

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE GINECOLOGIA

Maria Helena Baena de Moraes Lopes*
Édina Tavares de Lima Montagnoli**
Celi Aparecida Thiago Maia***

LOPES, M.H.B.de M; MONTAGNOLI, E.T.de L.; MAIA, C.A.T. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de internação de ginecologia. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 77-83, dezembro 1999.

Nosso objetivo foi identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes numa unidade de internação ginecológica. A partir do histórico de enfermagem e do prontuário de 30 pacientes foram levantadas retrospectivamente as características definidoras e, com estas, os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxionomia I revisada da NANDA. Os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: risco para infecção (30 casos); risco para dor (24 casos); comportamento para elevar nível de saúde (11 casos); medo (10 casos) e incontinência por pressão (5 casos).

UNITERMOS: diagnóstico de enfermagem, enfermagem ginecológica, saúde da mulher

INTRODUÇÃO

A assistência à mulher tem sido um reflexo de como a sociedade a vê. Os serviços de saúde oferecidos não têm como propósito atender às necessidades da mulher; ela é apenas um meio para se atingir outros objetivos, como geração de filhos ou controle da natalidade (FAÚNDES, 1991).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surgiu para oferecer ações dirigidas a todas as necessidades de saúde das mulheres (assistência integral).

Fruto da pressão do movimento de mulheres, o PAISM em sua formulação inicial contemplou as principais reivindicações deste movimento. Na elaboração técnica do Programa participaram mulheres feministas que trabalhavam como técnicas no Ministério da Saúde (DINIZ, 1993). Um dos subprogramas do PAISM, a Assistência Ginecológica, visa a prevenção e o tratamento de patologias que afetam a mulher e extrapolam o ciclo gravídico-puerperal.

Em 1986, com esta mesma proposta de assistência integral e integrada à mulher, foi criado o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), em Campinas - SP, com o objetivo de oferecer

atendimento em três diferentes especialidades: Ginecologia, Obstetrícia e Oncologia Ginecológica. O CAISM também se propõe a atender aos recém-nascidos (Neonatologia).

A Unidade de Internação de Ginecologia do CAISM possui 28 leitos, distribuídos em nove enfermarias. A assistência é desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, admitindo-se, nesta unidade, mulheres com problemas clínicos e cirúrgicos.

Com a finalidade de prestar uma assistência sistematizada e voltada às necessidades da clientela atendida e de capacitar os enfermeiros no processo e utilização dos diagnósticos de enfermagem, desde 1992 tem-se estudado e discutido os diagnósticos segundo a Taxionomia da NANDA.

Segundo CARPENITO (1997), os diagnósticos de enfermagem proporcionam um método útil para organização do conhecimento de enfermagem, dado que um dos requisitos para uma ocupação alcançar o status de profissão é possuir um corpo de conhecimentos próprio e desenvolver ações com autonomia e autodeterminação. A enfermagem, portanto, necessita de um sistema de classificação ou taxionomia. Uma das taxionomias mais amplamente difundida é a da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

* Professora Assistente Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Coordenadora das disciplinas de Saúde da Mulher e enfermeira do Programa de Educação Continuada do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)

** Enfermeira do Ambulatório de Oncologia e ex-Diretora do Serviço de Enfermagem em Ginecologia do CAISM-UNICAMP

*** Diretora do Serviço de Enfermagem em Ginecologia do CAISM-UNICAMP

A NANDA, em 1990, definiu o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (FARIAS et al., 1990). Com o uso dos diagnósticos espera-se identificar os problemas do cliente no âmbito de resolução da enfermagem; criar uma linguagem própria e identificar lacunas nas intervenções.

O Serviço de Enfermagem em Ginecologia do CAISM iniciou, de forma gradual, a implantação das etapas da sistematização de assistência, dentre elas o diagnóstico de enfermagem. No segundo semestre de 1994, as enfermeiras passaram a realizar entrevista no momento da internação das clientes que seriam submetidas à cirurgia. Em fase de teste, os dados eram coletados em impresso próprio no qual constavam: histórico (incluindo o diagnóstico médico e o tipo de cirurgia) e o exame físico.

O objetivo deste trabalho foi, a partir dos dados registrados nestes impressos e no prontuário médico, levantar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Com base neste estudo, espera-se que as(os) enfermeiras(os) do Serviço de Enfermagem do CAISM passem a trabalhar com os diagnósticos mais comuns e, assim, adquirir habilidade no uso dos mesmos.

Vale salientar que na revisão bibliográfica realizada dos últimos cinco anos, através do sistema MEDLINE, não encontramos nenhum artigo sobre diagnósticos de enfermagem relacionados à mulher com problemas ginecológicos, o que evidencia a escassez de trabalhos (ou de divulgação) sobre este tema. Acreditamos que o presente estudo traz contribuições para o conhecimento dos diagnósticos de enfermagem neste grupo de indivíduos.

MÉTODOS

Foi efetuado levantamento dos prontuários de clientes atendidas no Serviço de Ginecologia do CAISM, no período de 1º de agosto a 31 de outubro de 1994 e selecionados 30 prontuários que continham o histórico de enfermagem.

De acordo com os dados contidos no histórico, que incluía a anamnese, o exame físico realizado pela enfermeira e o tipo de procedimento médico, foram levantadas retrospectivamente as características definidoras e os fatores de risco e, a partir destes, os diagnósticos de enfermagem. Considerou-se, na análise, o procedimento médico, uma vez que este é frequentemente um fator de risco de diagnósticos, tais como, *risco para dor*, *risco para infecção* e outros.

Na determinação dos diagnósticos de enfermagem foram considerados: a definição dos diagnósticos, a presença de características definidoras maiores ou de várias características. A identificação dos diagnósticos de enfermagem foi realizada por quatro enfermeiras especialistas na área de saúde da mulher, uma delas com experiência na utilização dos diagnósticos da NANDA em unidade básica de Saúde. As enfermeiras discutiram entre si cada um dos casos até chegar-se a um consenso, com base na Taxionomia I revisada da NANDA com adaptações ao nosso meio conforme NÓBREGA & GARCIA (1994). Quando os dados eram insuficientes ou contraditórios, fazia-se revisão dos registros de enfermagem e prontuários e, por fim, desconsiderava-se os diagnósticos que eram possíveis mas não podiam ser validados devido a insuficiência de dados.

Como o histórico continha somente dados do momento da admissão e não estava estruturado de acordo com os padrões de respostas humanas, em muitos casos faltou aprofundamento de informações, o que permitiria identificar os fatores relacionados. Assim, optou-se por determinar apenas a reação humana e as características definidoras ou fatores de risco.

Quanto aos aspectos éticos, observou-se sigilo quanto a identificação das pacientes, cujos nomes foram retirados das fichas de coleta de dados após a conclusão do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de estudo foi constituída por mulheres com idade entre 17 e 70 anos (idade média = 39 anos). A maioria (63,3%) casada, do lar (56,7%), com nível básico de escolaridade (76,6% estudaram até o 1º grau) e de religião predominantemente católica (80%).

A distribuição das cirurgias ginecológicas é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das cirurgias ginecológicas

CIRURGIA	FREQÜÊNCIA
	n
Laparoscopia	9
Laqueadura vaginal	6
KK (kelly-Kennedy) e ME (Miorrafia dos Elevadores)	4
Histerectomia transabdominal	2
Laparotomia exploradora	2
Laparotomia	1
Laqueadura e exérese de nódulo	1
Laqueadura abdominal	1
ME	1
MM (Marshall-Market) e ME	1
Laparotomia	1
Correção de retocele	1
TOTAL	30

Na Tabela 2 são apresentadas as freqüências dos diagnósticos, características definidoras e fatores de risco do padrão de respostas humanas 'trocar'. Os diagnósticos mais freqüentes foram: 'risco para infecção' (30 casos) e 'incontinência por pressão' (cinco casos). A alta incidência de risco para infecção é explicada pelos procedimentos cirúrgicos a que seriam submetidas todas as clientes.

Os diagnósticos relativos à eliminação urinária alterada são freqüentes na clientela assistida, constituindo-se, muitas vezes, no motivo da cirurgia (ex.: incontinência por pressão) ou nas complicações pós-cirúrgicas (ex.: incontinência impulsiva relacionada à infecção urinária). Sabe-se que cerca de 45% da população feminina apresenta algum tipo de incontinência urinária (Bont apud RAMOS et al., 1997). Na literatura médica, os diferentes tipos de incontinência urinária são divididos em três grandes grupos: 1) incontinência urinária de esforço; 2) incontinência urinária de urgência e 3) incontinência urinária mista (RAMOS et al., 1997). Estima-se que 50% das mulheres com incontinência urinária apresentem a de esforço, 20% a de urgência e 30%, a mista (Bont apud RAMOS et al., 1997).

A taxionomia 1-Revisada da NANDA considera

cinco diagnósticos de enfermagem relacionados a incontinência urinária: incontinência por pressão, incontinência impulsiva, incontinência funcional, incontinência reflexa e incontinência total. WOODTLI (1995), com base na literatura e em dois estudos clínicos conduzidos por ela, propõe a inclusão de um sexto diagnóstico, 'incontinência mista', quando existe uma combinação de sintomas característicos tanto de incontinência por pressão quanto impulsiva.

De fato, quando validamos em nosso serviço um sistema de apoio a decisão em enfermagem nos casos de eliminação urinária alterada, chamado ALTURIN.EXP (LOPES et al., 1997), observamos que, em alguns casos, a mulher apresentava características definidoras dos dois diagnósticos, o que nos levou a discriminá-los em principal e secundário, devido a falta de um diagnóstico da Classificação que melhor descrevesse a sintomatologia observada (a estrutura do ALTURIN.EXP só permitia a identificação de um diagnóstico). Frente a isso, concordamos com WOODTLI (1995), quanto a necessidade de inclusão da incontinência mista na taxionomia da NANDA, tendo em vista ainda que, na literatura médica, é considerada como um dos grupos de incontinência urinária.

Tabela 2 - Freqüência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras ou fatores de risco do padrão trocar

Diagnóstico	Freqüência n	Características definidoras/ Fatores de risco	Freqüência n
Risco para infecção	30	procedimento invasivo (cirurgia)	30
Incontinência por pressão	5	relato de perda de urina com aumento da pressão abdominal	5
Nutrição alterada: ingestão maior do que as necessidades corporais	3	peso acima do ideal para a idade, sexo, altura e estrutura	3
Constipação	3	fezes secas e endurecidas	3
Eliminação urinária alterada	2	infecção urinária de repetição urgência freqüência urinária aumentada	1 1 1
Excesso de volume de líquido	2	edema	2
Nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais	1	peso abaixo do ideal para a idade, sexo, altura e estrutura	1
TOTAL	46		47

Os diagnósticos, características definidoras ou fatores de risco do padrão 'relacionar' são apresentados na Tabela 3. Os diagnósticos deste padrão tiveram baixa freqüência (quatro casos) e estavam relacionados à sexualidade. Provavelmente esta freqüência está

subestimada, uma vez que os dados do histórico de enfermagem eram incompletos pela falta de aprofundamento das questões referentes a estes diagnósticos.

A diferenciação entre os diagnósticos 'disfunção

sexual' e 'padrão de sexualidade alterado' geralmente é difícil e, segundo LEMONE & WEBER (1995), as características definidoras não são gênero-específicas. Estas constatações levaram Le Mone a sugerir um único

diagnóstico, 'sexualidade alterada', para expressar não somente a percepção de mudança na sexualidade, mas também a mudança em si mesma, considerando, ainda, as características definidoras gênero-específicas.

Tabela 3 - Frequência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras ou fatores de risco do padrão relacionar

Diagnóstico	Frequência n	Características definidoras/ Fatores de risco	Frequência n
Disfunção sexual	3	dor durante as relações sexuais inabilidade para alcançar a satisfação sexual	1 2
Padrão de sexualidade alterado	1	falta de pessoa significativa (separação do marido)	1
TOTAL	4		4

Na Tabela 4 são apresentados os diagnósticos, características definidoras e fatores de risco do padrão 'escolher'. O diagnóstico mais frequente deste padrão foi 'comportamento para elevar nível de saúde' (11 casos). A alta frequência de tal diagnóstico se deve ao fato de constar nos históricos destas mulheres a realização periódica do auto-exame de mamas e do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. Como estas são práticas essenciais para a saúde da mulher e a adesão a elas é relativamente baixa (apenas um terço dos casos), considerou-se que estas mulheres apresentavam um comportamento para elevar o nível de saúde.

Ainda hoje as neoplasias ocupam uma posição de destaque, mantendo-se em terceiro lugar como causa de morte na população brasileira e sendo responsáveis por 15% dos óbitos ocorridos na população feminina (segundo lugar dentre as causas de morte) (BRASIL, 1997).

Numa estimativa do Instituto Nacional do Câncer, para o ano de 1997, calculou-se que correriam no Brasil 6.780 óbitos de mulheres com câncer de mama e 5.760 de mulheres com câncer de colo de útero. Os casos novos estimados seriam de 28.310 e 20.500 em relação ao câncer de mama e de colo de útero, respectivamente (BRASIL, 1997).

Tabela 4 - Frequência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras ou fatores de risco do padrão escolher

Diagnóstico	Frequência n	Características definidoras/ Fatores de risco	Frequência n
Comportamento para elevar nível de saúde	11	realização de práticas de controle da saúde (citologia oncológica e auto-exame de mama)	11
Conflito de decisão	2	verbalização de dúvida quanto a realização da cirurgia adiamento da decisão	1 1
TOTAL	13		13

Na Tabela 5 são apresentados os diagnósticos, características definidoras e fatores de risco do padrão 'mover'. O único diagnóstico deste padrão foi 'manutenção da saúde alterada'. Outros diagnósticos

desse padrão de respostas humanas não foram identificados porque os dados eram referentes ao período pré-operatório.

Tabela 5 - Frequência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras ou fatores de risco do padrão mover

Diagnóstico	Frequência n	Características definidoras/ Fatores de risco	Frequência n
Manutenção da saúde alterada	2	demonstra desinteresse em comportamentos de promoção da saúde	2
TOTAL	2		2

Quanto ao padrão 'conhecer', só foram identificados dois diagnósticos em dois casos: 'déficit de conhecimento (métodos anticoncepcionais)' e 'déficit de conhecimento (auto-exame de mamas)' (Tabela 6). A falta de informação sobre o conhecimento da cliente em

relação a terapêutica, procedimento cirúrgico e cuidados pós-operatórios e ausência de registro das orientações realizadas pela equipe de enfermagem, não permitiu a identificação de outros diagnósticos desse padrão.

Tabela 6 - Frequência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras ou fatores de risco do padrão conhecer

Diagnóstico	Frequência n	Características definidoras/ Fatores de risco	Frequência n
Déficit de conhecimento (métodos anticoncepcionais)	1	verbalização do problema	1
Déficit de conhecimento (auto-exame de mama)	1	verbalização do problema	1
TOTAL	2		2

Na Tabela 7 são apresentadas as frequências dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco do padrão sentir. Os diagnósticos mais frequentes foram: 'risco para dor' (24 casos) e 'medo' (10 casos). Um diagnóstico (não contemplado na taxionomia e que está relacionado com o procedimento cirúrgico) é o risco para dor, sendo que as intervenções de enfermagem devem prevenir esta ocorrência.

A discriminação entre os diagnósticos 'medo' e 'ansiedade' nem sempre é fácil, dado que algumas características definidoras são comuns aos dois diagnósticos. Taylor-Loughlin et al. apud WHITLEY

(1994) recomendam a realização de estudos para diferenciar estes dois diagnósticos e sugerem a existência da 'síndrome medo-ansiedade'. A presença desta síndrome também é sugerida por WHITLEY (1994). Em nosso estudo observamos que os fatores que geravam medo também poderiam causar ansiedade (ex.: possibilidade de suspensão da cirurgia, internação), o que fala a favor da proposta de Taylor-Loughlin et al., entretanto, os dados obtidos não permitiram análises mais profundas. Ressaltamos que, na nossa experiência, a capacidade de identificar o objeto de medo foi o fator mais relevante na determinação do diagnóstico 'medo'.

Tabela 7 - Frequência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras ou fatores de risco do padrão sentir

Diagnóstico	Frequência n	Características definidoras/ Fatores de risco	Frequência n
Risco para dor	24	procedimento cirúrgico	24
Medo	10	habilidade para identificar o objeto do medo: - anestesia e cirurgia (5) - cancelamento da cirurgia (3) - afastamento de familiares devido a internação (1) - morte (1)	10
Dor	3	comunicação verbal	3
Ansiedade	1	nervosismo, história de síndrome do pânico	1
TOTAL	38		38

CONCLUSÕES

- Os diagnósticos de enfermagem do padrão trocar, escolher e sentir foram identificados com maior frequência.
- O presente trabalho apresenta algumas limitações: trata-se de estudo baseado em dados de prontuário analisados retrospectivamente; o histórico foi realizado somente no

momento da admissão e os diagnósticos identificados caracterizam apenas clientes cirúrgicas.

- O estudo permitiu identificar algumas lacunas da taxionomia dos diagnósticos de enfermagem - sugere-se a inclusão do diagnóstico de 'risco para dor'.
- Recomenda-se a realização de trabalhos semelhantes, preferencialmente prospectivos, em outras instituições para confirmação dos nossos achados.

THE MOST FREQUENT NURSING DIAGNOSES IN A GYNECOLOGICAL ADMISSION UNIT

Our objective was to identify the most frequent nursing diagnoses in a gynecological admission unit. The defining characteristics were surveyed from the data reported in the nursing case history and the patient files of 30 patients. The nursing diagnoses were found according to the revised NANDA Taxionomy I. The five most frequent nursing diagnoses were: risk for infection (30 cases); risk for pain (24 cases); health-seeking behaviors (11cases); fear (10 cases) and stress incontinence (5 cases).

KEY WORDS: nursing diagnoses, gynecological nursing, women's health

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MAS FRECUENTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA

Nuestro objetivo fue identificar los diagnósticos de enfermería mas frecuentes en una unidad de internación ginecológica. Partiendo de los datos de las notas de enfermería en las historias clínicas de 30 pacientes, fueron retrospectivamente vistas las características definitorias y los diagnósticos de enfermería según la Taxonomía I revisada de la NANDA. Los cinco diagnósticos mas frecuentes fueron: riesgo para infección (30 casos); riesgo para dolor (24 casos); comportamiento para engrandecer los niveles de salud (11 casos); temor (10 casos) e incontinencia por presión (5 casos).

TÉRMINOS CLAVES: diagnóstico de enfermería, enfermería ginecológica, salud de la mujer

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Câncer - Pro-Onco. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1997. 18 p.
02. CARPENITO, L.J. Development of nursing diagnosis. In: _____. **Nursing diagnosis: application to clinical practice**. 7. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. cap. 1, p. 3-11.
03. DINIZ, N.M.F. **O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: enfoque sistêmico da sua organização e desenvolvimento numa Unidade Básica de Saúde**. São Paulo, 1993. p. 63-65. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina.
04. FARIAS, J.N.de et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160 p.
05. FAÚNDES, A. Introdução. In: PINOTTI, J.A.; GRASSIOTTO, O.R.; BACHA, A.M. **A mulher: conhecendo sua saúde**. São Paulo: IMESP, 1991. p. 11-13.
06. LEMONE, P.; WEBER, J. Validating gender-specific difining characteristics of altered sexuality. **Nursing Diagnosis**, v. 6, n. 2, p. 64-69, Apr./Jun. 1995.
07. LOPES, M.H.B.de M.; TEIXEIRA, J.M.; FREITAS, M.R.R. Apoio a decisão em enfermagem nos casos de eliminação urinária alterada: sistema ALTURIN.EXP. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 50, n. 2, p. 163-168, Abr/Jun. 1997.
08. NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa: A União, 1994. 138 p.
09. RAMOS, J.G.L.; DEOS, L.R.; COSTA, S.H.M.; LIMA, C. Incontinência urinária. In: FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E.P. **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 122-135.

10. WHITLEY, G.G. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. **Nursing Diagnosis**, v. 5, n. 4, Oct./Dec. 1994.
11. WOODTLI, A. Mixed incontinence: a new nursing diagnosis? **Nursing Diagnosis**, v. 6, n. 4, Oct./Dec. 1995.