

RELAÇÕES ENTRE A COLETA DE DADOS, DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADULTOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹

Emília Campos de Carvalho²
Fernanda Titareli Merizio Martins³
Maria Célia Barcellos Dalri⁴
Sílvia Rita Marin da Silva Canini⁴
Ana Maria Laus⁴
Maria Marcia Bachion⁵
Lidia Aparecida Rossi⁶

Trabalho descritivo, retrospectivo, que teve como objetivo analisar a relação entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem estabelecidas por enfermeiros para 26 pacientes adultos que estiveram internados numa unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino de grande porte, com permanência mínima de 24 horas. Por meio da análise dos prontuários, foram estabelecidos 135 diagnósticos e 421 prescrições de enfermagem, sendo identificadas 24 diferentes categorias diagnósticas e 20 diferentes itens para prescrição. O diagnóstico de risco para infecção foi o de maior frequência, presente no prontuário de 22 (84,60%) pacientes. Das prescrições, 175 (42%) relacionaram-se a esse diagnóstico. Observa-se que os dados registrados pelos enfermeiros na coleta de dados foram suficientes para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e a maioria das prescrições (87,9%) apresentou relação com os diagnósticos.

DESCRITORES: processos de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; unidades de terapia intensiva

RELATIONS BETWEEN NURSING DATA COLLECTION, DIAGNOSES AND PRESCRIPTIONS FOR ADULT PATIENTS AT AN INTENSIVE CARE UNIT

This descriptive, retrospective study aimed to analyze the relation between nursing data collection, diagnoses and prescriptions for 26 adult patients who were hospitalized at the intense care unit of a large teaching hospital for at least 24 hours. Through the analysis of medical records, 135 diagnoses and 421 nursing prescriptions were established, and 24 different diagnosis categories and 20 different items for prescriptions were identified. The most frequent diagnosis risk was that for infection, present in the medical records of 22 (84.60%) patients, with 175 prescriptions (42%) related to this diagnosis. The data the nurses collected were sufficient to establish the nursing diagnoses, and the majority of prescriptions (87.9%) were related to the diagnoses.

DESCRIPTORS: nursing process; nursing diagnosis; intensive care unit

RELACIONES ENTRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS, DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

La finalidad de este estudio descriptivo y retrospectivo fue analizar la relación entre la recolección de datos, diagnósticos y prescripciones de enfermería para 26 pacientes adultos que estuvieron hospitalizados en una unidad de terapia intensiva en un hospital de enseñanza de gran porte, con permanencia mínima de 24 horas. Mediante el análisis de los archivos se establecieron 135 diagnósticos y 421 prescripciones de enfermería, siendo identificados 24 categorías de diagnóstico y 20 diferentes ítems de prescripción. El diagnóstico de riesgo para la infección fue el más frecuente, que estuvo presente en el registro de 22 (84,60%) pacientes. De las prescripciones, 175 (42%) se refirieron a este diagnóstico. Se observa que los datos registrados por los enfermeros en la recolección de datos fueron suficientes para establecer los diagnósticos de enfermería y que la mayoría de las prescripciones (87,9%) estuvieron relacionadas con los diagnósticos.

DESCRIPTORES: procesos de enfermería; diagnóstico de enfermería; unidades de terapia intensiva

¹ Projeto desenvolvido no Laboratório de Comunicação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e apoiado pelo CNPq; ² Enfermeira, Professor Titular, e-mail: ecdcava@eerp.usp.br; ³ Enfermeira, e-mail: titareli@eerp.usp.br; ⁴ Enfermeira, Docente, e-mail: macdalri@eerp.usp.br, canini@eerp.usp.br, analaus@eerp.usp.br, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil; ⁵ Enfermeira, Professor Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Brasil, e-mail: mbachion@fen.ufg.br; ⁶ Enfermeira, Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem, apoiada em base intuitiva, vem se estruturando pela aplicação de princípios científicos por meio de modelos e abordagens teóricas, caracterizada por atividades sistematicamente deliberadas, lógicas e racionais, subsidiando a avaliação do estado de saúde dos clientes.

O processo de enfermagem, como modalidade de metodologia da assistência, provê a estrutura para o cuidado de enfermagem. Essa metodologia compreende cinco componentes inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação⁽¹⁻²⁾.

O impacto na prática clínica dessa metodologia, em especial empregando as classificações de diagnósticos⁽³⁾, intervenções⁽⁴⁾ e resultados⁽⁵⁾, tem sido objeto de estudos de revisão; e, dentre os achados, a contribuição favorável do uso da coleta de dados e do estabelecimento de diagnóstico na qualidade da documentação de enfermagem tem sido evidenciada⁽⁶⁾.

O desenvolvimento de todas as etapas do processo de enfermagem está diretamente relacionado à competência da equipe de enfermagem, filosofia do serviço e recursos disponíveis. Estudos evidenciam que a educação continuada de enfermeiros sobre essa metodologia melhora significativamente o emprego de suas fases. Porém, nem sempre a acurácia na formulação dos diagnósticos de enfermagem atendem os critérios de qualidade para características definidoras e menos ainda, para os fatores relacionados. Recomendam que o estabelecimento de diagnósticos, intervenções e resultados devem ser examinados em conjunto e não isoladamente⁽⁶⁾.

O conjunto de diagnósticos de enfermagem, que um paciente (ou uma determinada clientela) apresenta, evidencia tanto a complexidade de seu quadro clínico e, conseqüentemente, o tipo de intervenções requeridas para resolução dos mesmos como, também, o respectivo conjunto de atividades necessárias, expressas nas prescrições de enfermagem⁽⁷⁾.

O número e o tipo de intervenções de enfermagem recebidas pelo paciente têm sido

considerados como indicadores do cuidado prestado⁽⁸⁻¹⁰⁾. Contudo, o efeito do diagnóstico e das intervenções sobre os resultados no paciente não tem mostrado evidências satisfatórias, por outro lado, a quantidade e a qualidade de documentação nos prontuários têm se elevado⁽¹¹⁻¹³⁾.

Além disso, essa forma de organização do trabalho de enfermagem é concebida como importante ferramenta de gestão do cuidado⁽¹⁴⁾ e permite atendimento individualizado ao paciente e de qualidade⁽¹⁵⁾. Para alcançar todas essas possibilidades, as etapas desse instrumento de trabalho devem estar devidamente registradas.

Nesse sentido, a análise das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes pode contribuir para a identificação de necessidades e resultados de processos de educação permanente em saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, favorecer a identificação da participação da enfermagem nos resultados de saúde alcançados pelos pacientes⁽⁶⁾ como, também, evidenciar dados para a gerência dos setores e para o gestor da instituição.

Não foram observados na literatura de enfermagem estudos nacionais que tratem dos efeitos da qualidade dos registros e do uso de taxonomias de diagnósticos e de intervenções sobre os resultados obtidos no paciente. Igualmente, não se identificou análises da pertinência dos dados coletados com os diagnósticos estabelecidos, da correspondência desses dados com os fatores relacionados ou características definidoras e da identificação desses elementos como determinantes das prescrições.

Tais aspectos foram objeto de interesse no presente estudo. Nesse sentido, o objetivo geral foi analisar as relações entre a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e elaboração de prescrições de enfermagem a adultos internados em uma unidade de terapia intensiva.

Foram estabelecidos como objetivos específicos:

- analisar os registros de enfermagem tendo como foco o perfil de diagnósticos de enfermagem identificados;
- analisar a relação das prescrições de enfermagem aos elementos constitutivos dos diagnósticos identificados;
- analisar o diagnóstico de enfermagem de maior ocorrência, em relação à sua sustentação nos dados

de avaliação do paciente e a pertinência de prescrições a ele estabelecidas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de caráter retrospectivo, a partir das informações sobre a coleta de dados, os diagnósticos e as prescrições de enfermagem registradas nos prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de ensino, de grande porte, do interior paulista. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição.

Foram selecionados os prontuários de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que foram internados na UTI, no período de agosto a novembro de 2004 e que tiveram permanência mínima de 24 horas. A seleção desse cenário ocorreu por ser um dos locais pioneiros na implantação do processo de enfermagem da instituição em que o estudo foi realizado. No período estipulado para a pesquisa, foram internados na unidade 65 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão. A amostra foi constituída por 26 (40%) prontuários, que estavam disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico da referida instituição.

O prontuário continha instrumento padronizado, específico para utilização da equipe de enfermagem, composto por quatro partes: coleta de dados categorizados por necessidades humanas básicas, relação de diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem e folha de evolução de enfermagem (que corresponde à avaliação).

Os dados relativos à admissão, assim como os registros contendo os diagnósticos estabelecidos para cada cliente e as prescrições propostas foram transcritos dos impressos empregados na instituição em ficha semelhante à utilizada pela equipe de enfermagem, sendo utilizado um instrumento para o registro da coleta de dados e outro para os diagnósticos e prescrição de enfermagem. A coleta dos dados foi realizada por um enfermeiro, com experiência prática e teórica do processo de enfermagem. Foi resguardado o sigilo e anonimato dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

Os dados coletados dos prontuários foram analisados por cinco pesquisadores peritos na temática. Em cada caso foram examinados os registros buscando identificar a acurácia do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, conforme proposto na literatura⁽¹⁸⁾. Quanto aos registros referentes aos diagnósticos de enfermagem, observou-se tanto a presença de seus componentes (título/categoria diagnóstica, características definidoras e fatores relacionados/fatores de risco), como a pertinência dos mesmos aos dados coletados. A análise das prescrições de enfermagem teve como foco a sua relação com os componentes descritos em cada um dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos. Para tanto, os autores analisaram cada prescrição, identificando se ela era decorrente da categoria diagnóstica, dos fatores relacionados ou categorias definidoras para os diagnósticos reais ou da categoria diagnóstica ou dos fatores de risco, para os diagnósticos de risco.

Após a avaliação de todos os prontuários, optou-se por analisar, com maior profundidade, a título de exemplificação, o diagnóstico risco para infecção, por ter sido aquele de maior frequência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos realizados a partir de anotações de prontuários mostram que os diagnósticos de enfermagem e as intervenções variam, dependendo do propósito da assistência a ser prestada ao paciente admitido no serviço de saúde⁽¹⁹⁾. Igualmente, o número de diagnósticos estabelecidos também apresenta relação com as características dos pacientes dos diferentes setores⁽⁶⁾. O cenário de uma unidade de terapia intensiva e a finalidade da assistência prestada contribuem para o perfil de diagnósticos e o de prescrições, como aqueles descritos a seguir.

Nota-se que os enunciados diagnósticos estão apresentados seguindo orientações de Carpenito, referencial adotado pelos enfermeiros na unidade setor estudada⁽²⁾.

Para os 26 pacientes da amostra foram atribuídos pelos enfermeiros 24 tipos diferentes de categorias diagnósticas (títulos diagnósticos), sendo

15 diagnósticos reais (62,5%) e 9 de risco (37,5%) (Tabela 1).

Tais diagnósticos pertencem aos domínios nutrição⁽²⁾, eliminação⁽²⁾, atividade/repouso⁽⁶⁾ e segurança/proteção⁽¹⁰⁾ propostos pela North American Nursing Diagnosis Association⁽³⁾. Quatro deles, não contidos nessa taxonomia, apresentam relação com os domínios segurança/proteção⁽¹⁾, atividade/repouso⁽²⁾ e conforto⁽¹⁾. Tais domínios de diagnósticos são característicos de pacientes críticos. Os demais nove domínios e suas respectivas classes⁽³⁾, embora não tenham sido contemplados no julgamento clínico dos enfermeiros, incluem diagnósticos factíveis para os sujeitos observados. No local do estudo, a atenção dos profissionais prioriza os aspectos mais imediatos da atenção à saúde dos pacientes.

Foram estabelecidos de quatro a nove diagnósticos por paciente, sendo, em média, 5 diagnósticos reais ou de risco por paciente, totalizando 135 diagnósticos estabelecidos para essa clientela; desses, 57 (42%) eram reais e 78 (58%) de risco.

Os diagnósticos mais freqüentes foram: risco para infecção (84,6%), mobilidade física prejudicada (69,2%), risco para aspiração (65,3%) e risco para lesão (61,5%). Seguem 8 diagnósticos com freqüência entre 38,4 e 15,3%. As 14 outras categorias apresentaram ocorrências iguais ou inferiores a 7,6%.

Estudo realizado com pacientes em unidades de cuidados intensivos⁽²⁰⁾ apontou os seguintes diagnósticos de enfermagem mais freqüentes: dor, potencial para injúria, ansiedade, débito cardíaco diminuído, potencial para infecção e déficit do conhecimento.

No presente estudo, alguns diagnósticos foram observados na maioria dos prontuários, sugerindo perfil característico da população em atendimento em UTIs, enquanto outros são específicos para cada indivíduo. Esse aspecto sugere que, mesmo em contexto de atuação na especialidade, os enfermeiros não perdem de vista a abordagem individualizada.

Tabela 1 - Distribuição das categorias diagnósticas, segundo os registros de enfermagem nos prontuários examinados em um hospital escola do interior paulista, 2004

Diagnósticos estabelecidos	nº	%
Risco de infecção	22	84,6
Mobilidade física prejudicada	18	69,2
Risco para aspiração	17	65,3
Risco para lesão	16	61,5
Risco de integridade pele prejudicada	10	38,4
Função respiratória alterada/padrão respiratório ineficaz	9	34,6
Integridade da pele prejudicada	8	30,7
Incapacidade para manter ventilação espontânea	5	19,2
Integridade tissular prejudicada	4	15,3
Perfusão tissular periférica alterada	4	15,4
Desobstrução ineficaz vias aéreas/eliminação traqueobrônquica ineficaz	3	11,5
Risco para transmissão da infecção	2	7,6
Troca de gases prejudicada	2	7,6
Proteção alterada	2	7,6
Nutrição alterada menor que necessidades	2	7,6
Risco resposta disfuncional desmame ventilatório	1	3,8
Risco incapacidade manter ventilação espontânea	1	3,8
Perfusão tissular cardíaca alterada	1	3,8
Risco para disfunção neurovascular periférica	1	3,8
Perfusão tissular cerebral alterada	1	3,8
Excesso volume de líquidos	1	3,8
Padrão de eliminação urinária alterada	1	3,8
Conforto prejudicado	1	3,8
Risco para alteração da temperatura corporal	1	3,8

Examinando-se os elementos constitutivos dos diagnósticos, nota-se que os 135 diagnósticos (reais e de risco) apresentaram categoria diagnóstica (100%) fundamentada na taxonomia adotada pelo serviço⁽²⁾, contudo, estavam formulados de modo incompleto, uma vez que os fatores relacionados ou de risco estiveram presentes em 133 (98,5%), e 39 (28,8%) mencionaram suas características definidoras incompletas, para cerca de 14% dos sujeitos nenhuma característica definidora foi considerada. Cabe lembrar que, dos diagnósticos observados, 42% eram reais, isto é, devem também apresentar características definidoras. Tais dados sugerem que os enfermeiros não estão valorizando, em seus registros de rotulação dos diagnósticos de enfermagem, as evidências clínicas (características

definidoras), identificadas nos pacientes. Nesse sentido, não se sabe se o profissional incluiu ou não determinadas evidências em seu processo de julgamento clínico, embora o dado estivesse disponível no registro da avaliação do estado de saúde dos pacientes.

A acurácia na determinação de um diagnóstico tem sido apontada como importante dificuldade^(6,18), e tem apresentado variação⁽²¹⁾. Estudo aponta que 30% dos diagnósticos de enfermagem examinados apresentaram baixa acurácia, segundo a avaliação de especialistas⁽²²⁾.

Na presente pesquisa, selecionou-se o diagnóstico *risco para infecção* para a análise desse aspecto por ser o de maior incidência neste estudo. Foi identificado pelos pesquisadores que 100% dos pacientes apresentaram, na coleta de dados registrada pelos enfermeiros nos prontuários, pistas relevantes, específicas e coerentes com tal diagnóstico, contudo, ele não foi estabelecido pelos enfermeiros para 4 pacientes. Dessa forma, entende-se que não houve acurácia para sua formulação em 15,3% dos sujeitos. Esse índice é inferior ao observado na literatura, embora tenha sido considerado apenas para um título diagnóstico. Por outro lado, cumpre destacar que em duas situações os enfermeiros afirmaram categoria diagnóstica real ampla, como *proteção alterada*, ao invés de diagnósticos de *risco para infecção*.

O julgamento e a tomada de decisões que o enfermeiro faz frente a uma dada situação podem refletir, além do conhecimento específico da sua área de atuação, o conhecimento das alternativas e limitações inerentes às classificações de diagnóstico. As habilidades técnicas e de relação interpessoal do diagnosticador, além do pensamento crítico e conhecimento, bem como o contexto da situação afetam a interpretação dos dados pelo enfermeiro, com repercussão na acurácia dos seus diagnósticos⁽²²⁻²³⁾.

Merece estudo futuro o raciocínio diagnóstico realizado pelo profissional, que mostra tendência para selecionar diagnósticos mais específicos ao invés daqueles mais amplos.

A observação de todos os prontuários possibilitou identificar 421 prescrições estabelecidas para os diagnósticos de enfermagem arrolados, tendo variado de 11 a 22 por paciente, sendo em média 16 prescrições por paciente. Cabe destacar que as atividades prescritas são direcionadas pelo resultado que se espera no paciente.

O conhecimento das intervenções de enfermagem a determinado grupo de pacientes pode tanto identificar vazios de conhecimento na prática observada como identificar novas abordagens de

resolução de um diagnóstico. Nesse sentido, tanto a Classificação de Intervenções de Enfermagem⁽⁴⁾ como a taxonomia adotada no setor⁽²⁾ têm colaborado para a divulgação de intervenções e atividades/ações nos diagnósticos de enfermagem como, também, para as decisões dos enfermeiros.

Em estudo já citado, com pacientes de unidade de cuidado intensivo, as atividades/ações mais empregadas estavam direcionadas às intervenções de monitoramento de parâmetros vitais, disponibilização de suporte emocional, ensino e de coordenação⁽²⁰⁾.

A especificidade das prescrições, ou seja, o quanto elas são próprias aos componentes de um dado diagnóstico, também foi objeto de análise (objetivo 2). Entre as 379 prescrições pertinentes aos diagnósticos registrados, 32,4% estavam relacionadas às categorias diagnósticas, 90% aos fatores relacionados ou de risco e 19,5% às características definidoras. Das prescrições, a maioria (87,9%) apresentava relação com os diagnósticos estabelecidos, mas 52 (12,1%) não eram a eles relacionadas, evidenciando ainda o uso da prescrição independentemente do estado registrado do paciente.

Isso pode ser devido ao fato que, para prescrever as ações de enfermagem, o profissional pode ter levado em conta, como foco, o diagnóstico médico; nesse sentido, estudo evidencia que enfermeiras identificam mais problemas relacionados ao diagnóstico médico do que ao diagnóstico de enfermagem⁽²⁴⁾. Pode ainda estar relacionado à dificuldade para identificar, na taxonomia utilizada, qual era a resposta humana presente na situação, mesmo tendo clareza de qual atividade seria necessária. A literatura aponta que, em determinadas situações, estabelecer diagnóstico de enfermagem torna-se inviável ou os problemas não são identificados e, nesses casos, a educação permanente dos membros da equipe de enfermagem pode contribuir para o adequado uso dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções a ele correspondentes⁽²⁴⁾.

Risco de infecção: relação com os dados da avaliação do paciente e pertinência das prescrições

Passando para a análise do diagnóstico de maior ocorrência, quanto à sua sustentação nos dados de avaliação do paciente e pertinência das prescrições a ele estabelecidas (objetivo 3), julgou-se oportuno, aqui, esclarecer que *risco para infecção* é conceituado⁽²⁾ como "estado em que o indivíduo está

em risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita) de fontes endógenas ou exógenas". Esse diagnóstico está agrupado na Taxonomia II da NANDA no Domínio 11⁽³⁾, que trata de Segurança/Proteção, significando "estar livre de perigo, lesões físicas ou danos no sistema imunológico, prescrição contra perdas e proteção da segurança e seguridade" e na Classe 1 infecções "que são as respostas do hospedeiro após a invasão patogênica".

O conceito de um diagnóstico, seu domínio e classe constituem o principal elemento para a declaração de fato do problema identificado pelo enfermeiro e, nesse caso, o diagnóstico foi construído a partir da vulnerabilidade para a qual o paciente se encontra exposto.

A presença desse diagnóstico em 84,6% dos prontuários evidencia que os profissionais consideraram os fatores de risco presentes em situação de internação em UTI, onde, via de regra, os pacientes estão sob um ou mais procedimentos invasivos. Uma vez que, ao determinar um diagnóstico e seus elementos, o enfermeiro passa a ter condições de selecionar as intervenções que irá prescrever, então, a partir desse diagnóstico, espera-se que sejam prescritas e implementadas as medidas de proteção necessárias à situação.

Examinando-se os elementos constitutivos do diagnóstico de risco para infecção nota-se que nos 22 prontuários foram registrados um ou mais fatores de risco identificados (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos fatores de risco para o diagnóstico risco de infecção atribuído nos prontuários observados (n=22), em um hospital escola do interior paulista, 2004

Total de internações	Frequência	Percentual (%)
Procedimentos invasivos	22	100
Destruição de tecidos	04	18,1
Doença crônica	03	13,6
Agente farmacêutico	01	4,5
Exposição ambiental a patógeno	01	4,5
Defesa primária inadequada	02	9,0
Defesa secundária inadequada	01	4,5

Deixar de basear os diagnósticos de enfermagem em seus fatores etiológicos tem sido uma das dificuldades apontadas na literatura⁽²⁵⁾. No presente estudo, foram encontrados registros referentes a sete diferentes fatores de risco. Em 100% nota-se a presença do fator de risco procedimentos invasivos. Em alguns prontuários as vias de invasão não estão especificadas, enquanto em outros estavam citadas como, por exemplo, as punções venosas, sondas, cateteres, sistema de ventilação, entre outros.

Esses dados reforçam a existência de padrão de comportamento dos enfermeiros quanto à forma de estabelecimento desse diagnóstico para a clientela estudada, em relação também aos fatores de risco e aos termos empregados, permitindo a caracterização de uma das nuances marcantes dos pacientes.

Em relação às prescrições, algumas foram direcionadas ao título do diagnóstico (categoria diagnóstica), enquanto outras aos fatores de risco.

Para esse diagnóstico foram estabelecidas 175 prescrições, tendo variado de 6 a 11, com média de oito prescrições, por paciente. Observou-se 20 diferentes itens de prescrição relativos, principalmente, à higiene corporal, higiene oral, higiene íntima, curativos, limpeza de bolsa coletora de urina e troca de sondas e cânulas.

Como se pode perceber, aproximadamente 42% das prescrições estão relacionadas ao diagnóstico risco de infecção. As características da unidade observada e a forte política institucional de controle de indicadores nesse setor, como as taxas de infecção e demais diretrizes institucionais, podem estar relacionadas a esses resultados.

Não se pode afirmar que as prescrições relativas ao diagnóstico risco para infecção digam respeito exclusivamente a esse diagnóstico, uma vez que há intervenções que podem ser indicadas para diferentes respostas humanas, contudo, percebeu-se que, no presente estudo, tais itens tinham relação com os elementos desse diagnóstico: 42% eram pertinentes ao título do diagnóstico (n=73), denotando ações de controle de infecção e 58% das prescrições (n=102) estavam diretamente relacionadas aos fatores de risco, denotando ações de prevenção de infecção.

CONCLUSÕES

O uso de registros para estudos retrospectivos do processo de enfermagem pode apresentar algumas limitações relacionadas ao conteúdo de

informações contidas nos prontuários, já manifestadas na literatura, relacionadas à falta de registros, à qualidade dos mesmos, presença de divergências, abrangência ou representatividade do real quadro do paciente, bem como à possível duplicidade ou descontinuidade dessas informações.

Porém, mesmo com tais vieses, ainda é positiva a análise de tais informações. Esses aspectos foram considerados ao se propor o presente estudo.

De acordo com os registros examinados, sobre o atendimento a pacientes adultos internados em UTI, os enfermeiros:

- estabeleceram 24 tipos diferentes de categorias diagnósticas (títulos diagnósticos), sendo 15 referentes a diagnósticos reais (62,5%) e 9 de risco (37,5%), pertencendo predominantemente aos domínios atividade/repouso (6) e segurança/proteção(10);
- identificaram mais freqüentemente os diagnósticos de: risco para infecção (84,6%), mobilidade física prejudicada (69,2%), risco para aspiração (65,3%) e risco para lesão (61,5%);
- registraram os diagnósticos de modo incompleto, ou seja, dos 135 diagnósticos (reais e de risco) arrolados, os 133 (98,5%) apresentaram fatores relacionados ou de risco e apenas 39 (28,8%) as características definidoras. Cabe lembrar que 42% eram reais, isto é, deveriam apresentar características definidoras;

- estabeleceram a maioria das prescrições (87,9%) pertinentes aos diagnósticos de enfermagem identificados, havendo ainda 12,1% que não eram a eles relacionadas;

- quando estabeleceram prescrições focadas nos diagnósticos de enfermagem, voltaram-se, na maioria das vezes (90%), para fatores relacionados ou de risco e apenas 19,5 % às características definidoras;
- determinaram o diagnóstico de risco de infecção com base nos dados registrados na coleta, evidenciando acurácia superior ao referido pela literatura para diagnósticos em geral;
- estabeleceram prescrições de enfermagem para esse diagnóstico de maneira consistente com o título (42%) ou com os fatores de risco (58%).

O emprego das diferentes fases do processo de enfermagem e o uso de taxonomias para denominação dos diagnósticos e intervenções retratam a busca, pelos enfermeiros, de uma base segura para assistência. Contudo, esse processo nem sempre é isento de dificuldades. E uma delas é o registro dessas etapas, passo imprescindível para o desenvolvimento e controle do processo de assistir. Tal registro permite ainda o acompanhamento continuado para o efetivo e eficaz emprego dessa metodologia, o que se sugere realizar no local de estudo, face aos dados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986.
2. Carpenito-Moyet LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10^aed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
3. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2005-2006. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
4. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3^a ed. São Paulo (SP): Artmed; 2004.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Nursing outcomes classification 3rd ed St Louis (MO): Mosby; 2003.
6. Müller-Staub M, Lavim MA, Needham I, vanAchterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes: application and impact on nursing practice: systematic review. J Adv Nurs 2006; 56(5):514-31.
7. Helberg JL. Patients' status at home care discharge. Image J Nurs Sch 1993; 25(2):93-9.
8. Lima LR, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. Revista Eletrônica de Enferm [online] 2006 8(3):349-57. Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm.
9. Cunha SMB, Barros ALB. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005; 58(5): 568-72.
10. 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.
11. Currel R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Review 2003 (3).
12. Nahm R, Poston I. Measurements of the effects of an integrated, point-of care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. Comput Nurs 2000; 18(5):220-9.
13. Daly JM, Buckwalter K, Maas M. Written and computerized care plans. J Gerontol Nurs 2002; 28(9): 14-23.

14. Sánchez RR, Landeros MS, Contreras MFP, Sepúlveda EC, Muñoz GP. Process of nursing: attention tool in management of the care. *Enfermería* 2002; 37(120):2-5.
15. Marques LVP; Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Rev Min Enferm* 2005; 9(3):199-205.
16. Müller-Staub M, Needham I, Odembreit M, Lavin MA, VanAchterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *Int Nurs Terminol Classif* 2007; 18(1):5-17.
17. Considine J. The role of nurses in preventing adverse events related to inspiratory dysfunction: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 49(6): 624-33.
18. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem. Estudos de caso e análises. Porto Alegre(RS): Artmed; 2004.
19. Ogasawara C, Hasegawa T, Kume Y, Takahashi I, Katayama Y, Furuhashi Y et al. Nursing diagnoses and interventions of japanese patients with end-stage breast cancer admitted for different care purposes. *Int Nurs Terminol Classif* 2005; 16(3-4): 54-64.
20. Coenem A, Ryam P, Sutton J, Devine E, Werley HH, Kelber S. Use of the Nursing Minimum Data Set to describe nursing interventions for select nursing diagnoses and related factors in an acute care setting. *Nurs Diagn* 1995; 6(3):109-14.
21. Levin RF, Lunney M, Krainovich-Miller B. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. *Int Nurs Terminol Classif* 2004; 15(4):114-22.
22. Lunney M, Karlic B, Kiss M, Musphy P. Accuracy of nurse's diagnoses of psychosocial responses. *Nurs Diagn* 1997; 8(4):157-66.
23. Jesus CAC, Carvalho EC. Brazilian Nurses Accuracy in Naming Diagnostic Statements. In: Rantz MJ, LeMone P. (organizators.). *Classification of Nursing Diagnoses - Proceedings of the Fourteenth Conference*. Glendale (CA): Cinahl Information Systems; 2002. p. 122-6.
24. Lee TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs* 2005; 14:640-47.
25. Smith-Higuchi KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nurs Diagn* 1999; 10(4):137-47.