

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELIANA RAMOS DA SILVA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM
UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA E
CLÍNICA CIRÚRGICA**

JOÃO PESSOA – PB

2006

ELIANA RAMOS DA SILVA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM
UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA E
CLÍNICA CIRÚRGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculada à área de concentração: Enfermagem Fundamental e à linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Wilma Dias de Fontes

JOÃO PESSOA - PB

2006

S548d Silva, Eliana Ramos da.

Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidade de internação em clínica médica e clínica cirúrgica. / Eliana Ramos da Silva. – João Pessoa, 2006. 105p.

Orientadora: Wilma Dias de Fontes

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Processo de enfermagem. 3. Enfermagem.

UFPB/BC

CDU: 616-083 (043)

ELIANA RAMOS DA SILVA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EM UNIDADE
DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA CIRÚRGICA**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes - Orientadora/UFPB

Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias - Membro/UFCG

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega - Membro/UFPB

Profa. Dra. Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares - Membro/UFPB

JOÃO PESSOA - PB

2006

*A meus pais, **José Severino Ramos da Silva** (in memoriam), e **Maria Martins da Silva**, pessoas únicas para mim, sem padrões, sem comparações, sem igual.*

*A **Luiz Vilhena do Nascimento**, pelo afeto sempre constante e pela compreensão nos tantos momentos que deixamos de estar juntos durante o processo final desta dissertação.*

*A minhas irmãs, **Erleide, Elianeta, Elianeide e Luziete** pelo apoio e incentivo, sempre presente nos momentos difíceis.*

*A minhas amigas **Silvana Lara e Cassandra Ponce de Leon** que, mesmo na distância, sempre torceram pela conquista dessa vitória.*

Dedico

Agradecimento especial

*A Deus, fonte de todo o saber, que sempre está
“ao meu lado” e tem me sustentado e realizado
milagres em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora. Profª Drª. Wilma Dias de Fontes, exemplo de dedicação a pesquisa e pelas pertinentes recomendações, meu apreço, pelo carinho, paciência, dedicada orientação, amizade, confiança e empenho durante todo o desenvolvimento deste estudo.

À Profª Drª. Maria Miriam Lima da Nóbrega, por iluminar os caminhos iniciais do projeto deste estudo, com elevada sabedoria e intelectualidade, prestou valiosa contribuição á minha formação profissional.

Ao Diretor do Hospital de Guarnição de João Pessoa, Cel. Ramon Baptista Soares, por autorizar a minha inserção no campo de estudo.

À equipe do SAME em especial Cb Jackson, Sd Henrique, Sd Cunha, Sd Roberto e à estagiária Alcione, pelo exemplo de dedicação ao trabalho, e pelo incentivo na realização da coleta de dados do projeto.

Ao amigo José Antônio Ferreira, pela contribuição na análise e no aperfeiçoamento estatístico da dissertação.

Às Enfª. Elane Teles, Enfª. Márcia Virginia e Enfª. Aline Targino, pelo apoio “emergencial” oferecido quando mais precisei.

Às colegas do Mestrado Rosângela Vidal de Negreiro e Kenya de Lima Silva, pelo incentivo e apoio recebidos.

Aos colegas do Mestrado, pelas descobertas científicas que juntas fizemos e por todos os momentos de descontração, aprendizado e crescimento em equipe, que construímos.

Aos professores do Mestrado, que enriqueceram nossas idéias e pensamentos com a construção de conhecimentos para a continuação de uma trajetória científica em nossa vida.

As professoras, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias e Júlia Guimarães Oliveira Soares-, pela disponibilidade para participar da banca examinadora.

Aos funcionários do Programa de pós-graduação, em Enfermagem, Sra. Maria da Penha de Sousa, Sr. Ivan Ramiro, pela disposição em ajudar-me, sempre que solicitados.

RESUMO

SILVA, Eliana Ramos da . **Diagnóstico de enfermagem de pacientes internados em unidade de clínica médica e clínica Cirúrgica**. João Pessoa, 2006. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo retrospectivo que objetivou identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em prontuários de clientes internados em Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital de Guaranição de João Pessoa-PB. Para determinação quantitativa da população, foram excluídos do total dos prontuários aqueles que se vinculavam ao atendimento de clientes pediátricos, adolescentes, obstétricos e psiquiátricos, e foi considerado o último registro de enfermagem para aqueles clientes que tiveram mais de um atendimento no período. A amostra foi calculada pela técnica da amostragem sistemática, sendo o primeiro prontuário sorteado, e os demais retirados em uma progressão aritmética ($r=5$), resultando, uma amostra composta por 200 prontuários. A coleta de dados foi subsidiada por um formulário e ocorreu diretamente no Serviço Médico Estatístico, no período de fevereiro a abril de 2005. O corpus de análise foi constituído por todos os diagnósticos de enfermagem identificados. A análise dos dados baseou-se no cálculo de distribuição da freqüência dos diagnósticos utilizando-se o programa *Microsoft Access*. Foi feita a categorização dos diagnósticos de acordo com os domínios e classes da Taxonomia II da NANDA Internacional. A análise dos dados evidenciou que a faixa etária dos clientes atendidos no referido Hospital naquele período variou entre 18 e 91 anos, com predominância de pessoas acima de 65 anos (67%), sendo em sua maioria (62%) do sexo masculino. Os diagnósticos de enfermagem identificados na amostra o estudo totalizaram 523 (quinhentos e vinte e três) distribuídos em 52 afirmativas diagnósticas. Sendo os mais freqüente: Risco de infecção (77), Dor aguda (71), Mobilidade física prejudicada (55), Ansiedade (44), Padrão do sono perturbado (38), Risco de volume de líquidos deficientes (26), Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (25), Hipertermia (18), Risco de integridade da pele prejudicada (14), Integridade da pele prejudicada (14) totalizando 382 (trezentos e oitenta e duas) afirmativas de diagnósticas, correspondendo a 75% do total de diagnósticos identificados. Quanto aos domínios e classes da Taxonomia II da NANDA internacional, esses diagnósticos mais freqüentes envolveram os domínios: Nutrição, Atividade e repouso, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Segurança e proteção e, Conforto e as classes: Hidratação, Infecção Sono e repouso, Atividade e exercício, Respostas ao enfrentamento, Lesão física, Termoregulação e Conforto físico, dos 13 (três) domínios e das 46 (quarenta e seis) classes apresentadas no referido Sistema de Classificação, respectivamente. Os resultados desse estudo revelam a amplitude dos diagnósticos com os quais os enfermeiros trabalham cotidianamente traçando ações e intervenções que contribuem para melhoria da qualidade do cuidado prestado aos clientes.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Processo de enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Eliana Ramos da. **Diagnosis of nursing patients interned in unit of medical clinic and surgical clinic.** João Pessoa, 2006. 105f. Dissertation (Master's degree in Nursing) Center of Health's Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2006.

It is a descriptive exploratory study of the retrospective type that aimed at to identify the more frequent nursing diagnoses in customers' handbooks interned in Unit of Medical Clinic and Surgical Clinic of the Hospital of Garrison in João Pessoa-PB. For quantitative determination of the population, were excluded from the total of the handbooks those that were linked to the pediatric customers' attendance, adolescents, obstetric and psychiatric, and the last nursing registration was considered for those customers that had more than one attendance in this period. The sample was calculated by the technique of the systematic sampling, being the first raffled handbook and the others retired in an arithmetic progression ($r=5$), resulting a composed sample for 200 handbooks. The date collection was subsidized by a form and it happened directly in the Statistical Medical Service, in the period of February to April in 2005. The corpus analysis was constituted by all the diagnoses of nursing identified. The analysis of the data was based on the calculation of distribution of the frequency of the diagnoses using Microsoft Access program. It was made the diagnoses distinguish in agreement with the domains and classes of Taxonomia II of International NANDA. The data analysis evidenced that the customers' age group assisted in the referred Hospital in that period varied between 18 and 91 years old, with people's predominance above 65 years old (67%), being in your majority (62%) of the masculine sex. The nursing diagnoses identified in the sample of the study totaled 523 (five hundred and twenty-three) distributed in 52 diagnostics affirmatives. Being the most frequent: Infection risk (77), sharp Pain (71), prejudiced physical Mobility (55), Anxiety (44), Pattern of the disturbed sleep (38), Risk of volume of deficient liquids (26), unbalanced Nutrition: minus than the corporal needs (25), Hipertermia (18), Risk of integrity in the prejudiced skin (14), Integrity of the prejudiced skin (14) totaling 382 (three hundred and eighty two) diagnostics affirmatives, corresponding to 75% of the total of identified diagnoses. About the domains and classes of Taxonomia II of international NANDA, those more frequent diagnoses involved, the domains: Nutrition, Activity and rest, Facing/tolerance to the stress, Safety and protection and, Comfort and the classes: Hydration, Sleep and rest infection, Activity and exercise, Reaction to the facing, physical Lesion, Regulate the temperature and physical Comfort, of the 13 (thirteen) domains and of the 46 (forty six) classes presented in referred System of Classification, respectively. The result in this study shows the width of the diagnoses with which the nurses work daily tracing actions and interventions that contribute to the improvement of the quality of the care rendered to the customers.

Key-words: Nursing diagnosis. Nursing process. Nursing.

RESUMEN

SILVA, Eliana Ramos da. **Diagnostico de la Enfermería de los pacientes internados en la unidad de clínica medica y clínica quirúrgica.** João Pessoa, 2006. 105f. Disertación (Maestro en Enfermería) - Centro de las Ciencias de la Salud, Universidad Federal de la Paraíba, João Pessoa, 2006.

Es un estudio exploratorio descriptivo de lo tipo retrospectivo con el objetivo de la identificación de los diagnósticos de la enfermería que son mas frecuentes en protocolos de los clientes con la internación en la unidad de la clínica medica y clínica quirúrgica en el hospital de la guarnición de João Pessoa-PB. Para la determinación cuantitativa de la población, fueron quitados del total de los protocolos aquellos que estaban añadidos al cuidado de los clientes pediátricos, adolescentes, obstétricos y psiquiátricos y fue considerado el último registro de la enfermería para aquellos clientes que tuvieron además de lo cuidado en el periodo. La muestra tuvo el calculo pero la técnica de la muestragen sistemática, siendo el primero protocolo por medio de sorteo Y los otros quitados en una progresión aritmética ($r=5$), con los resultados de una muestra compuesta pero 200 protocolos. La coleta fue subsidiada pero uno formulario y ocurrió directamente el Servicio medico estadístico el periodo de febrero a abril de 2005. Los corpus de la análisis fue constituido pro todos los diagnósticos de enfermería con identificación. La análisis tuvo como base el calculo de la distribución de la frecuencia de los diagnósticos utilizándose el programa Microsoft Access. Fue hecha la categorización de los diagnósticos de acuerdo con los dominios y categorías de la Taxonomia II de la Nanda internacional. La análisis de los datos han evidenciado que la edad de los clientes atendidos en el referido hospital en aquello periodo ha variado de 18 y 91 años, con la predominancia de las personas arriba de los 65 años (67%) siendo en su mas grande parte (62% de lo sexo masculino) Los diagnósticos de la enfermería fueron identificados en la muestra el estudio tuvieron una totalización de 523 (quinientos y veinte tres) con la distribución en 52 afirmaciones diagnosticas. Siendo los mas frecuentes: riesgo de la infección (77) dolor aguda ((71), movilidad física con prejuicio (55) ansiedad(44), padrón del sueño con prejuicio, necesidades corporales(25) Riesgo de la integridad de la piel con prejuicio (14).Integridad de la piel con prejuicio (14) con un total de 382 (trescientos ochenta y dos) afirmación de los diagnósticos, con correspondencia a 75% de lo total d los diagnósticos de la identificación. Quanto a los dominios y clases de la taxonomia II de la Nanda internacionales, estos diagnósticos mas frecuentes fueron añadidos al los dominios: Nutrición, actividad y reposo, enfrentamiento/tolerancia al lo estrese, seguridad y protección y conforto y las clases: hidratación, infección, sueño y reposo, actividad y ejercicio. Contestación alo enfrentamiento, leso física, termorregulación y conforto físico de los 13dominios e de las 46 (cuarenta seis) clase presentadas el referido sistema de la clasificación respectivamente. Los resultados de lo estudio han revelado la ampliación de los diagnósticos conillos los enfermeros trabajan en lo cotidiano haciendo acciones y intervenciones que han contribuido para la mejoría de lo cuidado para los clientes

Palabras claves: Diagnostico de enfermería. Proceso de Enfermería. Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** — Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos. 39
- Figura 1** — Modelo Esquemático da definição da população e da amostra do estudo 46
- Quadro 2** — Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes, identificados nos prontuários dos clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP(n=200), segundo domínios e classes da Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005. 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 —	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, identificados nos clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=20). João Pessoa, 2005.	51
Tabela 2 —	Distribuição dos fatores de Risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de Volume de líquidos deficiente presente nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	55
Tabela 3 —	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	58
Tabela 4 —	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Padrão do sono perturbado presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional João Pessoa-PB, 2005.	61
Tabela 5 —	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	63
Tabela 6 —	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Ansiedade presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	67
Tabela 7 —	Distribuição dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	70

Tabela 8 —	Distribuição dos fatores relacionados e Características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	74
Tabela 9 —	Distribuição dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo domínios e classes da Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	76
Tabela 10 —	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Hipertermia presentes nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional. João Pessoa-PB, 2005.	78
Tabela 11 —	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda presente nos prontuários de clientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP (n=200), segundo a Taxonomia II da NANDA Internacional .João Pessoa-PB, 2005.	81

Obs: favor rever o sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	21
	2.1 Geral	22
	2.2 Específicos	22
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
	3.1 Processo de Enfermagem	24
	3.2 Taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA	34
4	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	43
	4.1 Tipo de pesquisa	44
	4.2 Local do estudo	44
	4.3 População e amostra do estudo	45
	4.4 Instrumento para coleta de dados	46
	4.5 Procedimentos éticos	47
	4.6 Análise dos dados	48
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	
	Apêndice B – Autorização para a pesquisa	
	Apêndice C - Instrumento para coleta de dados	
	ANEXOS	
	Anexo A – Histórico de Enfermagem do HGuJP	
	Anexo B – Plano de Cuidados do HGuJP	
	Anexo C – Sistematização da Assistência de Enfermagem do HGuJP	

Introdução

A Enfermagem, ao longo de sua história como profissão, vem acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade. Isso tem exigido dos profissionais dessa área reflexões sobre o processo de cuidar do cliente, objetivando um cuidado que expresse um fazer de modo individualizado e metodologicamente sistematizado. Nessa busca, os enfermeiros têm construído um corpo teórico específico da Enfermagem, cuja aplicabilidade depende do processo de enfermagem.

Nesse contexto, IYer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) afirmam que Hall, em 1955, Johnson, em 1959, Orlando, em 1961, e Wiedenbach, em 1963, foram os primeiros autores a descreverem o processo de enfermagem, composto por três fases. Em seguida, outros autores como Yura e Walsh, 1967, descreveram um processo de quatro fases, contendo: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. A partir da década de 1970, foi acrescentada ao processo de enfermagem a fase diagnóstica. Isso se deu inicialmente por Bloch em (1974), por Roy, Mundinger e Jauron, em 1975, e depois por AspinaII, em 1976, completando o processo de cinco fases.

No Brasil, a metodologia da assistência foi impulsionada pelos estudos de Horta, na década de 1970, em seus trabalhos sobre o processo de enfermagem, que é centrado nas necessidades humanas básicas e tem sido aceito pelos profissionais de enfermagem na abordagem individualizada do cliente.

Sabe-se que o processo de enfermagem tem representado um importante instrumento para o alcance de um cuidado sistematizado. Para Barros (1997), o

cuidar de forma sistematizada deve ser a filosofia de trabalho dos enfermeiros em todas as áreas de atuação profissional, independente do sistema de atendimento de saúde, por conferir à profissão um fazer científico que possibilite estabelecer padrões desse cuidado e, assim, contribuir para a qualidade do cuidar.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.12), profissionalmente o processo de enfermagem demonstra, de modo concreto, o alcance da prática de enfermagem, na medida em que possibilita testar hipóteses clínicas, contribuindo para a validação de modelos teóricos e definição do papel para o usuário e outros profissionais de saúde.

Destaque-se que a utilização desse instrumento básico traz benefícios para o cliente e a família, por estimular a participarem ativamente do cuidado e, para os enfermeiros, por elevar a satisfação no trabalho, motivar o aperfeiçoamento profissional, encorajar as inovações e criatividade na solução de problemas de cuidados de enfermagem, evitando a repetição.

Desde o surgimento do processo de enfermagem, ele tem sido percebido como uma necessidade premente para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente. Historicamente, pode-se situar a preocupação com a qualidade nos serviços de saúde, desde os tempos de Florence Nightingale (1820-1910), quando, na metade do século XIX, lançou as bases da Enfermagem Moderna, desenvolvendo um processo de atendimento que objetivava o máximo de qualidade do cuidado (CUNHA et al. 2003).

Contemporaneamente, a aplicação do processo de enfermagem tem sido uma exigência legal que traz consigo a responsabilização do enfermeiro no processo

de cuidar. Nesse sentido, a lei Nº 7.498/86 (Exercício Profissional) do Presidente da República, que define como atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem. Somam-se a essa Lei a exigência legal descrita na Resolução 272 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN 2002), que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde nacionais e, em seu Artigo 2º, determina a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde (públicas e privadas), com registro formal das suas fases nos prontuários dos clientes.

Além disso, no Brasil, o Ministério da Saúde, preocupado com a qualidade da assistência prestada nos hospitais, aproveitou sugestões de um grupo técnico que elaborou e testou o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e, em seguida, aproveitou a criação da Organização Nacional da Acreditação – ONA, em 1999. Esta, por sua vez, é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos à implantação e implementação, em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação (ONA, 2001).

Nesse sentido, a sistematização da assistência de enfermagem constitui um dos requisitos indispensáveis para o processo de acreditação hospitalar, trazendo, sobretudo, muitos benefícios para a profissão de enfermagem e para o cliente, entre os quais, pode-se destacar a autonomia que o enfermeiro adquire, pois o processo de enfermagem provê o foco da ciência clínica, melhora a comunicação entre os pacientes, enfermeiros e demais profissionais, além de reduzir o tempo do

internamento hospitalar do paciente.

Faz-se mister destacar que durante o processo de acreditação do Hospital de Guarnição de João Pessoa - HGUJP, como chefe da subdivisão de enfermagem, vivenciei a necessidade da utilização de uma abordagem científica na prestação da assistência aos pacientes e percebi que na assistência sistematizada é possível identificarem-se fatores determinantes do processo saúde-doença dos clientes e planejar/executar ações nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Assim, com o apoio da direção do hospital, tive oportunidade de convidar docentes da Universidade Federal da Paraíba para conduzir o processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem.

Isso ocorreu nas unidades de internação I (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica) e Centro Cirúrgico do HGUJP, no período de março a maio de 2003, contando com a participação de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cada um em seu campo de ação. As etapas principais para a consecução desse processo envolveram: diagnóstico da instituição, instrumentalização teórica e assessoria teórico-prática.

A instrumentalização teórica envolveu o resgate de aspectos do exame físico, do histórico do cuidado, das teorias de enfermagem e das etapas do processo de enfermagem – levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação. Essas atividades foram efetivadas através de aulas expositivas, discussões em grupo, demonstrações práticas e simulações de casos clínicos, as quais se desenvolveram, ora no auditório (exposições teóricas), ora numa unidade selecionada pela coordenação de enfermagem do hospital (demonstrações práticas e simulações de casos clínicos).

Na etapa teórico-prática buscou-se, inicialmente, aplicar os conhecimentos necessários ao exame físico de um paciente, utilizando-se, como recurso, um manequim vivo para todas as fases desse exame. Ainda nesta etapa, procedeu-se à construção de um instrumento para coleta de dados (Histórico de Enfermagem) que propiciasse uma abordagem criteriosa e ampla dos clientes internados em cada unidade. Esse instrumento foi submetido a um teste piloto para uma melhor adequação às necessidades dos clientes e da própria Instituição. Nessa fase a opção teórica feita pelo grupo de docentes e pela equipe de Enfermagem do hospital foi a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

Construída a versão final do instrumento de coleta de dados (Anexo C), aplicou-se junto aos pacientes da Unidade de Internação, na busca de identificarem os diagnósticos de enfermagem, com a utilização da Taxonomia II da NANDA Internacional, bem como os problemas colaborativos. Essa fase teve a supervisão direta da equipe executora do projeto, tanto para a coleta de dados clínicos (objetivos, subjetivos, históricos e atuais) dos clientes, quanto para o julgamento desses dados.

Em seguida, passou-se para a construção de um instrumento de Planejamento do cuidado (Anexo D) que permitisse a continuidade do Processo de Enfermagem e, ao mesmo tempo, se adequasse à gama de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e sua equipe. É oportuno destacar que, visando a contribuir para a continuidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, construiu-se um Procedimento Operacional Padrão - POP, para servir de orientação aos profissionais de enfermagem da instituição que aplicam o processo de enfermagem.

Nesse contexto, as atividades de sistematização executadas por essa equipe foram de grande importância para o incremento da melhoria da qualidade da

assistência de enfermagem, por proporcionarem aos que fazem a equipe de enfermagem a vivência de um cuidado crítico capaz de resgatar, tanto clientes, quanto enfermeiros, como sujeitos do processo de cuidar-cuidado. Além disso, contribuíram para o processo de Acreditação do HGuJP-PB por colocarem o cuidado de enfermagem em novos e positivos parâmetros de avaliação.

Ressalte-se que, apesar das importantes contribuições decorrentes da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tem-se verificado, na prática, a exigência de um tempo maior para o processo de identificação de diagnóstico por parte dos enfermeiros, os quais estão, geralmente, sobrecarregados, tanto de tarefas vinculadas à administração devida, tanto à carência de recursos humanos, quanto às diversas tarefas vinculadas diretamente ao processo assistencial. Isso tem dificultado a continuidade do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Diante disso procurou-se desenvolver uma estratégia que contribuísse para minimizar essa problemática e direcionar as intervenções do processo de cuidar dos clientes atendidos no hospital HGuJP-PB, na unidade de internação.

Nessa perspectiva, buscou-se averiguar: que diagnósticos de enfermagem foram identificados nos pacientes da unidade de internação I, durante o período de Julho de 2003 a julho de 2004 e quais as características definidoras, os fatores relacionados ou os fatores de risco utilizados pelo enfermeiro na identificação desses diagnósticos?

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir de modo efetivo, para a continuidade do Processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade de saúde referida.

Objetivos

2.1 Geral

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em prontuários de pacientes da Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Guarnição de João Pessoa - PB.

2.2 Específicos

- Verificar com que freqüência os diagnósticos de enfermagem foram identificados em pacientes do HGuJP-PB
- Discriminar, segundo os domínios e classes da Taxonomia II da NANDA Internacional, os dez (10) diagnósticos de enfermagem mais freqüentes.
- Discutir, à luz da literatura pertinente, os fatores relacionados ou os fatores de risco mais representativos, identificados nos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes evidenciados na amostra do estudo, segundo os domínios da Taxonomia II da NANDA Internacional.

Fundamentação teórica

3.1 Processo de Enfermagem

A Enfermagem é reconhecida como uma disciplina científica emergente, cujo desenvolvimento dar-se-á dependendo do desenvolvimento do seu domínio ou corpo de conhecimento (KENNEY, 1995).

A definição mais antiga, segundo Graaf et al. (1986, p.68), sobre Enfermagem é de autoria de Florence Nightingale, em 1859, quando afirmou que “toda mulher seria uma enfermeira em sentimento”, e que este profissional teria a “responsabilidade pela saúde de alguém”.

Outras líderes da Enfermagem também elaboraram suas definições, entre as quais, Virginia Henderson, em 1966, que entendia Enfermagem como:

[...] auxiliar o indivíduo, doente ou sadio, na execução daquelas atividades que contribuem para sua saúde ou sua recuperação (ou sua morte em paz). Que ele executaria sozinho, se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário. E fazer isso de tal modo que o ajudasse a obter a independência o mais rapidamente possível (SMELTZER; BARE, 1994, p.4).

Para Horta (1979), a Enfermagem é definida como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

De acordo com a American Nurses Association, a Enfermagem, através da publicação Nursing: A Social Policy Statement em 1980, define a Enfermagem como “o diagnóstico e tratamento das respostas humanas a

problemas de saúde reais ou potências” (SMELTZER; BARE, 2002, p.4).

A Enfermagem demonstra a sua função própria, através do uso da ciência e da arte, pela constituição de uma unidade entre teoria, tecnologia e interação, na qual a sistematização da assistência de enfermagem é uma atividade unificadora da profissão (LEOPARDI, 1999).

A ciência da Enfermagem está baseada numa estrutura teórica, e o processo de enfermagem é o método através do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem, possibilitando a sistematização da assistência em enfermagem, fornecendo condições para a tomada de decisões na assistência, por permitir uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, buscando-se a manutenção, restauração ou promoção da saúde, voltada à satisfação das necessidades do cliente e da família (JESUS, 2002).

De acordo com Garcia (1994, p.36), o processo de enfermagem é:

Um instrumento metodológico que auxilia o enfermeiro a identificar as respostas da clientela aos problemas de saúde que enfrenta, e que exigem sua intervenção profissional. Além disso, pode ser visto como o mecanismo que tem assegurado a aplicação na prática profissional dos referenciais teóricos (modelos, sistemas conceituais e teorias) próprios da enfermagem, os quais guiam decisões específicas sobre o que questionar e diagnosticar, como intervir e o que avaliar.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), o processo de enfermagem é definido em termos de três grandes dimensões: propósitos, propriedades e organização. O propósito principal do processo de enfermagem é o de oferecer uma estrutura na qual as necessidades

individualizadas do cliente, da família e da comunidade possam ser satisfeitas, envolvendo uma relação interativa entre o cliente e a enfermeira, tendo como foco o cliente.

Para essas autoras as propriedades são descritas como: intencional, pelo fato de estar voltado para uma meta; sistemático, porque envolve a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito; dinâmico, pelo fato de envolver mudanças contínuas; natureza interativa, porque se baseia nas relações recíprocas entre enfermeira e o cliente, a família e outros profissionais da saúde; flexível, pela perspectiva de ser adaptado à atividade de enfermagem em qualquer local ou área de especialização que lida com pessoas, grupos ou comunidades, como também podem ser utilizados de modo seqüencial e baseado em teorias, tendo em vista ser elaborado a partir de uma ampla base de conhecimentos que inclui as ciências físicas, biológicas e as humanas.

Na organização do processo de Enfermagem podemos identificar 5 fases: Levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

A coleta de dados é a primeira fase do processo de enfermagem e consiste no levantamento de informações visando traçar o perfil do estado de saúde de um indivíduo, da família ou de uma comunidade.

Para Horta (1979, p.35), a primeira etapa do processo refere-se ao histórico de enfermagem que é definido como sendo "... roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos para a [o] enfermeira [o] do ser humano, que tornam possível a identificação dos seus problemas". Destaca-se, contudo, que embora Horta refira-se a esta etapa

como um roteiro sistematizado é através dela que buscam-se as condições das necessidade humanas básicas que precisam de atendimento.

Segundo Cianciarullo (2003) o levantamento de dados consiste na coleta de dados deliberada e sistematizada, com o objetivo de delinear o perfil do estado da saúde, das suas funções e dos comportamentos relacionados à saúde de um cliente, da família ou de uma comunidade. Os dados são geralmente obtidos por meio de: históricos e formulários aplicados por meio de entrevista, do exame físico, da revisão de prontuários e da colaboração de profissionais.

Para essa autora, as informações coletadas pela enfermeira sobre um cliente são importantes para a identificação de um diagnóstico de enfermagem e do plano de cuidados de enfermagem subsequente. E onde a enfermeira utiliza sua experiência e conhecimentos para construir hipóteses diagnósticas. Nessa fase, a participação do cliente, valoriza o significado da informação coletada.

De acordo com Moorhouse e Doenges (1994, p.19), a determinação dos dados básicos do paciente é “fundamental para a identificação das necessidades individuais, respostas e problemas. É baseada na história relatada, exame físico e estudos de diagnósticos”.

As informações coletadas pelo profissional de enfermagem sobre um paciente são vitais para a identificação de um diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano de cuidados de enfermagem subsequente (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). É nessa fase que o profissional de enfermagem utiliza sua experiência e conhecimentos para construir hipóteses diagnósticas.

O Diagnóstico de Enfermagem é definido por Horta (1979, p.35),

como sendo a “... identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência deste atendimento, em natureza e extensão”. Nóbrega (1991), analisando esta definição, afirma que as maiores dificuldades encontradas pelas enfermeiras na elaboração do diagnóstico foram a identificação das necessidades afetadas e o seu grau de dependência, acreditando ser esse um dos motivos que inviabilizou a operacionalidade desta etapa do processo de enfermagem proposta por Horta.

Convém ressaltar que Horta (1979) registrou em seus artigos as dificuldades que as enfermeiras iriam encontrar para estabelecer o diagnóstico de enfermagem, apontando como causas o fato desses profissionais não terem conhecimento dos problemas de enfermagem, das necessidades básicas alteradas, da nomenclatura destas necessidades, da distinção entre tratamento de enfermagem e necessidades básicas, e entre problemas de enfermagem e necessidades básicas.

Para Carpenito (2002, p.30), o diagnóstico de enfermagem é definido como o “estudo cuidadoso e criterioso de algo, para a determinação de sua natureza”. De acordo com a NANDA (2005, p.30), o diagnóstico de enfermagem é “o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais”.

A segunda fase do processo de enfermagem é a diagnóstica, que envolve a análise e interpretação dos dados obtidos, visando à tomada de decisão sobre a avaliação da situação de saúde dos pacientes e a seleção apropriada de intervenções necessárias (MICHEL; BARROS, 2002).

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993); Nóbrega e Gutierrez (2000), o termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado pela primeira vez na década de 1950, por enfermeiras norte americanas ao planejar sua prática profissional. Entretanto, no Brasil, o diagnóstico de Enfermagem

foi introduzido por Wanda Horta, na década de 1970.

López (2001, p.28) considera o diagnóstico “uma atividade mental pela qual há contribuição de muitos elementos de distinta natureza, incluindo conhecimento teórico, experiência, julgamento e raciocínio”. Para o autor, raciocinar com a finalidade diagnóstica é usar a razão para conhecer os problemas de saúde do paciente, acreditando que a sistematização do processo diagnóstico ofereça uma contribuição positiva para o aprendizado em raciocínio clínico.

Para Horta (1971) o diagnóstico é função da enfermeira e deve ser feito baseado através da observação, percepção e no levantamento de problemas e necessidades do ser humano, família e comunidade. Entretanto, isso exige percorrer algumas etapas consideradas fundamentais, que são denominadas de processo diagnóstico.

O processo de diagnóstico na Enfermagem envolve o reconhecimento da existência de indícios, indicadores ou sinais de que o paciente efetivamente apresenta, ou evidencia disposição ou potencial para apresentar, ou de que ele está em risco de apresentar uma determinada resposta a um problema de saúde ou a um processo vital (CARVALHO; GARCIA, 2002). Para Gordon (1987), o processo de diagnóstico é um modo de se determinar um problema de saúde do cliente e os fatores etiológicos, os quais estão influenciando aquele estado.

O número de passos a serem preconizados durante o processo de diagnóstico pode variar, de acordo com o modelo que está se utilizando como referencial. Convém ressaltar que, para Carvalho e Garcia (2002), o processo diagnóstico envolve três etapas que são imprescindíveis e

comuns a todos os modelos conceituais utilizados como referência numa sistematização: 1) obtenção de dados sobre o paciente e sobre a situação que está sendo vivida por ele; 2) interpretação e agrupamento dos dados, em conformidade com as relações que existam entre eles; 3) tomada de decisão sobre que conceito diagnóstico retrata com mais exatidão o agrupamento dos dados.

Para Kelly (1985 apud FARIAS et al, 1990, p.50), o processo de diagnóstico envolve três tipos de atividade: coleta de dados, análise e denominação.

Na coleta de dados, a enfermeira apreende, através do uso dos instrumentos básicos do cuidar, dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Após essa fase, segue-se a análise das informações, na qual a enfermeira, fazendo uso de competências, conhecimento, habilidade e ética, procede a interpretação dos dados e, ao mesmo tempo, faz o agrupamento.

A interpretação envolve a identificação dos dados objetivos e subjetivos importantes para as enfermeiras, pois as ajudam em seu pensamento crítico (ALFARO-LEFEVRE, 2000). Para a autora, o agrupamento de dados relacionados é o princípio do pensamento crítico que favorece a capacidade de obtenção de um quadro nítido da situação de saúde.

Na denominação do agrupamento, a enfermeira determina um título para o conjunto das respostas do cliente aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Para tal, ela faz uso de sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem, a exemplo da taxonomia II da NANDA Internacional, que é o sistema mais difundido e divulgado na realidade brasileira.

Considerando a Taxonomias II da NANDA Internacional (2005), os diagnósticos de enfermagem podem ser classificados como: diagnóstico real, diagnóstico de risco, diagnóstico de bem-

estar e síndrome. O diagnóstico de enfermagem real descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade, sendo validado pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de sugestões ou inferências relacionadas; o diagnóstico de risco, definido como respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, a família ou comunidade vulneráveis, é sustentado por fatores de risco que contribuem para uma vulnerabilidade aumentada; o diagnóstico de enfermagem de bem-estar que descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, família ou comunidade que tem potencial de aumento ou melhora desse bem-estar e a síndrome de diagnóstico que é um conjunto de diagnósticos de enfermagem atuais ou de risco, que se prevêm em decorrência de um determinado evento ou situação.

Para que o diagnóstico de enfermagem seja identificado de forma satisfatória, faz-se necessário que a enfermeira colete informações confiáveis sobre o indivíduo, a família ou a comunidade. Essa é a fase que exige interpretação, confirmação e inferências sobre o estado de saúde do cliente. Para Cruz (2001), Identificar diagnósticos de enfermagem envolve a ativação de uma série de habilidades mentais que permitem que se façam inferências sobre dados observáveis, seja de modo lógico e ou intuitivo.

Convém ressaltar que o processo diagnóstico exige da enfermeira o desenvolvimento do julgamento crítico, e talvez este seja o aspecto mais importante e desafiador, porque requer da mesma a habilidade para relembrar aspectos importantes sobre a condição do cliente e correlacionados com conhecimento científico adquirido. Alfaró-Lefevre (1996) denomina esse julgamento de pensamento crítico e afirma que isso requer racionalidade, pensamento reflexivo, intencionalidade e apresenta similaridade com os princípios da ciência e do método científico.

A terceira etapa do processo de enfermagem refere-se ao

planejamento. Megginson e Mosley (1998, p.129) conceituam-no como “o processo de estabelecer objetivos ou metas, determinando a melhor maneira de atingi-las”. O planejamento estabelece o alicerce para as subseqüentes funções de organizar, liderar e controlar, possuindo três etapas básicas: estabelecer um objetivo ou meta, identificar e avaliar as condições atuais e futuras que afetem esse objetivo, e desenvolver uma abordagem sistemática para atingir esse objetivo.

O planejamento, para Horta, refere-se ao plano assistencial e compreende “... a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido”. (HORTA, 1979, p.36).

Atualmente, o planejamento no processo de enfermagem envolve as etapas: a priorização dos diagnósticos, definição dos resultados esperados e a prescrição das intervenções. Essa última para Horta denomina-se também de plano de cuidados sendo definida como “... implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado), que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano” (HORTA, 1979, p.6).

Segundo Fugita e Farah (2003, p.100), Horta conceitua planejamento como “um processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisão com base em objetivos, fatos e estimativas submetida à análise”.

No planejamento da assistência de enfermagem estão contidos os resultados, as intervenções de enfermagem e a documentação. As

intervenções de enfermagem são estratégias específicas, criadas para ajudar o cliente a chegar aos resultados esperados, e baseiam-se nos diagnósticos de enfermagem identificados. Segundo Doenges e Moorhouse (1994, p.43), elas “são prescrições para comportamentos específicos, esperados pelas enfermeiras e/ou outros membros da equipe assistencial e têm como pretensão a individualização dos cuidados”.

A quarta fase do processo de enfermagem, a de implementação é onde ocorre a execução das intervenções de enfermagem, que são iniciadas e completadas, visando o alcance dos resultados esperados. Esta etapa inclui: desempenho, assistência ou orientação sobre a realização das atividades da vida diária; aconselhamento e educação do cliente e da família; prestação do cuidado de enfermagem direto para o alcance das metas estabelecidas; supervisão e avaliação do trabalho dos membros da equipe de enfermagem; registro e a troca de informações relevantes para o cuidado de saúde continuado do cliente. Para Horta (1979, p.36), esta etapa denomina-se “plano de cuidado”.

A última fase do processo de enfermagem, a avaliação, constitui uma parte integral de cada fase, pois, no processo, ela é contínua e formal. Pode-se perceber no referencial teórico de Horta, que essa fase é denominada de evolução de enfermagem, pois ela afirma que “... pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada” (HORTA, 1979, p.36).

Ressalta-se que Horta inclui ainda o prognóstico de enfermagem como “uma fase do processo de enfermagem, definindo-a como “... estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades

básicas alteradas após a implementação do plano assistencial, à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem” (HORTA, 1979, p.36).

Atualmente, com tantos avanços no conhecimento de Enfermagem, faz-se necessário registrar que os computadores têm sido um importante recurso utilizado pelos profissionais dessa área que fazem uso de computadores no processo do cuidar. Eles devem entender que, com o auxílio desse instrumento, suas ações centralizaram-se na habilidade de alimentar o sistema computadorizado, para identificar diagnóstico, ou mesmo, para selecionar intervenções de enfermagem.

3.2 Taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA Internacional

A história do desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem, segundo Farias et al. (1990), começou, na década de 1929, quando Wilson realizou um estudo com o objetivo de separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos dos clientes, num esforço de isolar os aspectos particulares da Enfermagem dos cuidados de saúde em geral. Tiveram uma maior ênfase, em 1953, quando Vera Fry identificou cinco áreas de necessidades do cliente: necessidade de tratamento e medicação, necessidade de higiene pessoal, necessidade ambiental, necessidade de ensino e orientação e necessidade humana e pessoal, que considerou como domínio da Enfermagem e como foco para os diagnósticos de

enfermagem. Ainda nesse contexto, segundo essas autoras, em 1960, Fayer Abdellah desenvolveu uma lista de 21 problemas de enfermagem, considerada um precursor do sistema de classificação para a prática e para os objetivos terapêuticos de Enfermagem.

Em 1966, Henderson identificou a lista das 14 necessidades humanas básicas, que compreendem os componentes ou funções da Enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000). Em 1973, as expoentes da Enfermagem iniciavam um esforço formal para classificar e promover o uso da terminologia dos diagnósticos de enfermagem, por reconhecer a importância da avaliação clínica feita pelo enfermeiro sobre as condições de saúde do paciente (NÓBREGA; COLER, 1994).

O desenvolvimento do sistema de classificação do diagnóstico de enfermagem teve seu ponto de partida na I Conferência do Grupo Norte Americano para Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, organizada por duas professoras da Universidade de Saint Louis - EUA em 1973, com o objetivo de identificar e classificar as condições diagnosticadas e tratadas pelas enfermeiras (GUIMARÃES, 2000). Nessa ocasião, trinta e quatro diagnósticos foram apresentados e validados pelos participantes, em pequenos grupos, a partir da memória dos casos clínicos das enfermeiras participantes (FARIAS et al, 1990).

Em 1975, ocorreu a segunda conferência do referido grupo, seguida pela terceira conferência que ocorreu em 1978. A partir dessa última, a periodicidade dos encontros do grupo de enfermeiras envolvidas no processo de construção e aprimoramento do sistema de classificação em enfermagem passou a ocorrer a cada dois anos.

Nessa busca, o grupo percebeu a necessidade de no sistema de classificação, desenvolver uma estrutura para a organização dos diagnósticos; elaborar recomendações sobre a abstração dos níveis de diagnósticos, correlacionar os trabalhos do grupo ao progresso do desenvolvimento das categorias diagnósticas, além de esclarecer a relevância para a prática. Para tal, buscou-se juntar ao grupo de enfermeiras assistenciais, na terceira e quarta conferências (CARROLL-JOHNSON, sd, apud. FARIAS et al, 1990).

De modo concomitante aos trabalhos do grupo de teóricas, Gordon introduziu os padrões funcionais de Saúde, os quais foram adotados pelo grupo que após estudos e análises, sugeriu nove Padrões de Unidade do Homem, sendo essa estrutura apresentada, em 1982, na quinta conferência. Nesse evento, foi criado o Comitê de Taxonomia, cujo trabalho, a partir daí, foi baseado na lista de diagnósticos e no Padrão de Unidade do Homem (FARIAS et al., 1990).

Segundo Chianca (2002), a partir de 1982, as conferências foram abertas para toda a comunidade de Enfermagem e o grupo constituído passou a se denominar North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e, em 1986, a primeira Classificação de Diagnósticos de Enfermagem aprovada por esse grupo passou a ser denominada de Taxonomia I da NANDA, desenvolvida na estrutura Padrões de Respostas Humanas.

Em 1986, na sétima Conferência, foi aprovada a Taxonomia I da NANDA. Nesse evento, o termo padrões de Unidade do Homem foi substituído por Padrões de Respostas Humanas. Na construção dessa

Taxonomia, os diagnósticos de enfermagem estiveram organizados em nove Padrões de Respostas Humanas: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, escolher, mover, perceber, conhecer e sentir, permanecendo organizada por 16 anos, durante os quais vários diagnósticos foram acrescentados e outros revisados, em cada conferência bienal. Os Padrões de Respostas Humanas fundamentaram-se na compreensão de que todas as categorias diagnósticas são respostas humanas e que conjuntos de diagnósticos que compartilham algumas propriedades constituem padrões.

O padrão, no contexto da classificação do diagnóstico, corresponde à idéia de um modelo que expressa um conjunto de atributos específicos. Assim, um padrão de Resposta Humana é uma abstração que pretende expressar, de formas sintéticas, que determinadas manifestações humanas estão inter-relacionadas (CRUZ, 2001, p.75).

Segundo Cianciarullo (2001) o padrão de respostas humanas regeu essa classificação até o início do ano 2001, quando foi publicada nova estrutura de classificação de diagnóstico de enfermagem Taxonomia II.

Entretanto, com vistas de inclusão da Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem na Classificação Internacional de Doenças, em 1986, a American Nurses Association (ANA), a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) enviaram à Organização Mundial de Saúde (OMS) um esquema de classificação de diagnóstico de enfermagem. Para tal, essa organização sugeriu entre outros aspectos, modificações nas codificações dos diagnósticos de enfermagem. Posteriormente, em 1989, a Taxonomia I Revisada foi publicada pela NANDA. Ainda nesse ano, durante a Conferência do Conselho Internacional de Enfermagem, onde ocorreu

uma Conferência de Diagnóstico de Enfermagem, foram apresentadas as modificações ocorridas na Taxonomia I revisada para inclusão na CID-10, e primeira versão da Taxonomia II.

Essa última classificação surge, segundo Braga e Cruz (2003), a partir da crítica da Taxonomia I Revisada onde ficou evidente a dificuldade de categorizar alguns dos novos diagnósticos recém-aprovados. Assim, no final do processo de revisão, a Taxonomia I que apresenta os Padrões de Respostas Humanas, passou para a forma de Taxonomia II e a comportar domínios compostos por classes e cada classe por conceitos diagnósticos. Sendo esta Taxonomia publicada em 2001, a qual se caracteriza por ser multiaxial na sua forma, aumentando substancialmente a flexibilidade da nomenclatura e permitindo a realização fácil de acréscimos e modificações. Nessa Taxonomia há sete eixos, entendidos como as dimensões das respostas humanas que são consideradas no processo diagnóstico.

Esse desenvolvimento de sistema de classificação de Enfermagem culmina, em 2004, com a divulgação da Taxonomia II da NANDA Internacional, que embora mantendo a estrutura e maior parte dos conteúdos da taxonomia anterior, foram acrescentados onze diagnósticos de bem-estar e um de risco, bem como três diagnósticos revisados.

No Brasil, a propagação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA teve início em 1986, mas só em 1988, a literatura começou a evidenciar trabalhos sobre o assunto, oriundos de pesquisas, traduções e dissertações de mestrado. Foram formados Grupos de Interesse em Diagnósticos de Enfermagem (GIDE), destacando-se o GIDE-PB, um dos pioneiros nesse processo (SANTANA, 2004).

A descrição estrutural dos diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional (2005) varia conforme o tipo do diagnóstico e pode conter: título, definição, características definidoras e fatores relacionados. O título diagnóstico fornece um nome para o diagnóstico, e é uma frase concisa ou um termo que representa um padrão de indicadores relacionados. A definição proporciona uma descrição clara e precisa do diagnóstico, delineando seu significado e diferenciando-o de todos os outros diagnósticos. As características definidoras são indicadores clínicos que se agrupam como manifestantes dos diagnósticos de enfermagem. Os fatores relacionados são condições ou circunstâncias que podem causar ou contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico.

Nessa Taxonomia há sete eixos, entendidos como as dimensões das respostas humanas que são consideradas no processo diagnóstico. O eixo 1, conceito diagnóstico, é definido como o principal elemento, ou a parte essencial e fundamental, a raiz da declaração diagnóstica. O eixo 2, tempo, é definido como a duração de um período ou intervalo e os valores nesse eixo incluem: agudo, crônico, intermitente e contínuo. A unidade de cuidado, eixo 3, é definida como a população específica para a qual um diagnóstico de enfermagem é determinado. Os valores desse eixo são indivíduo, família, grupo e comunidade. A idade, eixo 4, é definida como a quantidade de tempo ou intervalo durante o qual um indivíduo existiu. O estado de saúde, eixo 5, é conceituado como: a posição ou grau na continuidade da saúde. Esse eixo também tem como valores o bem-estar, risco ou real. O descritor ou modificador, eixo 6, é definido como o julgamento que limita ou especifica o significado de um diagnóstico de

enfermagem. A topologia, eixo 7, consiste em partes/regiões do corpo - todos os tecidos, órgãos, sítios anatômicos ou estruturas (NANDA INTERNACIONAL, 2005).

A taxonomia II da NANDA Internacional tem 13 domínios, 46 classes, 93 conceitos e 167 diagnósticos de enfermagem aprovados até 2004, e cujos domínios contêm um ou mais conceitos diagnósticos, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos.

Domínios	Classes	Conceitos diagnósticos
1. Promoção da saúde	1. Consciência da saúde	
	2. Controle da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Controle do regime terapêutico • Comportamento de busca da saúde • Manutenção da saúde • Manutenção do lar
2. Nutrição	1. Ingestão	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão de alimentação infantil • Deglutição • Nutrição
	2. Digestão	
	3. Absorção	
	4. Metabolismo	
	5. Hidratação	<ul style="list-style-type: none"> • Volume de líquidos
3. Eliminação	1. Sistema urinário	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação urinária prejudicada • Retenção urinária • Incontinência urinária total • Incontinência urinária funcional • Incontinência urinária funcional de esforço • Incontinência urinária de urgência • Incontinência urinária reflexa • Risco de incontinência urinária de urgência • Disposição para eliminação urinária melhorada
	2. Sistema gastrintestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência intestinal • Diarréia • Constipação • Risco de constipação • Constipação percebida
	3. Sistema tegumentar	
	4. Sistema pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de gases prejudicada
4. Atividade/repouso	1. Sono/repouso	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão de sono perturbado • Privação do sono • Disposição para sono melhorado

	2. Atividade/exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de síndrome do desuso • Mobilidade física prejudicada • Mobilidade no leito prejudicada • Mobilidade com cadeira prejudicada • Capacidade de transferência • Deambulação prejudicada • Atividades de recreação deficientes
	Continuação atividade/exercício	<ul style="list-style-type: none"> • Perambulação • Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se • Déficit no autocuidado para banho e higiene • Déficit no autocuidado para higiene íntima • Recuperação cirúrgica retardada
	3. Equilíbrio de energia	<ul style="list-style-type: none"> • Campo de energia perturbado • Fadiga
	4. Respostas cardiovasculares/ pulmonares	<ul style="list-style-type: none"> • Débito cardíaco diminuído • Ventilação espontânea prejudicada • Padrão respiratório ineficaz • Intolerância à atividade • Risco de intolerância à atividade • Resposta disfuncional ao desmame ventilatório • Perfusão tissular ineficaz
5. Percepção/cognição	1. Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Negligência unilateral
	2. Orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de interpretação ambiental prejudicada • Perambulação
	3. Sensação/percepção	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção sensorial perturbada
	4. Cognição	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento deficiente • Disposição para conhecimento aumentado • Confusão aguda • Confusão crônica • Memória prejudicada • Processos do pensamento perturbados
	5. Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação verbal prejudicada • Disposição para comunicação aumentada • Intolerância à atividade
6. Auto-percepção	1. Autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio da identidade pessoal • Sentimento de impotência • Risco de sentimento de impotência • Desesperança • Risco de solidão • Disposição para o autoconceito melhorado
	2. Auto-estima	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa de auto-estima crônica • Baixa de auto-estima situacional • Risco de baixa auto-estima situacional
	3. Imagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio na imagem corporal
7. Relacionamentos de papel	1. Papéis do cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Tensão do papel de cuidador • Risco de tensão do papel de cuidador • Paternidade ou maternidade prejudicada • Risco de paternidade ou maternidade prejudicada • Disposição para a paternidade / maternidade melhorada
	2. Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Processos familiares interrompidos • Disposição para processos familiares melhorados • Processos familiares disfuncionais: alcoolismo • Risco de vínculo pais/filhos prejudicado

	3. Desempenho de papel	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentação eficaz • Amamentação ineficaz • Amamentação interrompida • Desempenho de papel ineficaz • Conflito de desempenho do papel de pai/mãe • Interação social prejudicada
8. Sexualidade	1. Identidade sexual	
	2. Função sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção sexual • Padrões de sexualidade ineficaz
	3. Reprodução	
9. Enfrentamento /tolerância ao estresse	1. Respostas pós-trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do estresse por mudança • Risco de síndrome de estresse por mudança • Síndrome do trauma de estupro • Síndrome do trauma de estupro: reação silenciosa • Síndrome do trauma de estupro: reação composta • Síndrome pós-trauma • Risco de síndrome pós-trauma
	2. Respostas de enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Ansiedade • Tristeza crônica • Negação ineficaz • Sentimento de pesar antecipado • Ansiedade relacionada a morte • Sentimento de pesar disfuncional • Adaptação prejudicada • Enfrentamento ineficaz • Enfrentamento familiar incapacitado • Enfrentamento familiar comprometido • Enfrentamento defensivo • Enfrentamento comunitário ineficaz • Disposição para enfrentamento aumentado • Disposição para enfrentamento familiar aumentado • Disposição para enfrentamento comunitário aumentado
	3. Estresse neuro-comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Disreflexia autonômica • Risco de disreflexia autonômica • Comportamento infantil desorganizado • Risco de comportamento infantil desorganizado • Disposição para comportamento infantil organizado aumentado • Capacidade adaptativa intracraniana diminuída
10. Princípios de vida	1. Valores	
	2. Crenças	<ul style="list-style-type: none"> • Disposição para bem-estar espiritual aumentado
	3. Congruência entre valores/crenças/ações	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia espiritual • Risco de angústia espiritual • Conflito de decisão (especificar) • Desobediência (especificar)
Segurança/lesão	1. Infecção	Risco de infecção
	2. Lesão física	Mucosa oral prejudicada Risco de lesão Risco de lesão perioperatória por posicionamento Risco de quedas Risco de trauma Integridade da pele prejudicada Risco de integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Dentição prejudicada Risco de sufocação Risco de aspersão Desobstrução ineficaz de vias aéreas Risco de disfunção neurovascular periférica Proteção ineficaz Risco de síndrome de morte súbita na criança

	3. Violência	Risco de automutilação Automutilação Risco de violência direcionada a outros Risco de violência direcionada a si mesmo Risco de suicídio
	4. Riscos ambientais	• Risco de envenenamento
	5. Processos defensivos	• Resposta alérgica ao látex • Risco de resposta alérgica ao látex
	6. Termorregulação	• Risco de desequilíbrio na temperatura corporal • Termorregulação ineficaz • Hipotermia • Hipertermia
12. Conforto	1. Conforto físico	• Dor aguda • Dor crônica • Náusea
	2. Conforto ambiental	
	3. Conforto social	• Isolamento social
13. Crescimento /desenvolvimento	1. Crescimento	• Risco de crescimento desproporcional • Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)
	2. Desenvolvimento	• Atraso no crescimento e no desenvolvimento • Risco de atraso no desenvolvimento

Fonte: NORTH AMERICAN DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação – 2003-2004. Trad: Cristina Correia, Porto Alegre: Artmed, 2005. p.249-259.

Essa Taxonomia, por sua importância, evolução, amplitude e reconhecimento foi adotada como referência nesse estudo.

Considerações metodológicas

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo, objetivando identificar, utilizando a Taxonomia II da NANDA Internacional (2003-2004), os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em pacientes da Unidade de internação I do Hospital de guarnição de João Pessoa HGuJP-PB.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP que compõe a Unidade de Internação I. O referido hospital é uma instituição de referência para atendimento primário, secundário e terciário, na Paraíba, e tem como finalidade a prestação de assistência à saúde da comunidade de militares das Forças Armadas do Brasil e seus dependentes, que residem na Paraíba ou que estejam de passagem no Estado.

O HGuJP foi projetado como um hospital de médio porte, com a capacidade para 18 (dezoito) leitos e serviço ambulatorial. Atualmente, funciona com Unidades de Internação I e II (maternidade), Pronto Atendimento, Unidade de Cuidados intermediários, Centro cirúrgico e Central de Material e Esterilização.

Do ponto de vista econômico, esse hospital classifica-se como uma instituição sem fins lucrativos e mantém-se com recursos oriundos dos seus conveniados que pagam por procedimentos de atendimentos e

internações hospitalares.

A escolha por essa instituição como local para a pesquisa se deu por ser a unidade de trabalho da pesquisadora, onde a mesma participou da implantação do processo da sistematização da assistência de enfermagem e ser campo de estágio prático para acadêmicos de enfermagem de ensino superior e médio do município de João Pessoa-PB.

4.3 População e Amostra do Estudo

A população alvo da pesquisa foi constituída a partir dos registros de Enfermagem contidos nos prontuários de pacientes internados na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do HGuJP, no período de julho de 2003 a julho de 2004. Segundo informação fornecida pelo serviço Médico e Estatística (SAME) do hospital em estudo, houve 735 (setecentos e trinta e cinco) prontuários de usuários atendidos nesse período.

Para determinação quantitativa da população, foram determinados critérios de exclusão e inclusão. Assim, foram excluídos do total dos prontuários aqueles que se vinculavam ao atendimento de clientes pediátricos, adolescentes, obstétricos e psiquiátricos. Para efeito de inclusão, foram considerados os prontuários que continham os registros de diagnósticos de enfermagem dos clientes. Destaca-se, contudo, que para efeito de inclusão foi considerado o último registro de enfermagem para aqueles clientes que tiveram mais de um atendimento no período.

A amostra do estudo foi calculada pela técnica de amostragem

sistemática. Para tal, os prontuários que compuseram a população do estudo foram organizados numa listagem cronológica. Em seguida foi sorteado o primeiro prontuário e, a partir deste os demais foram retirados em uma razão $r=5$. No final desse processo foram totalizados 200 (duzentos) prontuários, ou seja, 50% do total de prontuários que compuseram a população do estudo. Conforme Figura 1, a seguir.

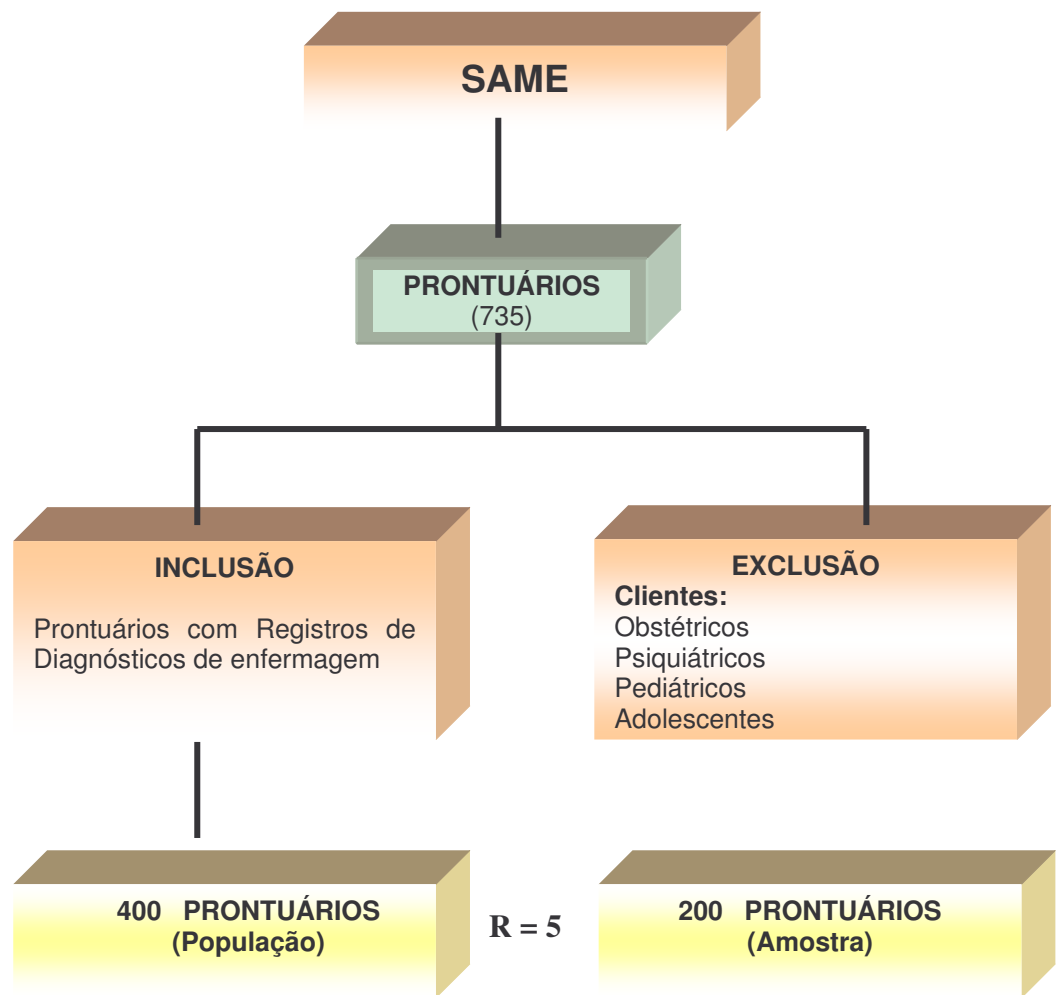


Figura 1 – Modelo Esquemático da definição da população e da amostra do estudo.

4.4 Instrumento para Coleta de Dados

Para a coleta de dados nos prontuários que compuseram a

amostra foi construído um instrumento (Apêndice A), contendo espaço para a transcrição literal de todos os registros de diagnósticos de enfermagem identificados nos prontuários dos clientes. Esse instrumento foi submetido a um teste piloto, antes da execução da pesquisa. Para esse teste coletamos os registros de enfermagem de 10 prontuários de clientes internados nas referidas unidades. No final desse processo foram necessárias algumas reformulações nesse instrumento, antes da execução da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu diretamente no SAME do referido hospital, no período de fevereiro a abril de 2005. Durante todo o processo de apreensão dos dados, foram utilizadas técnicas de registros de informações, respeitando-se o seu conteúdo original.

4.5 Procedimentos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, o estudo baseou-se em três importantes princípios: o da beneficência, o do respeito à dignidade e o da justiça, que devem nortear o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, enfatizados na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Destaca-se que foi necessária a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Anexo A) e a autorização da Direção do Hospital de Guarnição de João Pessoa-PB (Anexo B).

Destaca-se que, no processo de coleta e divulgação dos dados, buscou-se respeitar os requisitos da resolução supracitada no que concerne, ao anonimato das informações contidas nos prontuários que compuseram a amostra do estudo.

4.6 Análise dos Dados

A partir das transcrições dos dados dos prontuários que compuseram a amostra do estudo e considerando-se os diagnósticos aprovados e constantes na Classificação da NANDA Internacional 2003/2004 efetuou-se uma verificação (confrontação) dos dados referentes aos registros efetivados pelas enfermeiras do HGuJP, com a referida Taxonomia, antes de se alimentar o sistema computacional para análise quantitativa.

Nesse processo, foram excluídos os diagnósticos reais que não apresentavam fator relacionado e/ou características definidoras; os diagnósticos de risco que não continham os fatores relacionados (fatores de risco), bem como os diagnósticos identificados (reais ou de risco), cujo fator relacionado ou fator de risco, ainda não se encontrava descrito na Taxonomia II da NANDA Internacional.

Faz-se mister destacar que alguns títulos de diagnósticos de enfermagem descritos nos registros efetuados pelas enfermeiras do HGuJP-PB não estavam contemplados na taxonomia utilizada nesta pesquisa, tendo sido também excluídos, e que, antes da análise estatística, foram uniformizados alguns termos, a exemplo de “*verbalização*” que foi considerado “*relato verbal*”, para não interferir no tratamento estatístico.

A partir dos dados oriundos dos registros dos prontuários dos

clientes foi construído o *corpus* de análise, que constou de diagnósticos de enfermagem, com suas respectivas características definidoras e fatores relacionados e/ou fatores de risco, bem como das variáveis: sexo e idade dos pacientes atendidos na unidade de estudo, cuja análise exigiu a utilização da planilha do *Excel for Windows*.

Para o tratamento estatístico, os dados coletados foram computados e analisados, utilizando-se o programa *Microsoft Access*. A análise dos dados baseou-se: 1) no cálculo da distribuição de frequência das variáveis vinculadas à caracterização da amostra, 2) no cálculo da distribuição da frequência de diagnósticos de enfermagem identificados, com seus respectivos fatores de risco ou fatores relacionados com suas características definidoras. Destaque-se que, em decorrência da variedade de diagnósticos de enfermagem identificados, houve uma frequência de percentual de diagnósticos muito baixa, o que dificultou a utilização de outro modo de classificação mais expressivo estatisticamente. Assim, para a discriminação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na amostra do estudo, foram considerados os 10 (dez) primeiros, cuja frequência percentual variou entre 38,5% e 70%, correspondendo a 382 (trezentos e oitenta e duas) afirmativas diagnósticas e, ao mesmo tempo, 73,0% do total dos títulos diagnósticos encontrados nos prontuários que compuseram a amostra do estudo.

Para uma melhor compreensão dos dados relacionados com os diagnósticos de enfermagem foi feita a categorização dos mesmos, de acordo com os domínios e classes da Taxonomia II da NANDA Internacional.

Após o tratamento estatístico, os dados foram apresentados em figuras e tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

Considerações finais

O estudo teve como principal objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em prontuários de clientes internos na Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital de Guarnição de João Pessoa – PB.

Metodologicamente, para a definição da população do estudo, foram considerados critérios de exclusão os prontuários de cliente obstétricos, psiquiátricos, pediátricos e adolescentes. Para efeito de inclusão, foram considerados os prontuários que continham os registros de diagnósticos de enfermagem. Entretanto, para aqueles clientes que tiveram mais de um atendimento no período, foi considerado o último registro de enfermagem.

A amostra do estudo foi calculada pela técnica de amostragem sistemática. Para tal os prontuários foram organizados numa listagem cronológica. E a partir do sorteio do primeiro prontuário, os demais foram retirados em uma razão $r=5$, perfazendo ao final desse processo 200 (duzentos) prontuários, ou seja, 50% do total dos que compuseram a população do estudo.

Os dados coletados foram computados e analisados, utilizando-se o programa *Microsoft Acces*, os quais revelaram que a amostra do estudo foi composta, em sua maioria (62%), pelo sexo masculino, com a faixa etária predominante (67%) acima de 65 anos, sendo 18 anos a idade mínima e 91 anos, a idade máxima pesquisada.

Quanto aos diagnósticos identificados nos 200 (duzentos) prontuários pesquisados foram encontrados 52 (cinquenta e dois) diferentes

diagnósticos de enfermagem, distribuídos em um total de 523 (quinhentos e vinte e três) afirmativas diagnósticas, com uma média de aproximadamente 2,6 diagnósticos por cliente.

Dentre os 52 diferentes diagnósticos de enfermagem, os 10 (dez) mais freqüentes identificados na amostra do estudo envolveram: *Risco de infecção*, 77 (38,5%); *Dor aguda*, 71 (35,5%); *Mobilidade física prejudicada*, 55 (27,5%); *Ansiedade*, 44 (22,0%); *Padrão do sono perturbado*, 38 (19,0%); *Risco de volume de líquidos deficiente*, 26 (13,0%); *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais*, 25 (12,5%); *Hipertermia*, 18 (9,0%); *Risco de integridade da pele prejudicada*, 14 (7,0%); *Integridade da pele prejudicada*, 14 (7,0%), totalizando 382 (trezentos e oitenta e duas) afirmativas diagnósticas, correspondendo a 73% do total de diagnósticos identificados.

Esses principais diagnósticos de enfermagem foram discriminados conforme os domínios e as classes da Taxonomia II da NANDA Internacional, distribuídos da seguinte forma: 04 (quatro) no Domínio Segurança e Proteção: *Risco de infecção*, *Integridade da pele prejudicada*, *Risco de integridade da pele prejudicada* e *Hipertermia*, pertencentes às classes: *Infecção*, *Lesão física* e *Termorregulação*; 02 (dois) no Domínio Atividade e Repouso: *Padrão de sono perturbado* e *Mobilidade física prejudicada*, envolvendo as classes: *Sono/repouso* e *Atividade/exercício*; 01 (um) no Domínio Conforto: *Dor aguda*, pertencente à classe *conforto físico*; 02 (dois) no Domínio Nutrição: *Risco de volume de líquidos deficiente* e *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais*, respectivamente das classes *Hidratação* e *Ingestão*; e 01 (um) no

Domínio Enfrentamento/tolerância ao Estresse: Ansiedade pertencente à classe: Resposta de enfrentamento.

Os fatores de riscos, os fatores relacionados e as características definidoras descritas na Taxonomia II da NANDA Internacional foram suficientes para fundamentar os diagnósticos de enfermagem, conforme evidenciado na descrição a seguir.

O diagnóstico que alcançou a maior frequência entre os sujeitos da amostra foi o *risco de infecção* 77 (38,5%), cujos fatores relacionados apresentados foram: Procedimentos invasivos, 35 (45,4%); defesas secundárias inadequadas, 15 (19,5%); defesas primárias inadequadas, 10 (13,0%); doença crônicas 8 (10,2%); procedimentos invasivos/defesas primárias inadequadas, 4 (5,1%); trauma/destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada, 3 (3,8%), agentes farmacêuticos, 2 (3,0%).

No diagnóstico *Dor aguda*, que teve uma frequência de 71 (35,5%), estão relacionados com Agentes lesivos biológicos, 66 (93,0%); agentes lesivos físicos, 4 (5,6%); agentes lesivos bioquímicos, 1 (1,4%). Sendo as características definidoras: relato verbal, posição antálgica para evitar a dor, expressão facial, relato verbal e comportamento de defesa, comportamento de defesa expressivo (gemendo), mudança de apetite e Respostas autonômicas (alterações de pressão sanguínea), as quais permitiram a identificação do referido diagnóstico.

O diagnóstico *Mobilidade física prejudicada* foi identificado em 55 (27,7%) prontuários de clientes, o qual foi relacionado com a Dor 16 (29,0%); restrições de movimento prescrito, prejuízos neuromusculares 12 (22,0%), restrições de movimento prescritas 6 (11,0%), desconforto e dor 6

(11,0%), prejuízos musculoesqueléticos 4 (7%), diminuição da força, controle e massa muscular 4 (7,0%), diminuição da força e massa muscular 2 (3,0%), diminuição da força/prejuízos neuromusculares 1 (2,0%), intolerância à atividade e metabolismo celular alterado 1 (2,0%), perda de integridade de estruturas ósseas e medicamentos 1 (2,0%), prejuízos sensório-perceptivos 1 (2,0%) e resistência cardiovascular limitada (2,0%). Suas características definidoras envolveram: posição antálgica, dificuldade para virar-se, amplitude limitada de movimento, mudanças na marcha, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas e finas, instabilidade postural durante a execução da atividade rotineira da vida diária e movimentos não coordenados.

O diagnóstico *ansiedade* foi encontrado em 44 (22,0%) da amostra, e esteve relacionado com: ameaça de mudança no estado de saúde, 21 (47,7%); necessidades não satisfeitas, 9 (20,5%); ameaça de mudança no ambiente, 6 (13,6%); crises situacionais, 4 (9,1%); ameaça de morte 2 (4,5), conflito inconsciente quanto a valores e objetivos essenciais à vida, 1 (2,3%); e preocupação, 1 (2,3%). As características definidoras identificadas para esse diagnóstico envolveram alterações **Comportamentais**: olhar em torno, preocupações expressas devidas a mudanças em eventos da vida, dificuldades respiratórias (Simpático), inquietação, agitação, assustado, ansioso, insônia, receoso, sentimento de inadequação; **Afetivas**: irritabilidade, angústia; **Fisiológicas**: tensão facial e **Cognitivas**: medo de conseqüência inespecífica.

Risco de volume de líquido deficiente, presente em 26 (13,0%) dos prontuários da amostra, teve como principais fatores de risco: Perda de

líquidos por vias normais, 14 (53,8%); perdas excessivas por vias anormais, 6 (23,1%); deficiência de conhecimento relacionado ao volume de líquidos, 2 (7,7%); fatores que influenciam as necessidades de líquidos, 2 (7,7%); medicação 1 (3,8%) e desvios que afetam o acesso à ingestão e absorção 1 (3,8%).

O diagnóstico de enfermagem *Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais*, presente em 25 (12,5%); da amostra do estudo, teve como principais fatores relacionados: Incapacidade para ingerir comida causada por fatores biológicos, 13 (52%); incapacidade para absorver nutrientes causada por fator biológico, 4 (16%); incapacidade para digerir comida causada por fatores biológicos, 3 (12%); incapacidade para ingerir e digerir comida, 3 (12%).e incapacidade para ingerir e absorver nutrientes causados por fatores biológicos 2 (8,0%). As características definidoras que permitiram a identificação do referido diagnóstico foram: Membranas conjuntivas e mucosas pálidas, relato de ingestão inadequada de alimento, menor que a PDR (porção diária recomendada), falta de Interesse por comida, peso corporal 20% abaixo do ideal, perda de peso com ingestão adequada de comida, ruídos hidroaéreos intestinais e diarreia.

A *Hipertermia* apresentou dois fatores relacionados: desidratação, 4 (22,2%) e doença,14 (78,8%). Quanto às características definidoras que fundamentaram esse diagnóstico de enfermagem, o aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais, a pele avermelhada e o calor ao toque, foram às únicas descritas nos prontuários que compuseram a amostra do estudo.

Quanto ao diagnóstico de *Integridade da pele prejudicada*,

presente em 14 (7,0%) da amostra, os fatores relacionados encontrados envolveram fatores externos como: imobilização física, 3 (21,5 %); fatores mecânicos, 1 (7,1%) e substâncias químicas, 1 (7,1%); e fatores internos a exemplo de: alterações metabólicas, 3 (21,5%); pigmentação alterada/alteração no turgor da pele, 2 (14,3%), circulação alterada/alteração metabólica, 2 (14,3%), circulação alterada/ alterações no turgor da pele 1 (7,1%). e o estado nutricional alterado, 1 (7,1%). As características definidoras rompimento da superfície da pele (derme) e destruição da camada da pele (epiderme) foram as únicas que propiciaram a identificação desse diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem *Risco de integridade da pele prejudicada* presente em 14 (7,0%) teve como principais fatores relacionados: imobilização física, 10 (71,5%); proeminências ósseas/alteração metabólica, 2 (14,3%); circulação alterada, 1 (7,1%); pigmentação alterada/alteração metabólica 1 (7,1%).

Destaca-se que os referenciais da Dra. Wanda Aguiar Horta e o Sistema de Classificação de Diagnósticos da NANDA – Taxonomia II da NANDA Internacional, são capazes de fundamentar a prática das enfermeiras no atendimento aos clientes da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do referido hospital de modo responsável, e, ao mesmo tempo, elevar a autonomia da equipe de enfermagem. Entretanto, a continuidade do sucesso desse trabalho que vem sendo desenvolvido nessa instituição, depende do envolvimento institucional, da continuidade da capacitação de todos os exercentes de enfermagem dessa instituição, com o fim de traçar

estratégias para a manutenção do processo de sistematização.

Conclui-se que este estudo traz implicações importantes para a prática de enfermagem no Hospital de Guarnição de João Pessoa - PB, haja vista que, a partir da identificação dos principais diagnósticos presentes na clientela ali assistida permitirá o desenvolvimento de protocolos assistenciais, que favorecerão para a assistência eficaz e, portanto, de qualidade. Como também, contribuirá para a articulação do componente teórico com o componente prático, necessários à formação dos discentes que utilizam esta unidade de saúde para as atividades acadêmicas.

Referências

AGUIAR, B.G; LEITE, J.L; ILDA. C.M.S. Infecções hospitalares: Questão de saúde pública e de enfermagem. In FIGEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, Yendis, 2005, p.371.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: um guia passo a passo. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento Critico em Enfermagem**: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BACHION, M. M. et al. Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on line], Goiana, v3, n2, jul-dez. 2001) Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> acesso em: 10 fev 2006.

BARROS, A.L.B.L de. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital São Paulo**. In SEMANA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO PAULO, 1997, São Paulo, mimeografado.

BARROSO, R. A. E. et al. Conceitos, Cadeia Epidemiológica das Infecções Hospitalares e Avaliação Custo-Benefício das Medidas de Controle. In: FERNANDES, T. **A Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde** São Paulo: Atheneu, 2000. v.1,cap,10,p.216.

BRAGA,G.C; CRUZ, D.A,L,M. Taxonomia II proposta para North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v.11,n.2, p. 2- 5,mar./abr.2003

BRANDÃO, A.C.C. **Sono, Ansiedade, Concentração, Relaxamento, Moderadores, Fadiga e Fobia**>;Disponível em :<virtual-anvisa.bi.reme.br/tiki-read_article.php?articleId=378>Acesso em 6 fev 2006

BRASIL. Ministério da Saúde.**Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998**.Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930/92.

BRASIL . **Resolução 272/2002**: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Rio de janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2002.

BRASIL.**Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Df: Conselhos Nacionais de Saúde, 1996.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8 ed. Porto Alegre: Art Méd, 2002.

CARPENITO, L. J. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. 9 ed. Porto Alegre: Art Méd, 2003.

CARROLL-JOHNSON, R.M: Classification of nursing diagnosis-proceedings of the ninth conference. In: FARIAS, J. N. L. et al. **Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990.p.23

CARVALHO, E. C. de GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de Enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002.p. 29-40.

CHIANCA, T. C. M. As classificações da prática de enfermagem: diagnóstico, intervenções e resultados. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002,. Uberlândia.**Anais...** Uberlândia: UFU, 2002.p.50-56.

CIANCIARULLO, T. I. Instrumentos Básicos: Como Usá-los na Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I; **Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.3.

CIANCIARULLO, T. I; **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**.São Paulo : Ícone 2001.

CRUZ, D.A.L.M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I; **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**.São Paulo : Ícone 2001. p. 65,75.

CUNHA, A.P.et al. Serviço de Enfermagem: Um Passo Decisivo para a Qualidade. Nursing **Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, ano 6, n.60,p.25-30, maio 2003.

DOENGES, E. M; MOORHOUSE, F. M; **Manual de Enfermagem Clínica: diagnósticos planos de cuidados documentação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

FARIAS, J. N. L. et al. **Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, Santa Marta, 1990.

FERREIRA, A. B. H de. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 4.ed. , Rio de janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERREIRA, B.G.T.M. A, MUNHOZ, S.H.F; YAMAUSHI, N.J.J. et al Procedimentos Invasivos. In: FERNANDES, T.A. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**, São Paulo, Atheneu, vol II ,cap 52, p 975, 2000.

FIGUEIRÓ, J. A. **A Dor**.(s.l),Publifolha. 2000.

FUGITA, R.M. I; FARAH, O. G. D. O Planejamento como instrumento básico do Enfermeiro. In: In: CIANCIARULLO, T. I: **Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para Qualidade de Assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 100.

GANHITO, N. C. P. **Distúrbio do Sono**. 2. ed .São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GARCIA, T. R. Diagnóstico de Enfermagem: uma proposta para uniformização da linguagem da enfermeira. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.2,n.3.p.57-67, dez. 1994.

GORDON, M . **Nursing Diagnosis: process and application**. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1987

GRAAF, K.R. de; et al. Florence Nightingale. In: **Nursing theorists and their work**. 2. ed. St. Louis, Mosby Co, 1989, p. 68.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. **Intervenções de Enfermagem Propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o Diagnóstico de Enfermagem “excesso de volume de líquidos”**. 2000. 164f. Tese (Doutorado em enfermagem)-Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HOFLING, K. C.; KYES. J. J. **Conceitos Básicos em Enfermagem Psiquiátrica**. 4 ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1985.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U. 1979.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnóstico em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOUVET, R.M; O sono. In: VOLICH, R.M. **Clínica Psicanalítica, Psicossomática: de Hipócrates á psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, .2000,p.13

JORGE, A.L.C. **O Acalanto e o Horror**. São Paulo: Escute, 1988.

JUNIOR, M. **Dicionário da Língua Portuguesa**. [L], Lingráfica, 1968.

KELLY, M. A. Nursing Diagnosis Source Book: guidelines for clinical application. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, In: FARIAS, J. N. L. et al. **Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, Santa Marta, 1990.

KENNEY, J.W. Relevance of theory-based in nursing practice. In: CRISTENSEN, P. J. GRIFFITH-KENNEY. **Nursing Process Conceptual Models**. 4. ed. St. Louis, Mosly Co, 1995. p. 3-21.

LEOPARDI. M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC, 1999.

LÓPEZ, M. Raciocínio diagnóstico In: LÓPEZ, M. **O Processo Diagnóstico nas Decisões Clínicas: ciência, arte, ética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p.28-29.

MAZZANO, R.S.M; SANTANA, L.B; FERNANDES, T. A. Unidades Geriátricas, Psiquiátricas, Asilares e Carcerárias. in:FERNANDES , T.A **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**, São Paulo: Atheneu, cap. 46, v..1, p. 905_906, 2000.

MEGGINSON, L C; MOSLEY, D. C;. Planejando as operações organizacionais.In: MEGGINSON,L C.**Administração: Conceitos e aplicação**.4ª. ed. São Paulo :Harbra Ltda , 1998.cap.2 , p.129.

MICHEL, J.L.M; BARROS, A.L.B. **Experiência prática do Hospital São Paulo (UNIFESP)**. In: FORUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002 Uberlândia. **Anais...**Uberlândia: UFU, 2002.p.80.

NÓBREGA, M. M. L **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta**. 1991, Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

NÓBREGA, M. M. L; COLER M. S. Adequação da teoria das necessidades humanas básicas de horta ao sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA. **Revista CCS**, João Pessoa: UFPB/CCS, v.13, n. 3, p.26-92, jul/set. 1994.

NÓBREGA, M. M. L; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistema de classificação de enfermagem: avanços e perspectivas.In: GARCIA, T. R; **Sistema de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa; Associação Brasileira de Enfermagem, 2000.p. 19-27.

NORTH AMERICAN DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003-2004**. , Porto Alegre: Artmed, 2005..

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares-ONA**, Pelotas: educart, 2001.

ORLANDO, I.J. O Relacionamento dinâmico, enfermeiro/paciente. São Paulo:EPU, 1978.

PEREIRA, M.A. **Mobilidade Física Prejudicada**. 1997, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

POTTER, P. A; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3.ed. São Paulo: Santos, 2002

SANTANA, M.S. **Perfil de Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes Prostatectomizados**. 2004, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SHEEHAN, Elaine. **Ansiedade, Fobias e Síndrome do Pânico**. São Paulo: Agora, 2000.

SMELTZER, S. C; BARE. B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SMELTZER. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SPARKS, S. M.; TAYLOR, C. M.; DYER, J. G. **Diagnóstico em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

JOUVET, R.M; O sono. In: VOLICH, R.M. **Clínica Psicanalítica, Psicossomática: de Hipócrates á psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.