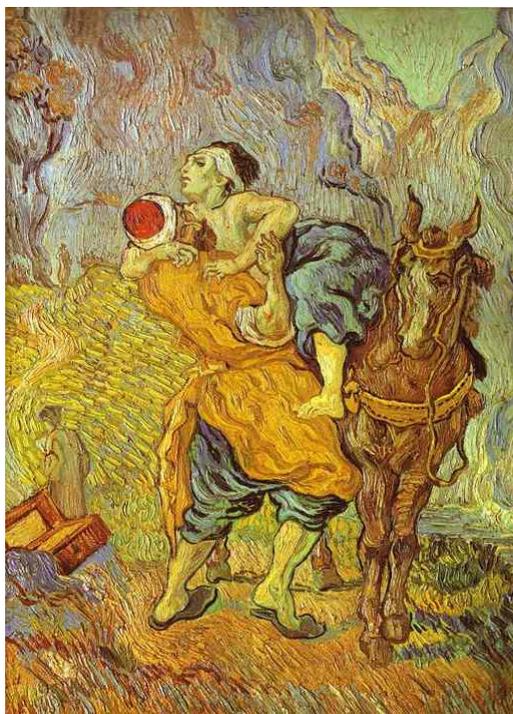


JOSINETE APARECIDA DA SILVA BASTOS



**GRAUS DE DIFICULDADE PARA
FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

SÃO PAULO

2004

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**GRAUS DE DIFICULDADE PARA
FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

JOSINETE APARECIDA DA SILVA BASTOS

SÃO PAULO

2004

JOSINETE APARECIDA DA SILVA BASTOS

**GRAUS DE DIFICULDADE PARA
FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

ORIENTADORA:

Profa.Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

SÃO PAULO

2004

Defesa da dissertação

Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 18 de junho de 2004.

Banca Examinadora

Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Dra. Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta

Dra. Heloísa Ciqueto Peres (suplente)

Dra. Lucia Cristina Florentino (suplente)

Catálogo na publicação (CIP) Serviço de Biblioteca e Documentação da EEUSP

Bastos, Josinete Aparecida da Silva

Graus de dificuldade para formulação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem / Josinete Aparecida da Silva Bastos. - São Paulo: J. A. da S. Bastos; 2004.

213 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

1. Diagnóstico de enfermagem 2. Prática profissional 3. Intervenção da enfermagem. I. Título.

Capa: Vincent van Gogh.

O bom samaritano (Após Delacroix). Maio 1890. Oléo sobre tela. Rijksmuseum Kröller-Müller, Otterlo, Holanda.

*Deus, Pai e Mãe das coisas visíveis e invisíveis,
bendito seja o vosso Nome,
porque por Este tudo foi criado.*

Dedicatória

*À minha mãe, Josefa Maria da Silva,
pelo amor e apoio, desde sempre.*

*À Gilberto Cerullo,
companheiro na vida e no Mestrado.*

*Aos meus primos, tios e amigos, família estimada,
que guardo em meu coração.*

Agradecimentos

*À Professora Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz,
pela acolhida e orientação respeitosa,
por ser Mestre verdadeira em muitas horas.*

Agradecimentos

- ❖ *Às enfermeiras do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pela participação voluntária nesta pesquisa, vocês se permitiram clarificar as dificuldades que todas temos.*
- ❖ *A todos os “pacientes” e suas famílias, com os quais aprendo a ser, viver e fazer enfermagem.*
- ❖ *À Profa. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski, Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, e à Enfermeira Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez, Diretora da Divisão de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pelo apoio durante a fase de coleta de dados.*
- ❖ *Às Professoras Dras. Cibele Andrucio de Mattos Pimenta e Taka Oguisso, pelas reflexões durante as aulas e os momentos verdadeiros de convivência.*
- ❖ *À Professora Dra. Heloísa Helena Ciqueto Peres, pelas sugestões no Exame de Qualificação.*
- ❖ *Às Professoras Dras. Ana Maria Miyadahira, Kazuko Uchikawa Graziano e Miako Kimura, pelas oportunidades de aprendizagem sobre Metodologia de Pesquisa nos anos de graduação e no Mestrado.*
- ❖ *À Professora Dra. Maria Julia Paes da Silva, com a qual realizei minhas primeiras pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem.*
- ❖ *À Professora Dra. Marina Peduzzi pela acolhida em seu Grupo de Pesquisa sobre o Impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde.*
- ❖ *À Gerente de Enfermagem Dra. Andréa Cotait Ayoub, pelos incentivos à participação no Mestrado.*

Agradecimentos

- ❖ *Às colegas de Pós Graduação: Dalete Delalibera Corrêa de Faria Mota, Ellen Cristina Bergamasco, Geana Kurita e Marina Góes Salvetti, pela partilha de experiências e companheirismo.*
- ❖ *Às colegas Enfermeiras Mestres Silene Oliveira Paegle, Solange Baraldi e Yara Boaventura da Silva, pelos anos de amizade.*
- ❖ *À colega Enfermeira Andréa Braz e Silva, que é mestre em unidades de terapia intensiva há bastante tempo.*
- ❖ *Às colegas Enfermeiras do DIRENF - Grupo de Pesquisa sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, pelas sugestões sobre o instrumento de coleta de dados e os produtivos diálogos.*
- ❖ *À Professora Dra Margaret Lunney, pelo ensino intensivo sobre as classificações de enfermagem, por ocasião de sua vinda ao Brasil.*
- ❖ *Às colegas do Laboratório de Enfermagem: Enfermeiras Carla Cristiane Paz Félix, Maria Cecília Toffoletto e Verônica Cunha Rodrigues de Oliveira, pelo encorajamento constante.*
- ❖ *À bibliotecária Juliana Akie Takahashi pela revisão das referências bibliográficas e construção da ficha catalográfica; à Betânia Maria de Lima Silva e às demais funcionárias da Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP, pela cordialidade cotidiana.*
- ❖ *Às funcionárias do Departamento de Pós Graduação e do Departamento de Enfermagem Médico- Cirúrgica, pela eficiência e prontidão.*
- ❖ *Aos órgãos governamentais: CNPq, CAPES e FAPESP, pelas bolsas de estudo e auxílio financeiro concedidos.*

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE QUADROS E TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Problemas de pesquisa	2
1.2. Revisão bibliográfica	6
1.3. A sistematização da assistência de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem	8
1.3.1. As experiências brasileiras com o processo de enfermagem de Horta.....	9
1.3.2. Dificuldades associadas à formulação dos diagnósticos de enfermagem.....	14
1.3.3. O uso da linguagem padronizada para os diagnósticos de enfermagem.....	18
1.3.4.O uso da Taxonomia da NANDA em outros países.....	23
1.3.5.O uso da Taxonomia da NANDA no Brasil.....	28
1.4. A relação entre diagnósticos e intervenções de enfermagem	30
1.5. A experiência do HU-USP com o processo de enfermagem e com os diagnósticos de enfermagem da NANDA	32
2. OBJETIVOS	34
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	35

3.1. Tipo de pesquisa	35
3.2. Local	35
3.3. Casuística	36
3.4. Procedimentos da coleta de dados	37
3.4.1. Instrumento para coleta de dados	38
3.5. Tratamento e análise dos dados	44
3.6. Aspectos Éticos	46
4. RESULTADOS	47
4.1. Caracterização da amostra.....	47
4.2. Estimativas dos respondentes quanto às frequências dos diagnósticos nas diversas clínicas do HU-USP	52
4.3. Estimativas dos respondentes quanto ao grau de dificuldade para formular os diagnósticos de enfermagem.....	60
4.4. Estimativas dos respondentes quanto ao grau de dificuldade para propor intervenções de enfermagem.....	67
4.5. Estimativas dos respondentes segundo os domínios da Taxonomia II da NANDA.....	74
4.6. Associações entre as frequências estimadas dos diagnósticos, a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções de enfermagem	77
5. DISCUSSÃO	87
6. CONCLUSÕES	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
8. ANEXOS	107

ANEXO A. Carta convite para as enfermeiras do HU-USP.....	107
ANEXO B. Orientações ao participante e termo de consentimento livre e esclarecido.....	108
ANEXO C. Questionário de dados demográficos.....	110
ANEXO D. Questionário 1 sobre os diagnósticos de enfermagem.....	112
ANEXO E. Questionário 2 sobre os diagnósticos de enfermagem.....	133
ANEXO F. Questionário 3 sobre os diagnósticos de enfermagem.....	154
ANEXO G. Lista dos códigos e títulos dos diagnósticos da NANDA	175
ANEXO H. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP.....	179
ANEXO I. Frequência dos diagnósticos de enfermagem segundo tipos de seção do HU-USP.....	180
ANEXO J. Dificuldade para formular os diagnósticos de enfermagem segundo tipos de seção do HU-USP.....	187
ANEXO K. Dificuldade para propor intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA, segundo tipos de seção do HU-USP.....	194
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201

Bastos JAS. Graus de dificuldade para formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

RESUMO

Este estudo objetivou identificar os diagnósticos que as enfermeiras reconhecem como: 1) mais freqüentes em sua prática clínica; 2) mais difíceis de serem formulados; 3) mais difíceis para propor intervenções e 4) verificar as associações entre a freqüência de diagnósticos, a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções. Os 155 diagnósticos de enfermagem (DE) estudados foram divididos, compondo três questionários. A estimativa de freqüência, a dificuldade de formulação, e a dificuldade para propor intervenções para cada diagnóstico foram indicadas em escala tipo Likert de 5 pontos. O alfa de Chronbach variou de 0,90 a 0,97 entre os 3 tipos de questionários. Cada tipo de questionário foi respondido por 49 enfermeiras do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, totalizando 147 enfermeiras (97% = sexo feminino, idade média=35,1±8,3 anos; tempo médio de formadas=11,1 ±7,8 anos). Considerando os totais de DE em cada tipo de questionário, os escores médios de freqüência variaram de 2,2 a 2,3, os de dificuldade para formular variaram de 2,5 a 2,6, e os de dificuldade para propor intervenções de 2,9 a 3,0. Considerando cada diagnóstico, escores médios ≥ 3 foram definidos como altos para as três variáveis do estudo: freqüência, dificuldade para formular e dificuldade para propor intervenções. Entre as enfermeiras que cuidam predominantemente de adultos, 40 DE foram de alta freqüência, 59 foram de alta dificuldade para formular e 90 de alta dificuldade para a proposição de intervenções. Entre as enfermeiras que cuidam de pacientes pediátricos e de obstetrícia, 22 DE foram de alta freqüência, 67 de alta dificuldade de formulação e 82 de alta dificuldade para propor intervenções. Houve correlações significativas entre as variáveis dificuldade para formular os diagnósticos e dificuldade para propor intervenções de enfermagem nos 3 questionários (Pearson, coeficientes entre 0,75 e 0,83, $p=0,000$).

PALAVRAS-CHAVE: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. PROCESSOS DE ENFERMAGEM. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM.

Bastos JAS. Levels of difficulty to state nursing diagnoses and nursing interventions. [master dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

ABSTRACT

This study aimed to identify which diagnoses nurses estimate as: 1) the most frequent in their clinical practice; 2) the most difficult to formulate; 3) the most difficulty to propose interventions for and 4) to verify the associations among the nursing diagnoses (ND) frequency, the difficulty to state ND, and the difficulty to propose interventions. The 155 nursing diagnoses (ND) studied were divided to compound 3 questionnaires. Frequency, difficulty to state, and difficulty to propose interventions for each ND were indicated in 5-point Likert scales. The Chronbach's alpha varied from 0.90 to 0.97 among the 3 questionnaires. Each questionnaire was answered by 49 nurses of the University Hospital of the University of São Paulo, totaling 147 nurses (97% female; mean age=35.1±8.3 years; mean years after bachelor's degree=1.1±7.8). Considering the total of ND in each questionnaire, the mean scores of frequency varied from 2.2 to 2.3; the mean scores of difficulty to state ND, between 2.5 and 2.6; and the mean scores of difficulty to propose interventions, between 2.9 and 3.0. Considering each diagnosis, mean scores ≥ 3 were defined as high ones for the three variables: frequency, difficulty to state, and difficulty to propose interventions. Forty ND were high frequency ND among nurses who care of adult patients; 59 were ND of high difficulty to state; and 90 were ND of high difficulty to propose interventions for. For nurses caring of pediatrics and obstetrics' patients, there were 22 high frequency ND, 67 ND of high difficulty to state; and 82 of high difficulty to propose interventions for. There were significant positive correlations between the variables: difficulty to state ND and difficulty to propose interventions for the 3 questionnaires (Pearson test, coefficients between 0.75 and 0.83, $p=0.000$).

KEYWORDS: NURSING DIAGNOSIS. NURSING PROCESS. NURSING INTERVENTION.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 Número de referências bibliográficas sobre diagnósticos de enfermagem e processo de enfermagem nas bases de dados DEDALUS, LILACS, PERIENF e PubMed/ MEDLINE.....	7
Tabela 1 Ocorrências relativas à participação no estudo.....	38
Quadro 2 Quantidade de diagnósticos em cada questionário, segundo Domínios da NANDA.....	42
Quadro 3 Distribuição dos códigos dos diagnósticos de enfermagem segundo domínios e inserção nos questionários 1, 2 e 3.....	43
Tabela 2 Caracterização dos enfermeiros participantes quanto à sexo, idade, tempo de formado, formação complementar, contato com os diagnósticos da NANDA.....	48
Tabela 3 Caracterização dos enfermeiros respondentes quanto à seção de trabalho.....	49
Tabela 4 Escores médios de frequência dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP.....	53
Tabela 5 Escores médios de dificuldade para formulação dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP.....	61
Tabela 6 Escores médios de dificuldade para proposição de intervenções de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP.....	68
Tabela 7 Número e porcentagem dos diagnósticos, segundo faixas de escores médios, domínios da Taxonomia II da NANDA, frequência diagnóstica, dificuldade para formular diagnósticos, dificuldade para propor intervenções de enfermagem e tipos de seções do HU-USP.....	75
Tabela 8 Alpha de Cronbach para as três variáveis estudadas.....	78
Tabela 9 Índice geral para as três variáveis estudadas.....	78

LISTA DE QUADROS E TABELAS (continuação)

Tabela 10 Correlações entre os índices das três variáveis estudadas (Teste de Pearson).....	79
Tabela 11 Diagnósticos para os quais houve associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis estimativas de frequência e graus de dificuldade para formular os diagnósticos (Teste de Fisher)	84
Tabela 12 Diagnósticos para os quais houve associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis estimativas de frequência e graus de dificuldade para propor intervenções de enfermagem (Teste de Fisher)	86

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para formular os diagnósticos entre os respondentes do questionário 1.....	79
Gráfico 2 Correlação entre o índice de dificuldade para formular os diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções entre os respondentes do questionário 1.....	80
Gráfico 3 Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções entre os respondentes do questionário 1.....	80
Gráfico 4 Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para formular os diagnósticos entre os respondentes do questionário 2.....	81
Gráfico 5 Correlação entre o índice de dificuldade para formular os diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções entre os respondentes do questionário 2.....	81
Gráfico 6 Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções entre os respondentes do questionário 2.....	82
Gráfico 7 Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para formular os diagnósticos entre os respondentes do questionário 3.....	82
Gráfico 8 Correlação entre o índice de dificuldade para formular os diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções entre os respondentes do questionário 3.....	83
Gráfico 9 Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções entre os respondentes do questionário 3.....	83

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos oito anos, como enfermeira assistencial em organizações hospitalares e de saúde coletiva, reconheci a necessidade fundamental do planejamento e registro da assistência prestada aos usuários.

Nas organizações hospitalares em que trabalhei o referencial utilizado para a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) era o processo de enfermagem descrito por Horta (1975), baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Horta, 1979), e na Teoria do Autocuidado de Orem (1971). A SAE tornou-se um instrumento de trabalho que refletia os conhecimentos científicos e as atitudes dos enfermeiros, permitindo melhor execução e avaliação dos cuidados.

Todavia, muitas vezes, ao realizarmos as evoluções e anotações de enfermagem, atribuíamos diferentes denominações para um mesmo fenômeno clínico. Ao mesmo tempo em que essas múltiplas nomenclaturas expressavam nossa diversidade cultural e de olhares, a ausência de linguagem padronizada constituía-se em fator limitante ao acompanhamento e resolução dos problemas dos usuários nos diversos plantões, sendo necessária à validação das informações escritas por meio de comunicações verbais (passagens de plantão, telefonemas, conversas para esclarecimentos).

Desde a graduação em enfermagem, interessei-me por aprimorar os conhecimentos sobre a SAE. A partir de um curso teórico sobre os diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, desenvolvi três trabalhos sobre o tema (Silva, Silva, 1995a; Silva, Silva, 1995b Crespo et al, 1998), e percebi que os sistemas padronizados de linguagem eram instrumentos ainda pouco utilizados em São Paulo, mas que já despertavam muito

interesse em outros estados brasileiros e outros países, especialmente Estados Unidos da América e Canadá.

Esta pesquisa se insere na experiência de implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

1.1 Problemas de pesquisa

Implementar sistemas padronizados de linguagem, como a classificação de diagnósticos da NANDA, exige mais do que disponibilizar para os enfermeiros uma série de termos ou expressões para que passem a registrar em suas documentações clínicas. É um processo de mudança que envolve várias dimensões pessoais e organizacionais. Segundo Miller (1989), a implementação de diagnósticos de enfermagem de forma planejada requer, entre outras, intervenções relativas aos conhecimentos e atitudes dos enfermeiros frente ao assunto.

Ainda, compreendendo os diagnósticos de enfermagem como conceitos científicos e as classificações de diagnósticos como sistemas hierarquizados de conceitos, pode-se realizar paralelos com os trabalhos do psicólogo russo Lev Vigotsky (1896-1934), os quais têm sido considerados como parte da Teoria Histórico-Cultural do Psiquismo.

Esse autor considerava que o crescimento intelectual depende do domínio da linguagem e que a aprendizagem de conceitos científicos determina o desenvolvimento das funções superiores do pensamento, tais como consciência, abstração, controle, atenção deliberada, memória lógica, capacidade de diferenciar e comparar, realizar simbolização e síntese. Ressaltava ainda que o pensamento, em

seu nível mais elevado, é regido por sistemas hierarquizados de conceitos, nos quais ocorrem relações de generalidade (Luria, 1988; Vigotsky, 1998; Freitas, 2002; Rego, 2002).

Considerando essa perspectiva, a implementação de diagnósticos de enfermagem traria mudanças principalmente relativas aos processos de raciocínio clínico dos enfermeiros.

O foco central desta pesquisa foi o grau de dificuldade que o enfermeiro reconhece ter para formular diagnósticos de enfermagem específicos. O pressuposto básico é de que há relação entre um diagnóstico ser 'difícil' de formular e a probabilidade de ele ser formulado nas situações clínicas reais. Há pelo menos três razões que justificam a importância desse tema.

Em primeiro lugar, coloca-se a questão da acurácia diagnóstica. Como a acurácia do diagnóstico formulado pelos enfermeiros envolve a decisão entre vários possíveis diagnósticos, a dificuldade em formular determinados diagnósticos pode limitar o alcance de graus satisfatórios de acurácia entre os diagnósticos que são estabelecidos para cada paciente.

Em segundo lugar ressalta-se o papel que um sistema padronizado de linguagem pode ter no desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias ao julgamento clínico. Cada diagnóstico na classificação da NANDA é um conceito componente do conhecimento da enfermagem, então, um conceito científico.

Aplicando-se as idéias de Vigotsky, a apreensão dos conceitos diagnósticos auxiliaria no desenvolvimento das habilidades mentais necessárias ao julgamento clínico. Se houver realmente uma tendência a ignorar os diagnósticos considerados difíceis e a não aplicá-los na prática clínica, será também pouco provável que os

enfermeiros apreendam os conceitos científicos que eles representam. Sem essa apreensão conceitual, forma-se um ciclo entre não aplicar o diagnóstico porque o conceito é difícil e o conceito ser difícil porque não é aplicado.

Segundo Vigostsky (1998) é nas interações entre a pessoa e o mundo que os conceitos vão se conformando; ao aplicar os conceitos a pessoa os apreende. Os conceitos representados pelos diagnósticos só podem compor um acervo de conhecimento clínico se os enfermeiros forem capazes de acessá-los no contexto da prática clínica. Os diagnósticos considerados difíceis podem estar refletindo conceitos ainda não apreendidos e que, por isso, não participam do conhecimento disponível para a prática clínica.

A terceira razão refere-se às intervenções pelas quais o enfermeiro deve decidir ao enunciar um diagnóstico. A intencionalidade na proposição de intervenções depende da decisão dos enfermeiros sobre o diagnóstico que melhor expressa a resposta do paciente. Suponha-se que ao avaliar um paciente o enfermeiro: 1) não considere a possibilidade de determinados diagnósticos - o que pode acontecer com os diagnósticos considerados difíceis; e 2) que é justamente entre esses diagnósticos que está o que melhor expressa a resposta do paciente; a probabilidade de instituírem-se intervenções adequadas será muito baixa. Essa suposição indica que a não inclusão de determinados diagnósticos no universo de possibilidades para as explicações clínicas de enfermagem pode limitar as possíveis contribuições da enfermagem à saúde das pessoas.

Em síntese, essas razões justificaram o interesse em estudar as dificuldades que os enfermeiros atribuem aos diagnósticos de enfermagem específicos, questões relativas a acurácia do raciocínio diagnóstico, relativas ao corpo de conhecimentos

de que o enfermeiro dispõe durante a prática clínica, e relativas aos resultados do cuidado de enfermagem.

A relação entre um diagnóstico ser ‘difícil’ de formular e a probabilidade de ele ser formulado nas situações clínicas reais pode estar intermediada pelo grau de dificuldade em propor intervenções a ele direcionado. Isto é, o enfermeiro que se percebe sem conhecimento para propor ou sem possibilidade para realizar intervenções voltadas a um determinado diagnóstico pode considerar o próprio diagnóstico como de difícil formulação. Dessa forma haveria associação entre a dificuldade em formular um diagnóstico de enfermagem e a dificuldade em propor intervenções de enfermagem.

Considerando que:

- a) a implementação de classificação de diagnósticos envolve mudança nos conhecimentos dos enfermeiros;
- b) os diagnósticos de enfermagem são conceitos científicos que compõem o conhecimento de enfermagem;
- c) a dificuldade atribuída a diagnósticos específicos associa-se ao uso desses diagnósticos; e
- d) a não aplicação de diagnósticos específicos limita a apreensão dos conceitos que representam e, assim, o conhecimento disponível na clínica de enfermagem;

neste estudo, exploraram-se as dificuldades que os enfermeiros atribuem à formulação de diagnósticos específicos.

Partiu-se dos seguintes problemas de pesquisa:

1. Quais são os diagnósticos que as enfermeiras reconhecem como mais frequentes em sua prática clínica?
2. Que graus de dificuldade as enfermeiras atribuem a formulação dos diferentes diagnósticos?
3. Que graus de dificuldades as enfermeiras atribuem à proposição de intervenções para os diferentes diagnósticos?
4. Existem associações entre a frequência diagnóstica e os graus de dificuldade para formular os diagnósticos e para propor intervenções para os diferentes diagnósticos?

1.2. Revisão bibliográfica

Visando a um panorama sobre a produção científica relacionada aos diagnósticos de enfermagem, realizou-se busca bibliográfica nos sistemas DEDALUS, LILACS, PERIENF e PUBMED/MEDLINE, sem imposição de limites quanto à data de publicação, observando-se os resumos disponíveis em cada base de dados. As buscas foram realizadas em setembro de 2002 e outubro de 2003, conforme o exposto no quadro 1.

Nessa busca, observou-se a superposição de muitas referências, especialmente nos sistemas DEDALUS, LILACS e PERIENF, visto que incluem referências nacionais. Após a leitura dos resumos em português, espanhol e inglês, foram selecionados 94 artigos, dissertações, teses ou capítulos de livros. A seleção das referências baseou-se na adequação do assunto às finalidades desta pesquisa. Selecionaram-se aquelas que, de alguma forma, tratavam da implementação do

processo de enfermagem ou dos diagnósticos de enfermagem em instituições, sobre os saberes necessários à formulação de diagnósticos de enfermagem e à prática clínica da enfermeira.

Quadro 1. Número de referências bibliográficas sobre diagnósticos de enfermagem e processo de enfermagem nas bases de dados DEDALUS, LILACS, PERIENF e PubMed/MEDLINE.

BASE DE DADOS	Data da busca	Setembro	Outubro
Palavras (presentes no título ou resumo)		2002	2003
		(n°)	(n°)
DEDALUS (1946– 2003)			
Diagnóstico and enfermagem		NP	254
Diagnóstico de enfermagem		134	163
Intervenção and enfermagem		NP	139
Intervenção de enfermagem		NP	21
LILACS (1982 – 2003) *			
Classificação and intervenções and enfermagem		06	10
Classificação and resultados and enfermagem		48	63
Diagnóstico and enfermagem		939	1103
Diagnóstico de enfermagem		150	255
Intervenção and enfermagem		NP	129
Sistemática and enfermagem		69	76
Sistematização and assistência and enfermagem		60	71
Sistematização and diagnóstico and enfermagem		16	22
PERIENF (1946 – 2003)			
Processo and enfermagem		545	582
Diagnóstico and enfermagem		222	260
PUBMED/ MEDLINE (1966 – 2003)			
Nursing diagnosis barriers		NP	22
Nursing diagnosis clinical decision		50	55
Nursing diagnosis difficulty		NP	18
Nursing diagnosis difficulties		NP	26
Nursing diagnosis implementation.		69	75
Nursing diagnosis intervention		NP	140
Nursing diagnosis reasoning		NP	42
Nursing diagnosis skills		NP	58
Nursing intervention difficulty		NP	74
Nursing intervention difficulties			116

* na base de dados LILACS, realizou-se a pesquisa com essas palavras em português e em espanhol, o número apresentado representa o máximo de referências encontradas em um dos idiomas.

** NP = não pesquisado.

1.3. A sistematização da assistência de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem

A assistência de enfermagem profissional existe há pelo menos um século, difundida em diversos países pela inglesa Florence Nightingale (1820-1910), suas contemporâneas e suas seguidoras (Pfetscher, 2002).

No entanto, a idéia de que essa prática deveria seguir padrões de planejamento desenvolveu-se mais recentemente. Essa assistência sistematizada ficou conhecida como processo de enfermagem. Em diversos trabalhos sobre o processo de enfermagem aparece o termo ou a idéia implícita de diagnóstico de enfermagem (Cruz, 1994; Crossetti, 1995; Cruz, 1995; Maria, 2001).

O processo de enfermagem teve discussão pioneira nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1950, culminando na proposição de sistemas de classificação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, nas décadas de 1980 e 1990 (North American Nursing Diagnosis Association, 2000; McCloskey, Bulechek, 2000; Johnson, Maas, Moorhead, 2000; Conselho Internacional de Enfermagem, 2003).

O processo de enfermagem foi introduzido no Brasil em 1965 pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta que salientava a importância do planejamento do trabalho da enfermeira e sua equipe (Santos et al, 1996). Esse processo foi descrito como *“dinâmica das ações sistematizadas que visa a assistência profissional ao indivíduo, família e comunidade”* (Horta, 1975); e ficou conhecido posteriormente também como sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

As etapas principais do processo de enfermagem de Horta são o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), o diagnóstico de enfermagem, a elaboração

de plano assistencial (com metas globais para assistência), o plano de cuidados (ou prescrição de enfermagem), a evolução de enfermagem e o prognóstico de enfermagem (Horta, 1975).

O processo de enfermagem de Horta fundamenta-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, também desenvolvida por essa autora, com influência da Teoria da Motivação Humana, do psicólogo Abraham Harold Maslow (Horta, 1979).

Outras enfermeiras participaram dessa fase inicial de discussão sobre o tema no Brasil, entre elas Lygia Paim, Lia Hoelz, Ieda Barreira e Castro, Rosalda Paim e Liliana Felcher Daniel (Santos et al, 1996).

Apesar desses trabalhos, o movimento pela aplicação do processo de enfermagem tornou-se forte somente na década de 1990, com experiências acumuladas nas áreas de ensino, pesquisa e assistência. Em agosto de 2002, o Conselho Federal de Enfermagem emitiu a resolução 272, determinando o processo de enfermagem como método de trabalho obrigatório para todos os enfermeiros do Brasil, reconhecendo-o como essencial à qualidade na assistência de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2002).

O diagnóstico de enfermagem foi descrito como uma etapa do processo de enfermagem e um processo de julgamento clínico, ao qual são necessárias habilidades cognitivas e de inferência sobre dados observáveis (Cruz, 2001).

1.3.1. As experiências brasileiras com o processo de enfermagem de Horta

Na revisão bibliográfica explicitada, encontramos diversas experiências do uso do processo de enfermagem de Horta, e destacamos as seguintes publicações.

Chaccur (1984) descreveu observações obtidas de forma não sistemática sobre a utilização do processo de enfermagem por alunas de graduação em um hospital escola do município de São Paulo, durante dez anos e cerca de trinta tentativas de integração dessas alunas com as enfermeiras do campo. A análise dessas experiências permitiu à autora afirmar que as principais dificuldades no seguimento dos planos de cuidados prescritos pelas alunas ocorreram porque muitas dessas enfermeiras não estavam convencidas da importância do planejamento ou da interação com os pacientes, não se preocupavam em desenvolver conhecimento sobre os cuidados que realizavam ou possuíam formação inadequada para a aplicação do processo de enfermagem. Chaccur ressaltou também que a falta de tempo alegada para execução e avaliação dessa sistemática poderia ser derivada da baixa prioridade daquelas enfermeiras às suas funções específicas e da pouca habilidade em delegar atividades para a equipe.

Cruz et al (1987) apontaram como vantagens da utilização do processo de enfermagem no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Incor – HC-FMUSP) no período de 1983 a 1987: favorecer a continuidade do trabalho nos diversos plantões e áreas do Hospital, estimular os enfermeiros para que aperfeiçoassem seus conhecimentos, oferecer subsídios à pesquisa, supervisão e administração de enfermagem, contribuir na orientação de funcionários novos e alunos de cursos de enfermagem, auxiliar outros profissionais de saúde. Como barreiras à operacionalização do modelo, perceberam limites na formação teórica ou prática com o processo de enfermagem dos enfermeiros recém admitidos e a aparente pouca motivação de determinadas enfermeiras em mudar seu método de trabalho; entre os enfermeiros da Instituição,

perceberam a ausência do preenchimento de histórico de enfermagem para alguns pacientes, a não atualização da lista de problemas diariamente e a insegurança na definição de condutas para os problemas levantados.

Maria et al (1987), relatando sobre a aplicação do processo de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo nos anos de 1979 a 1987, apontaram como vantagens desse instrumento: o direcionamento das ações de enfermagem, a garantia de assistência individualizada, a facilitação da passagem de plantão, o reconhecimento do enfermeiro pelos pacientes e familiares, o estímulo aos enfermeiros a aperfeiçoarem seus conhecimentos, a maior orientação dos pacientes quanto ao seu autocuidado, o fornecimento de registros úteis à pesquisa e auditoria. Como dificuldades salientaram: o número reduzido de enfermeiras que acarretou o acúmulo de funções pela mesma enfermeira, a desvalorização do processo por alguns enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, as indefinições sobre as ações do enfermeiro e condutas de enfermagem na Instituição, a fundamentação científica insuficiente do enfermeiro para realizar e assumir as responsabilidades das prescrições de enfermagem, as prescrições médicas que abrangiam os cuidados de enfermagem (Maria et al, 1987).

Duarte (1992), descrevendo a utilização do processo de enfermagem de Horta por 50 enfermeiras e 25 alunos de graduação em enfermagem, em 174 consultas de enfermagem com escolares de 07 a 14 anos em Sorocaba, interior de São Paulo, nos anos de 1989 e 1990, concluiu ser útil sua aplicação porque permitiu o conhecimento da situação sócio-econômica sanitária dos escolares e de suas famílias, o conhecimento das condições de saúde dos escolares, o conhecimento da vida escolar das crianças, a realização do diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações

de enfermagem. Ressaltou ainda que o instrumento de registro foi considerado aplicável por 86,36% dos enfermeiros e alunos respondentes, e que os enfermeiros que consideraram o processo de enfermagem não aplicável alegaram falta de tempo para o desenvolvimento de consultas de enfermagem extensas, e sugeriram a simplificação do instrumento de coleta e registro dos dados, a integração entre os setores de saúde e educação, e a provisão de enfermeiros exclusivamente para a saúde dos escolares.

Santos et al (1996), analisando 222 prescrições de enfermagem de 19 pacientes internados nas clínicas médica e coronariana do Hospital Universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de agosto de 1993 a abril de 1994, encontraram que somente 52,7% das prescrições de enfermagem eram coerentes com os problemas listados, 35,6% referiram-se à promoção de ambiente de segurança, 11,3% expressavam abordagem individualizada do paciente e família e 0,5% referiram-se à promoção de ensino-aprendizagem. Concluindo que, embora 77,5% das prescrições fossem independentes das terapias prescrita por outros profissionais de saúde, a prescrição de enfermagem eram praticada de forma “*rotineira .. talvez descompromissada com os resultados advindos do cumprimento das prescrições*”.

Esses achados poderiam desencadear novas investigações sobre os motivos do quadro apresentado. Poderiam estar envolvidos diversos aspectos, como os aspectos relativos à formação e motivação das enfermeiras, ao valor atribuído ao planejamento e sistemática da assistência, à estrutura institucional e às condições de trabalho da enfermagem.

A pesquisa de Monte, Adami e Barros (2001) sobre os métodos avaliativos da assistência de enfermagem em 18 hospitais de grande porte da rede pública e privada

do município de São Paulo, realizada em 1997, demonstrou que somente 08 hospitais utilizavam o processo de enfermagem (nas fases histórico, prescrição e evolução de enfermagem) como forma de avaliar as atividades da equipe de enfermagem, e que as enfermeiras chefes de serviço ou da educação continuada dos outros 10 hospitais, apontaram a carência de pessoal (enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem), o desinteresse e a falta de tempo alegada pelas enfermeiras como os principais motivos para que esse modelo não houvesse sido implementado até a época desse estudo. Outras dificuldades relatadas para desenvolver ou aprimorar os processos de sistematização e avaliação da assistência de enfermagem incluíram a formação inadequada das enfermeiras e a insuficiência de recursos financeiros para o aprimoramento profissional das enfermeiras.

Salientando que freqüentemente as enfermeiras de instituições hospitalares são incumbidas de assumir funções burocráticas, distanciando-se do cuidado de enfermagem, Rossi, Casagrande (2001) alertaram que *“a operacionalização de propostas (de cuidado individualizado e entendimento com o paciente) por meio do processo de enfermagem tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica a organização do cuidado centrado em tarefas”*.

Peduzzi, Anselmi (2002), analisando entrevistas com enfermeiros de um hospital de ensino do município de São Paulo, assinalaram que esses enfermeiros atribuíam ao processo de enfermagem um caráter predominantemente burocrático, dissociado da execução da assistência de enfermagem.

Sobre a aplicação do processo de enfermagem, a própria Horta (1977) reconheceu ser uma atividade complexa, especialmente a fase de diagnóstico de enfermagem, e, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, atribuiu as

dificuldades na formulação dos diagnósticos de enfermagem a várias causas: desconhecimento das necessidades básicas alteradas, especialmente no nível psico-sócio-espiritual, desconhecimento das nomenclaturas dessas necessidades, dificuldade na distinção entre as necessidades básicas e problemas de enfermagem, dificuldade na distinção entre as necessidades básicas e tratamento de enfermagem, teorias de enfermagem pouco elucidativas sobre a essência da enfermagem.

A partir das diversas experiências apresentadas, concebemos que a realização automática e burocratizada do processo de enfermagem equivale à dominante prática da “enfermagem centrada em tarefas”. Todavia, quando está direcionado à resolução dos fenômenos clínicos apresentados, o processo de enfermagem torna-se referencial na ampliação do conhecimento sobre a saúde da população e sobre a qualidade da assistência prestada.

Ao nosso ver, a chave para a superação do modelo tecnicista está em estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem pautados na avaliação cuidadosa dos usuários, utilizando-se de referenciais teóricos e metodológicos adequados.

1.3.2. Dificuldades associadas à formulação dos diagnósticos de enfermagem

Lopez (2001), dissertando sobre o processo diagnóstico médico, destacou os atributos do clínico que realiza diagnósticos com qualidade: conhecimentos teóricos sobre as doenças, experiência adquirida na prática da medicina, capacidade de raciocínio e julgamento, bom senso. Obter dados relevantes sobre o paciente, interpretá-los, à luz de teorias científicas, integrando dados e teorias seriam os requisitos para a execução de um diagnóstico.

Crow, Chase, Lamond (1995), do Departamento de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de Surrey, Inglaterra, refletindo sobre o componente cognitivo da avaliação de enfermagem, a partir de leitura de textos de outros autores, indicaram que a avaliação de enfermagem, estruturada sob a ótica da individualidade do paciente e da competência interpessoal da enfermeira, parece gerar um desenho preciso sobre a condição atual do paciente, enquanto diagnósticos médicos estariam centrados em prover uma explicação causal dos sinais e sintomas visualizados. E, embora lidando com o mesmo sujeito da assistência, os processos de aprimoramento das habilidades diagnósticas seriam distintos para enfermagem e medicina.

Realizando uma discussão sobre as peculiaridades do diagnóstico de enfermagem, Gordon (1994) ressaltou que esse processo diagnóstico está permeado pelo quadro teórico ou conceitual que a enfermeira possui, qual considera ser sua função perante o paciente e quais as intervenções que julga necessárias. Exemplificando, uma enfermeira relaciona diagnósticos de enfermagem a déficits de autocuidado, embasada na Teoria de Orem, outra enfermeira julga os mesmos diagnósticos, considerando-os adaptações não efetivas, fundamentada na Teoria de Roy. As duas enfermeiras trabalham sobre os comportamentos relacionados à saúde, embora as formas de conceber saúde e enfermagem sejam diferentes.

O processo envolvido entre a obtenção dos dados e a afirmação diagnóstica ainda não está claramente definido. No entanto, segundo Gordon (1994), diversos fatores estão envolvidos no processo diagnóstico em enfermagem:

- referenciais teóricos de enfermagem e outras teorias,
- pesquisas, teorias e conceitos pessoais,
- expectativas,

-
- conhecimentos prévios,
 - informações disponíveis antes do encontro com o paciente e família,
 - impressões iniciais,
 - comunicação,
 - empatia,
 - autoridade,
 - foco de atenção, observação e capacidade de síntese,
 - habilidade para lidar com a incerteza,
 - habilidades de inferência analítica, inferência intuitiva e memória.

Explicitando o processo de pensamento crítico, Lunney (2001a) expôs que hábitos mentais também influenciam a formulação dos diagnósticos pelas enfermeiras, tais como: autoconfiança, criatividade, flexibilidade, curiosidade, perseverança e reflexão.

O reconhecimento desses fatores, que compreendem conhecimentos e habilidades especiais, desafia o pressuposto tácito de que a capacidade diagnóstica seja desenvolvida apenas com a prática clínica.

Tabak, Bar-Tal, Cohen-Mansfield (1996) analisando o processo decisório das enfermeiras, apresentaram dois estudos de casos com descrição de sintomas e possíveis diagnósticos médicos a 92 enfermeiras experientes (mais de três anos de prática) e 65 estudantes de enfermagem, e constataram que decidir sobre um caso com cenário inconsistente foi considerado mais difícil pelas enfermeiras experientes quando comparadas às estudantes, ao passo que as estudantes tinham maior dificuldade em decidir diante de cenário com informação consistente. Então,

aparentemente, o ensino formal auxilia na aquisição de algumas habilidades diagnósticas, enquanto a experiência possibilita às enfermeiras obterem outras habilidades.

Formular diagnósticos de enfermagem implica em deixar aflorar processos mentais da enfermeira, permitir que os fenômenos dos quais trata e que são objetos de seu trabalho, estejam claros, a fim de que sejam visualizadas as metas da assistência. E, embora, esse procedimento seja desejável, ele é complexo, e exige habilidades e saberes que precisam ser reconhecidos pelas enfermeiras. O reconhecimento necessário pode ser facilitado por procedimentos educativos, desde a graduação, se pretendemos tornar esse processo mais simples (Cruz, 1995).

Para determinar um diagnóstico, as enfermeiras têm que decidir entre muitos diagnósticos possíveis, procedimento que envolve vários graus de dificuldade. É uma tarefa de julgamento e, como tal, a incerteza está sempre presente. Apesar disso, formular diagnósticos acurados deve ser meta sempre presente, e vários são os fatores que influenciam a acurácia dos diagnósticos: a área de especialidade em que a enfermeira trabalha, existência de outros cuidadores (familiares ou profissionais de saúde) e de políticas de apoio ao uso dos diagnósticos de enfermagem na instituição de saúde (Lunney 1989, 2001b).

Feild (1979) afirmou que realizar diagnósticos de enfermagem constitui-se em complexa atividade de julgamento, que requer experiência profissional e preparo educacional, com atividades de aprendizagem visando ao desenvolvimento dos domínios afetivos, cognitivos e psicomotores das enfermeiras.

Garijo (1993) também sugeriu que muitas enfermeiras têm conhecimento limitado sobre os conceitos do processo de enfermagem e não estão familiarizadas

com o processo de formulação diagnóstica, sendo fundamental a formação específica sobre esses temas. Corroborando esta idéia, Hanson et al (1990) do Hospital de Veteranos William S Middleton, localizado em Wisconsin, EUA, em pesquisa desenvolvida um ano após a realização de um programa educacional de quatro horas sobre o processo de enfermagem e o processo diagnóstico, observaram que 51 enfermeiras (71% das participantes) obtiveram melhor desempenho em um questionário de auto-avaliação sobre conhecimentos e habilidades para aplicação desses processos em sua prática clínica. As enfermeiras se mostraram mais confiantes (respondendo que possuíam nível de conhecimento satisfatório) nas questões sobre processo de enfermagem e diagnósticos de enfermagem, em relação aos mesmos testes aplicados antes do programa educacional.

Chartier (2001) propôs um instrumento, baseado na psicologia cognitiva, para auxiliar o desenvolvimento de habilidades de autopercepção de enfermeiras novatas para o raciocínio diagnóstico – atitudes, pensamentos, conhecimentos, relação com o paciente, agrupamento de dados, geração de hipóteses, tomada de decisão. Esse instrumento foi considerado útil pelas enfermeiras que o utilizaram, pois aprimorou sua habilidade de resolução de problemas.

1.3.3. O uso de linguagem padronizada para os diagnósticos de enfermagem

A padronização de linguagem para expressar conclusões diagnósticas tem sido considerada importante instrumento para auxiliar no desenvolvimento conceitual da clínica de enfermagem (Souza, 2002).

Diversas classificações de diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidas e estão sendo aperfeiçoadas (Marin, 2001; Antunes, Chianca, 2002; Crossetti, Dias, 2002; Michel, Barros, 2002). A Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é o sistema mais aceito e divulgado em vários países (Thomas, Newsome, 1992).

Não obstante os esforços para a organização de classificações, a padronização da linguagem de diagnósticos tem gerado controvérsias na disciplina de enfermagem. Essas controvérsias referem-se à necessidade de especificação dos focos da prática clínica e, por consequência, na redução dos complexos fenômenos observados a determinadas palavras, considerada por alguns como inaceitável. Observando uma outra faceta desse mesmo prisma, a escolha de palavras específicas é também um acordo entre os profissionais sobre o que há de essencial naquele fenômeno que desencadeará as ações de enfermagem (Cruz, 2001).

Para Wright (1995), o uso de uma linguagem comum entre as enfermeiras tornou-se um desafio para a profissão, especialmente as enfermeiras latino-americanas, devido aos poucos recursos destinados à pesquisa em enfermagem na América Latina e à necessidade de geração de conhecimentos próprios, além da validação de estudos estrangeiros. Wright afirmou que o uso de uma linguagem comum transcende a esfera objetiva da construção de taxonomias e constitui-se em uma ação transformadora quando estimula a solidariedade e a cooperação entre as enfermeiras.

A classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA tem como principal benefício a utilização de uma linguagem padronizada entre as enfermeiras,

que facilitaria a comunicação profissional na área clínica e a determinação das intervenções visando a promoção e recuperação da saúde.

A NANDA foi criada em 1982, na 5^a. Conferência Nacional sobre Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem nos Estados Unidos da América e Canadá.

A primeira taxonomia da NANDA foi aprovada em 1986, seguindo-se da atual, Taxonomia II, aprovada em 2000, incorporando diagnósticos aceitos desde a 1^a. Conferência Nacional sobre Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, ocorrida em 1973. A Taxonomia II possui 155 diagnósticos de enfermagem, com suas definições, características definidoras e fatores relacionados ou de risco (Cruz, Cruz, 1991; North American Nursing Diagnosis Association, 2000; North American Nursing Diagnosis Association, 2002).

A Taxonomia II está organizada em treze domínios: Promoção da saúde; Nutrição; Eliminação; Atividade e Repouso; Percepção e Cognição; Autopercepção; Relacionamentos de papel; Sexualidade; Enfrentamento/ Tolerância ao estresse; Princípios de vida; Segurança/ Proteção; Conforto; Crescimento/ Desenvolvimento.

Em 1990, a NANDA aceitou a seguinte definição para o diagnóstico de enfermagem - julgamento clínico sobre as respostas, atuais ou potenciais, que indivíduos, famílias ou comunidades apresentam a problemas de saúde e a processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem provêm as bases para a seleção de intervenções de enfermagem, para alcançar resultados pelos quais a enfermeira é responsável (Farias, 1990).

Gordon (1994) acentuou a relevância dos diagnósticos de enfermagem como fonte de:

-
- informações estatísticas de enfermagem;
 - correlações com as intervenções e resultados de enfermagem esperados;
 - proposições de cuidados preventivos aos diagnósticos mais frequentes;
 - revisões das ações interdisciplinares efetuadas, visando à análise de qualidade institucional;
 - proposições de ações administrativas e clínicas corretivas;
 - diminuição de custos hospitalares e no sistema saúde;
 - formação de base de dados local e nacional sobre a enfermagem;
 - aprofundamento do conhecimento de enfermagem através das pesquisas sobre os conceitos dos diagnósticos e proposição de teorias.

Sobre os benefícios do uso de linguagem padronizada na enfermagem, Lunney (2001b) enfatizou que o uso de palavras específicas favorece ao desenvolvimento de melhor habilidade para separar dados e desenhar inferências sobre os mesmos, e que dar nomes aos diagnósticos clarifica quais são as intervenções possíveis.

Realizar diagnósticos de enfermagem é responsabilidade legal, profissional e ética dos enfermeiros. Por sua formação específica, os enfermeiros detectam situações no processo saúde-doença. Quando essas situações não são nomeadas, é possível que fiquem sem intervenção, causando prejuízos aos usuários, por privá-los do melhor cuidado que lhes poderia ser oferecido, além de negligenciar os custos vindouros de problemas mais críticos, para o paciente e para o sistema de saúde do país (Gordon, 1987).

Os diagnósticos de enfermagem são a contribuição das enfermeiras para a compreensão dos complexos fenômenos de saúde e doença que acometem a população, também estudados por outros profissionais.

Pode-se admitir que, mesmo sem usar sistemas padronizados de linguagem, as enfermeiras estão constantemente elaborando diagnósticos. Isto é, elas fazem inferências sobre os dados que observam com a finalidade de decidir sobre que cuidados fazer ou indicar. Isso parece ocorrer especialmente quando alguma necessidade do paciente não está entre as que ocorrem com mais frequência em situações rotineiras (Cruz, 2001).

Contudo, é possível que a introdução de sistema padronizado de linguagem para enunciar diagnósticos desperte a atenção de enfermeiros para focos clínicos que de outra forma não seriam salientados. Tardif¹ (1992) citou, como um dos pressupostos da metacognição, que o conhecimento organizado é importante para construir novos conhecimentos. De certa forma, sistemas padronizados de linguagem fornecem estruturas para organizar o conhecimento de que tratam e, por isso, podemos admitir que são importantes para a construção do conhecimento clínico da enfermagem.

Ampliando a aplicação do pressuposto citado por Tardif¹ (1992), o conhecimento organizado pode ser importante também para se admitir o que já se conhece.

¹ Tardif J. Pour un enseignement stratégique, l'apport de la psychologie cognitive. Montreal : Logiques Écoles, 1992 citado por Chartier L. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. Nurs Diag 2001; 12(2):55-60.

1.3.4. O uso da Taxonomia NANDA em outros países

Relatos de experiências da implementação dos diagnósticos de enfermagem em hospitais nos Estados Unidos salientam a necessidade dos enfermeiros estarem interessados, preparados e participarem dos processos decisórios dessa mudança processual, de que haja recursos disponibilizados pela administração do serviço, responsáveis engajados em liderar esse processo, sistemas de educação continuada atuantes e atitude compreensiva diante das reações aos processos de mudanças gerados (Bruce, 1979; Feild, 1979; Gordon, 1979; Gordon, 1987; Maas, 1987; Miller, Steele, Boisen, 1987; Sanford, 1987; Rantz, Miller, 1987; Miller, 1989; Hanson et al, 1990).

Bruce (1979), analisando a implementação dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade do Hospital Psiquiátrico McLean, em Belmont, EUA, ressaltou que foram desenvolvidas estratégias de preparação educacional e desenvolvimento de habilidades das enfermeiras, tendo ocorrido melhorias na qualidade dos cuidados de enfermagem e na aplicação dos Padrões de Assistência de Enfermagem da Associação Norte-Americana de Enfermeiras. Os diagnósticos utilizados para essa implementação foram os aceitos na 1^a. e 2^a. Conferência Nacional sobre Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, e publicados em 1975² e 1976³).

² Gebbie KM, Laving MA (editors). Classification of Nursing Diagnoses: proceedings of the First National Conference. St Louis: Mosby, 1975. citado por Bruce JA. Implementation of nursing diagnosis: a nursing administrator's perspective. Nurs Clin North Am 1979; 14(3): 509-15.

³ Gebbie KM. Classification of Nursing Diagnoses: summary of the Second National Conference. St Louis: Clearinghouse for Nursing Diagnosis, 1976. citado por Bruce JA. Implementation of nursing diagnosis: a nursing administrator's perspective. Nurs Clin North Am 1979; 14(3): 509-15.

Novotny-Dinsdale (1985) descreveu a implementação do uso de diagnósticos da NANDA no Departamento de Emergência do Hospital Northwest, Seattle, EUA, e informou que inicialmente foi formulado grande número de diagnósticos pelas enfermeiras, o que demonstrou a variedade de situações atendidas na emergência. Foram também realizados encontros em que se levantaram termos mais apropriados para descrição dos fenômenos, ou seja, revelou-se a necessidade de aprimoramento da taxonomia visando a maior adequação dos termos e a necessidade de exploração das diferenças entre diagnóstico médico e de enfermagem. Notou que, com a implementação, a habilidade de avaliação das enfermeiras teve melhora “dramática”, além da incorporação do cuidado compreensivo e dos aspectos educacionais dos pacientes. Após dez meses do início do processo, observou ainda o aumento do número de diagnósticos rotineiramente utilizados, ocasionalmente a ausência de registros da avaliação e intervenções de enfermagem, especialmente durante turnos com demasiado trabalho, e que alguns grupos de pacientes com necessidades de intervenções mínimas de enfermagem freqüentemente receberam diagnósticos inapropriados.

Miller, Steele, Boisen (1987) do Centro de Desenvolvimento de Incapacitados de Wisconsin Central, hospital com 630 leitos para internação de crianças com retardo mental e adultos com incapacidades físicas e déficits sensoriais, analisaram em 1984, 659 planos de enfermagem após um ano de implementação dos diagnósticos de enfermagem. Avaliaram que, a partir desse trabalho, foi possível reconhecer os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e as necessidades educacionais de cada enfermeira. Identificaram as seguintes barreiras para implementação dos diagnósticos de enfermagem: limite de tempo, falta de acesso e

espaço para guarda dos registros de enfermagem, receio das enfermeiras em prescrever e terem de defender suas decisões, além da relutância de algumas enfermeiras em alterar seu processo de trabalho.

Specht, Drey (1987) relataram a experiência de implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA na Casa dos Veteranos de Iowa, EUA, instituição financiada pelo governo norte-americano que, em 1987, contava com 130 moradores na área de residências, e possuía 391 leitos para pessoas com dependência intermediária e 327 leitos de cuidados especializados; a maioria dos moradores era de idosos, com doenças crônicas. As 70 enfermeiras da instituição participaram de seminários de formação e aplicação dos diagnósticos de enfermagem de 1982 a 1987 e, segundo a avaliação das autoras, enfermeiras administradoras da instituição, houve: incremento da qualidade assistencial, do conhecimento de enfermagem especializada entre as profissionais, do desenvolvimento de pesquisas sobre prevalência diagnóstica entre os moradores e das auditorias baseadas nessas características, a possibilidade de implantação de um sistema computadorizado de registro da assistência de enfermagem, e o refinamento do planejamento multiprofissional, já que exigiu o desenvolvimento de negociações com médicos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde sobre a realização de intervenções para os moradores. Foram registradas reações de enfermeiras resistentes às mudanças ocasionadas pelo formato padronizado de avaliação, o que foi considerado pelas autoras como previsível no processo de implementação.

Maibusch (1987) descreveu a utilização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA em unidades com pacientes com pouco tempo de internação no Hospital St. Michael, Wisconsin, EUA. As enfermeiras dessas unidades (Emergência, Obstetrícia,

Unidade de Recuperação Anestésica, Centro Cirúrgico) tiveram a falta de tempo como principal obstáculo na utilização da linguagem padronizada – falta de tempo para avaliar os pacientes, formular diagnósticos, determinar, executar e avaliar intervenções de enfermagem e pouco tempo para realizar o registro de enfermagem. A saída encontrada foi a construção de tipos de formulários com os diagnósticos de enfermagem e intervenções mais comuns nessas unidades, além de um questionário auto-aplicável para a coleta de dados entre as pacientes da Obstetrícia.

Whitley, Gulanick (1996) localizaram 109 hospitais no estado de Illinois, Estados Unidos que utilizavam os diagnósticos de enfermagem (n=239), em 1992. Foram descritos como barreiras para implementação dessa sistematização: ausência de motivação para aprender, enfermeiras mais velhas que eram resistentes a mudanças, dificuldade em utilizar os diagnósticos em determinadas áreas, resistência dos médicos e outras disciplinas, problemas da própria terminologia, uso dos mesmos diagnósticos repetidamente, limites de tempo.

Brooks, Massanari (1998) descreveram a utilização da Taxonomia da NANDA em um sistema computadorizado de um hospital com 250 leitos de internação de casos médico-cirúrgicos e críticos, em Chicago, EUA. A Taxonomia foi escolhida por chefes de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição como linguagem possível de descrição dos problemas dos pacientes. Posteriormente, o sistema foi testado para descrição dos diagnósticos desses profissionais. Entre as enfermeiras, o principal problema deveu-se ao número excessivo de diagnósticos propostos para cada paciente (inicialmente cerca de 15 diagnósticos), demonstrando dificuldades quanto à acurácia diagnóstica e a escolha de diagnósticos que pudessem ser efetivamente abordados durante os curtos períodos de internação. As autoras

concluíram que muitas inconsistências observadas no sistema de registro em papel permaneceram após a implantação do sistema computadorizado e sugeriram que as questões relativas ao conhecimento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, e a acurácia diagnóstica deveriam ser trabalhadas antes e após a implementação de sistemas computadorizados com linguagem padronizada.

Ressalta-se ainda a experiência relatada por Higuchi, Dulberg, Duff (1999) que analisaram as respostas de 65 enfermeiras de unidades de cuidados respiratórios de quatro hospitais de Ontário, Canadá, sobre as atitudes frente aos diagnósticos de enfermagem: uso e registro na prática assistencial. Após análise das questões abertas por quatro experts de enfermagem e análises estatísticas das questões com escalas de Likert, as autoras concluíram que somente a utilização de planos de cuidados de enfermagem computadorizados resultou em alta utilização dos diagnósticos pelas enfermeiras e que todas as enfermeiras que receberam formação continuada em seu hospital e eram supervisionadas nesse aspecto registravam os diagnósticos de enfermagem. Em relação às atitudes, essas autoras notaram que, embora afirmassem “usualmente escrevo diagnósticos de enfermagem nos registros de enfermagem”, muitas enfermeiras não os documentavam, sendo que as enfermeiras que registravam os diagnósticos de enfermagem em prontuário também concordavam mais fortemente com a afirmação de que a administração da enfermagem tinha essa expectativa em relação a elas. As enfermeiras relataram que registravam os diagnósticos de enfermagem para identificar problemas dos pacientes, responder as expectativas administrativas, comunicar-se com outros profissionais de saúde, e que não documentavam os diagnósticos devido ao tempo restrito, porque atribuíam valor limitado aos diagnósticos, por falta de conhecimento sobre os diagnósticos, por terem

dificuldades com a Taxonomia da NANDA, por terem dificuldades com o sistema de documentação e por possuírem dados incompletos dos pacientes.

1.3.5. O uso da Taxonomia NANDA no Brasil

A integração do processo de enfermagem de Horta com os diagnósticos de enfermagem da NANDA foi apontada nos trabalhos de Nóbrega (1991); Zanetti, Marziale, Robazzi (1994); Santos et al (1996); Peixoto et al (1996); Benedet, Bub (1998); Cruz (2001).

Do que se conhece, o primeiro hospital brasileiro a implementar os diagnósticos de enfermagem da NANDA em diversas unidades foi o Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo, especializado em cardiologia, com base no trabalho desenvolvido por Maria (1990).

Peixoto et al (1996) apontaram, como principal benefício dos diagnósticos de enfermagem na unidade de Pronto Socorro desse Hospital, o fato de eles guiarem a escolha das intervenções de enfermagem. Como fatores que dificultam a implementação dos diagnósticos de enfermagem, as autoras indicaram o número insuficiente de enfermeiros, com sobrecarga de atividades assistenciais e de supervisão, e planta física que impedia a privacidade na coleta de dados.

Farias (1997) em estudo realizado com 38 enfermeiros com experiência de mais de um ano no Instituto Dante Pazzanese, concluiu que 48,3% dos enfermeiros apresentavam dificuldades na realização do exame físico dos pacientes, 31% expressaram dificuldades para realização da entrevista com pacientes e familiares e 62,1% dos enfermeiros tinham dificuldades em elaborar os diagnósticos de enfermagem. As dificuldades encontradas na fase de diagnóstico foram mais

freqüentes quando os diagnósticos distúrbio da imagem corporal, distúrbio da auto-estima, baixa auto-estima situacional ou crônica, distúrbio na identidade pessoal, negligência unilateral, desesperança e comunicação verbal prejudicada foram elaborados (nomenclaturas aprovadas à época do estudo, Taxonomia I da NANDA). Também cinco enfermeiros relataram maior grau de dificuldade quando da determinação dos fatores relacionados.

Encontrou-se na investigação bibliográfica outros hospitais-escola que utilizam a classificação de diagnósticos da NANDA, como o CAISM- Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, associado a Universidade Estadual de Campinas (SP), Hospital São Paulo, pertencente à Universidade Federal de São Paulo e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e (Vale, Lopes, 2002; Barros, Fakh, Michel, 2002; Crossetti, Dias, 2002). Esse último desenvolveu um sistema computadorizado para registro dos diagnósticos de enfermagem.

Em pesquisa realizada com 26 enfermeiros do CAISM sobre as dificuldades associadas ao processo de enfermagem, 80% e 73% dos participantes, respectivamente, consideraram a coleta de dados e a prescrição de enfermagem como atividades de baixa complexidade, contudo 65% e 69%, respectivamente, apontou a identificação de diagnósticos de enfermagem e avaliação e evolução da assistência como atividades de média e alta complexidade (Vale, Lopes, 2002).

Observaram-se ainda diversos estudos sobre prevalência de diagnósticos de enfermagem da NANDA em populações específicas ou unidades de atendimento especializadas, como os de Cruz (1990b); Pimenta, Cruz (1994); Peixoto et al

(1996); Abrão, Gutierrez, Maria (1997); Lopes, Montagnoli, Maia (1999); Assis, Cunha, Nunes (2000); Volpato (2001).

Os estudos de prevalência de diagnósticos de enfermagem são relevantes para o desenvolvimento de sistemas clínicos informatizados, para o conhecimento de prioridades de atendimento, dos conteúdos essenciais a serem enfatizados em processos educativos e pesquisa clínica, bem como para decisões sobre custo da assistência realizada a esses clientes (Gordon, Hiltunen, 1995; Lee, Mills, 2000).

Desenvolveu-se também, no Brasil, na década de 90, levantamentos, análises e pesquisas, especialmente na área de ensino dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, como os das autoras Cruz (1990), Perez et al (1990); Cruz, Cruz (1991); Cruz (1992); Carvalho et al (1996); Simon (1997); Garcia (1998); Cruz (1998); Cruz, Pimenta (1999).

1.4. A relação entre diagnósticos e intervenções de enfermagem

Depois de realizado um diagnóstico de enfermagem, deve-se optar pela melhor intervenção para gerar o melhor resultado de enfermagem possível, objetivando-se uma diferença real na saúde da pessoa e da comunidade.

Podemos considerar intervenções de enfermagem todas as condutas planejadas pelas enfermeiras visando à obtenção de melhoria das condições de vida e saúde da população.

De modo específico, as intervenções de enfermagem são compostas por atitudes e atos que almejem a resolução de diagnósticos de enfermagem, obtendo-se os melhores resultados possíveis.

Castilho (1991) afirmou:

“ Condutas ou intervenções de enfermagem têm sido entendidas como ações clínicas, específicas ou autônomas da enfermeira, prescritas para resolver, diminuir ou prevenir problemas de pacientes, constituindo-se em tratamentos para os diagnósticos de enfermagem.

A realização de estudos que focalizam aspectos independentes da prática de enfermagem é sem dúvida importante para o desenvolvimento desse conhecimento específico da profissão.

Assim, o grande desafio para o desenvolvimento das condutas de enfermagem têm sido a necessidade de maior capacitação das enfermeiras na realização de experimentos e observações sistematizadas na prática diária.”

A Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, Estados Unidos, propôs um sistema de classificação das intervenções e resultados de enfermagem, na década de 1990. Esses sistemas ficaram conhecidos como NIC -Nursing Interventions Classification e NOC Nursing Outcomes Classification (McCloskey, Bulechek, 2000; Johnson, Maas, Moorhead, 2000) .

Essas duas classificações foram desenvolvidas principalmente a partir das experiências das enfermeiras norte-americanas, registradas em livros e artigos científicos, e estão em processo de validação no Brasil e outros países, assim como a Taxonomia da NANDA para os diagnósticos de enfermagem (Michel, Barros, 2002).

O Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) também está desenvolvendo uma classificação que inclui as intervenções de enfermagem, conhecida como ICNP- International Classification for Nursing Practice (Conselho Internacional de Enfermagem, 2003). No Brasil, houve diversas pesquisas de aprofundamento e validação dessa classificação na área de saúde coletiva, em torno do Projeto CIPESC- Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva. Os pesquisadores desse Projeto propuseram a inclusão de diversos termos para aquela classificação (Antunes, Chianca, 2002; Nóbrega, Gutiérrez, 2000).

Em um interessante trabalho sobre a relação entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, McCourt (1987), após seis anos da implementação dos diagnósticos de enfermagem no Hospital Sinai New England, EUA, hospital que, na época da publicação do estudo, possuía 212 leitos para internação de pessoas com doenças crônicas e em processo de reabilitação, notou a diminuição do número de quedas entre os pacientes que utilizaram protocolos diante do diagnóstico de “risco para quedas”, freqüente em 81% dos estudados (n=200). A diminuição foi de 37 para 09 quedas ao mês. Já para o diagnóstico “risco para úlcera de decúbito” observou-se o uso de medicações que elevavam o custo da assistência sem comprovada eficiência na literatura analisada. Quanto ao diagnóstico “déficit de autocuidado”, falhas na identificação da etiologia do problema e na consideração realística das intervenções e resultados possíveis durante a internação, provocaram baixa resolutividade do problema e frustração dos profissionais diante dos resultados obtidos à época da alta hospitalar, o que indicaria a necessidade de refinamento dos conceitos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, ou incremento da acurácia diagnóstica.

1.5. A experiência do HU-USP com o processo de enfermagem e com os diagnósticos de enfermagem da NANDA.

O HU-USP adotou o processo de enfermagem desde a sua inauguração, em 1981 (Gualda, 2001). A implementação da fase de diagnósticos de enfermagem foi desenvolvida a partir de março de 2002, com realização de cursos sobre a classificação da NANDA e reuniões para discussão de casos.

O primeiro curso teórico-prático com 16 horas de duração foi ministrado por uma docente da Escola de Enfermagem da USP, e envolveu primeiramente as

diretoras de divisão, chefes de seção e representantes da hemodiálise e endoscopia, as quais tornaram-se agentes multiplicadores na Instituição e fundaram o Grupo Facilitador da Implementação dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA .

Em junho e julho de 2002, foram realizados dois outros cursos teórico-práticos com duração de 06 e 04 horas respectivamente, abertos a todas as enfermeiras da Instituição.

Após esses três cursos, segundo dados da Educação Continuada, 97% das enfermeiras da Instituição possuíam uma formação básica sobre os diagnósticos de enfermagem da NANDA. A partir de julho de 2002, foi estabelecido um cronograma de implementação em cada seção, com estudos de casos apresentados em reuniões mensais.

A primeira seção a testar um formulário prevendo o uso de diagnósticos da NANDA foi a Clínica Médica, em julho de 2003.

A implementação foi programada cuidadosamente, visando a inclusão e participação de todas as enfermeiras da Instituição. É trabalhada como política do Departamento de Enfermagem, tendo em vista os planos de informatização dos sistemas do HU-USP.

2. OBJETIVOS

- 1) Identificar os diagnósticos que as enfermeiras reconhecem como mais frequentes em sua prática clínica;
- 2) Identificar os diagnósticos considerados pelas enfermeiras como mais difíceis de serem formulados;
- 3) Identificar os diagnósticos para os quais há maior dificuldade de propor intervenções de enfermagem.
- 4) Verificar as associações entre a frequência estimada dos diagnósticos, a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções de enfermagem.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Tipo de pesquisa

Segundo a classificação de Gil (1996), esta pesquisa caracterizou-se como um levantamento, de caráter exploratório-descritivo.

Para a organização e apresentação deste relatório, utilizou-se a recomendação de Marconi e Lakatos (2001) e as orientações sobre referências bibliográficas da Escola de Enfermagem da USP (Universidade de São Paulo, 2001).

3.2. Local

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), localizado no município de São Paulo – SP, hospital geral, integrante do Sistema Único de Saúde, que atende a comunidade USP (docentes, funcionários e alunos da USP) e comunidade local (Distrito de Saúde Butantã). O HU-USP possui 308 leitos para internação.

No Regimento do HU-USP estão descritas as seguintes finalidades: promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade, desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento de doenças, proteção e recuperação da saúde. Objetiva ainda colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais (Hospital Universitário, 2003).

O Departamento de Enfermagem do HU-USP está organizado nas seguintes divisões clínicas – divisão de pacientes externos; divisão materno-infantil; divisão de clínicas médicas; divisão de clínicas cirúrgicas. Essas divisões englobam as seções:

ambulatório, pronto socorro adulto, pronto socorro infantil, centro obstétrico, alojamento conjunto, berçário, pediatria, UTI pediátrica, UTI adultos, clínica médica, diálise, centro cirúrgico, clínica cirúrgica, endoscopia, hospital dia. Há ainda outros serviços onde trabalham enfermeiras: programa de atenção domiciliária, serviço de educação continuada, CCIH, unidade básica de atendimento à saúde (para funcionários e docentes da USP), central de materiais esterilizados, serviço de medicina do trabalho e serviço de higiene e limpeza.

3.3. Casuística

Segundo o Serviço de Educação Continuada, em julho de 2003, o número total de enfermeiros do HU era 181 (162 enfermeiras assistenciais, 13 chefes de seção, 04 diretoras de divisão, 01 diretor do Serviço de Educação Continuada, 01 diretora do Departamento de Enfermagem).

Para a realização deste estudo, todas as enfermeiras foram convidadas, exceto a diretora do Departamento de Enfermagem (01), a enfermeira responsável pelo Serviço de Higiene e Limpeza (01) e as enfermeiras da Central de Material Esterilizado (03), já que essas executam principalmente trabalhos de coordenação administrativa. As demais enfermeiras estão envolvidas em atividades assistenciais ou educativas e utilizam a sistematização da assistência de enfermagem em sua prática, no atendimento dos clientes ou no treinamento e supervisão da assistência de enfermagem. Portanto dos 181 enfermeiros, havia 176 enfermeiros elegíveis e 05 enfermeiros não elegíveis. Dos 176 elegíveis, compuseram a casuística 147 enfermeiros. As razões da não participação de 34 enfermeiros estão detalhadas nos procedimentos de coleta dos dados.

3.4. Procedimentos de coleta dos dados

Após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP foi realizada reunião com uma enfermeira da Instituição, que foi incumbida como responsável pelo acompanhamento dos trabalhos.

Nessa reunião, a pesquisadora expôs os objetivos e métodos da pesquisa, solicitando autorização para contato com as enfermeiras das seções. Ficou definido que, antes do contato com as enfermeiras assistenciais, seria realizado o contato com as enfermeiras diretoras de divisão as quais, por sua vez, apresentariam as enfermeiras chefes de seção, com posterior convite às enfermeiras assistenciais. Seguiu-se essa ordem para a maioria das enfermeiras, exceto em duas seções, nas quais as enfermeiras chefes de seção preferiram apresentar, elas mesmas, a pesquisa às enfermeiras assistenciais e observar as interessadas, indicando uma data para contato da pesquisadora. O contato com as enfermeiras ocorreu no seu local e horário de trabalho.

A coleta de dados foi realizada de 01 de julho a 30 de setembro de 2003.

Após aceitar o convite (Anexo A), a enfermeira assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) e recebeu um questionário auto-aplicável. A pesquisadora agendou uma data para devolução do questionário, com limite de dez dias após a data da entrega.

Na data combinada, a pesquisadora retornava à seção em que a enfermeira trabalhava e solicitava a devolução do questionário. Caso a enfermeira não houvesse respondido o questionário, agendava-se nova data com a enfermeira. Esse procedimento de agendamento e cobrança de questionário ocorria no máximo por

três vezes, ou seja, cada enfermeira teve um prazo de dez a trinta dias para preenchimento e devolução do questionário.

As enfermeiras que não devolveram o questionário na terceira data agendada foram consideradas desistentes. Vinte e duas enfermeiras recusaram-se a participar do estudo. Consideraram-se perdas as enfermeiras em licença maternidade, licença médica e uma enfermeira transferida para outra cidade (mas que ainda constava no quadro de funcionários do HU-USP).

A Tabela 1 mostra as ocorrências relativas à participação no estudo, incluindo os 34 enfermeiros não participantes.

Tabela 1. Ocorrências relativas à participação no estudo. São Paulo, 2003.

Enfermeiros	Nº	%
Participantes	147	81 %
Recusa	22	12 %
Desistentes	04	2 %
Perdas	03	2 %
Não elegíveis	05	3 %
Total	181	100 %

3.4.1. Instrumento para a coleta de dados

Na revisão bibliográfica, não foram localizados instrumentos que medissem as variáveis relativas aos problemas desta pesquisa. Sendo assim, houve a necessidade de construção de um instrumento.

A avaliação de conteúdo e semântica desse instrumento foi realizada por 03 juízes, por ocasião da banca de qualificação, em abril de 2003. As sugestões e alterações propostas pelos juízes foram incorporadas ao instrumento. Em seqüência, realizou-se pré-teste com 30 enfermeiras (12 da Unidade de Clínica Médica e 18 da

UTI Adulto). As sugestões dessas enfermeiras foram: 1) quanto à apresentação do questionário: ampliar o tamanho da fonte e colocar sombreamento em colunas destinadas à marcação das respostas, 2) quanto à clareza e objetividade das perguntas: inclusão da palavra “HU” na pergunta sobre frequência diagnóstica e inclusão da palavra “enfermagem” na pergunta sobre proposição de intervenções para os diagnósticos. Essas sugestões foram incorporadas ao instrumento.

O instrumento para a coleta de dados consistiu em um questionário auto-aplicável composto de duas partes:

Parte 1 – Dados demográficos, de formação e profissionais (Anexo C)

Essa parte serviu para o registro das seguintes informações sobre a enfermeira respondente do questionário:

- a) sexo (masculino ou feminino);
- b) idade (data de nascimento),
- c) tempo de conclusão da graduação em enfermagem (mês e ano);
- d) realização de outros cursos (licenciatura, especialização, mestrado, doutorado);
- e) cargo no HU (enfermeira, chefe de seção, diretor de divisão ou serviço);
- f) tipo de atividade predominante da enfermeira (assistência, ensino, administração, pesquisa);
- g) número de pacientes sob responsabilidade da enfermeira (categorias nenhum, não se aplica, 01 a 05, 06 a 10, 11 a 15, 16 a 20, 21 a 25, 26 a 30 e mais de 30);

-
- h) grau de contato da enfermeira com o tema “diagnóstico de enfermagem” – leitura, participação em aulas na graduação e após a graduação, cursos, eventos, participação no treinamento do HU, prática clínica, pesquisa (o grau de contato foi expresso através das categorias nada, quase nada, pouco, muito);
- i) unidade em que trabalha;
- j) turno de trabalho (manhã, tarde, noite);
- k) tempo de experiência na especialidade clínica em que trabalha atualmente (em anos e/ou meses).

Parte 2 – Diagnósticos de enfermagem: freqüências, graus de dificuldades para formulação e para a proposição de intervenções apropriadas (Anexos D, E, F)

As variáveis envolvidas nessa parte do instrumento foram:

- freqüência estimada dos diagnósticos de enfermagem da NANDA na prática clínica da enfermeira;
- dificuldade na formulação de diagnósticos de enfermagem da NANDA;
- dificuldade na proposição de intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem da NANDA.

Essa parte do questionário foi formada por um tabela com diagnósticos de enfermagem da NANDA, segundo a tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel (North American Nursing Diagnosis Association, 2002).

Para cada diagnóstico solicitou-se ao enfermeiro que respondesse sobre a freqüência do diagnóstico, sobre os graus de dificuldade para formular o diagnóstico e sobre os graus de dificuldade para propor intervenções de enfermagem.

Para as três variáveis, a resposta deveria ser indicada numa escala tipo Likert de 5 pontos. Para a frequência dos diagnósticos a escala foi : 1– nenhuma frequência; 2– baixa frequência; 3- média frequência; 4-alta frequência; 5- frequência muito alta. Para as variáveis “dificuldade para formular o diagnóstico” e dificuldade para propor intervenções para o diagnóstico”: 1-nenhuma dificuldade; 2-pequena dificuldade; 3-média dificuldade; 4- grande dificuldade; 5- dificuldade muito grande.

Para evitar o efeito cansaço, e assim privilegiar a qualidade das respostas, os 155 diagnósticos da NANDA foram divididos em três grupos, cada um deles com 52 ou 53 diagnósticos, sorteados e distribuídos equitativamente segundo os domínios da Taxonomia II, a saber:

- Domínio 1- Promoção da saúde;
- Domínio 2 – Nutrição;
- Domínio 3 – Eliminação
- Domínio 4 – Atividade/ Repouso
- Domínio 5- Percepção/ Cognição
- Domínio 6 – Autopercepção;
- Domínio 7 – Relacionamentos de papel;
- Domínio 8 – Sexualidade;
- Domínio 9- Enfrentamento / Tolerância ao estresse
- Domínio 10 – Princípios de vida;
- Domínio 11 – Segurança/ Proteção;
- Domínio 12 – Conforto;
- Domínio 13 – Crescimento/ Desenvolvimento.

Os três grupos de diagnósticos compuseram três questionários diferentes entre si (questionários 1, 2 e 3). Cada enfermeira respondeu somente um questionário. Isso significa que apesar de termos obtido 147 participantes, cada enfermeira respondeu sobre cerca de 1/3 dos diagnósticos da classificação da NANDA (52 ou 53 diagnósticos).

A distribuição dos diagnósticos nos domínios da NANDA, em quantidade e segundo os códigos dos diagnósticos nos questionários 1, 2 e 3, está apresentada nos quadros 2 e 3. A lista dos códigos e títulos dos diagnósticos de enfermagem consta do Anexo G.

Quadro 2 – Quantidade de diagnósticos em cada questionário, segundo domínios da NANDA. São Paulo, 2003.

Domínio	Quest 1	Quest 2	Quest 3	Total
Domínio 01- Promoção da saúde	2	2	3	7
Domínio 02 – Nutrição	3	3	3	9
Domínio 03 – Eliminação	4	5	5	14
Domínio 04 – Atividade/ Repouso	8	8	8	24
Domínio 05 – Percepção/ Cognição	3	3	3	9
Domínio 06 – Autopercepção	3	3	3	9
Domínio 07 – Relacionamentos de papel	5	4	4	13
Domínio 08 – Sexualidade	1	1	2*	2*
Domínio 09 – Enfrentamento / Tolerância ao estresse	9	9	10	28
Domínio 10 – Princípios de vida	2	2	1	5
Domínio 11 – Segurança/ Proteção	9	9	9	27
Domínio 12 – Conforto	1	2	1	4
Domínio 13 – Crescimento/ Desenvolvimento.	2	1	1	4
Total	52	52	53*	155

OBS: o domínio 8 possui apenas dois diagnósticos, no questionário 3 foram repetidos os dois diagnósticos já presentes nos questionários 1 e 2.

Quadro 3 – Distribuição dos códigos dos diagnósticos de enfermagem segundo domínios e inserção nos questionários 1, 2 e 3. São Paulo, 2003.

	Quest 1	Quest 2	Quest 3
D.1	82,84	80,98	78,81,99
D.2	1,25,28	2,26,107	3,27,103
D.3	13,16,19,22	23,20,17,11,14	21,18,12,15,30
D.4	29,34,40,85,91,109,100,94	95,89,88,154,110,32,92,50	96,90,108,102,93,33,24,97
D.5	123,127,130	122,128,131	126,129,51
D.6	121,124,153	125,119,118	152,54,120
D.7	61,58,106,52,55	62,56,104,64	57,60,63,105
D.8	65	59	65, 59
D.9	10,142,145,148,76,115,136,70,73	149,143,146,116,49,137,74,71,77	114,144,141,147,09,117,72,135,69,75
D.10	67,79	68,83	66
D.11	4,7,31,37,38,155,46,43,139	35,47,44,86,151,140,41,5,8	45,87,48,36,39,138,150,42,6
D.12	133	134,53	132
D.13	112,101	113	111

As enfermeiras que decidiram participar da pesquisa receberam um questionário composto de duas partes (Parte 1 – dados demográficos; Parte 2 – perguntas sobre diagnósticos). A marcação da data de devolução do questionário foi realizada pela própria enfermeira (limite de prazo dez dias), e o questionário foi cobrado até três vezes (nas datas agendadas e convenientes à enfermeira). O não cumprimento do terceiro prazo caracterizou a enfermeira como desistente. A captação dos questionários foi realizada pela própria pesquisadora.

Os questionários foram numerados para maior controle da devolução e identificação no banco de dados.

Quanto às participantes, 103 devolveram o questionário na primeira data agendada, 35 devolveram na segunda data e 09 entregaram o questionário somente na terceira data programada.

O questionário foi distribuído aleatoriamente para as enfermeiras de cada seção. Contudo, visando que ao final da pesquisa houvesse número semelhante de preenchimento dos questionários 1, 2 e 3, estabeleceu-se uma ordem de distribuição

dos mesmos. No contato com a primeira enfermeira de uma nova seção mudou-se a seqüência de distribuição dos questionários. A seqüência dos questionários distribuídos em cada seção ingressante foi:

Ordem de inclusão da seção no estudo	Seqüência do questionário a ser distribuído às enfermeiras aleatoriamente
1 ^a . seção ingressante	1,2,3
2 ^a . seção ingressante	3,1,2
3 ^a . seção ingressante	2,3,1
4 ^a . seção ingressante	1,3,2
E assim sucessivamente	

3.5. Tratamento e análise dos dados

As respostas foram lançadas em banco de dados nos softwares Acess e Excel, e submetidas a análises estatísticas por profissional de estatística que utilizou o Statistical Package for Social Sciences® (SPSS®).

As variáveis relativas aos dados demográficos, de formação e profissionais foram submetidas à estatística descritiva e, de acordo com seus níveis de mensuração, foram analisadas em termos de medidas de tendência central.

As estimativas de freqüências dos diagnósticos, os graus de dificuldade para a formulação dos diagnósticos e os graus de dificuldade para a proposição de intervenções foram analisados separadamente para cada diagnóstico e agrupados segundo os domínios da Taxonomia II. Realizaram-se análises descritivas para cada variável em cada diagnóstico.

Os diagnósticos foram ordenados segundo seus escores médios em cada variável (frequência, dificuldade para formular o diagnóstico, dificuldade para propor intervenções) no conjunto das respostas de toda a amostra e segundo as seções da Instituição (seções com predomínio de atendimento a adultos e seções da Divisão Materno-Infantil). Os escores médios maiores ou iguais a 3 foram categorizados como escores altos; os escores médios menores que 3 foram categorizados como escores baixos.

As estimativas das três variáveis principais foram também organizadas segundo os domínios da classificação da NANDA, com a finalidade de descrever como eles ficariam representados por esses resultados. Considerando que o número de diagnósticos analisados era muito grande (155), as variáveis principais foram reduzidas a um índice indicativo do conjunto de respostas. As variáveis: frequência diagnóstica, dificuldade para formular e dificuldade para propor intervenções foram submetidas à análise de consistência interna, realizada separadamente para cada questionário, isto é, para cada conjunto de diagnósticos. A finalidade da estimativa da confiabilidade foi verificar se poderíamos analisar cada uma dessas três variáveis segundo um índice geral, para então testar as associações entre elas. Cada diagnóstico foi considerado um item e as respostas correspondentes a cada variável foram submetidas à estimativa de confiabilidade pelo Alpha de Cronbach (α) para cada questionário. Todas as variáveis apresentaram α superior a 0,9, assegurando boa consistência interna.

Com a confiabilidade garantida, foram criados 3 indicadores que são as simples médias aritméticas dos escores atribuídos a cada variável para o conjunto dos diagnósticos de cada questionário. Assim, obteve-se um índice geral da dificuldade

para formular os diagnósticos de enfermagem, um índice da dificuldade para propor intervenções e um índice da estimativa de frequência dos diagnósticos de enfermagem. Esses índices foram submetidos ao Teste de Pearson para verificar as correlações existentes entre eles.

As respostas também foram analisadas pelo Teste de Fisher, apontando-se associações significativas entre as variáveis ao nível de $p < 0,05$.

Os resultados dessas análises foram demonstrados em tabelas e textos.

3.6. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP (Anexo H).

Os potenciais sujeitos do estudo foram convidados a participar através de contato pessoal da pesquisadora e carta convite. No contato com os enfermeiros, a pesquisadora explicitou os objetivos e método da pesquisa, deixando claro ser a participação voluntária, com preservação de sigilo sobre a identidade dos participantes.

A inclusão no estudo ocorreu com a concordância dos enfermeiros, registrada em consentimento livre e esclarecido.

4. RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os resultados relativos às características demográficas, de formação e profissionais dos enfermeiros participantes. Em seguida, foi organizada uma síntese das respostas fornecidas pelos enfermeiros do HU-USP. Esses resultados serão apresentados na mesma seqüência dos objetivos: freqüência diagnóstica, dificuldade para formular diagnósticos e dificuldade para propor intervenções de enfermagem. Finalmente, serão apresentadas as análises de associações entre essas variáveis.

Algumas tabelas mais longas foram incorporadas como anexos, visando facilitar a leitura do corpo do relatório.

4.1. Caracterização da amostra

Os respondentes dos questionários foram 147 (81% dos enfermeiros do HU-USP), sendo que cada questionário foi respondido por um grupo diferente de 49 enfermeiros.

A descrição detalhada das variáveis de caracterização do total dos respondentes pode ser observada nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2. Caracterização dos enfermeiros participantes quanto a sexo, idade, tempo de formado, formação complementar, contato com os diagnósticos da NANDA. São Paulo, 2003.

Variável		
Sexo	n	%
Feminino	143	97%
Masculino	04	3%
Idade (em anos)		
Varição	22 – 65	
Média (DP)	35,1 (8,3)	
Faixas etárias (em anos)	n	%
22-29	46	31,3%
30-39	53	36,0%
40-49	43	29,3%
50-59	4	2,7%
60-65	1	0,7%
Tempo de formação (em anos)		
Varição	0,6 – 42,6	
Média (DP)	11,1 (7,8)	
Faixas de tempo de formação (em anos)	n	%
Até 05	41	27,9%
De 05 a 10	31	21,1%
De 10 a 15	24	16,3%
De 15 a 20	35	23,8%
20 e mais	16	10,9%
Formação complementar	n	%
Licenciatura	38	26%
Especialização	104	71%
Mestrado	24	16%
Doutorado	01	1%
Contato com os diagn.de enf. (1-4*)	média	DP
Leitura	3,2	0,5
Estudos durante graduação	2,0	0,9
Aulas após graduação	2,7	0,8
Participação em eventos	2,1	0,9
Treinamento do HU	3,3	0,7
Utilização na prática	2,7	0,8
Pesquisas	1,4	0,7

* Respostas possíveis sobre o contato com diagnósticos de enfermagem: 1= nada; 2= quase nada; 3= pouco; 4= muito.

Tabela 3. Caracterização dos enfermeiros respondentes quanto à seção de trabalho. São Paulo, 2003.

Variável		
Cargo	n	%
Enfermeira/o	132	90%
Chefe de Seção	11	7%
Diretor de Divisão	4	3%
Atividade predominante	n	%
Assistência	132	90%
Administração	15	10%
Número pacientes*	n	%
Nenhum	2	1%
01 a 05	20	14%
06 a 10	46	31%
11 a 15	17	12%
16 a 20	19	13%
21 a 25	10	7%
26 a 30	10	7%
mais de 30	10	7%
não se aplica	13	9%
Tempo de experiência**		
(em anos)		
Variação	0-21	
Média (DP)	8,1 (6,0)	
Faixas de tempo de experiência**	n	%
(em anos)		
Até 02	26	17,7%
De 02 a 04	20	13,6%
De 04 a 06	13	8,8%
De 06 a 08	18	12,2%
De 08 a 10	14	9,5%
De 10 a 21	56	38,2%
Turno de trabalho	n	%
Manhã	63	43%
Tarde	43	29%
Noite	41	28%

*Número de pacientes sob a responsabilidade do respondente no plantão anterior ao do preenchimento do questionário.

**Tempo de experiência com pacientes semelhantes aos que cuida atualmente no HU-USP.

Tabela 3. Caracterização dos enfermeiros respondentes quanto à seção de trabalho. São Paulo, 2003. (continuação)

Variável		
Seção HU	n	%
Alojamento Conjunto	11	7%
Ambulatório	8	5%
Berçário	12	8%
Centro Cirúrgico	9	6%
Clínica Cirúrgica	14	10%
Clínica Médica	12	8%
Centro Obstétrico	14	10%
Diálise	2	1%
Endoscopia	2	1%
Hospital Dia	2	1%
Pediatria	11	7%
PSAdulto	14	10%
PSInfantil	8	5%
UBAS	2	1%
UTI Adulto	20	14%
UTI Pediátrica	6	4%
Total	147	100%

Em sua maioria, os respondentes eram do sexo feminino (97%), com idade que variou de 22 a 39 anos (67,3%), concluiu o bacharelado há mais de 05 anos (72,1%) e realizou cursos de pós graduação (71% especialização).

Os participantes eram enfermeiros assistenciais (atividade predominante assistencial= 90%), pertenciam a diversas seções clínicas do HU-USP (58% com atendimento predominante a adultos, 42% com atendimento na área materno-infantil), trabalhavam em diversos horários, eram responsáveis por 01 a 20 pacientes (70% dos respondentes), e possuíam experiência clínica com pacientes semelhantes aos que cuidam atualmente há mais de 05 anos (59,9%).

Todos os respondentes referiram contato com os diagnósticos de enfermagem da NANDA, especialmente através de leituras e participação do treinamento do HU (média de contato= 3,2 e 3,3, respectivamente). Quanto a estudos durante a

graduação, aulas após a graduação, participação em eventos, utilização na prática e realização de pesquisas, as médias foram menores (variação de 1,4 a 2,7), demonstrando que, nessas situações, o contato com os diagnósticos de enfermagem foi menos intenso.

A análise das variáveis pelas porcentagens e médias destacou tratar-se de um grupo predominantemente de enfermeiras assistenciais, com mais de 05 anos de experiência clínica na área em que atuam, que tiveram contato com os diagnósticos de enfermagem da NANDA principalmente no treinamento do HU e na realização de leituras sobre o tema, ainda com pouca prática na utilização diária desse sistema de classificação diagnóstica.

Essa situação de “iniciantes” na utilização da Taxonomia da NANDA possibilitou-nos registrar o início do processo de implementação desse sistema no HU-USP e dispor de dados para realizar comparações em períodos futuros.

Os dados de caracterização demonstram ainda que a amostra foi composta por enfermeiros de diferentes níveis de formação, diferentes experiências clínicas e condições de trabalho (como horário, número de pacientes, atividade predominante), já que se objetivou conhecer as respostas de todos os enfermeiros que participam do processo de implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA no HU-USP.

4.2. Estimativas dos respondentes quanto às frequências dos diagnósticos nas diversas clínicas do HU-USP.

Considerando que a pergunta do questionário vinculava a resposta sobre a frequência do diagnóstico à experiência atual do participante, e que, portanto, as estimativas sobre as frequências dos diagnósticos de enfermagem estariam relacionadas a características das clientela atendidas nas diversas seções, optou-se por apresentar esses resultados em duas categorias: 1) respostas dos enfermeiros de seções que atendem predominantemente adultos; 2) respostas dos enfermeiros de seções pertencentes à Divisão Materno-Infantil.

A partir das respostas das enfermeiras desses tipos de seções, foram computados escores médios de frequências, assim como o desvio padrão e a mediana para cada diagnóstico; essas informações geraram uma tabela que se encontra no Anexo I deste trabalho. Como o total de variáveis era muito grande (155 diagnósticos), decidiu-se destacar somente os escores médios das frequências, visando facilitar a visualização dos achados. As possibilidades de respostas para cada enfermeira variavam de 1 a 5, onde 1 correspondia à nenhuma frequência, 2 à baixa frequência, 3 à média frequência, 4 à alta frequência e 5 à frequência muito alta.

Na Tabela 4, estão apresentados os escores médios em três grupos: escores médios menores ou iguais a dois, indicando baixa frequência, escores médios entre dois e três, sugestivos de média frequência, e escores médios iguais ou maiores que três, indicadores de alta frequência do diagnóstico entre as enfermeiras de cada tipo de seção.

Tabela 4. Escores médios de freqüência dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções¹ do HU-USP. São Paulo, 2003.

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
Domínio 1 - Promoção da saúde			
COMPORTAMENTO DE BUSCA DE SAÚDE (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> ■		
CONTROLE COMUNITÁRIO INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO	■	<input type="checkbox"/>	
CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO	■	<input type="checkbox"/>	
CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO	■	<input type="checkbox"/>	
CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO		<input type="checkbox"/> ■	
MANUTENÇÃO DO LAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE		■	<input type="checkbox"/>
Domínio 2 - Nutrição			
DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	■	<input type="checkbox"/>	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		<input type="checkbox"/> ■	
PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL	<input type="checkbox"/>		■
RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DESEQUILIBRADO		■	<input type="checkbox"/>
VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE		<input type="checkbox"/> ■	
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO		■	<input type="checkbox"/>
Domínio 3 - Eliminação			
CONSTIPAÇÃO			<input type="checkbox"/> ■
CONSTIPAÇÃO PERCEBIDA	■	<input type="checkbox"/>	
DIARRÉIA			<input type="checkbox"/> ■
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA		■	<input type="checkbox"/>
INCONTINÊNCIA INTESTINAL	■	<input type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IMPULSO	■	<input type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL	■	<input type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR PRESSÃO	<input type="checkbox"/> ■		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA REFLEXA	■	<input type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA TOTAL	■		<input type="checkbox"/>
RETENÇÃO URINÁRIA	■	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA CONSTIPAÇÃO		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IMPULSO	■	<input type="checkbox"/>	
TROCA DE GASES PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 4 - Atividade/ repouso			
ANDAR PREJUDICADO	■		<input type="checkbox"/>

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos

■ seções da Divisão Materno-Infantil.

Tabela 4. Escores médios de frequência dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP. São Paulo, 2003. (continuação)

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
ATIVIDADES DE RECREAÇÃO DEFICIENTES	■	□	
CAMPO DE ENERGIA PERTURBADO	□	■	
CAPACIDADE DE TRANSFERÊNCIA PREJUDICADA	■	□	
DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	■		□
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO		■	□
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE		■	□
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA		■	□
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA VESTIR-SE/ARRUMAR-SE		■	□
FADIGA		□	■
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	■		□
MOBILIDADE COM CADEIRA DE RODAS PREJUDICADA	■	□	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA		■	□
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		■	□
PADRÃO DE SONO PERTURBADO		■	□
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			□
PERAMBULAÇÃO	□	■	■
PERFUÇÃO TISSULAR INEFICAZ (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)		■	□
PRIVAÇÃO DE SONO		□	■
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA	■	□	
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	■	□	
RISCO PARA INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE	■	□	
RISCO PARA SÍNDROME DO DESUSO	■	□	
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		□	■
Domínio 5 - Percepção/ cognição			
COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	■		□
CONFUSÃO AGUDA	■		□
CONFUSÃO CRÔNICA	■		□
CONHECIMENTO DEFICIENTE (ESPECIFICAR)		□	■
MEMÓRIA PREJUDICADA	■		□
NEGLIGÊNCIA UNILATERAL	□	■	
PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (ESPECIFICAR: VISUAL, AUDITIVA, CINESTÉSICA, GUSTATIVA, TÁTIL, OLFATIVA)		□	■
PROCESSOS DO PENSAMENTO PERTURBADOS	■	□	
SÍNDROME DA INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL PREJUDICADA	□	■	
Domínio 6 - Autopercepção			
BAIXA AUTO-ESTIMA CRÔNICA	□	■	
BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL	■	□	
DESESPERANÇA	■	□	

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
- seções da Divisão Materno-Infantil.

Tabela 4. Escores médios de frequência dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP. São Paulo, 2003. (continuação)

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
IDENTIDADE PESSOAL PERTURBADA	<input type="checkbox"/> ■		
IMAGEM CORPORAL PERTURBADA	<input type="checkbox"/> ■		
IMPOTÊNCIA	■	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL	■	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA IMPOTÊNCIA	■	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA SOLIDÃO	■	<input type="checkbox"/>	
Domínio 7 - Relacionamentos de papel			
AMAMENTAÇÃO EFICAZ	<input type="checkbox"/>		■
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ	<input type="checkbox"/>		■
AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA	<input type="checkbox"/>		■
CONFLITO NO DESEMPENHO DE PAPEL DE PAI/MÃE	<input type="checkbox"/>	■	
DESEMPENHO DE PAPEL INEFICAZ	■	<input type="checkbox"/>	
INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>		■
PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS: ALCOOLISMO		<input type="checkbox"/> ■	
PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>		■
RISCO PARA TENSÃO DEVIDA AO PAPEL DE CUIDADOR		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA VÍNCULO PAIS/FILHOS PREJUDICADO	<input type="checkbox"/>		■
TENSÃO DEVIDA AO PAPEL DE CUIDADOR		<input type="checkbox"/> ■	
Domínio 8 – Sexualidade			
DISFUNÇÃO SEXUAL	<input type="checkbox"/> ■		
DISFUNÇÃO SEXUAL	<input type="checkbox"/> ■		
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES	<input type="checkbox"/> ■		
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES	<input type="checkbox"/> ■		
Domínio 9 - Enfrentamento/ tolerância ao estresse			
ADAPTAÇÃO PREJUDICADA	■	<input type="checkbox"/>	
ANSIEDADE		■	<input type="checkbox"/>
ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE	■	<input type="checkbox"/>	
CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/> ■		
COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO	<input type="checkbox"/> ■		
DISPOSIÇÃO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL ORGANIZADO AUMENTADO	<input type="checkbox"/> ■		
DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO AUMENTADO	<input type="checkbox"/> ■		
DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR AUMENTADO	<input type="checkbox"/> ■		
DISREFLEXIA AUTONÔMICA	<input type="checkbox"/> ■		
ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ■		
ENFRENTAMENTO DEFENSIVO	<input type="checkbox"/> ■		

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
- seções da Divisão Materno-Infantil.

Tabela 4. Escores médios de freqüência dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP. São Paulo, 2003. (continuação)

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
ENFRENTAMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	■	□	
ENFRENTAMENTO FAMILIAR INCAPACITADO		□	■
ENFRENTAMENTO INEFICAZ	■	□	
MEDO		■	□
NEGAÇÃO INEFICAZ	■	□	
RISCO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO	□		■
RISCO PARA DISREFLEXIA AUTONÔMICA	□	■	
RISCO PARA SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA		■	
RISCO PARA SÍNDROME PÓS-TRAUMA	□	■	
SENTIMENTO DE PESAR ANTECIPADO	□	■	
SENTIMENTO DE PESAR DISFUNCIONAL	□	■	
SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA		□	■
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO	□	■	
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO REAÇÃO COMPOSTA	□	■	
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO REAÇÃO SILENCIOSA	□	■	
SÍNDROME PÓS-TRAUMA	□	■	
TRISTEZA CRÔNICA		■	
Domínio 10 - Princípios de vida			
ANGÚSTIA ESPIRITUAL	□	■	
CONFLITO DE DECISÃO (ESPECIFICAR)		■	
DESOBEDIÊNCIA (ESPECIFICAR)		■	
DISPOSIÇÃO PARA BEM-ESTAR ESPIRITUAL AUMENTADO	□	■	
RISCO PARA ANGÚSTIA ESPIRITUAL		■	
Domínio 11 - Segurança/ proteção			
AUTOMUTILAÇÃO	□	■	
DENTIÇÃO PREJUDICADA			■
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS			■
HIPERTERMIA			■
HIPOTERMIA		□	■
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			■
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA			■
MEMBRANA MUCOSA ORAL PREJUDICADA		□	■
PROTEÇÃO INEFICAZ		■	
RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX	□	■	
RISCO PARA ASPIRAÇÃO			■
RISCO PARA AUTOMUTILAÇÃO	□	■	
RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA		■	
RISCO PARA ENVENENAMENTO	□	■	

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

□ seções com predomínio de atendimento a adultos:

■ seções da Divisão Materno-Infantil.

Tabela 4. Escores médios de freqüência dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP. São Paulo, 2003. (continuação)

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
RISCO PARA INFECÇÃO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA LESÃO		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA LESÃO PERIOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO	■	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA QUEDAS		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA SUFOCAÇÃO	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA SUICÍDIO	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESEQUILIBRADA		<input type="checkbox"/>	■
RISCO PARA TRAUMA		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO	<input type="checkbox"/> ■		
TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ	<input type="checkbox"/>		■
Domínio 12 - Conforto			
DOR AGUDA			<input type="checkbox"/> ■
DOR CRÔNICA	■		<input type="checkbox"/>
ISOLAMENTO SOCIAL	■	<input type="checkbox"/>	
NÁUSEA			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 13 - Crescimento/ desenvolvimento			
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO RETARDADOS	<input type="checkbox"/> ■		
FALHA DO ADULTO EM MELHORAR	■	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA CRESCIMENTO DESPROPORCIONAL	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA DESENVOLVIMENTO RETARDADO	<input type="checkbox"/> ■		

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Diálise, Endoscopia, Hospital Dia, PS Adulto, UBAS, UTI Adulto.

■ seções da Divisão Materno-Infantil: Alojamento Conjunto, Berçário, Centro Obstétrico, Pediatria, PS Infantil, UTI Pediátrica.

Por meio desse recorte, notou-se que a maioria dos diagnósticos considerados muito freqüentes (escores ≥ 3) na experiência clínica das enfermeiras das seções de adultos foi diferente dos diagnósticos estimados mais freqüentes pelas enfermeiras da Divisão Materno Infantil, exceto no Domínio 3-Eliminação (diagnósticos constipação, diarréia, troca de gases prejudicada), Domínio 4 – Atividade/ Repouso (diagnóstico padrão respiratório ineficaz) e Domínio 11- Segurança e Proteção (diagnósticos desobstrução ineficaz de vias aéreas, hipertermia, integridade da pele prejudicada, integridade tissular prejudicada, risco para aspiração, risco para infecção, risco para integridade da pele prejudicada) e Domínio 12- Conforto (diagnósticos dor aguda e náusea), considerados muito freqüentes nos dois tipos de seções.

Entre os enfermeiros das seções de adultos, 41 diagnósticos foram considerados mais freqüentes (com escores médios iguais ou superiores a três, o que corresponde às respostas “média” e “alta freqüência”). Já nas seções da Divisão Materno-Infantil apontou-se 22 diagnósticos mais freqüentes, portanto um número menor de diagnósticos em relação às seções de adultos.

Considerando a totalidade das enfermeiras, foram apontados 49 diagnósticos de enfermagem como mais freqüentes no HU-USP (31,6% dos diagnósticos da classificação da NANDA), portanto alguns diagnósticos foram considerados mais freqüentes em apenas um dos tipos de seções.

Excetuando-se os diagnósticos manutenção ineficaz da saúde (Domínio 1- Promoção da saúde), ansiedade e medo (Domínio 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse), os demais diagnósticos considerados mais freqüentes abrangem os

Domínios 2- Nutrição, 3-Eliminação, 4-Atividade/ repouso, 5- Percepção/ cognição, 7- Relacionamento de papéis, 11- Segurança e Proteção, 12- Conforto.

Nas unidades de adultos, os Domínios com maior proporção de diagnósticos com escores médios de frequência ≥ 3 foram: 4-Atividade/ repouso, 5-Percepção/ cognição, 11- Segurança e Proteção, 12- Conforto. Nas unidades da Divisão Materno Infantil, destacou-se apenas o Domínio 7- Relacionamento de papéis.

Os diagnósticos considerados menos frequentes (com escores médios iguais ou menores que 2) pertenciam a todos os domínios da Taxonomia, tanto nas seções de adultos, quanto nas seções da Divisão Materno-Infantil excetuando-se o domínio 12-Conforto, cujos diagnósticos foram considerados com frequências média e alta nas seções de adultos.

4.3. Estimativas dos respondentes quanto ao grau de dificuldade para formular os diagnósticos de enfermagem.

Considerando que o grau de dificuldade para formular os diagnósticos pode estar associado a características específicas dos pacientes atendidos nas diversas seções, optou-se por apresentar esses resultados agregando as respostas segundo duas grandes áreas de atuação: 1) respostas dos enfermeiros de seções que atendem predominantemente adultos; 2) respostas dos enfermeiros de seções pertencentes à Divisão Materno-Infantil.

A partir das respostas das enfermeiras desses tipos de seções, foram computados escores médios de dificuldade, assim como o desvio padrão e a mediana para cada diagnóstico. Essas informações geraram uma tabela, que se encontra no Anexo J deste trabalho.

Como o total de variáveis era muito grande (155 diagnósticos), decidiu-se destacar somente os escores médios, com o objetivo de auxiliar o reconhecimento dos dados mais relevantes.

As possibilidades de respostas para cada enfermeira variavam de 1 a 5, onde 1 correspondia a nenhuma dificuldade, 2 a pequena dificuldade, 3 a média dificuldade, 4 a grande dificuldade e 5 a dificuldade muito grande. Na Tabela 5 estão apresentados os escores médios em três grupos: escores médios menores ou iguais a 2, indicando baixa dificuldade, escores médios entre 2 e 3, sugestivos de média dificuldade, e escores iguais ou maiores que 3, indicadores de grande dificuldade para formulação do diagnóstico entre as enfermeiras de cada tipo de seção.

Tabela 5. Escores médios de dificuldade para formulação dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003.

<u>Domínio / Título diagnóstico</u>	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
Domínio 1 - Promoção da saúde			
COMPORTAMENTO DE BUSCA DE SAÚDE (ESPECIFICAR)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE COMUNITÁRIO INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
MANUTENÇÃO DO LAR PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Domínio 2 - Nutrição			
DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DESEQUILIBRADO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Domínio 3 - Eliminação			
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
CONSTIPAÇÃO PERCEBIDA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
INCONTINÊNCIA INTESTINAL	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IMPULSO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR PRESSÃO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA REFLEXA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA TOTAL	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IMPULSO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
TROCA DE GASES PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
 seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 5. Escores médios de dificuldade para formulação dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

<u>Domínio / Título diagnóstico</u>	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
Domínio 4 - Atividade/ repouso			
ANDAR PREJUDICADO	<input type="checkbox"/> ■		
ATIVIDADES DE RECREAÇÃO DEFICIENTES		<input type="checkbox"/> ■	
CAMPO DE ENERGIA PERTURBADO			<input type="checkbox"/> ■
CAPACIDADE DE TRANSFERÊNCIA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO		<input type="checkbox"/> ■	
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> ■		
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE	<input type="checkbox"/> ■		
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA	<input type="checkbox"/> ■		
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA VESTIR-SE/ARRUMAR-SE	<input type="checkbox"/> ■		
FADIGA		<input type="checkbox"/> ■	
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE		<input type="checkbox"/> ■	
MOBILIDADE COM CADEIRA DE RODAS PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>	■	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
PADRÃO DE SONO PERTURBADO	<input type="checkbox"/>	■	
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ■		
PERAMBULAÇÃO		<input type="checkbox"/>	■
PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)		<input type="checkbox"/> ■	
PRIVAÇÃO DE SONO	<input type="checkbox"/> ■		
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA		<input type="checkbox"/> ■	
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		<input type="checkbox"/>	■
RISCO PARA INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE		<input type="checkbox"/>	■
RISCO PARA SÍNDROME DO DESUSO		<input type="checkbox"/>	■
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
Domínio 5 - Percepção/ cognição			
COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
CONFUSÃO AGUDA	<input type="checkbox"/>	■	
CONFUSÃO CRÔNICA		<input type="checkbox"/> ■	
CONHECIMENTO DEFICIENTE (ESPECIFICAR)		<input type="checkbox"/> ■	
MEMÓRIA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
NEGLIGÊNCIA UNILATERAL			<input type="checkbox"/> ■
PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (ESPECIFICAR: VISUAL, AUDITIVA, CINESTÉSICA, GUSTATIVA, TÁTIL, OLFATIVA)		<input type="checkbox"/> ■	
PROCESSOS DO PENSAMENTO PERTURBADOS			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DA INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
- seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 5. Escores médios de dificuldade para formulação dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	$> 2 \text{ e } < 3$	≥ 3
Domínio 6 - Auto percepção			
BAIXA AUTO-ESTIMA CRÔNICA			<input type="checkbox"/> ■
BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL			<input type="checkbox"/> ■
DESESPERANÇA	<input type="checkbox"/>		■
IDENTIDADE PESSOAL PERTURBADA			<input type="checkbox"/> ■
IMAGEM CORPORAL PERTURBADA			<input type="checkbox"/> ■
IMPOTÊNCIA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL	<input type="checkbox"/>		■
RISCO PARA IMPOTÊNCIA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA SOLIDÃO			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 7 - Relacionamentos de papel			
AMAMENTAÇÃO EFICAZ	■	<input type="checkbox"/>	
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ	■	<input type="checkbox"/>	
AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA	■	<input type="checkbox"/>	
CONFLITO NO DESEMPENHO DE PAPEL DE PAI/MÃE		■	<input type="checkbox"/>
DESEMPENHO DE PAPEL INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>		■
PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA		■	<input type="checkbox"/>
PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS: ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/>	■	
PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA TENSÃO DEVIDA AO PAPEL DE CUIDADOR	<input type="checkbox"/>	■	
RISCO PARA VÍNCULO PAIS/FILHOS PREJUDICADO		■	<input type="checkbox"/>
TENSÃO DEVIDA AO PAPEL DE CUIDADOR	<input type="checkbox"/>	■	
Domínio 8 - Sexualidade			
DISFUNÇÃO SEXUAL			<input type="checkbox"/> ■
DISFUNÇÃO SEXUAL			<input type="checkbox"/> ■
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES			<input type="checkbox"/> ■
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES	<input type="checkbox"/>		■
Domínio 9 - Enfrentamento/ tolerância ao estresse			
ADAPTAÇÃO PREJUDICADA		<input type="checkbox"/>	■
ANSIEDADE	<input type="checkbox"/>	■	
ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE	<input type="checkbox"/>	■	
CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA			<input type="checkbox"/> ■
COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO			<input type="checkbox"/> ■

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
- seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 5. Escores médios de dificuldade para formulação dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

<u>Domínio / Título diagnóstico</u>	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
DISPOSIÇÃO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL ORGANIZADO AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
DISREFLEXIA AUTONÔMICA			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO DEFENSIVO			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO FAMILIAR INCAPACITADO			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
MEDO	<input type="checkbox"/>	■	
NEGAÇÃO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA DISREFLEXIA AUTONÔMICA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA SÍNDROME PÓS-TRAUMA			<input type="checkbox"/> ■
SENTIMENTO DE PESAR ANTECIPADO			<input type="checkbox"/> ■
SENTIMENTO DE PESAR DISFUNCIONAL			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO	<input type="checkbox"/>	■	
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO REAÇÃO COMPOSTA			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO REAÇÃO SILENCIOSA			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME PÓS-TRAUMA			<input type="checkbox"/> ■
TRISTEZA CRÔNICA	<input type="checkbox"/>		■
Domínio 10 - Princípios de vida			
ANGÚSTIA ESPIRITUAL			<input type="checkbox"/> ■
CONFLITO DE DECISÃO (ESPECIFICAR)			<input type="checkbox"/> ■
DESOBEDIÊNCIA (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>		■
DISPOSIÇÃO PARA BEM-ESTAR ESPIRITUAL AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA ANGÚSTIA ESPIRITUAL			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 11 - Segurança/ proteção			
AUTOMUTILAÇÃO			<input type="checkbox"/> ■
DENTIÇÃO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>	■	
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	<input type="checkbox"/>	■	
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/>	■	
HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/>	■	

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos

■ seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 5. Escores médios de dificuldade para formulação dos diagnósticos de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

<u>Domínio / Título diagnóstico</u>	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
MEMBRANA MUCOSA ORAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
PROTEÇÃO INEFICAZ		<input type="checkbox"/>	■
RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA AUTOMUTILAÇÃO		<input type="checkbox"/>	■
RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA ENVENENAMENTO		<input type="checkbox"/>	■
RISCO PARA INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA LESÃO		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA LESÃO PERIOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA QUEDAS	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA SUFOCAÇÃO		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA SUICÍDIO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESEQUILIBRADA	<input type="checkbox"/> ■		
RISCO PARA TRAUMA		<input type="checkbox"/> ■	
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO			<input type="checkbox"/> ■
TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ■		
Domínio 12 - Conforto			
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> ■		
DOR CRÔNICA	<input type="checkbox"/>	■	
ISOLAMENTO SOCIAL			<input type="checkbox"/> ■
NÁUSEA	<input type="checkbox"/> ■		
Domínio 13 - Crescimento/ desenvolvimento			
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO RETARDADOS		■	<input type="checkbox"/>
FALHA DO ADULTO EM MELHORAR			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA CRESCIMENTO DESPROPORCIONAL			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA DESENVOLVIMENTO RETARDADO			<input type="checkbox"/> ■

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Diálise, Endoscopia, Hospital Dia, PS Adulto, UBAS, UTI Adulto.

■ seções da Divisão Materno-Infantil: Alojamento Conjunto, Berçário, Centro Obstétrico, Pediatria, PS Infantil, UTI Pediátrica.

Foram apontados 59 diagnósticos como mais difíceis de serem formulados (escores ≥ 3) nas seções de adultos. Já nas seções da Divisão Materno-Infantil, foram considerados mais difíceis de serem formulados 67 diagnósticos (escores ≥ 3).

A maioria dos diagnósticos dos Domínios 1- Promoção da Saúde, 6- Autopercepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9- Enfrentamento/tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida e 13- Crescimento/desenvolvimento foram avaliados como mais difíceis de serem formulados (escores médios ≥ 3).

Todos os diagnósticos dos Domínios 2-Nutrição e 3- Eliminação, e a maioria dos diagnósticos dos Domínios 4- Atividade/ Repouso, 5- Percepção e cognição, 11- Segurança/proteção e 12- Conforto receberam avaliações foram avaliados como menos difíceis de serem formulados (escores médios inferiores a 3).

Tendo em vista que a Taxonomia II da NANDA é composta de 155 diagnósticos, observou-se um número elevado de diagnósticos considerados difíceis de serem formulados (59 a 67 diagnósticos, cerca de 40% dos diagnósticos da Taxonomia).

Notou-se um predomínio de dificuldade para os diagnósticos relativos à sexualidade, respostas emocionais, crenças e valores e questões sociais relacionadas ao processo saúde-doença.

Os diagnósticos do Domínio 13- Crescimento/ desenvolvimento foram considerados difíceis de serem formulados pelas enfermeiras que trabalham com adultos e pelas enfermeiras da Divisão Materno-Infantil.

4.4. Estimativas dos respondentes quanto ao grau de dificuldade para propor intervenções de enfermagem

Considerando que o grau de dificuldade das enfermeiras para propor intervenções pode estar associado a características dos pacientes atendidos nas diversas seções, optou-se por apresentar esses resultados segundo duas categorias da área de atuação: 1) respostas dos enfermeiros de seções que atendem predominantemente adultos; 2) respostas dos enfermeiros de seções pertencentes à Divisão Materno-Infantil.

As possibilidades de respostas para cada enfermeira variavam de 1 a 5, onde 1 correspondia a nenhuma dificuldade, 2 a pequena dificuldade, 3 a média dificuldade, 4 a grande dificuldade e 5 a dificuldade muito grande.

A partir das respostas das enfermeiras desses tipos de seções, foram computados escores médios de dificuldade, assim como o desvio padrão e a mediana para cada diagnóstico. Essas informações geraram uma tabela, a qual se encontra no Anexo K deste trabalho.

Como o total de variáveis era muito grande (155 diagnósticos), decidiu-se destacar somente os escores médios de dificuldade, visando ressaltar os resultados mais importantes. Na Tabela 6 os escores médios estão dispostos em três grupos: escores menores ou iguais a 2, indicando baixa dificuldade, escores entre 2 e 3, sugestivos de média dificuldade, e escores iguais ou maiores que 3, os quais referiram-se a diagnósticos que geravam grande dificuldade no momento da proposição de intervenções de enfermagem.

Tabela 6. Escores médios de dificuldade para proposição de intervenções de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003.

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
Domínio 1 - Promoção da saúde			
COMPORTAMENTO DE BUSCA DE SAÚDE (ESPECIFICAR)			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE COMUNITÁRIO INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
MANUTENÇÃO DO LAR PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio 2 - Nutrição			
DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDOS DESEQUILIBRADO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Domínio 3 - Eliminação			
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
CONSTIPAÇÃO PERCEBIDA		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA INTESTINAL		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IMPULSO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA FUNCIONAL		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR PRESSÃO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
INCONTINÊNCIA URINÁRIA REFLEXA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
INCONTINÊNCIA URINÁRIA TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
RETENÇÃO URINÁRIA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE IMPULSO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROCA DE GASES PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Domínio 4 - Atividade/ repouso			
ANDAR PREJUDICADO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
ATIVIDADES DE RECREAÇÃO DEFICIENTES		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos

seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 6. Escores médios de dificuldade para proposição de intervenções de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
CAMPO DE ENERGIA PERTURBADO			<input type="checkbox"/> ■
CAPACIDADE DE TRANSFERÊNCIA PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	<input type="checkbox"/>
DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO		■	<input type="checkbox"/>
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> ■		
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE	<input type="checkbox"/> ■		
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA VESTIR-SE/ARRUMAR-SE	<input type="checkbox"/> ■		
FADIGA		<input type="checkbox"/> ■	
INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE		<input type="checkbox"/> ■	■
MOBILIDADE COM CADEIRA DE RODAS PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		■	
PADRÃO DE SONO PERTURBADO		<input type="checkbox"/>	■
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ■		
PERAMBULAÇÃO			<input type="checkbox"/> ■
PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ (especificar tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)		<input type="checkbox"/> ■	
PRIVAÇÃO DE SONO	■	<input type="checkbox"/>	
RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA		<input type="checkbox"/> ■	
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE		■	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA SÍNDROME DO DESUSO		■	<input type="checkbox"/>
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	■	<input type="checkbox"/>	
Domínio 5 - Percepção/ cognição			
COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
CONFUSÃO AGUDA		<input type="checkbox"/>	■
CONFUSÃO CRÔNICA		<input type="checkbox"/>	■
CONHECIMENTO DEFICIENTE (ESPECIFICAR)			<input type="checkbox"/> ■
MEMÓRIA PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
NEGLIGÊNCIA UNILATERAL			<input type="checkbox"/> ■
PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (ESPECIFICAR: VISUAL, AUDITIVA, CINESTÉSICA, GUSTATIVA, TÁTIL, OLFATIVA)		<input type="checkbox"/>	■
PROCESSOS DO PENSAMENTO PERTURBADOS			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DA INTERPRETAÇÃO AMBIENTAL PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 6 - Autopercepção			
BAIXA AUTO-ESTIMA CRÔNICA			<input type="checkbox"/> ■

¹ Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
- seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 6. Escores médios de dificuldade para proposição de intervenções de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL			<input type="checkbox"/> ■
DESPERANÇA			<input type="checkbox"/> ■
IDENTIDADE PESSOAL PERTURBADA			<input type="checkbox"/> ■
IMAGEM CORPORAL PERTURBADA			<input type="checkbox"/> ■
IMPOTÊNCIA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA IMPOTÊNCIA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA SOLIDÃO			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 7 - Relacionamentos de papel			
AMAMENTAÇÃO EFICAZ	■	<input type="checkbox"/>	
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ		<input type="checkbox"/> ■	
AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA	■	<input type="checkbox"/>	
CONFLITO NO DESEMPENHO DE PAPEL DE PAI/MÃE			<input type="checkbox"/> ■
DESEMPENHO DE PAPEL INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS: ALCOOLISMO			<input type="checkbox"/> ■
PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA PATERNIDADE OU MATERNIDADE PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA TENSÃO DEVIDA AO PAPEL DE CUIDADOR			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA VÍNCULO PAIS/FILHOS PREJUDICADO			<input type="checkbox"/> ■
TENSÃO DEVIDA AO PAPEL DE CUIDADOR		■	<input type="checkbox"/>
Domínio 8 - Sexualidade			
DISFUNÇÃO SEXUAL			<input type="checkbox"/> ■
DISFUNÇÃO SEXUAL			<input type="checkbox"/> ■
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES			<input type="checkbox"/> ■
PADRÕES DE SEXUALIDADE INEFICAZES			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 9 - Enfrentamento/ tolerância ao estresse			
ADAPTAÇÃO PREJUDICADA			<input type="checkbox"/> ■
ANSIEDADE		<input type="checkbox"/> ■	
ANSIEDADE RELACIONADA À MORTE			<input type="checkbox"/> ■
CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA			<input type="checkbox"/> ■
COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO			<input type="checkbox"/> ■
DISPOSIÇÃO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL ORGANIZADO AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos

■ seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 6. Escores médios de dificuldade para proposição de intervenções de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
DISREFLEXIA AUTONÔMICA			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO DEFENSIVO			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO FAMILIAR INCAPACITADO			<input type="checkbox"/> ■
ENFRENTAMENTO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
MEDO		■	<input type="checkbox"/>
NEGAÇÃO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA DISREFLEXIA AUTONÔMICA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA SÍNDROME PÓS-TRAUMA			<input type="checkbox"/> ■
SENTIMENTO DE PESAR ANTECIPADO			<input type="checkbox"/> ■
SENTIMENTO DE PESAR DISFUNCIONAL			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO REAÇÃO COMPOSTA			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO REAÇÃO SILENCIOSA			<input type="checkbox"/> ■
SÍNDROME PÓS-TRAUMA			<input type="checkbox"/> ■
TRISTEZA CRÔNICA			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 10 - Princípios de vida			
ANGÚSTIA ESPIRITUAL			<input type="checkbox"/> ■
CONFLITO DE DECISÃO (ESPECIFICAR)			<input type="checkbox"/> ■
DESOBEDIÊNCIA (ESPECIFICAR)			<input type="checkbox"/> ■
DISPOSIÇÃO PARA BEM-ESTAR ESPIRITUAL AUMENTADO			<input type="checkbox"/> ■
RISCO PARA ANGÚSTIA ESPIRITUAL			<input type="checkbox"/> ■
Domínio 11 - Segurança/ proteção			
AUTOMUTILAÇÃO			<input type="checkbox"/> ■
DENTIÇÃO PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> ■	
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	<input type="checkbox"/> ■		
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ■		
HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/> ■		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■	■	
MEMBRANA MUCOSA ORAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ■		
PROTEÇÃO INEFICAZ			<input type="checkbox"/> ■

¹ Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

- seções com predomínio de atendimento a adultos
- seções da Divisão Materno-Infantil

Tabela 6. Escores médios de dificuldade para proposição de intervenções de enfermagem, segundo tipos de seções do HU-USP¹. São Paulo, 2003 (continuação).

Domínio / Título diagnóstico	Escores Médios		
	≤ 2	> 2 e < 3	≥ 3
RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA AUTOMUTILAÇÃO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA ENVENENAMENTO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA LESÃO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA LESÃO PERIOPERATÓRIA DE POSICIONAMENTO		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA QUEDAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RISCO PARA RESPOSTA ALÉRGICA AO LÁTEX		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA SUFOCAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISCO PARA SUICÍDIO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESEQUILIBRADA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
RISCO PARA TRAUMA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A SI MESMO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
TERMORREGULAÇÃO INEFICAZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Domínio 12 – Conforto			
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
DOR CRÔNICA		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
ISOLAMENTO SOCIAL			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
NÁUSEA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
Domínio 13 - Crescimento/ desenvolvimento			
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO RETARDADOS			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
FALHA DO ADULTO EM MELHORAR			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
RISCO PARA CRESCIMENTO DESPROPORCIONAL			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
RISCO PARA DESENVOLVIMENTO RETARDADO			<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

¹Os tipos de seções estão representados pelas seguintes legendas:

seções com predomínio de atendimento a adultos: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Diálise, Endoscopia, Hospital Dia, PS Adulto, UBAS, UTI Adulto.

seções da Divisão Materno-Infantil: Alojamento Conjunto, Berçário, Centro Obstétrico, Pediatria, PS Infantil, UTI Pediátrica.

Sobre os graus de dificuldade para proposição de intervenções, observou-se 90 diagnósticos com escores médios iguais ou superiores a 3- nas seções de adultos, e 82 diagnósticos nas seções da Divisão Materno-Infantil, presentes em todos os Domínios da Taxonomia II da NANDA. Já sobre os diagnósticos estimados com menores graus de dificuldade para propor intervenções, foram 25 nas seções de adultos e 30 na Divisão Materno Infantil, mais concentrados nos Domínios 2- Nutrição, 3- Eliminação, 4- Atividade/ repouso e 11- Segurança e Proteção.

Os diagnósticos com maiores graus de dificuldade para intervenção estão principalmente nos Domínios 1-Promoção da saúde, 5- Percepção/cognição, 6- Autopercepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida, 13-Crescimento/ desenvolvimento.

Os diagnósticos com menores graus de dificuldade para intervenção (escores médios inferiores a 3) estão concentrados nos Domínios 2- Nutrição, 3- Eliminação, 4- Atividade/repouso e 11- Segurança e Proteção, 12- Conforto.

4.5. Estimativas dos respondentes segundo os domínios da Taxonomia II da NANDA

As respostas do total de respondentes para as três variáveis principais foram agrupadas segundo os domínios da Taxonomia II da NANDA nas Tabelas 4, 5 e 6. Em virtude do grande número de informações, decidiu-se destacar somente o número de diagnósticos para os diferentes domínios por meio da Tabela 7.

Notam-se as seguintes estimativas:

- quanto à frequência, a maioria dos diagnósticos obteve escores médios ≤ 2 , destacando-se os diagnósticos dos Domínios 8-Sexualidade, 9-Enfrentamento/Tolerância ao estresse e 13- Crescimento e Desenvolvimento; a maioria dos diagnósticos do Domínio 12-Conforto foram considerados como muito frequentes (escores médios ≥ 3);
- quanto à dificuldade para formular diagnósticos – observaram-se escores médios ≤ 2 nos Domínios 3-Eliminação e 12-Conforto e escores médios ≥ 3 nos Domínios 6-Auto percepção, 8-Sexualidade, 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida, 13-Crescimento e desenvolvimento;
- quanto à dificuldade para propor intervenções – escores médios ≤ 2 para os diagnósticos do Domínio 12-Conforto e escores médios ≥ 3 para os diagnósticos dos Domínios 5- Percepção/ cognição, 6-Auto percepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida e 13-Crescimento e desenvolvimento.

Tabela 7. Número e porcentagem dos diagnósticos, segundo faixas de escores médios e Domínios da Taxonomia II da NANDA, frequência diagnóstica, dificuldade para formular diagnósticos, dificuldade para propor intervenções e tipos de seções do HU-USP. São Paulo, 2003.

Domínio NANDA	Freq ¹						Diag ²						Int ³											
	≤2	%	>2 <3	%	≥3	%	Total	%	≤2	%	>2 <3	%	≥3	%	Total	%	≤2	%	>2 <3	%	≥3	%	Total	%
1. Promoção da Saúde (7)																								
Seções adultos	2	28,6%	4	57,1%	1	14,3%	7	100%	0	0,0%	5	71,4%	2	28,6%	7	100%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%	7	100%
Seções Mat-Inf	5	71,4%	2	28,6%	0	0,0%	7	100%	0	0,0%	3	42,9%	4	57,1%	7	100%	0	0,0%	3	42,9%	4	57,1%	7	100%
2. Nutrição (9)																								
Seções adultos	1	11,1%	6	66,7%	2	22,2%	9	100%	4	44,4%	5	55,6%	0	0,0%	9	100%	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%	9	100%
Seções Mat-Inf	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%	9	100%	5	55,6%	4	44,4%	0	0,0%	9	100%	1	11,1%	8	88,9%	0	0,0%	9	100%
3. Eliminação (14)																								
Seções adultos	1	7,1%	7	50,0%	6	42,9%	14	100%	9	64,3%	5	35,7%	0	0,0%	14	100%	5	35,7%	7	50,0%	2	14,3%	14	100%
Seções Mat-Inf	9	64,3%	2	14,3%	3	21,4%	14	100%	11	78,6%	3	21,4%	0	0,0%	14	100%	4	28,6%	9	64,3%	1	7,1%	14	100%
4. Atividade/ repouso (24)																								
Seções adultos	2	8,3%	10	41,7%	12	50,0%	24	100%	12	50,0%	11	45,8%	1	4,2%	24	100%	7	29,2%	10	41,7%	6	25,0%	24	100%
Seções Mat-Inf	12	50,0%	11	45,8%	1	4,2%	24	100%	11	45,8%	8	33,3%	5	20,8%	24	100%	10	41,7%	9	37,5%	5	20,8%	24	100%
5. Percepção/ cognição (9)																								
Seções adultos	2	22,2%	3	33,3%	4	44,4%	9	100%	2	22,2%	4	44,4%	3	33,3%	9	100%	0	0,0%	4	44,4%	5	55,6%	9	100%
Seções Mat-Inf	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%	9	100%	1	11,1%	5	55,6%	3	33,3%	9	100%	0	0,0%	1	11,1%	8	88,9%	9	100%
6. Autopercepção (9)																								
Seções adultos	3	33,3%	6	66,7%	0	0,0%	9	100%	0	0,0%	2	22,2%	7	77,8%	9	100%	0	0,0%	0	0,0%	9	100,0%	9	100%
Seções Mat-Inf	9	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	100%	0	0,0%	0	0,0%	9	100,0%	9	100%	0	0,0%	0	0,0%	9	100,0%	9	100%
7. Relacionamentos de papel (13)																								
Seções adultos	7	53,8%	6	46,2%	0	0,0%	13	100%	0	0,0%	7	53,8%	6	46,2%	13	100%	0	0,0%	3	23,1%	10	76,9%	13	100%
Seções Mat-Inf	1	7,7%	6	46,2%	6	46,2%	13	100%	3	23,1%	8	61,5%	2	15,4%	13	100%	2	15,4%	2	15,4%	9	69,2%	13	100%
8. Sexualidade (4)																								
Seções adultos	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100%	0	0,0%	1	25,0%	3	75,0%	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100%
Seções Mat-Inf	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100%
9. Enfrent/ tolerância ao estresse (28)																								
Seções adultos	17	60,7%	9	32,1%	2	7,1%	28	100%	1	3,6%	5	17,9%	22	78,6%	28	100%	0	0,0%	1	3,6%	27	96,4%	28	100%
Seções Mat-Inf	23	82,1%	5	17,9%	0	0,0%	28	100%	0	0,0%	5	17,9%	23	82,1%	28	100%	0	0,0%	2	7,1%	26	92,9%	28	100%

Tabela 7. Número e porcentagem dos diagnósticos, segundo faixas de escores médios e Domínios da Taxonomia II da NANDA, frequência diagnóstica, dificuldade para formular diagnósticos, dificuldade para propor intervenções e tipos de seções do HU-USP. São Paulo, 2003.

Domínio NANDA	Freq ¹								Diag ²								Int ³							
	≤2	%	>2 <3	%	≥3	%	Total	%	≤2	%	>2 <3	%	≥3	%	Total	%	≤2	%	>2 <3	%	≥3	%	Total	%
10. Princípios de vida (5)																								
Seções adultos	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%	5	100%	0	0,0%	1	20,0%	4	80,0%	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%	5	100%
Seções Mat-Inf	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%	5	100%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%	5	100%
11. Segurança/ proteção (27)																								
Seções adultos	10	37,0%	6	22,2%	11	40,7%	27	100%	13	48,1%	8	29,6%	6	22,2%	27	100%	10	37,0%	8	29,6%	9	33,3%	27	100%
Seções Mat-Inf	12	44,4%	6	22,2%	9	33,3%	27	100%	13	48,1%	6	22,2%	8	29,6%	27	100%	11	40,7%	10	37,0%	6	22,2%	27	100%
12. Conforto (4)																								
Seções adultos	0	0,0%	1	25,0%	3	75,0%	4	100%	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	4	100%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100%
Seções Mat-Inf	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	4	100%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100%	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100%
13. Crescimento/ desenvolvimento (4)																								
Seções adultos	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100%
Seções Mat-Inf	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100%	0	0,0%	1	25,0%	3	75,0%	4	100%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100%

¹ Estimativa da frequência dos diagnósticos na prática clínica das enfermeiras respondentes. Respostas (R) sobre os graus de frequência: 1= nenhuma; 2=baixa; 3=média; 4=alta; 5= muita alta.

² Estimativa das enfermeiras respondentes quanto à dificuldade para formular os diagnósticos. Respostas (R) sobre os graus de dificuldade: 1= nenhuma; 2=pequena; 3=média; 4=grande; 5= muito grande.

³ Estimativa das enfermeiras respondentes quanto à dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos. Respostas (R) sobre os graus de dificuldade: 1= nenhuma; 2=pequena; 3=média; 4=grande; 5= muito grande.

4.6. Associações entre a frequência estimada dos diagnósticos, a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções de enfermagem

Foram três as variáveis principais deste estudo: frequência estimada dos diagnósticos, graus de dificuldade para formular os diagnósticos e graus de dificuldade para propor intervenções de enfermagem para os diagnósticos.

Considerando que o número de diagnósticos analisados é muito grande (155), optou-se por reduzir as variáveis principais a um índice indicativo do conjunto de respostas para todos os diagnósticos. Para assegurar a representatividade desses índices, procedeu-se a estimativa da confiabilidade do conjunto das respostas para cada variável principal. Isto é, cada diagnóstico foi considerado um item e as respostas correspondentes a cada variável principal foram submetidas à estimativa de confiabilidade pelo Alpha de Crombach (α) para cada questionário. Os resultados dessa análise estão expressos na Tabela 8. Todas as variáveis apresentaram α superior a 0,9, assegurando boa consistência interna.

Com a confiabilidade garantida, foram criados 3 indicadores que são as simples médias aritméticas dos escores atribuídos a cada variável para o conjunto dos diagnósticos. Obtivemos um índice geral de dificuldades de formular os diagnósticos de enfermagem, de propor intervenções e da estimativa de frequência dos diagnósticos de enfermagem. Esses resultados estão descritos na Tabela 9.

Esses índices foram submetidos ao Teste de Pearson para verificar as correlações existentes entre eles. Os resultados estão expostos na Tabela 10.

Tabela 8. Alpha de Cronbach para as três variáveis estudadas. São Paulo, 2003.

Questionário	Frequência estimada*	Dificuldade para formular os diagnósticos	Dificuldade para propor intervenções de enfermagem
Questionário 1	0,9476	0,9715	0,9694
Questionário 2	0,9062	0,9321	0,9547
Questionário 3	0,9495	0,9403	0,9431

*Frequência estimada dos diagnósticos na prática clínica das enfermeiras.

Tabela 9. Índice geral para as três variáveis estudadas, São Paulo, 2003.

Índice	Mediana	Média	DP	n
Índice de frequência dos diagnósticos-questionário 1	2,154	2,281	0,611	49
Índice de frequência dos diagnósticos-questionário 2	2,192	2,245	0,444	49
Índice de frequência dos diagnósticos-questionário 3	2,245	2,288	0,587	49
Índice de dificuldade para formular diagnósticos- questionário1	2,635	2,634	0,699	49
Índice de dificuldade para formular diagnósticos-questionário 2	2,558	2,593	0,495	49
Índice de dificuldade para formular diagnósticos-questionário 3	2,585	2,551	0,506	49
Índice de dificuldade para propor intervenções-questionário 1	3,000	2,985	0,685	49
Índice de dificuldade para propor intervenções-questionário 2	3,135	3,163	0,577	49
Índice de dificuldade para propor intervenções-questionário 3	2,943	2,934	0,541	49

O índice geral da variável frequência dos diagnósticos (média aritmética entre as respostas) foi de 2,2; o índice geral da variável dificuldade para formular diagnósticos foi 2,6; o índice geral da variável dificuldade para propor intervenções de enfermagem variou entre 2,9, 3,0 e 3,1 (nos questionários 3, 1 e 2, respectivamente).

Os Testes de Pearson revelaram correlação significativa (ao nível de 0,01) somente entre as variáveis dificuldade para formular os diagnósticos e dificuldade para propor intervenções de enfermagem, conforme apresentado na Tabela 10 e nos gráficos 1 a 9.

Tabela 10. Correlações entre os Índices das três variáveis estudadas (Teste de Pearson), São Paulo, 2003.

Índice	Índice de dificuldade para formular Correlação Pearson (p-valor)	Índice de frequência dos diagnósticos Correlação Pearson (p-valor)
Questionário 1		
Índice de frequência dos diagnósticos	-0,211 (0,145)	
Índice de dificuldade para intervenção	0,831 (0,000*)	-0,112 (0,445)
Questionário 2		
Índice de frequência dos diagnósticos	-0,111 (0,447)	
Índice de dificuldade para intervenção	0,753 (0,000*)	-0,099 (0,499)
Questionário 3		
Índice de frequência dos diagnósticos	-0,122 (0,404)	
Índice de dificuldade para intervenção	0,817 (0,000*)	-0,104 (0,477)

*correlação significativa ao nível de 0,01 (teste bilateral)

Gráfico 1. Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para formular os diagnósticos entre os respondentes do questionário 1, São Paulo, 2003.

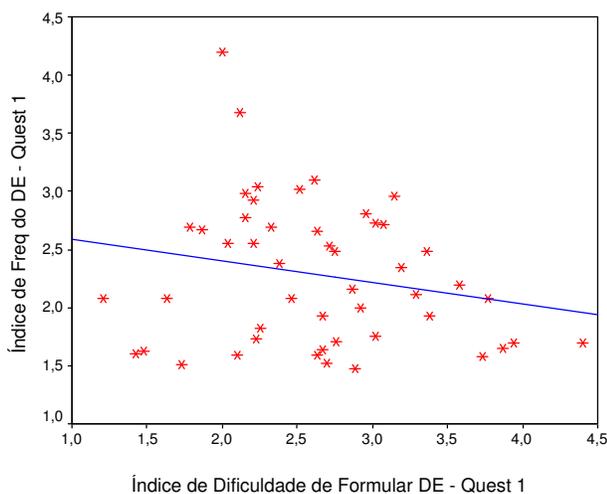


Gráfico 2. Correlação entre o índice de dificuldade para formular os diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos, entre os respondentes do questionário 1, São Paulo, 2003.

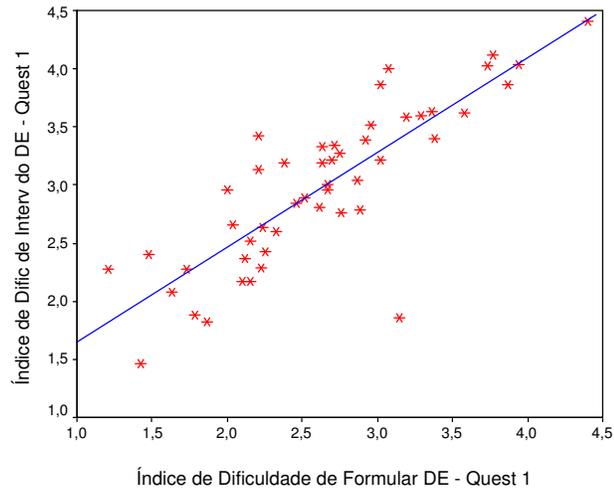


Gráfico 3. Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos do questionário 1, São Paulo, 2003.

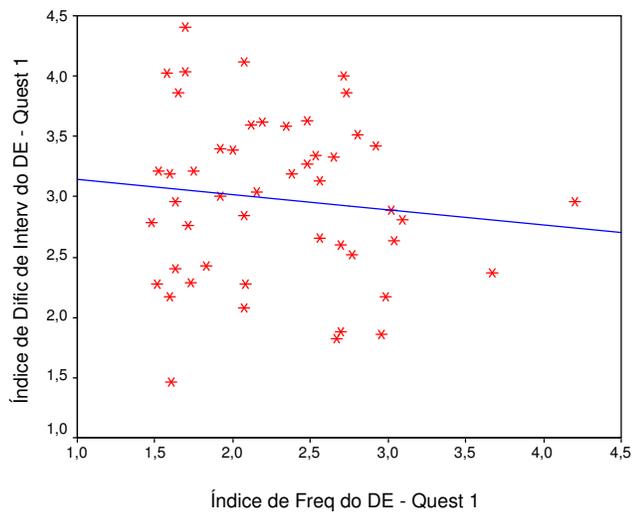


Gráfico 4. Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para formular os diagnósticos entre os respondentes do questionário 2, São Paulo, 2003.

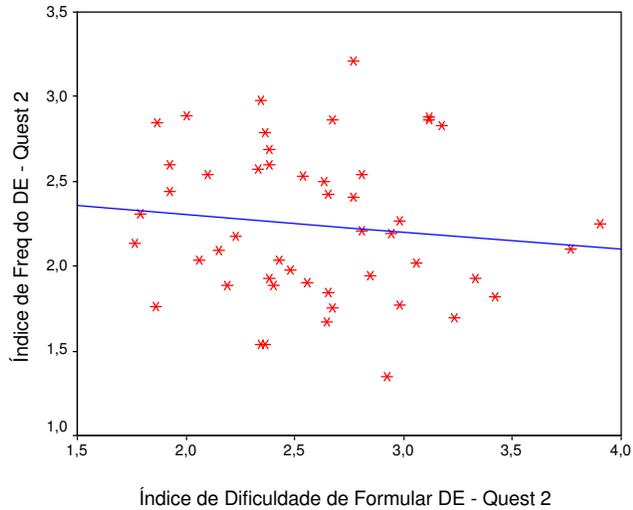


Gráfico 5. Correlação entre o índice de dificuldade para formular os diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos, entre os respondentes do questionário 2, São Paulo, 2003.

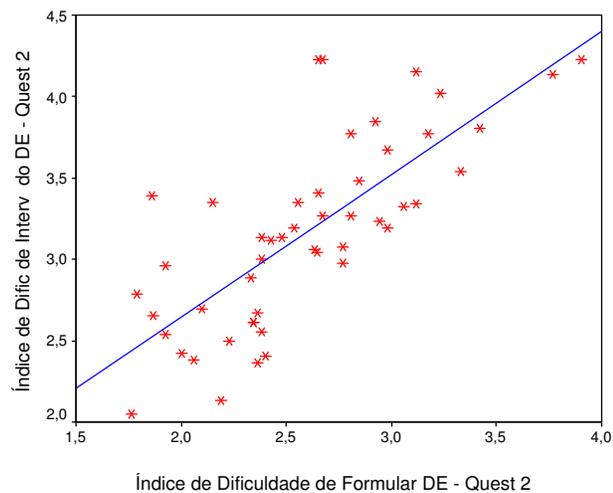


Gráfico 6. Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos entre os respondentes do questionário 2, São Paulo, 2003.

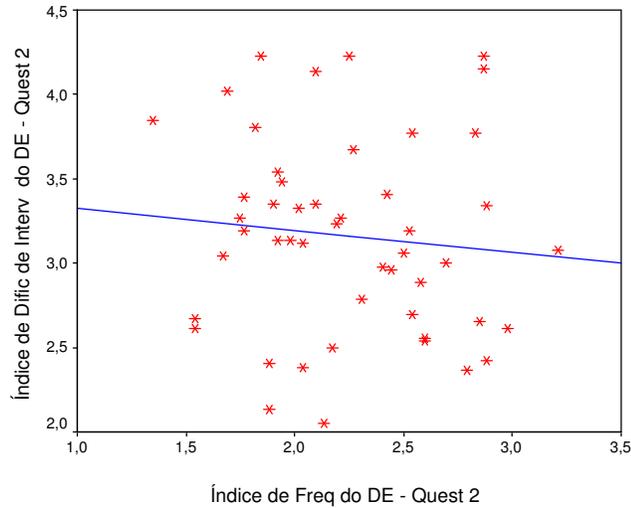


Gráfico 7. Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para formular os diagnósticos entre os respondentes do questionário 3, São Paulo, 2003.

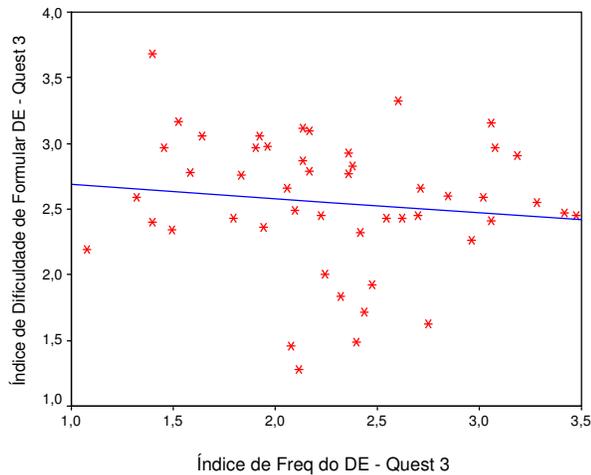


Gráfico 8. Correlação entre o índice de dificuldade para formular os diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos, entre os respondentes do questionário 3, São Paulo, 2003.

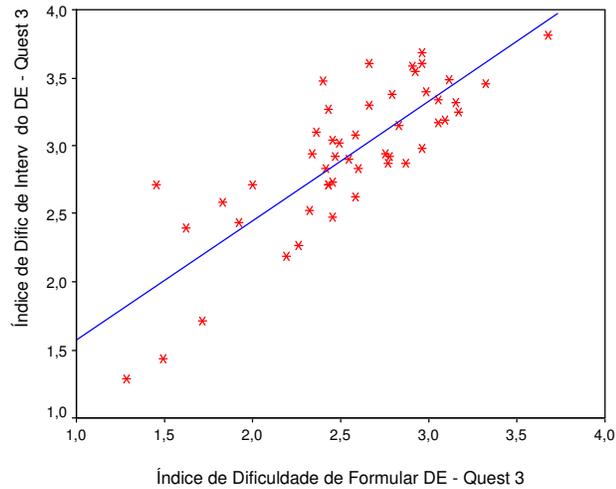
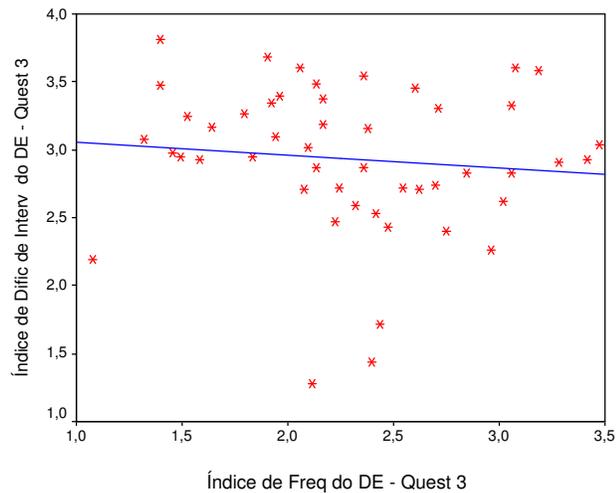


Gráfico 9. Correlação entre o índice de frequência dos diagnósticos e o índice de dificuldade para propor intervenções para os diagnósticos entre os respondentes do questionário 3, São Paulo, 2003.



As Tabelas 11 e 12 mostram as associações entre as variáveis principais segundo o Teste de Fisher, destacando os diagnósticos para os quais houve associação significativa.

Tabela 11. Diagnósticos para os quais houve associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis estimativas de frequência e graus de dificuldade para formular os diagnósticos (Teste Fisher). São Paulo, 2003.

Domínio / Título Diagnóstico	(valor p)
1. Promoção da Saúde	
CONTROLE FAMILIAR INEFICAZ DO REGIME TERAPEUTICO	0,008
MANUTENÇÃO DO LAR PREJUDICADA	0,002
2. Nutrição	
NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	0,019
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO	0,001
3. Eliminação	
RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	0,017
RISCO PARA INCONTINÊNCIA URINARIA DE IMPULSO	0,049
TROCA DE GASES PREJUDICADA	0,047
4. Atividade/ repouso	
CAMPO DE ENERGIA PERTURBADO	0,006
PADRAO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	0,038
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATORIO	0,021
VENTILAÇÃO ESPONTANEA PREJUDICADA	0,042
5. Percepção/ cognição	
PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA (ESPECIFICAR: VISUAL, AUDITIVA, CINESTÉSICA, GUSTATIVA, TÁTIL, OLFATIVA)	0,008
6. Autopercepção	
IMAGEM CORPORAL PERTURBADA	0,039
IMPOTÊNCIA	0,005
7. Relacionamentos	
PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS: ALCOOLISMO	0,007
RISCO PARA TENSAO DEVIDO AO PAPEL DE CUIDADOR	0,042
8. Sexualidade	
DISFUNÇÃO SEXUAL	0,003
9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse	
ADAPTAÇÃO PREJUDICADA	0,018
ANSIEDADE	0,013
DISPOSIÇÃO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL ORGANIZADO AUMENTADO	0,034
ENFRENTAMENTO COMUNITÁRIO INEFICAZ	0,002
ENFRENTAMENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	0,039
RISCO PARA COMPORTAMENTO INFANTIL DESORGANIZADO	0,005
SÍNDROME PÓS TRAUMA	0,011
10. Princípios de vida	
CONFLITO DE DECISÃO (ESPECIFICAR)	0,043
DISPOSIÇÃO PARA BEM-ESTAR ESPIRITUAL AUMENTADO	0,002

Tabela 11. Diagnósticos para os quais houve associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis estimativas de frequência e graus de dificuldade para formular os diagnósticos (Teste Fisher). São Paulo, 2003 (continuação).

Domínio / Título Diagnóstico	(valor p)
11. Segurança/ proteção	
DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	0,043
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	0,037
RISCO PARA INFECÇÃO	0,004
RISCO PARA SUFOCAÇÃO	0,032
12. Conforto	
DOR AGUDA	0,003
NAUSEA	0,021
13. Crescimento/ desenvolvimento	
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO RETARDADOS	0,024
RISCO PARA CRESCIMENTO DESPROPORCIONAL	0,001
RISCO PARA DESENVOLVIMENTO RETARDADO	0,041

Os Testes de Fisher indicaram associação estatística ($p > 0,05$) entre as variáveis: dificuldade para formular diagnósticos e dificuldade para propor intervenções para todos os 155 diagnósticos; entre as variáveis frequência estimada e dificuldade para formular diagnósticos, para 35 diagnósticos (Tabela 11) e entre as variáveis frequência estimada e dificuldade para propor intervenções, para 24 diagnósticos (Tabelas 12).

Tabela 12. Diagnósticos para os quais houve associação estatística significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis estimativas de frequência e graus de dificuldade para propor intervenções de enfermagem para os diagnósticos (Teste Fisher), São Paulo, 2003.

Domínio/ Título Diagnóstico	(valor p)
2. Nutrição	
PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL	0,001
VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO	0,011
3. Eliminação	
CONSTIPAÇÃO PERCEBIDA	0,013
TROCA DE GASES PREJUDICADA	0,002
4. Atividade/ repouso	
CAMPO DE ENERGIA PERTURBADO	0,012
DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	0,006
PADRAO RESPIRATORIO INEFICAZ	0,016
RECUPERAÇÃO CIRURGICA RETARDADA	0,037
5. Percepção/ cognição	
CONFUSÃO AGUDA	0,001
MEMORIA PREJUDICADA	0,019
6. Autopercepção	
IMPOTENCIA	0,017
RISCO PARA BAIXA AUTO-ESTIMA SITUACIONAL	0,012
RISCO PARA SOLIDÃO	0,029
7. Relacionamentos	
AMAMENTAÇÃO EFICAZ	0,018
AMAMENTAÇÃO INEFICAZ	0,013
9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse	
ENFRENTAMENTO INEFICAZ	0,033
SINDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA	0,040
SÍNDROME DO TRAUMA DE ESTUPRO	0,005
10. Princípios de vida	
DISPOSIÇÃO PARA BEM ESTAR ESPIRITUAL AUMENTADO	0,010
11. Segurança/ proteção	
AUTOMUTILAÇÃO	0,014
RISCO PARA QUEDAS	0,013
RISCO PARA SUFOCAÇÃO	0,037
RISCO PARA VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS	0,004
13. Crescimento/ desenvolvimento	
RISCO PARA CRESCIMENTO DESPROPORCIONAL	0,001

5. Discussão

Esta pesquisa registrou as estimativas das enfermeiras do HU-USP sobre a frequência dos diagnósticos da NANDA e os graus de dificuldade para formular esses diagnósticos e para propor intervenções de enfermagem. Essa discussão de resultados será conduzida de acordo com os objetivos do estudo.

O primeiro objetivo foi identificar os diagnósticos que as enfermeiras reconhecem como mais frequentes em sua prática clínica. Os principais resultados encontrados sobre frequência diagnóstica foram:

- as enfermeiras das seções de adultos indicaram 40 diagnósticos como mais frequentes em suas seções, o que corresponde a 25,8% dos diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 4);
- as enfermeiras da Divisão Materno-Infantil apontaram 22 diagnósticos mais frequentes em sua prática clínica, o que corresponde a 14,2% dos diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 4);
- considerando a totalidade das enfermeiras, foram apontados 49 diagnósticos de enfermagem como mais frequentes no HU-USP (31,6% dos diagnósticos da classificação da NANDA), portanto alguns diagnósticos foram considerados mais frequentes em apenas um dos tipos de seções (Tabela 4);
- nas unidades de adultos, os Domínios com maior proporção de diagnósticos com escores médios de frequência ≥ 3 foram: 4-Atividade/repouso, 5-Percepção/ cognição, 11- Segurança e Proteção, 12- Conforto (Tabela 4);

-
- nas unidades da Divisão Materno Infantil, destacou-se apenas o Domínio 7- Relacionamento de papéis (Tabela 4);
 - mais de 50% dos diagnósticos do Domínio 12-Conforto foram considerados como muito freqüentes (escores médios ≥ 3) – Tabela 7;
 - mais de 60% dos diagnósticos dos Domínios 8-Sexualidade, 9- Enfrentamento/Tolerância ao estresse e 13- Crescimento e Desenvolvimento obtiveram escores médios ≤ 2 (Tabela 7).

A Taxonomia II da NANDA engloba diagnósticos de diversas dimensões humanas. Os resultados mostram que as enfermeiras do HU-USP, na fase inicial de implementação da classificação da NANDA, consideraram cerca de 1/3 de diagnósticos como mais freqüentes (31, 6%), com predominância de diagnósticos associados a questões físicas e, em menor número, questões psicossociais.

Esses diagnósticos revelam as situações reconhecidas como demandas de cuidados mais freqüentes no HU-USP. Admite-se que a estimativa de freqüência de um diagnóstico para determinado grupo de pacientes reflete o “peso” com que esse diagnóstico será considerado para os pacientes semelhantes.

No entanto, a alta freqüência apontada para esses diagnósticos não revela a ordem de importância atribuída a cada diagnóstico na prática, ou seja, ela não expõe quais são os diagnósticos considerados prioritários em cada seção.

É importante ressaltar que as estimativas de frequência podem ser diferentes das frequências obtidas por estudos de prevalência, com a identificação dos diagnósticos em amostras representativas dos pacientes da instituição.

Estudos que controlem a confiabilidade dos diagnósticos identificados com base em avaliação abrangente dos pacientes, conforme as enfermeiras os registrarem nos prontuários dos pacientes, trarão resultados que poderão ser comparados aos do presente estudo.

Os resultados deste estudo mostraram que os diagnósticos da área psicossocial estão entre os estimados como pouco frequentes na prática clínica das enfermeiras do estudo (Tabela 7).

Lunney (1997), em estudo com 62 enfermeiras, de 03 hospitais norte-americanos, no qual foi *solicitado* às enfermeiras para formularem um diagnóstico da área psicossocial, encontrou que para 82,5% dos pacientes (n=103), as enfermeiras identificaram diagnósticos psicossociais e que somente em 17,5% dos casos esses não foram formulados. A autora advertiu ser necessário focar aspectos de saúde não centrados apenas nas patologias, e sobre a importância da formulação de diagnósticos de enfermagem de risco ou diagnósticos de bem-estar quando os problemas ainda não existem.

Nas respostas do HU-USP, percebeu-se que, em 36 diagnósticos de risco, 25 diagnósticos foram considerados pelas enfermeiras como pouco frequentes em sua experiência. Os 04 diagnósticos de bem-estar foram também considerados como pouco frequentes (Tabela 4). Entretanto, salientamos que os pacientes de hospitais gerais, como os do HU-USP, têm menores períodos de internação, o que, em certos casos, deve diminuir a probabilidade de detecção e encaminhamento de questões psicossociais.

As respostas das enfermeiras do HU-USP quanto à frequência diagnóstica são semelhantes às encontradas em literatura, como demonstram as seguintes pesquisas.

Cruz (1990b) observou 56 diagnósticos de enfermagem em 19 pacientes, acima de 18 anos, na seção de Recuperação Anestésica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, elaborados após entrevista e exame físico. Esses foram: potencial para injúria (89,5%), hipotermia (89,5%), alteração do nível de conforto (68,4%), ansiedade (15,8%), limpeza ineficaz de vias aéreas e padrão respiratório ineficaz (10,5%), déficit líquidos circulantes (10,5%).

Vale et al (1996) em análise do uso dos diagnósticos na UTI Neonatal do CAISM (Centro de Atendimento Integral da Saúde da Mulher), da Universidade de Campinas (SP), perceberam que os diagnósticos mais frequentes foram do Padrão de Respostas Humanas “Trocar”, sendo os Padrões “Sentir”, “Escolher” e “Relacionar” pouco identificados pelas enfermeiras. O Padrão “Trocar” na Taxonomia I continha diagnósticos de área física e os Padrões “Sentir”, “Escolher” e “Relacionar” referia-se a diagnósticos da área psicossocial.

Pasini et al (1996) em levantamento de diagnósticos de 32 pacientes adultos (maiores de 20 anos) de UTI’s (unidades de terapia intensiva) de hospitais gerais de São Paulo (SP), por meio de exame físico e entrevistas, encontraram os seguintes diagnósticos: alto risco para infecção (96,8%), integridade da pele prejudicada (96,8%), mobilidade física prejudicada (81,2%), distúrbio do padrão de sono (75%), dor (62,5%), déficit de auto cuidado para banho, vestir-se, eliminações (43,5%), déficit de conhecimento da doença (40%) e obstipação intestinal (34,3%).

Lopes, Montagnoli e Maia (1999), em análise retrospectiva de 30 prontuários, localizaram em um unidade de internação de ginecologia, em pacientes com 17 a 70 anos, os diagnósticos risco para infecção (30 casos), incontinência urinária por pressão (5 casos), nutrição alterada mais que as necessidades corporais (3 casos), constipação (3 casos), eliminação urinária alterada (2 casos), excesso de volume de líquidos (2 casos), nutrição alterada menos que as necessidades corporais (1 caso).

Assis, Cunha e Nunes (2000), analisando 61 históricos de enfermagem em uma seção de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, os quais foram colhidos pelas autoras e por enfermeiras da seção, encontraram os seguintes diagnósticos como mais frequentes: dor, constipação, risco para integridade da pele prejudicada e mobilidade física prejudicada.

Rossi et al (2000) ao analisarem 28 pacientes, acima de 12 anos, da seção de Recuperação Pós Anestésica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP), encontraram os seguintes diagnósticos: risco para injúria (100%), risco para infecção (92,8%), senso-percepção alterada (89, 2%), risco para aspiração (82,1%), integridade tissular prejudicada (82,1%), mobilidade física prejudicada (71,4%), hipotermia (67,8%), dor (32,2%).

O segundo objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos considerados pelas enfermeiras como mais difíceis de serem formulados. Em relação a esse objetivo, destacaram-se como principais resultados:

-
- nas seções de adultos, 59 diagnósticos foram apontados como os mais difíceis de serem formulados (escores médios ≥ 3), ou seja, 38,1% dos diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 5);
 - nas seções da Divisão Materno-Infantil, 67 diagnósticos (escores médios ≥ 3), foram considerados mais difíceis de serem formulados, ou seja, 43,2% diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 5);
 - a maioria dos diagnósticos dos Domínios 1- Promoção da Saúde, 6- Autopercepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9- Enfrentamento/tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida e 13- Crescimento/desenvolvimento foram avaliados como mais difíceis de serem formulados (escores médios ≥ 3) (Tabela 5);
 - todos os diagnósticos dos Domínios 2-Nutrição e 3- Eliminação, e a maioria dos diagnósticos dos Domínios 4- Atividade/ Repouso, 5- Percepção e cognição, 11- Segurança/proteção e 12- Conforto receberam avaliações como menos difíceis de serem formulados (escores médios inferiores a 3)- Tabela 5 e 7;
 - os diagnósticos do Domínio 13- Crescimento/ desenvolvimento foram considerados difíceis de serem formulados pelas enfermeiras que trabalham com adultos e na Divisão Materno-Infantil (Tabela 5).

Para Gordon (1994) há três variáveis principais que interferem na formulação dos diagnósticos de enfermagem: o contexto, a natureza da tarefa diagnóstica e as habilidades de quem diagnostica. Podemos admitir que essas variáveis influenciam o grau de dificuldade para formulação dos diagnósticos.

Entre os 75 diagnósticos considerados mais difíceis de serem formulados, destacaram-se os diagnósticos relativos à espiritualidade, sexualidade, sentimentos, diagnósticos sobre saúde familiar e coletiva. A abordagem para esses temas tem pouca tradição em ambiente hospitalar, embora, há muito tempo, sejam descritos como foco de interesse da enfermagem (que seria compreendido no atendimento das necessidades “bio-psico-sócio-espirituais”).

Nas seções de adultos, como era esperado, os diagnósticos relativos à saúde da criança, como por exemplo maternidade ou paternidade prejudicada, foram considerados difíceis de serem formulados. Curiosamente, os diagnósticos do Domínio 13-Crescimento/desenvolvimento foram considerados difíceis também pelas enfermeiras da Divisão Materno-Infantil (Tabela 5). Podemos inferir que os motivos da dificuldade podem estar associados à clareza dos conceitos diagnósticos desse Domínio, às situações de trabalho específicas do HU-USP ou ainda às características dos pacientes.

O estudo de Farias (1997) apontou que enfermeiros do Hospital Dante Pazzanese tinham dificuldades em elaborar diagnósticos, principalmente os relacionados a auto-imagem, identidade, auto-estima, sentimento de desesperança e comunicação (62,1% dos enfermeiros, n=38), esses diagnósticos estão associados atualmente aos Domínios 5- Percepção/cognição e 6-Auto percepção.

Os enfermeiros podem ter optado por estimativas de maior grau de dificuldade quando possuíam menos certeza sobre a precisão do seu diagnóstico em situações reais. Nesse caso, a dificuldade estimada pelos enfermeiros abrangeria também questões relativas a acurácia diagnóstica.

Lunney (2003) apontou dez estratégias que os enfermeiros podem utilizar visando ao autodesenvolvimento e acurácia diagnóstica, entre elas: pensar a respeito do próprio estilo de pensamento, identificar pressupostos, inferências e interpretações efetuadas sobre os dados coletados, desenvolver sensibilidade para os fatores contextuais, avaliar a credibilidade das evidências, tolerar a ambigüidade dos julgamentos clínicos e controlar a ansiedade sobre a possibilidade de estar errado.

De um modo geral, acreditamos que a formulação diagnóstica ser considerada como de maior ou menor dificuldade provavelmente deveu-se às características da prática diária dos enfermeiros, às oportunidades de confronto com situações que necessitem dessas avaliações e com a complexidade do próprio diagnóstico. Este estudo, contudo, não abrangeu as dificuldades relativas ao contexto em que os enfermeiros estão inseridos, o papel das características pessoais dos respondentes sobre as respostas (como interesses, atitudes, formação), ou os motivos desencadeadores das dificuldades, que serão investigados em pesquisas futuras.

O terceiro objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos para os quais há maior dificuldade de propor intervenções de enfermagem. Os resultados obtidos foram:

- nas seções de adultos, 90 diagnósticos com escores médios ≥ 3 , indicadores de maior dificuldade para intervenção, ou seja, 58% dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA(Tabela 6);

-
- nas seções da Divisão Materno-Infantil, 82 diagnósticos com escores médios ≥ 3 , indicadores de maior dificuldade para intervenção, equivalendo a 52,9% dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA(Tabela 6);
 - os diagnósticos com maiores graus de dificuldade para intervenção estão principalmente nos Domínios 1-Promoção da saúde, 5-Percepção/cognição, 6-Auto percepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida, 13-Crescimento/ desenvolvimento(Tabela 6 e 7);
 - os diagnósticos com menores graus de dificuldade para intervenção (escores médios inferiores a 3) estão concentrados nos Domínios 2-Nutrição, 3- Eliminação, 4- Atividade/repouso, 11- Segurança e Proteção, e 12- Conforto (Tabelas 6 e 7).

Os diagnósticos psicossociais destacaram-se entre os diagnósticos considerados como os mais difíceis para se propor intervenções.

Por exemplos, avaliar situações ligadas à espiritualidade e sexualidade e, em seqüência, propor intervenções para esses diagnósticos são atividades complexas, já que exigem maior aproximação das pessoas cuidadas e empatia com seu mundo pessoal e social. Principalmente no caso de crianças e adolescentes, envolve a participação da família como intermediários do cuidado. Além disso, requer a aplicação de estruturas teóricas aparentemente pouco desenvolvidas na formação do enfermeiro hospitalar.

Oliveira, Furegato e Pereira (2001) em pesquisa com adolescentes de 10 a 20 anos, com amostragem por domicílios em Ribeirão Preto (SP), notaram que a maioria das jovens considerava as pessoas de sua própria convivência como mais indicadas para exercerem o papel de orientador sexual (mãe, amiga, irmão, namorado, pai) e que cerca de 50% das adolescentes não conversavam sobre esse tema, na perspectiva da prevenção de doenças ou gravidez precoce.

Melo (2004), em um estudo de validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes, afirmou que a maioria dos profissionais de enfermagem não está preparada para abordar os aspectos da sexualidade, fator de qualidade de vida e saúde, embora um grande número de doenças e tratamentos interfira na sexualidade (por exemplos, diabetes mellitus, depressão, doenças cardiovasculares, respiratórias, ginecológicas e de pele, drogas antidepressivas, anti-hipertensivos, quimioterapia, radioterapia). A autora sugere que a avaliação sistemática de clientelas específicas pode ampliar o conhecimento da Enfermagem sobre esse importante tema.

Sumner (1998) reconhece que grande parte das enfermeiras parecem desconfortáveis em interagir com pacientes considerando questões espirituais, contudo, considerando a espiritualidade uma importante dimensão da vida e visando reafirmar a importância dessa “tradição da enfermagem”, propôs um protocolo de intervenções para atendimento dessa dimensão.

O quarto objetivo deste estudo foi verificar as associações entre a frequência estimada dos diagnósticos, a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções de enfermagem. Sobre os resultados obtidos, notamos que:

-
- as consistências internas dos questionários sobre “frequência estimada dos diagnósticos”, “grau de dificuldade para formular os diagnósticos de enfermagem” e “grau de dificuldade para propor intervenções de enfermagem” apresentaram α (alpha) superior a 0,9 (Tabela 8);
 - o índice geral da variável frequência dos diagnósticos (média aritmética entre as respostas) foi de 2,2; o índice geral da variável dificuldade para formular diagnósticos foi 2,6; o índice geral da variável dificuldade para propor intervenções de enfermagem foi 3,0 (Tabela 9);
 - os Testes de Pearson revelaram correlação significativa (ao nível de 0,01) somente entre as variáveis dificuldade para formular os diagnósticos e dificuldade para propor intervenções de enfermagem (Tabela 10);
 - os Testes de Fisher indicaram associação estatística ($p > 0,05$) entre as variáveis: dificuldade para formular diagnósticos e dificuldade para propor intervenções para 155 diagnósticos; entre as variáveis frequência estimada e dificuldade para formular diagnósticos, para 35 diagnósticos (Tabela 11) e entre as variáveis frequência estimada e dificuldade para propor intervenções, para 24 diagnósticos (Tabela 12).

Os resultados mostraram que a percepção do enfermeiro sobre a frequência diagnóstica em sua prática clínica não está associada às concepções sobre quais os diagnósticos são mais difíceis de serem formulados ou sobre quais é mais difícil propor intervenções.

Os resultados confirmam que há uma relação forte entre a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções; então, as possibilidades de diagnosticar problemas e as possibilidades de realizar intervenções de enfermagem parecem ser interdependentes. Agora delimitados os diagnósticos e os domínios onde há maior ou menor dificuldade de trabalho, faz-se necessário investigar as origens dessas limitações.

Percebeu-se que a atividade de propor intervenções, de um modo geral, foi estimada como mais difícil que a de formular os diagnósticos. Propor intervenções incorpora a questão da possibilidade de resolução dos diagnósticos de enfermagem. Acreditamos que a percepção dos enfermeiros sobre os resultados esperados para os diagnósticos tenha também influenciado as respostas dos enfermeiros sobre o grau de dificuldade para propor intervenções.

Chase e Leuner (1996), em um estudo sobre afirmação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para um estudo de caso, no qual participaram 17 enfermeiras experts, observaram que a acurácia na escolha de intervenções obteve correlação estatística positiva com a acurácia na seleção dos resultados de enfermagem. A partir desses dados, as autoras concluíram que é necessário compreender o processo completo de julgamento clínico, e não somente uma das fases componentes.

Lunney (1996) também afirma que a escolha do melhor diagnóstico é mediada pela escolha da melhor intervenção e resultados possíveis.

Consideramos que a focalização do olhar dos enfermeiros para a dimensão biológica deve-se à formação mais intensa nessa área desde a graduação e à ênfase no bem sucedido modelo hospitalar de tratamento das doenças, modelo no qual os enfermeiros estão inseridos, e constroem cotidianamente o fazer da enfermagem.

Contudo, devido a maior orientação para as questões biológicas, os enfermeiros poderiam estar subutilizando outros recursos terapêuticos, como os voltados para a resolução das questões interiores, familiares e sociais. No entanto, essas intervenções pressupõem incorporar conceitos pouco enfatizados na formação do profissional. Esses achados podem evidenciar a necessidade de reestruturação dos focos de ensino-aprendizagem para a Enfermagem, indicando novas delimitações sobre o objeto de trabalho do enfermeiro.

Apesar de a Enfermagem apresentar um discurso que enfatiza sua responsabilidade sobre as várias dimensões da saúde – o “bio-psico-sócio-espiritual” – os dados empíricos não parecem ser consistentes com esse discurso.

Püschel (2003) afirmou que as enfermeiras têm dificuldades em resolver vivências dilemáticas, quando se propõem a trabalhar com questões complexas do processo saúde–doença.

Talvez essas dificuldades possam ser trabalhadas a partir do uso de sistemas padronizados de linguagem. Se a enfermeira não dispõe de “nomes” capazes de representar as repostas que não as biológicas, dificilmente poderá examiná-las. E esse exame pela enfermeira é indispensável até para balizar os recursos de que dispõe para identificar e intervir sobre essas repostas.

O “bio-psico-sócio-espiritual” é essencial na filosofia da Enfermagem. No entanto, ele é muito grande, abstrato e genérico para ser diretamente aplicado no cuidar. As classificações de diagnósticos de enfermagem como as da NANDA são uma forma de operacionalização desse conceito para o cuidar.

No HU-USP, as enfermeiras estão apenas começando a se apropriar desse instrumento de operacionalização. As estimativas de frequência, dificuldade para formular os diagnósticos e dificuldade para propor intervenções têm hoje um perfil que certamente se modificará com o uso da classificação.

É possível que a pouca familiaridade com os conceitos expressos pelos diagnósticos da NANDA tenha influenciado as estimativas de frequência, dificuldade para formular diagnósticos e dificuldade para propor intervenções de enfermagem. Até o momento de implementação de uma linguagem padronizada, as enfermeiras do HU-USP possuíam esquemas mentais sobre a sua realidade, a qual era denominada livremente, sem a preocupação de especificar conceitos ou hierarquizá-los.

Segundo Vygotsky (1998), a apreensão de conceitos é instrumental para lidar com o mundo e para atribuir significados aos fenômenos com que o ser humano se depara. Os conceitos vazios de significado não existem ou são difíceis de serem compreendidos isoladamente.

Apoiando-nos nas concepções de Vygotsky, acreditamos que o retrato atual deva sofrer alterações após a utilização diária dos conceitos da Taxonomia da NANDA nas diversas seções, as reuniões para partilha de idéias entre os enfermeiros, a apropriação de novos conceitos científicos (ou de uma nova linguagem), o comportamento desses conceitos em diferentes contextos, experiências que poderão aprimorar o raciocínio clínico desses enfermeiros.

Consideramos que o foco da educação para o raciocínio clínico em enfermagem deva integrar os diagnósticos, intervenções e resultados esperados, já que, segundo os achados neste estudo e outros encontrados em literatura, enfermeiras experientes, da prática clínica, formulam diagnósticos considerando quais serão as

intervenções necessárias para os mesmos e quais serão os resultados possíveis em seu contexto de trabalho.

É possível que apenas o uso da classificação provoque alterações nas estimativas de frequência, dificuldade para formular diagnósticos e intervenções. No entanto, programas de educação continuada que associem diagnósticos, intervenções e resultados parecem ser necessários para o aprimoramento dos conhecimentos com potencial de serem incorporados.

Diante da complexidade do tema, serão necessários novos estudos. Pretendemos, então, realizar pesquisas sobre o impacto de programas auto-instrucionais e de educação continuada nas percepções dos enfermeiros sobre as necessidades dos usuários do HU-USP, bem como sobre a auto-avaliação dos enfermeiros quanto às suas habilidades e dificuldades no raciocínio clínico.

6. CONCLUSÕES

O primeiro objetivo foi identificar os diagnósticos que as enfermeiras reconhecem como mais frequentes em sua prática clínica. As principais conclusões sobre frequência diagnóstica no HU-USP foram:

- as enfermeiras das seções de adultos indicaram 40 diagnósticos como mais frequentes em suas seções, o que corresponde a 25,8% dos diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 4);
- as enfermeiras da Divisão Materno-Infantil apontaram 22 diagnósticos mais frequentes em sua prática clínica, o que corresponde a 14,2% dos diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 4);
- considerando a totalidade das enfermeiras, foram apontados 49 diagnósticos de enfermagem como mais frequentes no HU-USP (31,6% dos diagnósticos da classificação da NANDA), portanto alguns diagnósticos foram considerados mais frequentes em apenas um dos tipos de seções (Tabela 4);
- nas unidades de adultos, os Domínios com maior proporção de diagnósticos com escores médios de frequência ≥ 3 foram: 4-Atividade/ repouso, 5-Percepção/ cognição, 11- Segurança e Proteção, 12- Conforto (Tabela 4);
- nas unidades da Divisão Materno Infantil, destacou-se apenas o Domínio 7-Relacionamento de papéis (Tabela 4).

O segundo objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos considerados pelas enfermeiras como mais difíceis de serem formulados. Em relação a esse objetivo, destacaram-se as seguintes conclusões:

- nas seções de adultos, 59 diagnósticos foram apontados como os mais difíceis de serem formulados (escores médios ≥ 3), ou seja, 38,1% dos diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 5);
- nas seções da Divisão Materno-Infantil, 67 diagnósticos (escores médios ≥ 3), foram considerados mais difíceis de serem formulados, ou seja, 43,2% diagnósticos da classificação da NANDA (Tabela 5);
- a maioria dos diagnósticos dos Domínios 1- Promoção da Saúde, 6- Autopercepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9- Enfrentamento/tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida e 13- Crescimento/desenvolvimento foram avaliados como mais difíceis de serem formulados (escores médios ≥ 3) (Tabela 5);
- todos os diagnósticos dos Domínios 2-Nutrição e 3- Eliminação, e a maioria dos diagnósticos dos Domínios 4- Atividade/ Repouso, 5- Percepção e cognição, 11- Segurança/proteção e 12- Conforto receberam avaliações como menos difíceis de serem formulados (escores médios inferiores a 3)- Tabela 5;
- os diagnósticos do Domínio 13- Crescimento/ desenvolvimento foram considerados difíceis de serem formulados pelas enfermeiras que trabalham com adultos e na Divisão Materno-Infantil (Tabela 5);

O terceiro objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos para os quais há maior dificuldade de propor intervenções de enfermagem. Concluiu-se:

- nas seções de adultos, 90 diagnósticos com escores médios ≥ 3 , indicadores de maior dificuldade para intervenção, ou seja, 58% dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA(Tabela 6);
- nas seções da Divisão Materno-Infantil, 82 diagnósticos com escores médios ≥ 3 , indicadores de maior dificuldade para intervenção, equivalendo a 52,9% dos diagnósticos da Taxonomia II da NANDA(Tabela 6);
- os diagnósticos com maiores graus de dificuldade para intervenção estão principalmente nos Domínios 1-Promoção da saúde, 5-Percepção/cognição, 6-Autopercepção, 7-Relacionamentos de papel, 8-Sexualidade, 9-Enfrentamento/ tolerância ao estresse, 10-Princípios de vida, 13-Crescimento/ desenvolvimento(Tabela 6);
- os diagnósticos com menores graus de dificuldade para intervenção (escores médios inferiores a 3) estão concentrados nos Domínios 2-Nutrição, 3- Eliminação, 4- Atividade/repouso, 11- Segurança e Proteção, e 12- Conforto (Tabela 6).

O quarto objetivo deste estudo foi verificar as associações entre a frequência estimada dos diagnósticos, a dificuldade para formular diagnósticos e a dificuldade para propor intervenções de enfermagem. As conclusões obtidas foram:

-
- as consistências internas dos questionários sobre “frequência estimada dos diagnósticos”, “grau de dificuldade para formular os diagnósticos de enfermagem” e “grau de dificuldade para propor intervenções de enfermagem” apresentaram α (alpha) superior a 0,9 (Tabela 8);
 - o índice geral da variável frequência dos diagnósticos (média aritmética entre as respostas) foi de 2,2; o índice geral da variável dificuldade para formular diagnósticos foi 2,6; o índice geral da variável dificuldade para propor intervenções de enfermagem foi 3,0 (Tabela 9);
 - os Testes de Pearson revelaram correlação significativa (ao nível de 0,01) somente entre as variáveis dificuldade para formular os diagnósticos e dificuldade para propor intervenções de enfermagem (Tabela 10);
 - os Testes de Fisher indicaram associação estatística ($p > 0,05$) entre as variáveis: “dificuldade para formular diagnósticos” e “dificuldade para propor intervenções” para 155 diagnósticos; entre as variáveis “frequência estimada” e “dificuldade para formular diagnósticos”, para 35 diagnósticos (Tabela 11) e entre as variáveis “frequência estimada” e “dificuldade para propor intervenções”, para 24 diagnósticos (Tabela 12).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Nessa Instituição os enfermeiros estão implementando o uso da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA.

O início dos trabalhos de implementação do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem tornou-se uma oportunidade para verificação dos diagnósticos que as enfermeiras têm maior dificuldade para formular ou para propor intervenções; se ocorrem mudanças e quais, à medida que as enfermeiras realizam diagnósticos cotidianamente; e se existem associações dessas mudanças com características peculiares das enfermeiras.

Os resultados deste estudo servirão de base para descrever mudanças em longo prazo e subsidiar decisões sobre conteúdos de educação continuada nos processos de implementação de diagnósticos, em instituições hospitalares com características semelhantes às do HU-USP.

Sendo a primeira parte de um projeto de acompanhamento das mudanças no HU-USP, pretende-se continuar a observação desse processo em pesquisas futuras. Espera-se contribuir para a reflexão sobre a relevância de sistemas padronizados de linguagem no desenvolvimento de competências e saberes de Enfermagem.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. *Rev Lat Am Enferm* 1997; 5(2): 49-59.
- Antunes MJM, Chianca TCM. As classificações de enfermagem na saúde coletiva : o projeto CIPESC. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 644-51.
- Assis JF, Cunha MMLC, Nunes MWA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de clínica médica. *Rev Baiana Enferm* 2000; 13(1/2): 55-68.
- Barros ALBL, Fakh FT, Michel JLM. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem: a experiência do Hospital São Paulo/ UNIFESP. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 714-9.
- Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem – uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia; 1998.
- Brooks BA, Massanari K. Implementation of NANDA. *Nursing Diagnosis Online. Computers in Nursing* 1998; 16(6): 320-6.
- Bruce JA. Implementation of nursing diagnosis: a nursing administrator's perspective. *Nurs Clin North Am* 1979; 14(3):509-15.

-
- Carvalho EC, Bachion MM, Ferraz AEP, Veiga EV, Ruffino MC, Robazzi MLCC. O processo de diagnosticar e o seu ensino. *Rev Esc Enferm USP* 1996; 30(1): 33-43.
 - Castilho V. Formulação de condutas de enfermagem- um desafio para as enfermeiras. *Boletim Informativo EEUSP* 1991; 2(3): editorial.
 - Chacur MIB. Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm* 1984; 37(3/4): 218-27.
 - Chartier L. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. *Nurs Diagn* 2001; 12(2): 55-60.
 - Chase S, Leuner JDM. Do clinicians use diagnostic labels to direct intervention selection? *Nursing Diagnosis* 1996; 7(1):33-9.
 - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes.html> (13 nov 2002).
 - Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a prática de enfermagem Beta 2. Trad. Heimar de Fátima Marin. São Paulo; 2003.
 - Crespo AS, Ronzo AC, Silva YB, Silva JA. Estudo piloto sobre diagnósticos de enfermagem em transplante de medula óssea. [Apresentado na 13ª. Jornada de Enfermagem Oncológica; 1998 set 18; São Paulo]

-
- Crossetti MGO. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. *Texto e Contexto Enferm* 1995; 4(1): 150-9.
 - Crossetti MGO, Dias V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 720-4.
 - Crow RA, Chase J, Lamond D. The cognitive component of nursing assessment : an analysis. *J Adv Nurs* 1995; 22(2): 206-12.
 - Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem: aspectos históricos e definição. *Rev Paul Enferm* 1994; 13(1/3): 3-7.
 - Cruz DALM, Ribeiro FG, Dutra VO, Caracciolo LT. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 1987; 21 (n. esp):68-76.
 - Cruz DALM. Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Rev Esc Enferm USP* 1992; 26(3): 427-34.
 - Cruz DALM. A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: influência no processamento de informações por alunos de graduação. [doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1995.
 - Cruz DALM. Dor crônica: categoria diagnóstica ou síndrome. [livre docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
 - Cruz DALM, Pimenta CAM. Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. *Rev Lat Am Enferm* 1999; 7(3): 49-62.

-
- Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. Cap 4; 63-84.
 - Cruz ICF. Diagnóstico de enfermagem e sua aplicação: revisão de literatura. Rev Esc Enferm USP 1990; 24(1): 149-62.
 - Cruz ICF. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de recuperação pós-anestésica: estudo piloto. Rev Esc Enferm USP 1990b; 24(3): 345-58.
 - Cruz ICF, Cruz DALM. Os padrões de comportamento humano: uma proposta de tradução dos termos da taxonomia I sobre diagnósticos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1991; 25(1): 17-20.
 - Duarte LR. Consulta de enfermagem em saúde do escolar: proposta e avaliação de um modelo operacional. Rev Paul Enferm 1992; 11(2): 85-91.
 - Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem: como enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
 - Farias JN. Diagnóstico de enfermagem – uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990. p. 25.
 - Feild L. The implementation of nursing diagnosis in clinical practice. Nurs Clin North Am 1979; 14(3): 497-508.

-
- Freitas MTA. Vygotsky e Bakhtin: psicologia e educação – um intertexto. 4^a. ed. São Paulo: Ática; 2002. Vygostsky e a linguagem. Cap 4; p. 92-9.
 - Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul Enferm 1998; 11(3): 24-31.
 - Garijo MG. Diagnostico de enfermagem. [licenciatura] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1993.
 - Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3^a.ed. São Paulo: Atlas; 1996. Como classificar as pesquisas? Cap 4; p. 45-62 .
 - Gordon M. Symposium on the implementation of nursing diagnosis. Nurs Clinics North Am 1979; 14(3): 483-96.
 - Gordon M. Implementation of nursing diagnoses: an overview. Nurs Clin North Am 1987; 22(4): 875-9.
 - Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994. Relevance of nursing diagnosis to practice issues, Chap 11; p.254-72.
 - Gordon M, Hiltunen E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. Nurs Diagn 1995; 6(4): 143-54.
 - Gualda DMR. A organização do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: filosofia e pressupostos acadêmico-assistenciais. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. Cap 6; 93-108.

-
- Hanson MH, Kennedy FT, Dougherty LL, Baumann LJ. Education in nursing diagnosis: evaluation clinical outcomes. *J Contin Educ Nurs* 1990; 21(2): 79-85.
 - Higuchi KAS, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nursing Diagnosis* 1999; 10(4): 137-47.
 - Horta WA O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. *Enferm Novas Dimens* 1975; 1(1): 10-6 .
 - Horta WA. Enfermagem: Teoria das Necessidades Humanas Básicas. *Enferm Novas Dimens* 1979; 5(3): 133-6.
 - Hospital Universitário. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. Disponível em: <[http:// www.hu.usp.br](http://www.hu.usp.br)> (12 ago 2003)
 - Johnson M, Maas M, Moorhead S, editors. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Iowa Outcomes Project*. 2nd ed. Saint Louis: Mosby; 2000. Outcome development and significance , Chap 1; p. 3-21.
 - Lee TT, Mills ME. The relationship among medical diagnosis, nursing diagnosis and nursing intervention and the implications for home health care. *J Prof Nurs* 2000; 16(2): 84-91.
 - Lopes MHBM, Montagnoli ETL, Maia CAT. Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em uma unidade de internação de ginecologia. *Rev Lat Am Enferm* 1999; 7(5): 77-83.

-
- Lopez M, editor. O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte, ética. Rio de Janeiro: Revinter ; 2001. A lógica e o raciocínio diagnóstico; p. 27-40.
 - Lunney M. Self-monitoring of accuracy using an integrated model of the diagnostic process. *J Adv Med Surg Nurs* 1989; 1(3): 43-52.
 - Lunney M. A battered woman (commentary). *Nursing Diagnosis* 1996; 7(1): 43.
 - Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nursing Diagnosis* 1997; 8(4):157-69.
 - Lunney M. Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses. Philadelphia: North American Diagnosis Association; 2001a. Nursing diagnosis, thinking, and critical thinking, Chap 1; p. 3-17.
 - Lunney M. Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses. Philadelphia: North American Diagnosis Association; 2001b. Accuracy of diagnosing human responses: the need for critical thinking, Chap 2; p.18-28.
 - Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(3): 106-12.
 - Luria AR . Vygotsky. In: Vygotsky LS, Luria AR, Leontiev AN. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Trad. Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Ícone; 1988. Cap 2, p. 21-37.

-
- Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico. 6^a.ed. São Paulo: Atlas; 2001. Projeto e relatório de pesquisa, cap 4; 99-135.
 - Maas ML. Organizational characteristics that facilitate the use of nursing diagnoses. *Nurs Clinics North Am* 1987; 22(4): 881-6.
 - Maibusch RM. Implementing nursing diagnoses. *Nurs Clinics North Am* 1987; 22(4): 955-69.
 - Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem no instituto “Dante Pazzanese” de Cardiologia: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP* 1987; 21 (n. esp): 77-87.
 - Maria VLR. Preparo de enfermeiras para utilização de diagnósticos de enfermagem: relato de experiência. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.
 - Maria VLR. Diagnóstico de enfermagem. *Nursing* 2001; (1): 11-3.
 - Marin HF. Vocabulários em enfermagem: revisão e atualização. *Nursing* 2001; (1): 25-9.
 - McCloskey JC, Bulechek GM, editors. *Nursing Interventions Classification (NIC): Iowa Interventions Project*. 3rd ed. Saint Louis: Mosby; 2000. An overview of NIC, Chap 1; p. 3-13.
 - McCourt AE. Implementing nursing diagnosis through integration with quality assurance. *Nurs Clinics North Am* 1987; 22(4): 900-4.

-
- Melo AS. Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. [tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
 - Michel JLM, Barros ALBL. A pesquisa nas classificações de enfermagem: a experiência brasileira. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 664-9.
 - Miller E. How to make nursing diagnoses work: administrative and clinical strategies. Norwalk: Appleton & Lange; 1989. p. 73-117.
 - Miller J, Steele K, Boisen A. The impact of nursing diagnoses in a long-term care setting. *Nurs Clin North Am* 1987; 22(4): 905-15.
 - Monte ADAS, Adami NP, Barros ALBL. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. *Acta Paul Enf* 2001; 14(1): 89-97.
 - Nobrega MML. Diagnósticos de enfermagem da NANDA e a teoria das necessidades humanas básicas de Horta. [dissertação] João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1991.
 - Nóbrega MML; Gutiérrez MGR. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE versão alpha. João Pessoa: Idéia; 2000.
 - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA- definições e classificação 1999-2000. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

-
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
 - Novotny-Dinsdale V. Implementation of nursing diagnosis in one emergency department. *J Emerg Nurs* 1985; 11(3):140-4.
 - Oliveira CT, Furegato ARF, Pereira MJB. Diagnóstico para orientação de enfermagem sobre sexualidade para adolescentes. *Rev Enferm UERJ* 2001; 9(1): 26-31.
 - Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1971.
 - Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 1996; 30(3): 501-18.
 - Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e a execução do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(4): 392-8.
 - Peixoto MSP, Urrutia GIDC, Costa MPF, Maria VLR. Diagnósticos de enfermagem: padrões mínimos da assistência de enfermagem em um pronto-socorro. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 1996; 6(4) supl A: 1-14.
 - Peixoto MSP, Urrutia GIDC, Maria VLR, Machado JM. Sistematização da assistência de enfermagem em um pronto-socorro: relato de experiência. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1996; 6(1) supl A: 1-8.

-
- Perez VLAB, Nóbrega MML, Farias JN, Coler MS. Diagnóstico de enfermagem: um desafio de enfermagem para os anos 90. *Rev Bras Enferm* 1990; 43(1/4): 14-8.
 - Pfettscher AS. Florence Nightingale: Modern nursing. In: Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002. Chap 6; p. 65-83.
 - Pimenta CAM, Cruz DALM. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. *Acta Paul Enferm* 1994; 7(1): 27-34.
 - Püschel VAA. Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
 - Rantz MJ, Miller TV. Change theory: a framework for implementing nursing diagnosis in a long-term care setting. *Nurs Clinics North Am* 1987; 22(4): 887-97.
 - Rego TC. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 14^a ed. Petrópolis: Vozes; 2002. A cultura torna-se parte da natureza humana. Cap 2; p. 63-8, 75-80.
 - Rossi LA, Torrati FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnóstico de enfermagem do paciente no pós operatório imediato. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34(2): 154-64.
 - Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR,

Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. Cap 3; p. 41-62.

- Sanford S. Administrative applications of nursing diagnosis. *Heart & Lung* 1987; 16(6.1): 600-5.
- Santos I, Carvalho e Silva ALA, Clos AC, Cruz ICF. Validade das prescrições de enfermagem: análise documental em prontuários de clientes internados. *Rev Enferm UERJ* 1996; 4(1): 39-50.
- Silva JA, Silva MJ. Comunicar para diagnosticar. *Rev Amb Hospit* 1995a; (71): 47-52.
- Silva JA, Silva MJ. Visão de um grupo de enfermeiras sobre a relação comunicação versus diagnósticos de enfermagem. In: Livro-Programa do 1º. Simpósio Internacional sobre Diagnósticos de Enfermagem; 1995 out. 20-22; São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1995b. p.49.
- Simon JM. Chronic pain : diagnosis, etiology or syndrome ? *Nurs Diagn* 1997; 8(1): 37-9.
- Souza MF. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 691-6.
- Specht MA, Drey K. The implementation of nursing diagnoses: the Iowa Veterans Home experience. *Nurs Clinics North Am* 1987; 22(4): 917-33.
- Sumner CH. Recognizing and responding. *A J N* 1998; 98(1): 26-31.
- Tabak N, Bar-Tal Y, Cohen-Mansfield J. Clinical decision making of experienced and novice nurses. *West J Nurs Res* 1996; 18(5): 534-47.

-
- Thomas NM, Newsome GG. Factors affecting the use of nursing diagnosis. *Nurs Outlook* 1992; 40(4): 182-6.
 - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Serviço de Biblioteca e Documentação. Manual de Orientação: referências bibliográficas estilo Vancouver. São Paulo: SBD; 2001.
 - Vale IN, Souza SR, Netto SN, Cardoso SMS, Lopes MHBM. Avaliação preliminar do uso dos diagnósticos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Acta Paulista Enferm* 1996; 9(esp.): 108-9.
 - Vale IN, Lopes MHBM. A utilização de classificações na prática e no ensino de enfermagem: a experiência da UNICAMP. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6): 670-3.
 - Volpato MP. Diagnóstico de enfermagem em clientes internadas em unidade médico cirúrgica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.
 - Vygotsky LS. Pensamento e linguagem. Trad. Jefferson Luiz Camargo. 2^a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. O desenvolvimento dos conceitos científicos na infância. Cap 6; p. 103-47.
 - Whitley GG, Gulanick M. Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings. *Nursing Diagnosis* 1996; 7(1): 25-32.
 - Wright MGM. Un lenguaje comun para enfermeras: dilema persistente. *Rev Lat Am Enferm* 1995; 3(2):107-29.

- Zanetti ML, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O modelo de Horta, a taxonomia de NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. *Rev Gauch Enferm* 1994; 15(1/2): 76-84.