



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Fujishima Neves, Jamile; Consorti Paixão, Fábio Ricardo; de Lima, Tiago Cristiano; Ceolim, Maria Filomena

Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em enfermaria de Moléstias Infecciosas

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 23, núm. 6, 2010, pp. 818-823

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023868016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em enfermaria de Moléstias Infecciosas*

Nursing diagnoses of patients admitted for Infectious Diseases

Diagnósticos de enfermagem de pacientes ingresados con Enfermedades Infecciosas

Jamile Fujishima Neves¹, Fábio Ricardo Consorti Paixão², Tiago Cristiano de Lima³, Maria Filomena Ceolim⁴

RESUMO

Objetivos: Identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes internados na Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias (MI) de um hospital universitário; e analisar título, fator relacionado e características definidoras dos diagnósticos e sua adequação à Taxonomia NANDA 2008. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e retrospectivo abrangendo 50 prontuários de pacientes internados em julho de 2008. Os diagnósticos foram comparados aos propostos pela Taxonomia NANDA 2008. **Resultados:** Foram encontrados 105 diagnósticos reais e 18 de risco; 12 diagnósticos (10%) correspondiam totalmente à taxonomia. Os títulos atribuídos com mais frequência foram: “Risco de infecção” (100%) e “Ansiedade” (32%). Títulos, fatores relacionados e características definidoras estavam, de acordo com a taxonomia em, respectivamente, 76%, 27% e 23% dos diagnósticos reais; títulos e fatores de risco eram adequados em 83% e 72% dos diagnósticos de risco. **Conclusão:** A principal dificuldade observada na construção dos diagnósticos de enfermagem foi a escolha apropriada de fatores relacionados e características definidoras. Os autores sugerem discussão dos conceitos e revisão da prática adotada na unidade. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Pacientes internados; Avaliação em Enfermagem

ABSTRACT

Objectives: To identify nursing diagnoses of admitted patients into a Unit of Infectious and Parasitic Diseases (ID) at a university hospital; and to analyze: the denomination, the related factors and the diagnoses’ defining characteristics and its compatibility with the NANDA Taxonomy 2008. **Methods:** It was a descriptive, cross-sectional and retrospective study, covering 50 medical records of patients admitted in July 2008. The diagnoses were compared to those proposed by the NANDA Taxonomy 2008. **Results:** Were found 105 real diagnoses and 18 of risk; 12 diagnoses (10%) corresponded fully with the Nanda taxonomy. The more frequently denominations were “Risk of infection”(100%) and “Anxiety”(32%). In the real diagnosis the denominations, the related factors and the defining characteristics, were in accordance with Nanda taxonomy in 76%, 27% and 23% respectively; in the diagnosis of risk the denominations and risk factors were adequate in 83% and 72%. **Conclusions:** The main difficulty encountered during the construction of nursing diagnoses was the appropriate choice of related factors and defining characteristics. The authors suggest discussion of concepts and review the practice adopted in the unit. **Keywords:** Nursing diagnosis; Inpatients; Nursing assessment

RESUMEN

Objetivos: Identificar los diagnósticos de enfermería de pacientes ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (EI) en un hospital universitario; y, examinar la denominación, los factores relacionados y las características que definen los diagnósticos, y su adecuación a la nomenclatura de la taxonomía NANDA 2008. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo que abarca 50 historias clínicas de pacientes ingresados en julio de 2008. Los diagnósticos se compararon con los propuestos por la taxonomía NANDA 2008. **Resultados:** Fueron encontrados 105 diagnósticos reales y 18 de riesgo; 12 diagnósticos(10%) correspondían totalmente a la taxonomía. Las denominaciones más frecuentes fueron: “Riesgo de infección”(100%) y “Ansiedad”(32%). En los diagnósticos reales: las denominaciones, los factores relacionados y las características definitorias, estaban de acuerdo con la taxonomía en 76%, 27% y 23% respectivamente; en los diagnósticos de riesgo las denominaciones y los factores de riesgo fueron adecuados en 83% y 72%. **Conclusiones:** La principal dificultad encontrada en la construcción de los diagnósticos de enfermería fue la elección adecuada de los factores relacionados y de las características definitorias. Los autores sugieren que se discutan los conceptos y se revise la práctica adoptada en la unidad. **Descriptores:** Diagnóstico de Enfermería; Pacientes internos; Evaluación en Enfermería

* Trabalho realizado ao final da disciplina de Estágio Supervisionado, do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp - Campinas (SP), Brasil.

¹ Enfermeira formada pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Unicamp - Campinas (SP), Brasil.

² Apoiador da Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas (HC) da Unicamp – Campinas, (SP), Brasil.

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeiro da Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HC da Unicamp - Campinas (SP), Brasil.

⁴ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM – Unicamp - Campinas (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, que se inserem na multidimensionalidade desse espaço complexo e, por vezes, exigente. O enfermeiro deve inserir-se na rede social de cuidados de forma consciente, competente, tanto técnica como científica, para oferecer assistência de enfermagem com qualidade e de forma humanizada⁽¹⁻²⁾.

As metodologias de cuidado, sejam quais forem as suas denominações, representam, atualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem. A sistematização da assistência de enfermagem, como processo organizacional, é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos e metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, capazes de proporcionar maior autonomia para o enfermeiro, além de garantir um respaldo seguro por meio do registro, o que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, promovendo uma aproximação enfermeiro – usuário, enfermeiro – equipe multiprofissional^(1,3). Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, direcionadas para a satisfação das necessidades do cliente e da família.

Atualmente, a implementação do processo de enfermagem mais do que uma opção para a organização do trabalho do enfermeiro apresenta-se como uma questão legal para a enfermagem. A Resolução COFEN nº. 272/2002 enfatiza a necessidade de aplicação da sistematização da assistência na prática cotidiana da enfermagem em seus diferentes cenários de trabalho: uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade⁽⁴⁾.

O processo de enfermagem, considerado a base de sustentação da sistematização da assistência de enfermagem, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação⁽⁵⁾.

Neste contexto, o diagnóstico de enfermagem significa a identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência desse atendimento em natureza e em extensão⁽⁶⁾. Constitui um valioso instrumento de trabalho do enfermeiro, por meio do qual são feitos julgamentos a respeito das respostas humanas aos agravos de saúde. Representa uma expressão

das necessidades de cuidado de uma pessoa, ou seja, deve permitir a proposição de intervenções de enfermagem adequadas a uma determinada situação. Portanto, a formulação do diagnóstico de enfermagem precisa refletir a criteriosa avaliação do enfermeiro sobre o estado de saúde física e emocional de um indivíduo⁽⁷⁾.

Atualmente, utiliza-se uma linguagem normatizada para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, com base nessa criteriosa coleta de dados. Tal linguagem é estruturada em uma taxonomia, organizada a partir de um sistema conceitual desenvolvido pela *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). A normatização utilizada é conhecida como Taxonomia II, cuja estrutura foi aceita na conferência bienal da NANDA, em 2000, e publicada, em 2001⁽⁷⁾.

Embora sejam amplamente utilizados em diversos cenários da prática de enfermagem no mundo todo, os diagnósticos de enfermagem nem sempre têm a devida acurácia. Esta qualidade deve ser o principal objetivo do processo de formulação dos diagnósticos, visto que estes são julgamentos clínicos sobre probabilidades e, portanto, têm alto risco de não serem acurados. A descrição epidemiológica das respostas humanas aos cuidados, por exemplo, será bastante incompleta se os diagnósticos não apresentarem essa característica⁽⁸⁾.

Dentre outros fatores, a acurácia de um diagnóstico pode ser comprometida em razão da complexidade na interpretação de sinais e sintomas, os quais podem sobrepor-se uns aos outros nos diagnósticos de enfermagem, confundindo o processo de raciocínio clínico; e ao caráter holístico, complexo e único das respostas humanas. Desta forma, inferências incorretas podem formar a base de um diagnóstico, tendo como consequências a formulação de um diagnóstico incorreto, intervenções inadequadas e resultados indesejáveis⁽⁸⁾.

A análise dos registros dos diagnósticos de enfermagem nos prontuários pode contribuir para identificar necessidades de educação permanente, bem como estimar a participação dos enfermeiros nos resultados alcançados pelos pacientes⁽⁹⁾ e gerar dados úteis para os setores de gerência e administração⁽¹⁰⁾. É relevante também a identificação de diagnósticos específicos de determinada unidade, pois isto permitirá aprimorar o processo de elaboração dos diagnósticos, melhorando sua acurácia e, sobretudo, contribuindo para o planejamento de intervenções mais precisas e adequadas ao perfil da clientela atendida⁽¹¹⁾.

Face a essas considerações, este trabalho teve como objetivos identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes internados na Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias (MI) de um hospital universitário, durante o período de um mês; e analisar título, fator relacionado e características definidoras dos diagnósticos e sua adequação à taxonomia NANDA 2008.

MÉTODOS

Tipo de estudo: Descritivo, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Cenário: Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias (MI) de um hospital público no interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um hospital universitário de grande porte e alta complexidade, no qual 100% dos atendimentos são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em diversas especialidades. A MI é uma unidade de internação com 18 leitos, 15 destinados a pacientes com doenças infecciosas e parasitárias e três, a pacientes com distúrbios oftalmológicos.

Casística: Pacientes que se encontravam internados na MI no período de 1º a 31 de julho de 2008, cujos prontuários puderam ser recuperados para coleta de dados. Este período foi definido por coincidir com as férias escolares e, portanto, com a ausência de acadêmicos na unidade. Dessa forma, foi possível identificar diagnósticos de enfermagem elaborados exclusivamente pelos enfermeiros que atuam na enfermaria em questão.

Coleta de dados: Os prontuários foram selecionados, baseados na listagem fornecida pelo Serviço de Informática da instituição. Dentre 65 prontuários, 50 (77%) foram localizados e consultados no Serviço de Arquivo Médico (SAM); 15 prontuários encontravam-se em outros setores e sem previsão de retorno ao SAM, sendo excluídos da pesquisa. Os diagnósticos de enfermagem que constavam dos prontuários, foram transcritos integralmente. Dados sócio-demográficos e referentes à internação (sexo, idade, diagnóstico médico, segundo o Código Internacional de Doenças, permanência no hospital, desfecho da internação) foram coletados para caracterizar a população do estudo.

Análise dos dados: Os diagnósticos de enfermagem registrados nos prontuários foram analisados um a um, comparando-se título, fator relacionado e características definidoras desses diagnósticos com os propostos pela Taxonomia NANDA 2008. Os dados de caracterização dos pacientes foram digitados no programa *Microsoft® Office Excell* 2003 (*Microsoft Corporation*, 2003) e analisados com o programa *Statistica* 6.0 (*StatSoft Inc.*, 2001). Estatística descritiva (medidas de posição e dispersão, números absolutos e proporções) foi utilizada.

Aspectos éticos da pesquisa: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em 28/04/2009, sob número 257/2009.

RESULTADOS

Caracterização dos pacientes

De acordo com os dados dos 50 prontuários consultados, 32 (64%) pacientes eram do sexo masculino. A idade variou de 14 a 89 anos, com média de 41 (± 18) anos e

mediana de 37 anos. A permanência na unidade variou de 1 a 69 dias, com média de 12 (± 17) dias e mediana de 5 dias. Quanto ao desfecho da internação, 40 pacientes (80%) tiveram alta hospitalar e 10 (20%) faleceram.

Os diagnósticos médicos de “Doença pelo vírus da imunodeficiência humana não especificada” e “Doenças oportunistas correlatas” foram os mais frequentes, encontrados em 15 pacientes (30%). A permanência desses sujeitos na unidade variou de 1 a 64 dias, com média de 20 (± 19) dias.

Diagnósticos de enfermagem

Foram registrados 146 diagnósticos para os 50 pacientes estudados, com média de 2,9 diagnósticos e variação de um a seis diagnósticos para cada paciente. Os títulos diagnósticos atribuídos com maior frequência foram: “Risco de infecção” (100%); “Ansiedade” (32%); “Déficit para o autocuidado” (30%); “Integridade da pele prejudicada” (24%); “Dor aguda” (22%); “Nutrição desequilibrada” (20%) e “Risco de integridade da pele prejudicada” (12%). Outros títulos foram atribuídos a menos de 10% dos pacientes cujos prontuários foram analisados. Dentre os 146 diagnósticos, 123 tinham construção distinta entre si em razão de diferenças nos fatores relacionados e características definidoras, sendo 105 diagnósticos reais e 18 de risco.

Verificou-se que os domínios e classes mais presentes foram: Domínio 11 – Segurança e proteção (Classes 2 e 5); Domínio 4 – Atividade e repouso (Classes 2,3 e 5); Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse (Classe 2); Domínio 2 – Nutrição (Classes 1 e 4) e Domínio 12 – Conforto (Classe 1).

Doze diagnósticos (10%) correspondiam totalmente à Taxonomia da NANDA. Os demais apresentavam redação inadequada ou do título, ou dos fatores relacionados, ou das características definidoras. Os achados quanto aos diagnósticos reais encontram-se resumidos nos dados da Tabela 1, e quanto aos diagnósticos de risco, (Tabela 2).

Ao analisar-se os dados da Tabela 1, observa-se que 61% dos títulos, 27% dos fatores relacionados e 23% das características definidoras estavam redigido, de acordo com a Taxonomia da NANDA. Foram encontrados seis diagnósticos totalmente adequados (6%). A maior dificuldade parece encontrar-se na seleção dos fatores relacionados, seguindo-se de perto às características definidoras.

Dentre os 18 diagnósticos de risco (Tabela 2), encontraram-se seis totalmente adequados (33%), sendo um de “risco de infecção”, três de “risco para integridade da pele prejudicada”, um de “risco para quedas” e um de “risco de glicemia instável”. Os demais foram classificados como inadequados, em razão da construção imprópria dos fatores de risco ou da inclusão de características definidoras, que não deveriam compor esses diagnósticos.

Tabela 1 - Adequação da construção dos diagnósticos reais de enfermagem identificados na Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário. Campinas, 2008.

Título	Construções distintas	Adequado			Inadequado		
		Título	FR*	CD	Título	FR*	CD
Ansiedade	16				-	16	16
Integridade da pele prejudicada	15	14	8	-	1	7	15
Déficit no autocuidado para banho/higiene	13	2	5	3	11	14	12
Dor aguda	10	10	2	8	-	8	2
Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais	9	9	1	1	-	8	8
Outros	42	29	12	12	23	30	30
Total	105	64	28	24	35	83	83
(percentual sobre o total)	100%	61%	27%	23%	33%	79%	79%

FR: fatores relacionados - CD: características definidoras

*a soma dos fatores relacionados adequados e inadequados é superior a 100% pela existência de mais de um fator relacionado a um mesmo diagnóstico

Tabela 2 - Adequação da construção dos diagnósticos de enfermagem de risco identificados na Unidade de Moléstias Infecciosas e Parasitárias de um hospital universitário. Campinas, 2008.

Título	Construções distintas	Adequado			Inadequado		
		Título	FR*	CD †	Título	FR*	CD†
Risco de Infecção	8	8	7		-	7	-
Risco para integridade da pele prejudicada	6	3	4		3	2	2
Risco para quedas	3	3	1		-	2	-
Risco de glicemia instável	1	1	1		-	-	-
Total	18	15	13		3	11	2
(percentual sobre o total)	100%	83%	72%		17%	61%	11%

FR: fatores de risco - CD: características definidoras

*a soma dos fatores de risco adequados e inadequados é superior a 100% pela à existência de mais de um fator em um mesmo diagnóstico.

† as características definidoras são desnecessárias nos diagnósticos de risco.

DISCUSSÃO

A utilização do diagnóstico de enfermagem na unidade analisada é um processo relativamente novo, assim como em toda a instituição onde se encontra o campo de estudo. As primeiras discussões sobre a construção de um novo modelo do processo de enfermagem tiveram início em 2004 com estudos direcionados pelas diversas teorias de enfermagem. Enfermeiros do hospital universitário e docentes do Curso de graduação em Enfermagem formaram grupos de estudos com a finalidade de: discutir e definir o referencial teórico que seria adotado para fundamentar a utilização do processo de enfermagem; elaborar instrumentos para a coleta de dados (histórico e exame físico) e impressos para os registros pertinentes; traçar estratégias para implementação do novo processo. Durante os anos de 2005 e 2006, foram realizados estudos pilotos nas Unidades de Terapia Intensiva e de Ortopedia e Traumatologia, utilizando o novo modelo. Em 2007, iniciou-se a utilização da nova proposta em toda a instituição, incluindo-se o diagnóstico de enfermagem elaborado, de acordo com a Taxonomia II da NANDA⁽¹²⁾, sendo mantida a elaboração de evolução, prescrição e anotações de enfermagem, já realizadas desde o início da década de 1990. É sabido que toda mudança exige preparo e tempo para adequação a novas exigências, além de investigações

que avaliem como vem se processando tal ocorrência a fim de direcionar intervenções que possam contribuir para a melhoria do trabalho.

De acordo com o relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), estima-se que existam, atualmente, 33,2 milhões de pessoas com HIV/aids em todo o mundo e que ocorreram 2,5 milhões de novas infecções em 2007. De acordo com o documento, de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474. 273 casos de HIV/aids no Brasil⁽¹³⁾. As informações sobre aids no país evidenciam uma epidemia de múltiplas dimensões que, ao longo do tempo, tem apresentado profundas transformações em sua evolução e distribuição. Cada vez mais revela-se a importância da via de transmissão heterossexual, e características, como a feminilização, o envelhecimento e a pauperização das pessoas doentes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Embora os pacientes com moléstias infecciosas, em geral, e os acometidos pelo HIV/aids apresentem necessidades psicológicas, emocionais e sociais evidentes e, muitas vezes, urgentes, verificou-se que a maior parte dos diagnósticos referia-se a aspectos físicos, em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. O fato também foi observado em estudo prospectivo realizado na Islândia⁽¹⁶⁾ e outro, retrospectivo, em uma enfermaria de oncologia ginecológica, no mesmo complexo hospitalar onde foi conduzido o presente estudo⁽¹⁷⁾.

O diagnóstico de enfermagem “Risco para Infecção”, identificado em 100% dos pacientes, foi encontrado nessa mesma frequência em outro estudo conduzido com portadores de HIV/aids em uma unidade de internação de Doenças Infecciosas e Parasitárias, em hospital público da cidade de São Paulo⁽¹⁸⁾, evidenciado pelos seguintes fatores de risco: procedimentos invasivos, defesas secundárias inadequadas e imunossupressão (100%). O diagnóstico foi identificado também em 100% das pacientes internadas em enfermaria de oncologia ginecológica⁽¹⁷⁾, entre os dez diagnósticos mais frequentes no estudo desenvolvido na Islândia⁽¹⁶⁾. Neste último, as autoras avaliaram o aprimoramento da elaboração do processo e dos diagnósticos de enfermagem por meio de análise e comparação dos registros, antes e após uma intervenção educativa. Observaram que o diagnóstico mais frequente, em ambos os momentos, foi o de “dor”, e que o diagnóstico de “risco para infecção”, observado entre os dez mais frequentes inicialmente, já não era encontrado após a intervenção.

No estudo com portadores de HIV/aids⁽¹⁸⁾, o diagnóstico “Proteção Ineficaz” foi identificado para 100% dos pacientes, sendo as características definidoras: imunidade deficiente em 100%, dispneia em 53,3%, desorientação em 45% e fraqueza e agitação em 31,6%, e os fatores relacionados: perfis sanguíneos alterados e distúrbios imunológicos (100%) e nutrição inadequada (60%). Chama a atenção este último achado, pois no presente estudo, 30% dos pacientes tinham como diagnóstico médico HIV/aids ou doenças oportunistas correlatas, cuja principal característica é a deficiência imunológica, o diagnóstico “Proteção Ineficaz” não foi elaborado. Pode-se sugerir que, neste estudo, o diagnóstico pode ter sido confundido com o de “Risco para Infecção”.

O título foi considerado adequado em 61% dos diagnósticos de enfermagem reais e em 83% dos diagnósticos de risco analisados. Destaca-se que houve discrepância entre o percentual de títulos adequados (61%) e o percentual de características definidoras e fatores relacionados adequados (em torno de 20%), nos diagnósticos reais. A principal dificuldade observada na construção dos diagnósticos de enfermagem foi referente à escolha apropriada ou na identificação dos fatores relacionados e das características definidoras. Em alguns diagnósticos, houve confusão e troca entre a característica definidora e o fator relacionado, o que desperta uma constante preocupação. Corroborando com os resultados deste estudo, uma revisão sistemática evidenciou que existe dificuldade, no processo de elaboração dos diagnósticos de enfermagem, no que diz respeito à capacidade de associá-los aos sinais, sintomas e etiologia que caracterizam e determinam aquele diagnóstico⁽⁹⁾.

Os resultados e as escolhas das intervenções de enfermagem dependem de diagnósticos de enfermagem precisos e válidos⁽¹⁹⁾. A sua utilização inicia-se pela coleta de dados e pela história do paciente. Ao investigar e

coletar informações de pessoas, famílias e comunidades, os profissionais identificam “sinais e sintomas” ou as características definidoras dos conceitos diagnósticos de enfermagem. Segundo a NANDA⁽¹⁹⁾, “as características definidoras são aquelas passíveis de observação e verificação em indivíduos, famílias e comunidades. Funcionam como indícios ou inferências que se agrupam como manifestações de uma doença real ou de um estado de bem-estar real, ou um diagnóstico de enfermagem”.

Os fatores ou variáveis que influenciam os diagnósticos são integrados à história, aos prontuários e a outras evidências. Essas variáveis compõem o contexto, os “fatores relacionados”, que são combinados com as características definidoras para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Os fatores relacionados compõem o contexto para as características definidoras, mostram algum tipo de relação padronizada com os diagnósticos de enfermagem que são identificados como características ou história de indivíduos, famílias e comunidades⁽¹⁹⁾.

Portanto, para a confirmação da presença de um diagnóstico diante dos problemas de enfermagem identificados em um paciente, faz-se necessária a presença das características definidoras daquele diagnóstico, de acordo com a taxonomia⁽¹⁹⁾. Quanto aos fatores relacionados, têm sido observadas discussões sobre a possibilidade do uso de fatores que não estejam listados pela NANDA, desde que sejam rigorosamente baseados em evidências científicas para garantir sua validade.

Por sua vez, os diagnósticos de risco, foram construídos adequadamente em 33% dos registros analisados, encontrando-se 61% de inadequação nos fatores relacionados escolhidos. É importante considerar que os elementos do enunciado de diagnósticos de risco (potenciais) sofrem algumas modificações se comparados aos diagnósticos atuais. As características definidoras são desnecessárias, pois nos diagnósticos de riscos os sinais ou sintomas ainda não se manifestaram e os dados ainda estão incompletos⁽¹⁸⁾. Em um diagnóstico real, a identificação das características definidoras exige habilidade mais acurada na avaliação clínica, e o diagnóstico de risco pode ser elaborado baseado em características de uma situação ou do contexto que envolve o paciente. Neste estudo, observou-se que a maior parte dos diagnósticos de “Risco para infecção” trazia como fator de risco os “procedimentos invasivos” e a “internação”. Estes fatores colocam o paciente em risco fazem a enfermeira suspeitar de que um diagnóstico é possível⁽¹⁸⁾, portanto, sendo bem elaborados são importantes no delineamento de ações preventivas.

Em estudo conduzido para avaliar os fatores que, segundo um grupo de enfermeiros de um hospital universitário do sul do Brasil, interferem na adequada utilização dos diagnósticos de enfermagem, os autores

encontraram, com maior frequência, argumentos relativamente ‘tradicionais’: plantões agitados, número de pacientes por enfermeiro e o envolvimento com tarefas administrativas. Outros parâmetros implicados foram a ausência de um modelo padronizado, deficiências no conhecimento sobre o exame físico e a própria terminologia dos diagnósticos de enfermagem⁽²⁰⁾. Embora no presente estudo não tenha sido conduzido um inquérito semelhante, cabe destacar alguns aspectos. Primeiro, a implantação do uso da terminologia foi acompanhada pela instituição, como descrito anteriormente, com discussão do modelo por todos os enfermeiros e sua posterior padronização, de acordo com a construção desse coletivo. Entretanto, esse acompanhamento parece não ter sido suficiente para superar as dificuldades oriundas das dúvidas geradas pela terminologia.

Face às dificuldades sugeridas pelos achados deste estudo, os autores recomendam o envolvimento de todos os enfermeiros da unidade na elaboração de um padrão para os diagnósticos mais frequentes, o que implicará discussões dos conceitos do diagnóstico de enfermagem e revisão da prática adotada, com a participação de seus executores. O refinamento deverá permitir, ainda, a

elaboração de intervenções mais adequadas que permitam o alcance das metas planejadas.

CONCLUSÃO

Foram identificados 146 diagnósticos de enfermagem, dos quais 123 tinham construção distinta entre si, sendo 105 diagnósticos reais e 18 de risco. Doze diagnósticos (10%) correspondiam totalmente à Taxonomia da NANDA 2008. Os títulos diagnósticos atribuídos com maior frequência foram: “Risco de infecção” (100%); “Ansiedade” (32%); “Déficit para o autocuidado” (30%); “Integridade da pele prejudicada” (24%). Dentre os diagnósticos reais, 6% foram considerados totalmente adequados; 61% dos títulos, 27% dos fatores relacionados e 23% das características definidoras estavam redigidas, de acordo com a Taxonomia da NANDA 2008. Dentre os diagnósticos de risco, 33% foram considerados totalmente adequados; 83% dos títulos e 72% dos fatores de risco estavam redigidos de conforme a taxonomia da NANDA; 11% traziam características definidoras, tratando-se de construção incorreta, pois estas não estavam presentes nos diagnósticos de risco.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):643-8.
2. Bittar DB, Pereira LV, Lemos CRA. Sistematização da assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(4):617-28.
3. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(6):937-43.
4. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. [citado em: 07 fev 2009]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>
5. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
6. Horta VA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.
7. Braga CG, Cruz DALM. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(2):240-4.
8. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses: part I: risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):17-24.
9. Müller-Staub M, Lavim MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):514-31. Review.
10. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, Rossi LA. Relations between nursing data collection, diagnoses and prescriptions for adult patients at an intensive care unit. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(4):700-6.
11. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(3):321-6.
12. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004. Porto Alegre: Artmed; 2005.
13. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids – UNAIDS. Boletim epidemiológico. Brasília (DF); 2007.
14. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A Aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(3):286-310.
15. Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):544-54.
16. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):1826-38.
17. Lopes RAM, Macedo DD, Lopes MHB. Diagnóstico de enfermagem mais freqüente em uma unidade de internação de oncologia. *Rev Latinoam Enferm*. 1997;5(4):35-41.
18. Silva MR, Bettencourt ARC, Diccini S, Belasco A, Barbosa DA. Diagnósticos de enfermagem em portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):92-9.
19. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Rabelo ER. Factors that inhibit the use of nursing language. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19(4):150-7.