

Etiquetas diagnósticas da NANDA-I em uma área se serviços de saúde no sul da Espanha

Rafael González-Rodríguez¹
María de los Ángeles Martelo-Baro¹
Pilar Bas-Sarmiento¹

Objetivo: determinar a incidência das etiquetas diagnósticas da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association - International*) e estabelecer a distribuição dos episódios assistenciais e de suas respectivas etiquetas em função de variáveis sociodemográficas (idade e sexo). Método: estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal, das etiquetas da NANDA-I, de desenho ecológico. A distribuição das etiquetas segundo sexo e idade foi analisada; as frequências correspondentes foram calculadas e as taxas de incidência com dados agregados para os episódios assistenciais por etiqueta foram computadas. Resultados: o número total de episódios assistenciais do estudo foi de 9.928 (41,65% homens e 58,35% mulheres). As etiquetas identificadas nesses episódios foram 16.456 (7.084 de homens e 9.372 de mulheres), com uma média de 1,7 etiquetas por episódio; das 216 etiquetas propostas pela NANDA-I, na sua classificação 2012-14, foram utilizadas 152, o que representou 70,4%. As etiquetas com maiores taxas de incidência por mil habitantes foram: Ansiedade, Disposição para melhorar os conhecimentos e Risco de infecção. Conclusões: o estudo permitiu detectar, por meio da NANDA-I, as respostas aos problemas de saúde de maior incidência nos usuários atendidos.

Descritores: Pesquisa; Diagnóstico de Enfermagem; Estudos Epidemiológicos.

¹ PhD, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería, Universidad de Cádiz, Cádiz, Espanha.

Como citar este artigo

González-Rodríguez R, Martelo-Baro MA, Bas-Sarmiento P. Diagnostic labels of NANDA-I in a southern region of Spain. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2911. [Access]; Available in: URL
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1714.2911>. mês dia ano

Introdução

O diagnóstico de enfermagem é o juízo clínico sobre a resposta de indivíduos, famílias ou comunidades aos processos vitais/problemas de saúde reais ou potenciais, que a enfermeira identifica, valida e trata de forma independente⁽¹⁾.

O desenvolvimento e a classificação dos diagnósticos da enfermagem tem passado por um período de identificação e descrição das percepções das enfermeiras sobre os problemas de saúde dos usuários que cuidam, a partir de pesquisas e consensos, em diferentes contextos da prática, das propostas de novos diagnósticos e da revisão dos existentes⁽²⁾ e tem contribuído para identificar respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida e para descrever as necessidades que os usuários estão experimentando.

Existem diferentes abordagens para quantificar e qualificar tais problemas e necessidades da saúde da população. Cada uma faz contribuições específicas e possui, também, suas próprias limitações. Podem-se fazer inferências a partir de censos, estatísticas vitais, taxas populacionais e por outros métodos. Pode-se medir (por meio da percepção dada pelo usuário sobre sua saúde) sintomas, doenças, lesões e incapacidades; também, podem-se fazer medições objetivas das funções físicas e mentais, dos sinais vitais e dos níveis bioquímicos, entre outras determinações. Entre essas abordagens, os estudos epidemiológicos são aplicados habitualmente. Seu propósito é estimar fatores como: magnitude global de um problema; repercussão na saúde; integridade dos serviços da saúde e necessidades específicas de atenção à saúde dos indivíduos, entre outros⁽³⁾. Os estudos epidemiológicos sobre diagnósticos de enfermagem são desenhados para documentar a sua frequência ou prevalência em uma população determinada.

Com essas premissas - seguindo as recomendações do Conselho Internacional de Enfermagem⁽⁴⁾ (prioridades de pesquisa em enfermagem para este século) e dada a validade dos diagnósticos da NANDA-I nos estudos epidemiológicos de incidência e prevalência de diagnósticos específicos, em determinados ambientes e populações⁽²⁾ - propomos o objetivo descrito a seguir.

Objetivo

Determinar a incidência das etiquetas diagnósticas da NANDA-I na Área de Gestão da Saúde do município "La Línea de la Concepción" (Cádiz, Andaluzia, Espanha) e estabelecer a distribuição dos episódios assistenciais dessas etiquetas em função de variáveis sociodemográficas (idade e sexo).

Material e Método

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal das etiquetas diagnósticas da NANDA-I, de desenho ecológico, ou seja, está baseado em grupos de uma população específica como unidade de estudo, a partir dos quais se comparam as taxas de doença e algumas outras características. Estudaram-se 13.587 episódios assistenciais, dos quais 3.659 foram excluídos pelos critérios descritos abaixo, acontecidos na Área de Gestão da Saúde do município de *La Línea de la Concepción* (Cádiz, Andaluzia, Espanha), composta por um hospital geral e três centros de atenção primária de saúde, desde 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2014, extraído de cada registro de enfermagem informatizado as seguintes variáveis: sexo, idade e etiquetas diagnósticas atribuídas segundo a Classificação NANDA-I (versão 2012-2014), identificadas durante o ingresso dos usuários ou nas primeiras consultas.

Entendemos por episódio assistencial a história clínica gerada pelos profissionais da saúde, cada vez que um usuário é atendido em um hospital ou em um centro de saúde.

Foram realizados análises da distribuição das diferentes etiquetas diagnósticas, segundo sexo e idade, as frequências correspondentes foram calculadas e as taxas de incidência com dados agregados foram computadas, para os episódios assistenciais de cada etiqueta diagnóstica.

Os dados foram obtidos de fonte secundária, da base de dados criada pelo Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação da Área de Gestão da Saúde do município de *La Línea*. Para o processamento e posterior análise estatística foram empregados os programas Microsoft Excel 2013 e IBM SPSS Statistics 20.

Considerando que o trabalho foi feito com o total de episódios assistenciais registrados oficialmente, foi tomada como referência a população total do município. Os dados do censo da população, correspondentes ao ano de 2014, foram obtidos da base de dados do Instituto Nacional de Estatística e os grupos etários foram classificados seguindo os valores propostos pela NANDA-I de 2015-2017.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

- Histórias clínicas pertencentes a pessoas não residentes no município de *La Línea de la Concepción*;
- Histórias clínicas nas quais não apareceram pelo menos um diagnóstico de enfermagem.

Este estudo foi realizado de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinkí e seguindo as recomendações de Boa Prática Clínica da Comunidade Europeia (documento 111/3976/88 de julho de 1990); foram cumpridas as regulamentações legais espanholas sobre confidencialidade de dados (Lei

Orgânica 15/1999, de 13 de dezembro, de Proteção de dados de caráter pessoal). Também teve a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa Clínica do Hospital de *Puerto Real, Bahía de Cádiz, La Janda* e Campo de Gibraltar (expediente número 11_12).

Resultados

O número total de episódios assistenciais estudados foi 9.928, com média de idade de 56,63 anos (DP=27,23). A média de idade dos homens foi de 55,09 anos e das mulheres de 57,94 anos; na Tabela 1 pode-se observar a distribuição por sexo, grupos etários e proporção homem/mulher.

Para ter uma ideia segura da magnitude do problema, relacionaram-se os episódios assistenciais com a projeção da população para cada grupo de idade. A distribuição das populações em cada grupo de idade apresenta-se na Tabela 2.

Foram calculadas as taxas de incidência com dados agregados dos episódios assistenciais por grupos de idade. Para estimar a margem de erro, calculou-se o correspondente intervalo de confiança com um nível de significância de 95%. Os resultados apresentam-se na Tabela 3, em que os denominadores empregados são as projeções da população na metade do período, em 1º de julho de 2014, providenciadas pelo Instituto Nacional de Estatística.

O número total de etiquetas diagnósticas identificadas nos episódios assistenciais foi de 16.456 [7.084 (43,05%) em homens e 9.372 (56,95% em mulheres)] com média de 1,7 etiquetas por episódio; das 216 etiquetas propostas pela NANDA-I, na sua classificação 2012-2014, utilizaram-se 152, o que representou 70,4% do total. A análise da etiqueta diagnóstica principal consistiu em calcular sua frequência observada, suas percentagens e suas taxas de incidência, selecionando as etiquetas mais representativas do total segundo o sexo (Tabela 4) e o grupo de idade por sexo (Tabela 5).

Tabela 1 – Distribuição dos episódios assistenciais por grupos de idade, sexo e proporção homem/mulher. *La Línea de la Concepción, CA, Espanha, 2014*

Grupos etários	Episódios assistenciais		Total	Porcentagem	R H/M*
	Homens	Mulheres			
Lactantes	74	129	203	2%	0,57
Crianças	234	233	467	4,7%	1,00
Adolescentes	182	193	375	3,8%	0,94
Adultos	1.641	2.139	3.780	38,1%	0,76
Idosos	2.004	3.099	5.103	51,4%	0,64
Total	4.135	5.793	9.928	100	0,71

*R H/M: Proporção Homem/Mulher

Tabela 2 – População agregada aos diferentes grupos de idade do município de *La Línea de la Concepción, CA, Espanha, projeção de população no ano de 2014.*

Grupos etários	Habitantes		Total de habitantes	Porcentagem
	Homens	Mulheres		
Lactantes	370	353	723	1,1
Crianças	3.766	3.429	7.195	11
Adolescentes	3.867	3.538	7.405	11,3
Adultos	20.240	19.937	40.177	61,4
Idosos	4.301	5.624	9.925	15,2
Total	32.544	32.881	65.425	100

Tabela 3 – Episódios assistenciais, projeção de população na metade do período e taxa de incidência (pessoas-período de seguimento). *La Línea de la Concepción, CA, Espanha, 2014*

Grupos etários	EA*	PP†	TI‡	TI por mil habitantes	IC§ (95%) TI por mil
Lactantes	203	723	0,28077	280,77	270,1-291,5
Crianças	467	7.195	0,06490	64,90	42,5-87,3
Adolescentes	375	7.405	0,05064	50,64	25,4-75,9
Adultos	3.780	40.177	0,09408	94,08	75,6-112,5
Idosos	5.103	9.925	0,51415	514,15	506,3-522
Total	9.928	65.425	0,15174	151,74	137,2-166,3

*EA: Episódios Assistenciais; †PP: Projeção de População; ‡TI: Taxa de Incidência; §IC: Intervalo de Confiança.

Tabela 4 – Frequência observada, porcentagem e taxas de incidência das etiquetas diagnósticas principais no total de episódios assistenciais por sexo. *La Línea de la Concepción, CA, Espanha, 2014*

Etiqueta diagnóstica	Total			Homens			Mulheres		
	Fo*	%†	TI‡	Fo*	%†	TI‡	Fo*	%†	TI‡
Ansiedade	1.488	15	22,7	626	15,1	19,2	862	14,9	26,2
Disposição para melhorar os conhecimentos	1.152	11,6	17,6	508	12,3	15,6	644	11,1	19,5
Risco de infecção	1.127	11,4	17,2	495	12	15,2	632	10,9	19,2

*Fo: Frequência observada; †%: Porcentagem; ‡TI: Taxa de Incidência

Tabela 5 – Distribuição das etiquetas diagnósticas principais em cada grupo de idade por sexo. *La Línea de la Concepción, CA, Espanha, 2014*

Etiqueta diagnóstica	Lactantes: ≥ 28 dias e < 1 ano			Homens			Mulheres		
	Fo*	%†	TI‡	Fo*	%†	TI‡	Fo*	%†	TI‡
Aleitamento materno eficaz	46	22,7	63,6	17	23	46	29	22,5	82,2
Risco de infecção	30	14,8	41,5	12	16,2	32,4	18	14	51
Ansiedade	23	11,3	31,8	9	12,2	24,3	14	10,9	39,7
Crianças: entre 1 e 9 anos, ambos incluídos									
Risco de infecção	71	15,2	9,9	37	15,8	9,8	34	14,6	9,9
Ansiedade	56	12	7,8	23	9,8	6,1	33	14,2	9,6
Deterioração da mobilidade física	23	4,9	3,2	12	5,1	3,2	11	4,7	3,2
Adolescentes: entre 10 e 19 anos, ambos incluídos									
Disposição para melhorar os conhecimentos	100	26,7	13,5	40	22	10,3	60	31,1	17
Ansiedade	58	15,5	7,8	24	13,2	6,2	34	16,6	9,6
Conhecimentos deficientes	44	11,7	5,9	17	9,3	4,4	27	14	7,6
Adultos: entre 20 e 64 anos, ambos incluídos									
Disposição para melhorar os conhecimentos	773	20,4	19,2	333	20,3	16,5	440	20,6	22,1
Ansiedade	753	19,9	18,7	333	20,3	16,4	420	19,6	21,1
Risco de infecção	463	12,2	11,6	207	12,6	10,2	256	12	12,9
Idosos: ≥ 65 anos									
Ansiedade	598	11,7	60,3	237	11,8	55,1	361	11,6	64,2
Intolerância à atividade	551	10,8	55,5	235	11,7	54,6	316	10,2	56,2
Deterioração da mobilidade física	535	10,5	53,9	236	11,8	54,9	299	9,6	53,2

*Fo: Frequência observada; †%: Porcentagem; ‡TI: Taxa de Incidência

Discussão

A média de etiquetas diagnósticas por episódio assistencial esteve muito abaixo das encontradas em outros estudos, nos quais esta oscilou entre 8,7 e 4,2 diagnósticos por paciente⁽⁵⁻⁷⁾. As seguintes causas poderiam justificar a baixa média de etiquetas diagnósticas identificadas por episódio assistencial: a pressão por incorporar na prática a utilização de um registro de diagnósticos de enfermagem acompanhado da falta de formação; excessiva carga de trabalho; baixo desenvolvimento do papel independente; baixa capacidade dos diagnósticos NANDA-I de se adequarem às realidades assistenciais distintas; complexidade na estrutura que dificulta seu manejo e o uso de linguagem pouco compreensível.

Da análise da etiqueta diagnóstica principal verificou-se que a mais frequente foi a de ansiedade. Esta também apareceu entre as três primeiras em todos os grupos de idade.

A etiqueta de ansiedade refere-se a uma situação na qual a pessoa experimenta uma sensação imprecisa e intranquilizadora de desconforto ou ameaça acompanhada de uma resposta autônoma (a origem da qual, com frequência, é inespecífica ou desconhecida para a pessoa). É um sinal de alerta que indica um perigo iminente e permite à pessoa tomar medidas para enfrentar a ameaça⁽⁸⁾.

Aconselha-se usar esta etiqueta quando a pessoa sofre de ansiedade severa, que é o terceiro nível dos quatro que classicamente tem sido descritos: leve, moderada, severa e pânico⁽⁹⁾.

No total de episódios assistenciais o diagnóstico de ansiedade foi identificado em 1.488 (15%) deles. As percentagens foram muito similares entre homens e mulheres, 15,1% nos primeiros e 14,9% nas segundas. Porém, observando as taxas de incidência, pode-se comprovar que as diferenças são muito significativas: 19,2 em homens e 26,2 em mulheres; esses dados concordam com outros estudos como: no realizado em uma amostra de crianças em idade pré-escolar⁽¹⁰⁾; no caso de estudantes universitários na Colômbia⁽¹¹⁾ ou no estudo multicêntrico sobre envelhecimento salutar e incapacidade intelectual efetuado na Holanda⁽¹²⁾, onde se assinala que os transtornos de ansiedade apresentam-se com maior frequência nas mulheres.

Impressiona a enorme diferença do achado nesta etiqueta nos centros assistenciais do município de *La Línea de la Concepción*. Enquanto nos centros de saúde essa foi diagnosticada em 2,8% dos usuários, no hospital isso ocorreu em 97,2% dos usuários. Portanto, podemos supor que: a) o meio hospitalar gera no usuário mais sentimento de apreensão ou de ameaça incerta relacionada à antecipação de um perigo desconhecido do que nos centros de saúde; b) os usuários com alto nível de ansiedade procuram mais as urgências hospitalares, hospitalizam-se mais e tem maior mortalidade⁽¹³⁾; c) a maioria das vezes são sintomas muito inespecíficos, que refletem insatisfações ou frustrações, que podem ser mascaradas somaticamente, tornando mais complexo seu diagnóstico na atenção primária⁽¹⁴⁾ e d) as enfermeiras que trabalham em hospitais elaboram diagnósticos de enfermagem com maior facilidade do que as que trabalham em centros de saúde, embora não se encontrou referências que mencionassem esta última hipótese.

Com respeito às diferenças no uso da etiqueta de ansiedade nos centros de saúde, nossos resultados concordam com os de outros estudos, nos quais a identificação dessa etiqueta foi muito mais frequente na atenção hospitalar do que na atenção primária de saúde. Em uma clínica pediátrica, 88,5% das crianças apresentaram diagnóstico de enfermagem de ansiedade⁽¹⁵⁾; no hospital Rainha Sofia de Córdoba (Espanha), em um total de 35.094 usuários, 17,5%, foram diagnosticados com ansiedade⁽¹⁶⁾; já nas áreas de atenção primária da saúde de Tenerife e *La Palma* (Espanha), em uma amostra de 117.228 histórias da saúde informatizadas, apenas 3,6% foram identificadas com essa etiqueta⁽¹⁷⁾.

A etiqueta "disposição para melhorar os conhecimentos" aparece em segundo lugar no total de episódios assistenciais e a primeira nos grupos de idade de adolescentes e adultos. Porém, se observamos a Tabela 5, encontramos que a incidência dessa etiqueta

é muito maior nos adultos do que nos adolescentes e muito mais alta em mulheres do que em homens. Assim, considerando as características que definem a citada etiqueta, consideradas pela NANDA-I, podemos supor que as mulheres desse grupo de idade expressam mais interesse pela aprendizagem, referem conhecimentos e experiências prévias sobre um determinado tema e suas condutas são congruentes com os conhecimentos que possuem, em maior medida do que os homens.

Em um trabalho sobre sistematização de uma experiência em cuidado com adolescentes⁽¹⁸⁾, seus autores identificaram em primeiro lugar a etiqueta disposição para melhorar os conhecimentos, nesse grupo de idade; em outro estudo, sobre diagnósticos de enfermagem e de colaboração com usuários durante o peri-operatório⁽¹⁹⁾, realizado na província de Lampung (Indonésia), essa mesma etiqueta foi identificada em primeiro lugar e em Minas Gerais (Brasil), em um estudo sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos, segundo a teoria de Orem⁽²⁰⁾, essa etiqueta foi identificada em terceiro lugar.

A etiqueta risco de infecção aparece como a terceira identificada no total de episódios assistenciais e entre as três primeiras em três dos grupos de idade (lactantes, crianças e adultos). Esta etiqueta nomeia uma situação na qual a pessoa tem o risco de ser invadida por organismos patógenos⁽²¹⁾. Pensamos que esta etiqueta deve ser usada unicamente quando a conduta da pessoa ou do cuidador favoreça a aparição ou persistência dos fatores de risco ou quando existam fatores externos sobre os que se pode incidir eliminando-os, reduzindo-os ou modificando seus efeitos. Os fatores ou situações de risco mais frequentes – sobre os quais os profissionais de enfermagem podem atuar de forma independente – são devidos aos conhecimentos deficientes da pessoa ou do cuidador sobre como evitar a exposição aos agentes patógenos, a vacinação inadequada e, dependendo do grau e causalidade, ao aumento da exposição ambiental aos patógenos ou má nutrição.

Da mesma forma que na etiqueta de ansiedade, chama a atenção que dos 1.127 episódios assistenciais diagnosticados de risco de infecção, 31,8% foram diagnosticados nos centros de saúde e 68,2% no hospital. Alguns autores, coincidindo com nosso estudo, relacionam como causas identificadas da etiqueta o risco de infecção procedimentos invasivos, doença crônica e diminuição da taxa de hemoglobina, como foi o caso do estudo realizado no período do pós-operatório em usuários ingressados em unidades cirúrgicas de um Hospital Universitário da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, no qual seus autores concluem que os procedimentos invasivos, a ruptura da pele e a diminuição da hemoglobina foram os fatores associados com o risco de infecção⁽²²⁾. Outro

caso é a pesquisa feita com todos os usuários ingressados na Unidade de Cuidados Intensivos em um hospital localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, no qual, além das causas identificadas no estudo anterior, também se encontraram doença crônica, destruição tissular e aumento da exposição ambiental aos agentes patógenos⁽²³⁾. Podemos supor que a realização de um maior número desses procedimentos e a maior presença desses fatores nos hospitais justifique a diferença de percentagens tão notórias, encontradas entre os centros assistenciais. Sendo assim, seria recomendável apresentar um problema interdisciplinar no lugar de um diagnóstico de enfermagem, já que não é aconselhável utilizar esta etiqueta diagnóstica quando os fatores ou situações de risco estão relacionados com: doenças crônicas (diabetes, obesidade); defesas primárias inadequadas; alteração do peristaltismo; solução de continuidade da pele; mudanças no pH das secreções; diminuição da ação ciliar; ruptura prematura ou prolongada das membranas amnióticas; tabaquismo; traumatismo (ou destruição tissular); defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, imunossupressão, leucopenia, supressão da resposta inflamatória) e procedimentos invasivos (cateterismos, cirurgia). Entre as imprecisões no processo diagnóstico de enfermagem, destacam-se etiquetar como tais os problemas de saúde que não podem ser resolvidos de forma autônoma pelo profissional de enfermagem ou os que a solução dependa do tratamento prescrito por outro profissional.

A etiqueta risco de infecção esteve muito presente em outras pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem na prática assistencial, como na construção e validação de um instrumento de sistematização da atenção de enfermagem em cuidados intensivos realizada no Brasil⁽²⁴⁾, na qual 100% dos usuários estudados apresentaram esta etiqueta e também no estudo realizado em unidades médicas de um hospital de *Soria* (Espanha), no qual a etiqueta risco de infecção foi a de maior prevalência⁽²⁵⁾.

Limitações

Como limitações da presente investigação, destacamos que em estudos ecológicos de tipo exploratório, como este, deve-se considerar a chamada falácia ecológica. Paralelamente, o fato de ser este um estudo de um ano e não uma série, não se pode estimar as tendências temporais das características sociodemográficas e os padrões de ingressos hospitalares ou de consultas em centros de saúde. Teve-se a intenção de mostrar uma foto fixa com um corte transversal como metodologia de trabalho para obter uma visão geral que fosse o ponto de partida para estudos futuros. Como

este é um estudo de corte transversal, não se dispõe de resultados de estabilidade, sensibilidade à mudança e validade preditiva, o que seria requerido em um enfoque longitudinal.

Poderia se considerar que outra limitação do estudo seria não se ter levado em conta os reingressos hospitalares ou as repetidas consultas em centros de saúde. Por esta razão, foi útil ter sido claro o indicador episódio assistencial. Como o que se notifica são os "episódios", não se pode conhecer o número de vezes que uma pessoa é atendida nos centros assistenciais.

Outra possível limitação dos resultados apresentados estaria relacionada à qualidade das bases de dados das quais foram obtidas as particularidades sobre os episódios assistenciais. Essa qualidade depende da confiabilidade dos dados pessoais, da adequada classificação e codificação dos diagnósticos da NANDA e do número de usuários aos que se aplica a metodologia da enfermagem – o que depende da conformidade (*compliance*) institucional centrada no cumprimento das normas.

Contribuição para o avanço da Enfermagem

Este estudo pretende contribuir ao avanço da Enfermagem, permitindo o seu desenvolvimento profissional nos seguintes aspectos: planejamento dos cuidados de enfermagem para uma população concreta a partir da detecção das suas necessidades de cuidado; implementação e melhora do trabalho com os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes; planejamento dos conteúdos essenciais da formação na graduação e na pós-graduação, nos diferentes cenários do cuidado de enfermagem e priorização da elaboração de protocolos e planos de cuidado padronizados.

Conclusões

Todos os grupos etários mostraram uma maior prevalência de episódios assistenciais em mulheres. A maior morbidade das mulheres e sua maior esperança de vida é um tema que segue gerando inúmeras pesquisas que frequentemente não proporcionam resultados conclusivos.

Esta pesquisa permitiu detectar, através da NANDA-I, as respostas aos problemas da saúde de maior incidência nos usuários atendidos na Área de Gestão da Saúde do município de *La Línea de la Concepción*: ansiedade, disposição para melhorar os conhecimentos e risco de infecção.

Seria necessário explorar em estudos futuros as causas e as manifestações clínicas relacionadas com

a etiqueta diagnóstica de ansiedade, devido a sua alta prevalência em todos os grupos etários.

Perante a prevalência do diagnóstico de risco de infecção podemos concluir que as atividades de prevenção devem ser um elemento fundamental entre os profissionais da enfermagem, sendo necessária a adequação dos recursos para esta finalidade.

Referências

1. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, Krijnen WP, van der Schans CP. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nurs.* 2012; 11:11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-11>
2. Rodríguez-Acelas A, Cañón-Montañez W. Methodological roads: development and validation of nursing diagnoses. *Rev Cuid.* 2015; 6(1): 879-81. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.248>
3. Manterola C, Otzen T. Observational Studies. The Most Commonly Used Designs in Clinical Research. *Int. J. Morphol.* 2014; 32(2): 634-45. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
4. Martínez N. Nursing in the universal health coverage: new terms and old actions. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2015 [cited Oct 03, 2016];41(Suppl 1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500008&lng=es.
5. Santos RB, Duran E, Carmona ECM, Melo LL, Beck ARM. Nursing diagnoses in patients with hospital infection. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2015 Sept [cited Oct 01, 2016]; 9 (Supl.8): 9359-65. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7461/pdf_8623
6. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros LBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(2):307-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>
7. Castellan C, Sluga S, Spina E, Sanson G. Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs.* 2016 Jun; 72 (6): 1273-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12913>
8. Almonacid CI, Ramos AJ, Rodríguez-Borrego M. Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet].* 2016 [cited Oct 9, 2016];24:e2707. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100338&lng=en. Epub June 14, 2016.
9. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health.* 2014 Oct; 17 (5): 443-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
10. Franz L, Angold A, Copeland W, Costello EJ, Towe-Goodman N, Egger H. Preschool Anxiety Disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Dec; 52 (12): 1294-303.e1. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.008>
11. Vélez DMA, Garzón CPC, Ortíz DLS. Anxiety and depression characteristics in university students. *Int J Psychol Res.* 2008; 1(1): 34-9. doi: <http://dx.doi.org/10.21500/issn.2011-2084>
12. Hermans H, Beekman ATF, Evenhuis HM. Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *J Affect Disord.* 2013 Jan 10; 144 (1-2): 94-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.011>
13. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Anxiety. A review from Mishel's theory. *Index Enferm.* 2013;22(1-2):60-4. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>.
14. Latorre JM, Navarro B, Parra M, Martín J, Mae C, Cano A. Assessment and intervention of Anxiety and Depression disorders in Primary Care: An unsolved problem. *Rev Clin Med Fam.* 2016; 5(1): 37-45. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
15. Gomes GLL, Nóbrega MML. Anxiety in children following hospitalization: a proposal for a nursing diagnosis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet].* 2015 Sept/Oct. [cited Oct 8, 2016]; 23(5):963-970. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500963&lng=en.
16. Medina MJ, Rodríguez MA, Giménez R. Description and Analysis of the application level of the computer program of care, Azahar, in the University Hospital Reina Sofia in Cordoba. *New Performance approach. Enfermería Global. [Internet].* 2008 Jun [cited Feb 10, 2016];7(2):1-9. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16071>
17. Brito PR, Rodríguez M, Toledo C. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria. *ENE-revista de enfermería. [Internet].* 2009 Apr [cited Mar 2, 2016];3(1):42-51. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/156/139>
18. García A, Ibáñez LE. Systematization of a care experience with adolescents. *Ciencia y Cuidado. [Internet].* 2015 Sept [cited Oct 08, 2016];10(2):65-75. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/246/267>

19. Suarni L, Nurjannah I, Apriyani H. Nursing and collaborative diagnoses on perioperative patients with and without using six steps of diagnostic reasoning methods. *Int J Res Med Sci.* 2015;3 (Suppl 1):S97-103. doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20151528>
20. Camara de Moura P, Muniz L, Santana C, Vilela N, Lopes MD, Assunção LV. Diagnoses and nursing interventions in hypertensive and diabetic individuals according to Orem's Theory. *Rev Rene.* 2014;15(6):1039-46. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600018>
21. Dias de Araújo D, Rodrigues de Carvalho RL, Machado TC. Diagnoses identified in the medical records of hospitalized elderly. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2): 225-35. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230033>
22. Botarelli FR, Queiroz QJR, Fernandes APNL, Araújo JNM, Ferreira-Júnior MA, Vitor AF. Nursing diagnosis risk of infection in patients in the postoperative period: a cross-sectional study. *Online braz j nurs [Internet].* 2016 June [cited Oct 7, 2016];15(2):245-53. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5299>
23. Guimaraes RK, De Oliveira MV. Nursing diagnose in individuals admitted to the intensive therapy unit. *av.enferm. [Internet].* 2013 July [cited Oct 7, 2016];31(2):74-82. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200008&lng=en.
24. Araújo DS, França AF, Mendonça JKS, Bettencourt ARC, Amaral TLM, Prado PR. Construction and validation of a systematization instrument for nursing in intensive care. *Rev Rene.* 2015; 16(4):461-9. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400002>
25. Buergo O. Analysis of the implantation of Plans of Cares, through GACELA, in the medical units of the Hospital Santa Barbara of Soria. *NURE Inv. [Internet].* 2013 Sept/Oct [cited Oct 5, 2016];10(65): Available from: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66_original_gacela.pdf

Recebido: 16.6.2016

Aceito: 17.4.2017

Correspondência:
Rafael González Rodríguez
Universidad de Cádiz. Facultad de Enfermería
Ctra. de Getares. C/ Venus, s/n
CEP: 11207, Algeciras, Cádiz, Espanha
E-mail: rgonzalez.rodriguez@uca.es

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.