada 63,0%; integridade da pele prejudicada 58,5%; integridade tissular prejudicada 58,5%; déficit no autocuidado para alimentação 51,2%; padrão respiratório ineficaz 51,2%), são descritos a seguir com suas respectivas características definidoras e fatores relacionados, de acordo com o registro realizado durante o atendimento à vítima de múltiplos traumas.

Quadro 1: Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes com suas características definidoras e fatores relacionados. Florianópolis, SC, Brasil, 2012.

Diagnósticos de Enfermagem	Características definidoras	Fator Relacionado
Dor Aguda	Expressão facial; Alteração na pressão sanguínea; Mudança na frequência cardíaca; Dilatação pupilar	Agentes lesivos
Mobilidade física prejudicada	Amplitude limitada de movimento; Capacidade limitada para desenvolver habilidades motoras grossas; Capacidade limitada para desenvolver habilidades motoras finas	Dor; Perda da integridade de estruturas ósseas; Prejuízos musculoesqueléticos
Deambulação prejudicada	Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias	Prejuízo neuromuscular; Prejuízo músculo esquelético; Dor
Déficit de autocuidado para o banho	Incapacidade de acessar o banheiro; Incapacidade de lavar o corpo; Incapacidade de pegar artigos para o banho; Incapacidade de regular a água do banho; Incapacidade de secar o corpo	Prejuízo musculoesquelético; Dor; Prejuízo neuromuscular
Déficit no autocuidado para vestir-se	Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo; Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo	Dor; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular
Déficit no autocuidado para higiene íntima	Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica; Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada	Dor; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular
Déficit no autocuidado para alimentação	Incapacidade de manusear utensílios	Dor; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular
Mobilidade no leito prejudicada	Capacidade prejudicada de mover-se da posição prona para posição supina; Capacidade prejudicada para virar-se de um lado para o outro	Dor; Prejuízo musculoesquelético
Capacidade de transferência	Incapacidade de transferir-se da cama para cadeira; Incapacidade de transferir-se da cama para posição em pé	Dor; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular; Prejuízo cognitivo
Integridade da pele prejudicada	Rompimento da pele; Destruição de camadas da pele; Invasão de estruturas do corpo	Circulação prejudicada; Fatores mecânicos; Hipotermia; Extremos de idade; Imobilização física
Integridade tissular prejudicada	Tecido destruído; Tecido lesado	Fatores mecânicos; Mobilidade física prejudicada
Padrão respiratório ineficaz	Taquipneia; Bradipneia	Dor; Dano musculoesquelético; Hiperventilação; Disfunção neuromuscular

∞ Proporção sobre o número total de pacientes (41).

Quadro 2. Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções. Florianópolis, SC, Brasil, 2012.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem*
Dor Aguda	<p>Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;</p> <p>Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes incapazes de se comunicar com eficiência;</p> <p>Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a dor;</p> <p>Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;</p> <p>Avaliar experiências anteriores de dor, inclusive histórico individual e familiar de dor crônica ou incapacidade resultante, conforme apropriado;</p> <p>Avaliar com o paciente e a equipe cuidados de saúde e eficácia de medidas passadas utilizadas para controlar a dor;</p> <p>Auxiliar o paciente e a família a buscar e obter apoio;</p> <p>Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento;</p> <p>Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos;</p> <p>Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto;</p> <p>Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor;</p> <p>Ensinar os princípios de controle de dor;</p> <p>Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e intervir de forma adequada;</p> <p>Administrar analgésicos, quando prescritos;</p> <p>Aplicar calor/frio quando apropriado.</p>
Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada	<p>Determinar a capacidade atual do paciente em transferir-se (exemplo nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade para ficar em pé e suportar o peso, nível de consciência, capacidade de cooperar, capacidade de compreender instruções);</p> <p>Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente;</p> <p>Orientar o paciente sobre todas as técnicas apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência;</p> <p>Orientar o indivíduo quanto ao uso auxiliares da deambulação;</p> <p>Identificar os métodos de prevenção de lesão durante as transferências;</p> <p>Demonstrar a técnica, conforme apropriado;</p> <p>Determinar quantidade e tipo de assistência necessária;</p> <p>Usar a mecânica corporal correta durante os movimentos;</p> <p>Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos;</p> <p>Auxiliar o paciente a deambular usando o corpo como muleta humana, conforme apropriado;</p> <p>Avaliar o paciente ao término da transferência quanto ao alinhamento corporal correto, a não oclusão de sondas e drenos, roupas de cama com rugas e dobras, pele desnecessariamente exposta, nível de conforto adequado para o paciente, laterais da cama levantadas e campainha ao alcance da mão.</p>
Déficit no autocuidado para banho e higiene	<p>Dar assistência no banho/higiene;</p> <p>Manter cuidados com as unhas, perineo, cabelos, olhos, ouvidos e pés;</p> <p>Promover saúde oral;</p> <p>Promover a mecânica corporal;</p> <p>Melhorar a imagem corporal do paciente;</p> <p>Melhorar a autoestima do paciente;</p> <p>Auxiliar na utilização do vaso sanitário;</p> <p>Auxiliar o paciente a vestir-se/arrumar-se;</p> <p>Estimular o exercício de vestir-se;</p> <p>Prevenção de quedas.</p>
Déficit no autocuidado para alimentação	<p>Monitorar a capacidade de deglutir do paciente</p> <p>Identificar a dieta prescrita;</p> <p>Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e deglutição;</p> <p>Oferecer assistência física se necessária;</p> <p>Providenciar higiene oral antes das refeições;</p> <p>Colocar o paciente em posição confortável para comer.</p>
Déficit no autocuidado para vestir-se	<p>Oferecer a roupa de modo que o paciente tenha acesso a elas (p.ex., junto ao leito);</p> <p>Estar disponível para ajudar a vestir o paciente, se necessário;</p> <p>Manter a privacidade enquanto o paciente se veste;</p> <p>Reforçar as tentativas de vestir-se sozinho.</p>

Quadro 3. Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções - Continuação. Florianópolis, SC, Brasil, 2012.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem*
Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada	Realizar curativo com a medicação tópica, adequada;
	Observar sinais e sintomas de infecção;
	Observar e manter cuidados com áreas de pressão; Hidratar a pele, quando necessário;
	Fazer limpeza diária da incisão operatória;
	Realizar curativo na área da amputação;
	Observar e registrar possíveis alterações nas extremidades inferiores;
	Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório;
	Manter cuidados com artigos de látex, quando necessário;
	Observar sinais e sintomas de infecção em punção venosa;
	Observar alterações na pele.
Padrão respiratório ineficaz	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração;
	Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria, uso de musculatura acessória e retração de músculos supraclaviculares e intercostais;
	Monitorar ocorrência de respiração ruidosa, como sibilos esganiçados e roncos;
	Monitorar os padrões respiratórios: bradipneia, taquipneia, hiperventilação, respirações <i>Kussmaul</i> , respiração de <i>Cheyne-Stokes</i> , padrão apneustico, respiração de <i>Bilot</i> e padrões atáxicos;
	Palpar em busca de expansão pulmonar igual;
	Percutir o tórax anteriormente e posteriormente, dos ápices às bases, bilateralmente;
	Observar localização da traqueia;
	Monitorar a ocorrência da fadiga de músculos diafragmáticos (movimento paradoxal);
	Auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída/ausente e a presença de ruídos adventícios;
	Monitorar dados do ventilador mecânico, registrando aumentos nas pressões inspiratórias e reduções no volume corrente, conforme apropriado;
	Monitorar a ocorrência de aumento da inquietação, ansiedade e falta de ar;
	Registrar mudanças no SaO ₂ , SvO ₂ , CO ₂ corrente terminal e mudanças nos valores gasometria arterial, conforme apropriado;
	Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que melhorem ou piorem;
	Monitorar rouquidão e mudança na voz, de hora em hora, em pacientes com queimadura facial;
	Monitorar a ocorrência de crepitação, conforme apropriado;
	Abrir vias aéreas, usando a técnica de elevação de queixo ou de manobra mandibular, conforme apropriado;
Colocar paciente deitado de lado, conforme indicação, para evitar aspiração; realizar movimentação em bloco diante de suspeita de aspiração cervical;	
Instituir esforços de reanimação se necessário.	
Capacidade de transferência prejudicada e Deambulação prejudicada	Revisar o prontuário em relação a ordens de atividades;
	Determinar o nível de mobilidade e as limitações dos movimentos;
	Determinar o nível de consciência e a capacidade de colaborar;
	Ajudar o paciente a receber todos os cuidados necessários;
	Oferecer privacidade, evitar correntes de ar e conservar o recato dos pacientes;
	Usar mecânica corporal correta durante movimentos;
	Transferir paciente da cama para a maca, ou vice-versa, usando lençol para a virada, conforme apropriado;
Usar cadeira de rodas para paciente que não consegue funcionar.	

* Baseados na NIC 2010⁽¹²⁾.

DISCUSSÃO

Apesar da multiplicidade de diagnósticos reais, optou-se nesse momento, por discutir as categorias diagnósticas que apresentaram frequência igual ou maior a 50%, com os respectivos fatores relacionados e características definidoras.

O diagnóstico de dor aguda tem como definição “*Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses*”⁽¹⁰⁾.

Nesta pesquisa o diagnóstico de dor aguda foi relacionado a agentes lesivos e descrito por característica definidora de: expressão facial de dor, alteração na pressão sanguínea, mudança na frequência cardíaca, dilatação pupilar⁽¹⁰⁾, esse DE esteve presente em 100% dos pacientes, pois a presença de múltiplas lesões traumáticas é imediata.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável com caráter subjetivo, o seu significado para a vítima de trauma está relacionado com as suas experiências vividas no evento. A dor é uma das principais queixas encontradas nos serviços de emergência, tanto em pacientes clínicos, quanto cirúrgicos, com intensidade moderada e forte as mais comuns⁽¹³⁾.

O *não cuidado* da dor aguda leva a ativação de vias neuronais por um período prolongando as disfunções orgânicas e os efeitos prejudiciais como aumento da frequência cardíaca e respiratória, levando a uma diminuição da distribuição do oxigênio nos tecidos, diminuição da perfusão sanguínea periférica e contração muscular reflexa⁽¹³⁾.

Mobilidade física prejudicada, deambulação prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, padrão respiratório, integridade da pele e tissular prejudicada, mobilidade no leito prejudicada e déficit no autocuidado, seja para higiene íntima, alimentação, vestir-se e o banho possuem relação com a dor.

Mobilidade física prejudicada é definido como *"limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades"*⁽¹⁰⁾, a mobilidade do paciente está diretamente relacionada com a independência do paciente, todavia geralmente a mesma se encontra prejudicada devido as condições do trauma, o entendimento sobre os aspectos psicossociais é de suma importância para o cuidado de cada indivíduo, individualizando assim o cuidado de enfermagem⁽¹³⁾. Deambulação prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, capacidade de transferência estão diretamente relacionados com a mobilidade física prejudicada e interligadas entre si.

Agregado ao domínio de segurança e proteção, a integridade tissular prejudicada, grande parte dos pacientes receberam este diagnóstico (58,5%), pois apresentavam como característica definidora, tecido destruído e/ou lesado em decorrência de um evento traumático. A integridade da pele prejudicada também

apareceu em 58,5% dos pacientes, apresentando rompimento da pele, destruição das camadas da pele e invasão de estruturas do corpo, causados por acidentes, quedas ou até mesmo por condutas do Pré-hospitalar e intra-hospitalar (imobilização e fatores mecânicos).

Imobilização no leito, diminuição da atividade motora, perfusão inadequada e problemas de mobilização em conjunto com a punção venosa periférica, auxiliam na *destruição* e sofrimento da epiderme e derme⁽¹⁴⁾.

Quando falamos no déficit no autocuidado encontramos quatro situações, como o déficit no autocuidado para: banho, vestir-se, higiene íntima e alimentação.

O DE déficit no autocuidado para banho teve relação com dor em 41 (100%) dos pacientes, a prejuízo músculo esquelético e prejuízo neuromuscular 33 (80,4%) vítimas de trauma, manifestados por incapacidade de acessar o banheiro, de lavar o corpo, de obter a fonte da água, de pegar artigos para o banho, de regular a água do banho, de secar o corpo.

O déficit no autocuidado para vestir-se está *"condicionado à capacidade prejudicada de realizar ou completar atividade vestir-se e arrumar-se por si mesmo"*⁽¹⁰⁾ representado pelas seguintes características definidoras incapacidade de colocar roupas na parte superior e inferior do corpo, relacionadas à dor (100%), prejuízo neuromuscular e musculoesquelético (80,4%) dos pacientes.

O déficit no autocuidado para higiene íntima definido por capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si só, a imobilidade física do paciente, causada por um prejuízo musculoesquelético e neuromuscular, leva à incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica e realizar/fazer uma higiene íntima apropriada.

Já o déficit no autocuidado para alimentação é representado pela capacidade prejudicada de desempenhar ou completar as atividades de alimentação⁽⁹⁾, estando diretamente relacionado à dor, prejuízo neuro e musculoesquelético, impossibilitando o manuseamento de utensílios que auxiliam o paciente na sua alimentação.

O diagnóstico padrão respiratório ineficaz está definido na Taxonomia II da NANDA-I⁽⁹⁾ como: inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação

adequada, representada por taquipneia e bradipneia, relacionada à dor, dano músculo esquelético, hiperventilação, disfunção neuromuscular.

Os movimentos respiratórios inspiração e expiração são responsáveis pela obtenção de oxigênio através da difusão, perfusão e eliminação do gás carbônico, quando essa troca de gases não ocorre adequadamente, ocorre uma lesão cerebral secundária em decorrência da lesão primária causada pelo trauma inicial.

Sendo assim nas situações de emergência o controle da oxigenação cerebral e oferta de oxigênio para os demais órgãos do corpo, são aspectos relevantes no atendimento, as necessidades fisiológicas tem prioridade em relação às demais⁽¹⁴⁾.

A NIC aborda tanto a assistência direta ou indireta, focalizando o indivíduo, família e a comunidade, ela é o arranjo das atividades de enfermagem, de acordo com os seus grupos ou conjuntos, levando em consideração as relações e determinações que designa as intervenções de um grupo. A seleção de uma intervenção é uma tomada de decisão direta do enfermeiro para um paciente em particular.

CONCLUSÃO

Em relação ao objetivo proposto, identificar os principais diagnósticos de enfermagem encontrados em pacientes que sofreram múltiplos traumas, documentados durante o período de coletas de dados, o domínio atividade e repouso e segurança/proteção foi o

que mais obteve representatividade pelos seus respectivos diagnósticos.

Através dos diagnósticos podemos identificar as necessidades de cuidados mais frequentes focalizados pelos enfermeiros que avaliam e prestam o cuidado inicial ao paciente vítima de múltiplos traumas, atendidos na unidade de emergência. Além do que, as propostas de intervenções, fundamentadas pelos diagnósticos de enfermagem proporcionam a esses pacientes um cuidado individualizado, a partir de seus fatores relacionados e suas características definidoras, que são características particulares.

Destaca-se que o número de estudos sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes vítimas de trauma, ainda é bastante escasso, salientamos também como fator de dificuldade para coleta de dados neste estudo, as passagens de plantão do atendimento pré-hospitalar para o intra-hospitalar, caracterizado pela divergência e falta de informações, sugerindo assim a necessidade de investigações que façam abordagem a essa temática.

Acredita-se que o resultado deste estudo possa contribuir para a assistência de enfermagem prestada a estes indivíduos vítimas de múltiplos traumas, institucionalizados e atribuir maior cientificidade à prática profissional, mas há necessidade de maiores estudos que complementem e validem essas características como uma forma de instrumentalizar as práticas de enfermagem a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Lins TH, Lima AXBC, Veríssimo RCSS, Oliveira JM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 20 dez 2013];15(1):34-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503>.
2. Portaria GM/MS nº 2.048/2002, de 5 de novembro de 2012 (BR). Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência (ementa elaborada pela CDI/MS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 12 out 2012 [acesso em: 20 dez 2013]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2002/prt2048_0_5_11_2002.html.
3. Sallum AMC, Santos JFL, Lima FD. Nursing diagnoses in trauma victims with fatal outcomes in the emergency scenario. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em: 20 dez 2013];20(1):3-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100002>.
4. Sasso GTMD, Barra DCC, Paese F, Almeida SRW, Rios GC, Marinho MM, et al. Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em: 20 dez 2013];47(1):238-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100031>.
5. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em: 20 dez 2013];47(2):341-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200010>.
6. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em: 20 dez 2013];62(2):221-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200008>.
7. Peres HHC, Cruz DA:M, Lima AFC, Gaidzinski RR, Ortiz DCF, Trindade MM, et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em: 20 dez 2013];43(Esp. 2):1149-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600002>.
8. Cavalcanti CDK, Ilha P, Bertoncello KCG. O cuidado de enfermagem a vítimas de traumas múltiplos: uma revisão integrativa. *UNOPAR Cient., Ciênc. biol. Saúde* [Internet]. 2013

- [acesso em: 20 dez 2013];15(1):81-8. Disponível em: <http://revista.unopar.br/biologicaesaude/revistaBiologicas/getArtigo?codigo=00001302>.
9. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In.: Griffith-Kenney JW, Cristense NPJ. In: Nursing Process: application of theories frameworks, and models. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 1990. p. 132-57.
10. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Cyrillo RMZ, Dalri MCB, Canini SRMS, Carvalho EC, Lourencini RR. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [acesso em: 20 dez 2013];11(4):811-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a06.pdf>.
12. Dochterman JMC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Porto Alegre: Artmed; 2008.
13. Silva FS, Fernandes MV, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2008 [acesso em: 20 dez 2013];29(4):565-72. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3826>.
14. Fontes CMB, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2007 [acesso em: 20 dez 2013];41(3):395-402. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300008>.

Artigo recebido em 31/07/2012.

Aprovado para publicação em 28/05/2013.

Artigo publicado em 31/12/2013.