

Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes com fraturas em membros inferiores

Nurse diagnosis identified in patients with fractures in the lower limbs



Patrícia Antunes Faria

Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM).
e-mail: patricia1995_antunes123@hotmail.com

Adriana Cristina de Santana

Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos de Minas.
Mestre em Enfermagem pela UFG/GO. e-mail: adrianacs@unipam.edu.br

RESUMO: O estudo teve como objetivo delinear o perfil de Diagnóstico de Enfermagem identificado em pacientes com fraturas em membros inferiores internados na Clínica Cirúrgica Ortopédica. Tratou-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa 16 pacientes. Quanto ao gênero, foram identificados oito (50%) pacientes femininos e oito (50%) masculinos. A idade teve uma média de 35 anos. Cinco (31,2%) eram viúvos ou casados, três (18,8%) solteiros, dois (12,6%) tinham união estável e um (6,2%) divorciado. Os motivos de internação foram acidente motociclístico e automobilístico (62,5%), queda (31,2%) e acidente de trabalho (6,2%). Como tratamento ortopédico foi indicado para oito (50%) pacientes a tração esquelética e em oito (50%), o fixador externo. Os diagnósticos que prevaleceram em 100% da população compreenderam: deambulação prejudicada, risco de síndrome do desuso, risco de infecção, risco de disfunção neurovascular periférica e integridade tissular prejudicada.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Fraturas.

ABSTRACT: The study aimed to draw the profile of Nursing Diagnosis identified in patients with fractures in lower limbs hospitalized in the Orthopedic Surgery Clinic. It was a descriptive and quantitative approach. Sixteen patients participated in this study. Regarding gender, eight (50%) female patients and eight (50%) male patients. The average age was 35 years old. Five (31,2%) were widowed or married, three (18,8%) were single, two (12,6%) had a stable union and one (6,2%) was divorced. The reasons for hospitalization were automobile and motorcycle accidents (62,5%), fall (31,2%) and work accident (6,2%). As an orthopedic treatment, skeletal traction was indicated for eight (50%) patients and in eight (50%), external fixator. Diagnoses that prevailed in 100% of the population included: impaired walking, risk of disuse syndrome, risk of infection, risk of peripheral neurovascular dysfunction and impaired tissue integrity.

KEYWORDS: Nursing Diagnosis. Nursing care. Fractures.

INTRODUÇÃO

A fratura é um corte no tecido ósseo, sendo definida de acordo com seu tipo e extensão. Essa lesão acontece quando o osso é submetido a estresse maior do que pode absorver. Quando ocorre a fratura, as estruturas proximais também são afetadas, causando edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxação de articulação, ruptura de tendões, secção de nervos e lesão de vasos sanguíneos (FERREIRA *et al.*, 2013). As fraturas são causadas por acidentes de trânsito, e as vítimas mais acometidas são os pedestres, ciclistas e motociclistas, por estarem mais expostos às vias públicas (SADO; MORAIS; VIANA, 2009).

Os traumas, fraturas, lesões e mortes causados por acidentes de trânsito geram altos custos econômicos, sociais e emocionais. Os gastos estão relacionados às internações hospitalares, terapêuticas, cirurgias, previdência social, afastamento no trabalho, dias, meses ou anos de vida perdidos com danos psicológicos às vítimas e às pessoas íntimas envolvidas, pois a concentração da população envolvida encontra-se entre jovens e adultos em idade reprodutiva (ITAMI *et al.*, 2009).

As fraturas em membros inferiores podem resultar em lesões no sistema musculoesquelético, e a reabilitação envolve suporte à parte lesionada até se obter a cicatrização. O tratamento inclui uso de dispositivos internos e externos, como bandagens, talas, aparelhos gessados, fixador externo, tração esquelética ou cutânea, cirurgias para substituição da articulação por uma artificial, pinos ou uma combinação de todas essas intervenções. Medicamentos anti-inflamatórios, relaxantes musculares e analgésicos são prescritos pelo médico, com intuito de diminuir a dor, o edema e relaxar músculos em risco de espasmo, o que pode causar mais lesão ainda em músculos inflamados ou aos ossos fraturados (PELLICO, 2015).

No processo de reabilitação, os enfermeiros devem ser hábeis para assistir estes pacientes e identificar as necessidades humanas básicas afetadas, através da realização do processo de enfermagem. Dada à complexidade desta clientela, o processo de enfermagem é abordagem que pode permitir conhecimentos amplos e detalhados da situação que envolve a pessoa com lesão esquelética em membros inferiores, suas necessidades e suas condições de enfrentamento do problema (PELLICO, 2015).

O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser indivíduo. Caracteriza-se pelo dinamismo de suas fases, constituído de histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação do cuidado prestado ao paciente, possibilitando, assim, a identificação dos problemas que os enfermeiros podem assistir (HORTA, 1979).

O cuidado de enfermagem para pacientes com fraturas em membros inferiores deve ser planejado para evitar complicações potenciais associadas às intervenções, no desenvolvimento de sinais e sintomas indesejáveis imediatos das lesões, e posteriormente para concentrar esforços na prevenção de fibrose, atrofia ou degeneração dos músculos e estruturas articulares lesionadas (PELLICO, 2015).

Para Amante, Rossetto e Schneider (2009), é de extrema importância que o processo de enfermagem seja norteado por uma teoria de enfermagem, pois ele tem contribuído para a prática assistencial de enfermagem, quando utilizado como referencial para o desenvolvimento do processo de enfermagem e suas etapas. Através da teoria de enfermagem, torna-se possível organizar as informações coletadas do paciente, analisar, interpretar e programar os cuidados de enfermagem.

Nesse sentido, delinear os diagnósticos de enfermagem usando a Taxonomia II de Enfermagem (NANDA, 2015) como referência tornou possível padronizar os diagnósticos, planejar os cuidados a serem realizados e discutir aspectos relacionados ao atendimento e às condições estruturais, de trabalho e de implantação do processo de enfermagem na Unidade de Clínica Cirúrgica Ortopédica do Hospital Regional Antônio Dias, em Patos de Minas-MG.

O presente estudo teve como objetivo geral delinear o perfil de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2015), identificados junto a pessoas com fraturas em membros inferiores, usando o modelo teórico de Wanda Horta Aguiar. Foram considerados os seguintes objetivos específicos: levantar as características sociodemográficas da população estudada e conhecer a etiologia das fraturas em membros inferiores em pacientes internados na Clínica Cirúrgica do Hospital Regional Antônio Dias.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo, descritiva e de abordagem quantitativa, realizada na Unidade de Clínica Cirúrgica Ortopédica de um hospital de médio porte, localizado na região do Alto Paranaíba, em Minas Gerais. Esse hospital é referência para a macrorregião noroeste de Minas Gerais em urgência e emergência, traumatologia, atendimento ambulatorial em várias especialidades, além de contar com uma maternidade de alto risco e leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

A população deste estudo foi constituída por indivíduos com fraturas em membros inferiores sob tração esquelética e fixadores externos, os quais estavam internados por motivos de tratamento e recuperação durante o período de coleta de dados. Os demais pacientes com outros tipos de tratamento foram excluídos, por se observar que é neste público se que se encontra maior grau de dependência, e poucos estudos estão relacionados a seus cuidados.

A amostra por conveniência foi representada por pessoas de ambos os gêneros e idade superior a 18 anos, com fraturas em membros inferiores, com tempo de internação superior a 24 horas, independentemente do motivo de internação: cirúrgico, pós-trauma e cirurgia eletiva.

A coleta de dados somente foi iniciada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), sob parecer nº 2.004.468, e do Hospital Regional Antônio Dias. A coleta ocorreu durante o período de abril a agosto de 2017.

Para proceder à coleta de dados, foi agendado com os pacientes que possuem tração esquelética e fixadores externos em membros inferiores um horário para que os pesquisadores realizassem um encontro de 30 a 40 minutos para explicar os procedimentos envolvidos na pesquisa, aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizar a anamnese e o exame físico cefalocaudal, a partir de um instrumento desenvolvido com fundamentação na Teoria das Necessidades Humanas Básicas Afetadas, de Wanda Aguiar Horta. Neste encontro foram respeitados a privacidade e o conforto do paciente.

Neste estudo, a amostragem foi por conveniência, e dele participaram 16 pacientes. O número menor de participantes justifica-se pelo fato de muitas vezes durante a coleta de dados foi observado que, por falta de vagas no hospital, muitos pacientes passavam por intervenções cirúrgicas ou procedimentos e aguardavam a recuperação no setor de observação e não na Clínica Cirúrgica Ortopédica.

Após a coleta de dados foi realizada a identificação dos diagnósticos de enfermagem, utilizando-se o processo de raciocínio diagnóstico Risner (1989), o qual inclui as etapas de análise e síntese de dados coletados do paciente.

Para Risner (1986), o processo diagnóstico envolve duas fases. Na primeira fase, por meio de um processo de análise e de síntese dos dados coletados, faz-se o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Na segunda fase, denomina-se o diagnóstico de enfermagem utilizando-se uma taxonomia de referência. Neste estudo será utilizada a Taxonomia da NANDA (2016).

Os diagnósticos de enfermagem foram analisados quanto à frequência simples e percentual de suas categorias, aos fatores relacionados e às características definidoras.

A análise estatística descritiva foi empregada através do software *Statistic Package for Social Sciences® for Windows* (versão 20.0), para obtenção de frequências médias desvio-padrão, e os resultados encontram-se em tabelas e gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 16 pacientes. Conforme mostra a tabela 1, quanto ao gênero, foram identificados oito (50%) pacientes femininos e oito (50%) masculinos. A idade variou de 18 a 93 anos, com mediana de 35 anos. Cinco pacientes (31,2%) eram viúvos, cinco (31,2%) eram casados, três (18,8%) eram solteiros, dois (12,6%) tinham união estável e um (6,2%) divorciado.

Em relação ao grau de escolaridade dentre os 16 pacientes, cinco (31,2%) tinham ensino fundamental completo; cinco (31,2%), ensino médio completo; dois (12,5%), ensino médio incompleto; dois (12,5%), ensino fundamental incompleto; e dois (12,5%) eram analfabetos. A tabela 1 mostra que oito (50%) pacientes estavam em atividade, cinco (31,2%) exerciam outras funções como a do lar e de autônomo e três (18,8%) eram aposentados.

TABELA 1. Caracterização da população estudada segundo dados sociodemográficos Patos de Minas-MG, 2017

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	8	50,0
Masculino	8	50,0
Estado civil		
Solteiro	3	18,8
Casado	5	31,2
União estável	2	12,6
Viúvo	5	31,2
Divorciado	1	6,2
Escolaridade		
Analfabeto	2	12,5
Ensino fundamental completo	5	31,2
Ensino fundamental incompleto	2	12,5
Ensino médio completo	5	31,2
Ensino médio incompleto	2	12,5
Ensino superior completo	0	0
Ensino superior incompleto	0	0,0
Situação atual de trabalho		
Afastado	0	0,0
Em atividade	8	50,0
Aposentado	3	18,7
Outras	5	31,2
TOTAL	16	100,0

Fonte: Autoria própria, 2017

Os motivos de internação estiveram relacionados a acidente motociclístico e automobilístico, encontrados em 10 (62,5%) pacientes respectivamente, queda da própria altura em cinco (31,2%) e acidente de trabalho em um (6,2%). Para tratamento ortopédico foi indicado para oito (50%) pacientes a tração esquelética, e em oito (50%), o uso do fixador externo.

Foram identificados 27 diagnósticos de enfermagem, o que equivale a 11% dos 246 classificados no NANDA (2015). A natureza dos diagnósticos identificados possibilitou concluir qual é o domínio dos conhecimentos necessários aos enfermeiros para planejar os cuidados específicos de cada um dos pacientes assistidos.

Os diagnósticos que ocorreram em 100% da população compreenderam: deambulação prejudicada, risco de síndrome do desuso, risco de infecção, risco de disfunção neurovascular periférica e integridade tissular prejudicada.

O domínio atividade e repouso foi o mais frequente na amostra, com nove (33,3%) diagnósticos encontrados, seguido de segurança e proteção, com oito (29,6%), percepção e cognição, com quatro (14,8%), e eliminação e troca, com dois

(7,4%) diagnósticos. Já nos domínios conforto, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida e nutrição, todos eles estiveram presentes com apenas um (3,7%) diagnóstico encontrado respectivamente, totalizando (14,8%).

TABELA 2. Frequência dos diagnósticos de enfermagem identificados segundo domínios da NANDA em pacientes internados na Clínica Cirúrgica II de um Hospital da Região - Patos de Minas - MG, 2017

Domínios	Diagnósticos	N	%
Atividade/Repouso	Deambulação prejudicada	16	100,0
	Risco de síndrome do desuso	16	100,0
	Déficit no autocuidado para alimentação	9	56,2
	Mobilidade no leito prejudicada	8	50,0
	Mobilidade física prejudicada	8	50,0
	Déficit no autocuidado para banho	8	50,0
	Déficit no autocuidado para higiene íntima	8	50,0
	Déficit no autocuidado para vestir-se	8	50,0
	Insônia	1	6,2
Segurança/Proteção	Risco de infecção	16	100,0
	Risco de disfunção neurovascular periférica	16	100,0
	Integridade tissular prejudicada	16	100,0
	Risco de quedas	10	62,5
	Risco de úlcera por pressão	8	50,0
	Dentição prejudicada	3	18,7
	Recuperação cirúrgica retardada	2	12,5
Risco de lesão do trato urinário	2	12,5	
Percepção/ Cognição	Controle emocional estável	9	56,2
	Comunicação verbal prejudicada	3	18,7
	Conhecimento deficiente	2	12,5
	Confusão crônica	1	6,2
Eliminação e troca	Eliminação urinária prejudicada	10	62,5
	Constipação	3	18,7
Conforto	Dor aguda	9	56,2
Enfrentamento/To- lerância ao Estresse	Ansiedade	8	50,0
Princípios da vida	Religiosidade prejudicada	2	12,5
Nutrição	Deglutição prejudicada	1	6,2
Total		27	100,0

Fonte: Autoria própria, 2017

De acordo com a NANDA (2015), a diagnóstica deambulação prejudicada tem como definição “limitação do movimento independente de andar em um de-

terminado ambiente”, aparecendo em 100% da amostra, em que os fatores relacionados foram dor crônica, falta de equilíbrio, perda de força muscular, danos musculoesqueléticos e como principal, as barreiras ambientais, tendo como prioridade a tração esquelética e os fixadores externos. Contudo, Andrade e Chianca (2013) ressaltam que, na situação em que o paciente tem sua mobilidade afetada, ele torna-se incapaz de mover-se livremente. A imobilidade pode afetar sua qualidade de vida, o bem-estar físico e emocional.

Conforme Fragoso e Soares (2010), o enfermeiro, como parte da equipe de saúde, tem papel fundamental no processo de reabilitação dos pacientes com limitação de movimentos. Ao identificar esse diagnóstico, torna-se possível prescrever cuidados relacionados a elevar ou apoiar adequadamente o membro, mantendo-o em posicionamento correto, e promover exercícios passivos com os membros. De acordo com Andrade e Chianca (2013), a finalidade desses cuidados de enfermagem consiste em impedir futuras complicações musculoesqueléticas consequentes do imobilismo, como a perda de massa muscular e o enrijecimento articular, afetando ainda mais o processo de reabilitação.

O risco de síndrome do desuso é considerado pela NANDA (2015) como a “vulnerabilidade à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde”, tendo como característica específica a interrupção da ação musculoesquelética contribuindo para a degradação dos sistemas corporais relacionados à imobilização mecânica ou prescrita. Fernandes (2015) relata que a diminuição da contração muscular, a perda de força e a atrofia são algumas complicações que advêm dessa síndrome.

Com isso, controlar o ambiente e a estimulação cognitiva, administrar medicamentos prescritos, promover suporte emocional e prevenir quedas são algumas atribuições que o profissional de enfermagem pode realizar (BERTONCELLO *et al.*, 2013). É relevante ressaltar a importância do exercício físico pós-alta hospitalar, para que haja uma manutenção da musculatura, auxiliando na nutrição das cartilagens e na recuperação da coordenação motora (FERNANDES, 2015).

O diagnóstico de risco de infecção é definido, segundo NANDA (2015), como a “vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde”. Torres (2015) relata que as infecções no sítio cirúrgico são as resultantes dos procedimentos cirúrgicos invasivos. Estudos comprovam que essas infecções podem afetar a princípio o tratamento proposto, podendo levar a hospitalização imediata, intervenções cirúrgicas e principalmente ao retardo do processo de cicatrização.

Desse modo, existem várias medidas profiláticas para evitar infecção de sítio cirúrgico, as quais são adotadas pelo enfermeiro no âmbito hospitalar e no período pós-alta aos pacientes ortopédicos. Dentre elas destaca-se a higienização adequada das mãos antes e após iniciar qualquer procedimento invasivo, utilizar materiais estéreis durante todo período perioperatório, realizar a antisepsia apropriada do sítio cirúrgico, monitorar sinais de infecção durante o período de internação

e acompanhar os pacientes no pós-operatório até 30 dias (SANTANA; OLIVEIRA, 2015).

O outro diagnóstico de enfermagem compreendeu o risco de disfunção neurovascular periférica, que é conceituado pelo NANDA (2015) como a “vulnerabilidade no distúrbio na circulação, na sensibilidade e no movimento de uma extremidade, podendo comprometer a saúde”, provocado por compressão mecânica, fraturas, imobilização, queimaduras e traumas. Bertoncello *et al.* (2013) afirmam que, em consequência do tempo prolongado de imobilização, o paciente pode desenvolver uma possível trombose venosa profunda. Ela também leva à presença de edema, diminuindo a circulação tecidual.

Algumas intervenções de enfermagem são essenciais para a resolução deste diagnóstico, como realizar avaliação completa da circulação periférica; evitar lesão na área afetada; prevenir infecção nas feridas; monitorar as extremidades quanto à área de calor, vermelhidão, dor ou edema (BERTONCELLO *et al.*, 2013).

Outro diagnóstico encontrado neste estudo foi a integridade tissular prejudicada, sendo caracterizado pela NANDA (2015) como “dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, capsula articular e/ou ligamento”, pois apresentam como característica definidora, tecido destruído ou lesado em decorrência de um evento traumático. Desse modo, Cavalcanti e Ilha (2012) enfatizam alguns cuidados que o enfermeiro deve exercer, tais como observar possíveis alterações na pele, posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório, realizar curativo de forma asséptica na incisão, observar e manter cuidados com áreas de pressão e realizar a hidratação da pele, conforme necessário.

Em pouco mais da metade dos pacientes foram encontrados os diagnósticos de enfermagem: risco de quedas, déficit do autocuidado para alimentação, controle emocional instável, dor aguda e eliminação urinária prejudicada.

Em relação à NANDA (2015), o diagnóstico risco de quedas é caracterizado como a “vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar danos físicos e comprometer a saúde”. Segundo Marinho *et al.* (2017), as quedas sofridas no decorrer da internação hospitalar constituem uma das ocorrências mais significativas da falta de segurança e são constantemente responsáveis pelo maior número de dias de internação, contribuindo também para o agravamento da recuperação do paciente.

Santos (2010) propõe algumas medidas e ações de prevenção que podem ser adotadas pelo enfermeiro, como ter a presença de acompanhantes; identificar o leito para o risco de quedas; manter ao alcance do paciente todos os pertences para fácil acesso, manter as rodas da cama travada e as grades elevadas; realizar contenção física ou administrar medicação prescrita para contenção se necessário; e sempre registrar medidas preventivas individualizadas em prescrições.

NANDA (2015) conceitua déficit do autocuidado para alimentação como a “capacidade prejudicada de desempenhar ou completar as atividades de alimentação”. Segundo Lima, Barbosa e Morita (2014), os pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas, no pós-operatório, denotam déficit referente ao autocuidado para

atividades diárias, requerendo, assim, intervenções dos cuidados de enfermagem devido à mobilidade física prejudicada, por estarem contidos no leito, podendo ressaltar a restrição do posicionamento do paciente ao leito e o alcance dos alimentos.

É função do enfermeiro ressaltar a assistência ao paciente na realização de atividades da vida diária. Algumas intervenções de enfermagem podem ser seguidas, como levar em conta a idade do paciente ao promover atividade de autocuidado, monitorar a necessidade do paciente de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, colocar a roupa, cuidar da aparência, da higiene íntima e da alimentação, ajudar o paciente a aceitar as necessidades de dependência e dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Para pacientes com traumas ortopédicos, o controle emocional, segundo a NANDA (2015), tem como explicação as “incontroláveis expressões emocionais sendo elas exageradas ou involuntárias”. Alguns fatores são relacionados para que haja esse diagnóstico, como alteração na autoestima, deficiência física, força muscular insuficiente, prejuízo musculoesquelético, entre outros. Segundo Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), o profissional de enfermagem possui um papel relevante na tentativa de amenizar essa condição, como o oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento do paciente durante os períodos de estresse.

Nesses pacientes, a frequência da dor pode estar associada aos estímulos de terminações nervosas por substâncias químicas utilizadas nas cirurgias, isquemias causadas nos vasos sanguíneos, pressão, espasmos musculares e edema, podendo ser causada também pelos traumas responsáveis das lesões, como acidentes automobilísticos, de trabalho e as quedas (SILVA; VIANA; VOLPATO, 2008).

De acordo com Silva, Viana e Volpato (2008), o número relevante de pacientes com esse diagnóstico revela que a dor deve ser foco frequente de atenção do enfermeiro. Bulechek, Butcher e Dochterman (2010) relatam que os seguintes cuidados podem ser aplicados pelos profissionais de enfermagem para o alívio da dor, como avaliar os sinais vitais, administrar analgesias conforme prescrito, realizar uma avaliação completa da dor, identificar os fatores de alívio, reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor e encorajar o paciente a usar medidas farmacológicas para obter alívio.

A eliminação urinária prejudicada é um diagnóstico que, de acordo com a NANDA (2015) é definido como “disfunção na eliminação de urina”, e a urgência, a retenção, a incontinência urinária, a noctúria e a disúria podem ser identificadas como as principais características definidoras. Conforme White, Duncan e Baumle (2012), este diagnóstico é comum nestes pacientes, pois, em um paciente não ereto, os rins e os ureteres estarão nivelados, e a urina pode permanecer na pelve renal por um período maior, porque não existe o mecanismo da gravidade e a estase urinária favorece o crescimento bacteriano e as infecções no trato urinário.

De acordo com Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), é de atuação do enfermeiro a manutenção de um padrão excelente na eliminação urinária, tendo em vista a monitorização da eliminação visando a frequência, consistência, odor,

volume e cor. Deve-se encorajar o paciente a manifestar sinais de infecção do trato urinário, ensinar o paciente a fazer ingestão hídrica e orientar o paciente e familiares a sempre registrar o débito urinário da última micção.

Em 50% dos pacientes, foram encontrados os seguintes diagnósticos de enfermagem: mobilidade no leito prejudicada, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho, déficit no autocuidado para higiene íntima, déficit no autocuidado para vestir-se, risco de úlcera por pressão e ansiedade.

Em uma porcentagem abaixo de 50%, foram identificados: insônia, dentição prejudicada, recuperação cirúrgica retardada, risco de lesão do trato urinário, comunicação verbal prejudicada, conhecimento deficiente, confusão crônica, constipação, religiosidade prejudicada e deglutição prejudicada.

A variedade de diagnósticos de enfermagem identificados nesta amostra foi proporcionada através de uma anamnese e exame físico desenvolvido com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta Aguiar. Sendo assim, o enfermeiro, ao desempenhar a consulta de enfermagem, deve empregar um instrumento de coleta de dados com um foco no atendimento das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, alcançando um maior levantamento de problemas para estabelecer os diagnósticos e prescrições de enfermagem adequadas para cada paciente.

CONCLUSÃO

A evolução desta pesquisa auxiliou no reconhecimento das necessidades e dos cuidados de pacientes hospitalizados com problemas ortopédicos, contribuindo para a importância dos diferentes focos clínicos relacionados à enfermagem ortopédica. Os diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes comprovam que os enfermeiros de unidades medico-cirúrgicas gerais têm que estar preparados para o reconhecimento de tais necessidades, distinguindo condições pouco frequentes, tornando possível a individualização do cuidado.

A essa população em especial, encontram-se algumas dificuldades em executar o cuidado por diversas condições: o uso de tração esquelética, fixadores externos e necessidades de manutenção de membros elevados necessários para um tratamento eficaz.

O enfermeiro, baseado em conhecimentos específicos, deve desenvolver os diagnósticos de enfermagem, com a finalidade de melhorar cada vez mais a qualidade de sua assistência, uma vez que o levantamento de diagnósticos possibilita a identificação das necessidades de cuidados nos quais é preciso intervir.

REFERÊNCIAS

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 1(43): 54-64, 2009.

ANDRADE, Leonardo Tadeu de; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5(66): 688-693, 2013.

BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho et al. Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de Enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2(15): 23-31, 2013.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne Mcclokey. *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2010.

CAVALCANTI, Cibele D'Ávila Kramer; ILHA, Patrícia. *Cuidados de enfermagem ao paciente vítima de múltiplos traumas: Diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC*. 2012. 109 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FERNANDES, Teresa de Jesus. *Efeito de um programa de mobilização e exercício ativo sobre a amplitude articular em pessoas com síndrome de desuso*. 2015. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde, Bragança, 2015.

FERREIRA, Andréia Costa. et al. Incidência e caracterização de idosos na clínica ortopédica por fratura de fêmur, Cáceres MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4(2): 1932-1941, 2013.

FRAGOSO, Diene Almeida Rufino; SOARES, Enedina. Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online*, 1(2): 688-691, 2010.

HORTA, Wanda. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

ITAMI, Luciana Tokunaga. et al. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2): 1238-1243, 2009.

LIMA, Aparecida Bezerra de; BARBOSA, Pedro Marco Karan; MORITA, Ione. Pacientes com artroplastia total primária do quadril: sentimentos vivenciados. *Revista*

Mineira de Enfermagem, 4(18): 789-794, 2014.

MARINHO, Giselle Soares et al. Risco de quedas em pacientes hospitalizados. *Revista Brasileira em Fisioterapia*, 7(1): 1-6, 2017.

NANDA. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015 - 2017*. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PELLICO, Linda Honan. "Manejo de Enfermagem I: Trauma Muscoesquelético", in: PELLICO, Linda. Honan. *Enfermagem médico-cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 42, nº. 1069, p. 1081-1095, 2015.

RISNER, P. B. "Diagnosis: analysis and synthesis of data", in: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CHRISTENSEN, P. J. *Nursing Process-application of theories, frameworks, and models*. 2. Mosby: Ed. St. Louis, 1986, p. 124-151.

SADO, Mayara Jaime; MORAIS, Fernanda Dorneles de; VIANA, Fabiana Pavan. Caracterização das vítimas por acidentes motociclísticos internadas no hospital de urgências de Goiânia. *Revista Movimenta*, 2(2): 49-53, 2009.

SANTOS, Maria das Graças S. dos. *Protocolos de Enfermagem: identificação de risco e prevenção de quedas*. 2010.

SANTANA, Camila Araújo; OLIVEIRA, Célia Gonzaga Estrela. Assistência de enfermagem na prevenção de infecções de sítio cirúrgico: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Atualiza Saúde*, 1(1): 1-13, 2015.

SILVA, Fernando Salomão da; VIANA, Marina Fernandes; VOLPATO, Márcia Paschoalina. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 4(29): 565-572, 2008.

TORRES, Lilian Machado. Readmissão por infecção do sítio cirúrgico ortopédico: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 6(49): 1008-1015, 2015.

WHITE, L; DUNCAN, G; BAUMLE, W. *Fundamentos de enfermagem básica*. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.