

Parte 1

Classificação da NANDA International: avaliação e diagnóstico

1	Fundamentos do diagnóstico de enfermagem	2
2	Da avaliação ao diagnóstico	33

1 Fundamentos do diagnóstico de enfermagem

T. Heather Herdman, Susan Gallagher-Lepak, Camila Takáo Lopes

1.1 Breve introdução ao diagnóstico

Começamos esta discussão explorando o conceito de *diagnosticar*, que engloba o processo de determinação do diagnóstico de um paciente. É fundamental que os enfermeiros compreendam a habilidade de não apenas avaliar e documentar os achados, mas também de se envolver em um processo coerente de avaliação que leve a um diagnóstico preciso. Não é suficiente concluir uma avaliação e fazer uma transição rápida para uma tela de prontuário eletrônico ou em papel e “selecionar” ao acaso um diagnóstico, sem fazer qualquer conexão lógica com a avaliação realizada.

Neste capítulo, será feita uma breve exploração da disciplina de enfermagem e do processo de enfermagem antes de nos aprofundarmos no tema do diagnóstico de enfermagem. Será enfatizada a importância de diferenciar entre o ato de *diagnosticar* e o ato subsequente de *documentar*, destacando-se a necessidade de uma conexão lógica entre a avaliação e o diagnóstico na prática de enfermagem.

O diagnóstico, uma responsabilidade fundamental dos profissionais de enfermagem, se desenvolve durante as interações do enfermeiro com o paciente e a sua família. Esse processo abrange uma avaliação aprofundada, discutida de forma mais detalhada em um outro capítulo, em que os enfermeiros realizam o exame físico e conduzem a anamnese para descobrir possíveis preocupações em relação à saúde. Eles coletam dados abrangentes, incluindo o histórico de saúde do paciente e da sua família, além de sinais e sintomas atuais.

A coleta de dados envolve o exame minucioso dos registros do paciente, incluindo resultados de exames laboratoriais e de imagem, medicamentos e evoluções de várias disciplinas. Além disso, dados importantes são obtidos por meio do diálogo com o paciente, a família ou outras pessoas próximas. Ao analisar os dados obtidos por esses métodos multifacetados, os enfermeiros começam a reconhecer padrões, identificam anomalias e, em condições ideais, percebem os pontos fortes do paciente que são relevantes para a sua jornada de cuidados de saúde.

Considerando a *expertise* disciplinar, os enfermeiros usam o pensamento crítico para transformar dados brutos em inferências informadas. Eles formulam hipóteses sobre diagnósticos de enfermagem possivelmente presentes no paciente, demonstrando uma abordagem estratégica e analítica para a tomada de decisão clínica.

O que queremos dizer com *inferência*? Uma inferência refere-se a uma conclusão ou dedução feita a partir de evidências e com o uso de raciocínio lógico, que vai além dos dados ou declarações explícitas ou diretamente apresentadas. Essencialmente, ela representa uma interpretação ou explicação fundamentada que vai além da superfície dos dados brutos fornecidos. As inferências são elaboradas pela combinação dos dados existentes – que consistem em fatos e observações – com o conhecimento prévio derivado da teoria de enfermagem e da *expertise* disciplinar, junto da experiência clínica.

Esse processo permite a formulação de um novo entendimento, ou interpretação, que ultrapassa o conjunto de dados inicial. As inferências geralmente implicam em fazer conjecturas ou previsões bem-informadas com base nas evidências disponíveis. A capacidade de fazer inferências precisas é parte fundamental do pensamento crítico, da resolução de problemas e do processo diagnóstico na prática da enfermagem.

A partir da análise das inferências, os enfermeiros procedem ao diagnóstico das respostas do paciente inferidas a partir dos dados. Eles podem colaborar com pacientes, familiares, colegas e profissionais de outras disciplinas para validar suas inferências. Esse processo colaborativo visa a confirmar ou desafiar as hipóteses diagnósticas, levando a uma compreensão abrangente das respostas humanas evidentes no paciente.

No entanto, sem uma compreensão dos conceitos e das teorias subjacentes da disciplina da enfermagem, torna-se desafiador fazer inferências precisas a partir de dados brutos. Compreender esses princípios e teorias é essencial para que os enfermeiros façam inferências precisas e tenham *insights* significativos a partir dos dados obtidos nas avaliações dos pacientes.

Por exemplo, Tiago, um novo enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), coleta os seguintes dados do prontuário do paciente e das observações durante os cuidados e a alimentação do bebê Samuel:

Samuel é um neonato de 11 dias de vida que nasceu na 27ª semana gestacional. Ele apresenta síndrome da angústia respiratória moderada e está recebendo 2 L de oxigênio via cânula nasal. Hoje, ele apresenta bocejos, mãos espalmadas e soluços durante a alimentação matinal por sonda orogástrica e tem três episódios de queda da saturação de oxigênio abaixo de 85%. Seu peso tem aumentado entre 5 e 10 g/dia, e ele está no percentil 28 de peso.

Sendo um enfermeiro novato na UTIN, Tiago pode não identificar imediatamente sinais como bocejos, mãos espalmadas, soluços e dessaturação como respostas ao estresse em neonatos. O reconhecimento desses sinais requer uma compreensão profunda da organização do neurodesenvolvimento nessa população de pacientes. Ele pode interpretar o ganho de peso como positivo, sem perceber que está abaixo das normas para essa faixa etária, o que indica que o bebê Samuel gasta mais calorias do que consome.

No entanto, equipado com conhecimentos sobre o crescimento e neurodesenvolvimento neonatal, Tiago poderia perceber as respostas ao estresse e os problemas de crescimento. Esses indicadores sugerem que o lactente tem dificuldades para tolerar a alimentação e não ingere uma quantidade de calorias adequada para o crescimento normal. Inferências acuradas decorrentes dessa percepção podem levar Tiago a considerar diagnósticos relacionados a organização do neurodesenvolvimento, resposta ao estresse e nutrição, entre outros, o que levaria a uma coleta de dados adicional.

Chegar a um diagnóstico nesse contexto exige uma coleta de dados holística, uma interpretação informada (inferências), o uso da *expertise* clínica e um conhecimento disciplinar abrangente, ressaltando a complexidade do cuidado neonatal no ambiente da UTIN.

O processo de *diagnosticar* é diferente do ato de *documentar* o diagnóstico. Diagnosticar envolve um processo cognitivo, enquanto documentar serve como um mecanismo para que os enfermeiros transmitam o raciocínio e o julgamento clínico (diagnóstico) de forma padronizada, facilitando a comunicação efetiva entre a equipe interdisciplinar de saúde.

A padronização dos termos tem um papel fundamental para garantir que todos os membros da equipe de cuidado compreendam de forma integral as preocupações de enfermagem com relação a cada paciente, juntamente com o plano de tratamento, que pode ser documentado de maneira uniforme. A utilização de termos padronizados e codificados também impulsiona os esforços de pesquisa, possibilitando o estudo das respostas dos pacientes que têm definições e indicadores diagnósticos idênticos em diferentes locais, ambientes de cuidado e até mesmo países.

A adoção de terminologia padronizada para delinear julgamentos e intervenções clínicas mantém a consistência em várias disciplinas da área da saúde, incluindo enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia e outras. Essa abordagem unificada garante uma comunicação efetiva e promove um entendimento comum do cuidado ao paciente em diversos ambientes de saúde.

1.2 Enfermagem como uma disciplina

A prática de enfermagem gira em torno da avaliação, do diagnóstico e da abordagem de respostas reais ou potenciais de indivíduos, famílias ou comunidades a problemas de saúde ou processos da vida. Esses julgamentos clínicos, conhecidos como diagnósticos de enfermagem, formam a base para a seleção de intervenções de enfermagem destinadas a alcançar resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis. A maioria das pessoas conhece os diagnósticos médicos – a identificação de doenças, enfermidades ou lesões que explicam os sinais e sintomas de um indivíduo (Hansbauer, 2021) – porém muitas não sabem que os enfermeiros também fazem diagnósticos. É interessante notar que, na prática contemporânea, alguns enfermeiros podem afirmar que não

usam diagnósticos de enfermagem, optando por seguir estritamente as diretrizes médicas ou protocolos estabelecidos, percebendo isso como uma forma de autonomia profissional. No entanto, essa tendência pode se originar de concepções equivocadas decorrentes do ensino do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem ao longo do tempo, bem como da falta de sistemas padronizados nas organizações de saúde para apoiar a implementação do diagnóstico de enfermagem.

Apesar disso, muitos países exigem que os enfermeiros utilizem o processo de enfermagem, que engloba a identificação de diagnósticos de enfermagem como uma estrutura fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem. Pesquisas demonstram que os diagnósticos de enfermagem, quando empregados adequadamente, têm maior poder prognóstico do que os diagnósticos médicos isoladamente para aspectos importantes, como o tempo de permanência hospitalar e readmissões hospitalares (Zeffiro et al., 2020; D'Agostino et al., 2019; Sanson et al., 2019; D'Agostino et al., 2017; Sanson et al., 2017).

Para enfatizar os pacientes como o ponto central da prática de enfermagem, precisamos ir além da abordagem de suas doenças ou lesões. A atenção dos enfermeiros deve se voltar a como os indivíduos, as famílias e as comunidades respondem aos processos da vida ou aos problemas de saúde e aos seus esforços proativos para melhorar a saúde e evitar esses problemas. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na segurança do paciente, oferecendo educação em saúde, facilitando a aquisição de habilidades para melhorar a saúde e empregando empatia para entender as experiências únicas dos pacientes. Eles estão na linha de frente da defesa do bem-estar do paciente e da promoção do cuidado holístico.

1.3 Processo de enfermagem

O processo de enfermagem é um tópico fundamental em quase todos os cursos de enfermagem, muitas vezes introduzido como um dos temas iniciais do currículo. Essa abordagem estruturada se baseia no raciocínio clínico, que, por sua vez, se apoia fortemente na compreensão de conceitos fundamentais da disciplina de enfermagem. No entanto, ao iniciar sua formação em enfermagem, talvez você não esteja familiarizado com esses conceitos que são cruciais para sua prática futura. É um desafio empregar efetivamente o raciocínio clínico em cenários práticos sem a exposição prévia a situações com pacientes reais e uma sólida compreensão do conteúdo básico fundamental para a prática de enfermagem. O desenvolvimento da proficiência nessa habilidade requer tempo, prática consistente e experiência prática, adquirida ao longo do tempo em ambientes clínicos. É por meio desse processo iterativo que os estudantes de enfermagem evoluem e refinam suas habilidades de raciocínio clínico, gradualmente adquirindo competência na aplicação de conceitos de enfermagem a situações de cuidado ao paciente no mundo real.

O processo de enfermagem oferece uma estrutura abrangente para organizar os elementos multifacetados do processo cognitivo em que os enfermeiros se envolvem ao avaliar e determinar o cuidado adequado ao paciente. É importante observar que esse processo não é estritamente linear; ele envolve uma interação dinâmica, com reavaliação contínua à medida que surgem novas informações, o que leva o enfermeiro a reconsiderar os possíveis padrões exibidos pelo paciente, pela família ou pela comunidade.

A aplicação do conhecimento de enfermagem, que inclui teorias de enfermagem, ciência de enfermagem e os conceitos de enfermagem subjacentes, é parte integrante do processo de enfermagem (Herdman, 2013). Essa abordagem estruturada envolve uma série de etapas interconectadas: avaliação, diagnóstico, planejamento dos resultados desejados e intervenções, implementação e evolução. Essas etapas não se limitam a uma progressão linear; elas exigem flexibilidade, pensamento iterativo e adaptabilidade à evolução dos dados e das respostas dos pacientes, garantindo uma abordagem ao cuidado que seja abrangente e centrada no paciente. Esse entendimento básico serve como uma lente por meio da qual os enfermeiros discernem conexões complexas nos dados do paciente, possibilitando o reconhecimento de padrões significativos e a determinação de diagnósticos clínicos precisos. É essa integração de conhecimento teórico e aplicação prática que permite aos enfermeiros formar julgamentos clínicos sólidos e oferecer um cuidado abrangente e adaptado às necessidades específicas de cada paciente.

Os vários componentes do processo de enfermagem se desdobram quase que simultaneamente na estrutura cognitiva do enfermeiro. Na ► Figura 1.1, os retângulos no diagrama do processo de enfermagem ilustram um ponto de partida mais à esquerda e um ponto final à direita. Essa assimetria visual representa a passagem de tempo após o início da coleta de dados, em que o enfermeiro se envolve em raciocínio e julgamento clínico para iniciar a identificação de diagnósticos, estabelecer resultados específicos para o paciente e determinar intervenções apropriadas.

Durante essa fase, à medida que o enfermeiro navega por essas operações cognitivas, há uma implementação paralela das intervenções escolhidas e, ao mesmo tempo, uma avaliação dos resultados (Bachion, 2009). Essa abordagem dinâmica e interconectada ressalta a natureza multifacetada do processo de enfermagem, em que vários aspectos interagem ao mesmo tempo, refletindo o intrincado processo de tomada de decisão inerente à prática de enfermagem.

1.4 Princípios do diagnóstico de enfermagem: introdução

Cada profissão da área da saúde apresenta uma abordagem distinta para definir sua base de conhecimento e aplicar esse conhecimento na prática. Muitas profissões utilizam uma linguagem padronizada para articular seus conhecimentos e codificá-los em sistemas eletrônicos para documentação e comunicação.

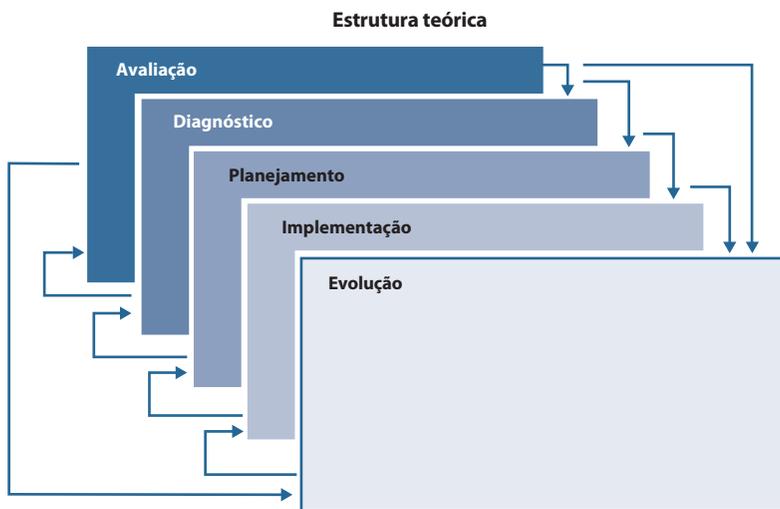


Figura 1.1 Processo de enfermagem.

(De Bachion, M.M. (2009). Instrumentos básicos do cuidar: observação, interação e mensuração. I Simpósio Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem, 2009. Brasília, Brasil. Reproduzida com permissão da autora. Modificada de acordo com a resolução Cofen nº 736 de 17 de janeiro de 2024.)

Os médicos, por exemplo, concentram-se no tratamento de doenças e lesões e empregam a taxonomia da *Classificação Internacional de Doenças* (CID) (Organização Mundial da Saúde, 2019) para representar e codificar as condições que abordam.

Os profissionais das áreas de saúde mental, como psicólogos, psiquiatras e enfermeiros de prática avançada em saúde mental e psiquiátrica, concentram-se no tratamento de transtornos de saúde mental. Eles se baseiam no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022) para categorizar e codificar essas condições.

É fundamental observar que, embora os enfermeiros tenham conhecimento sobre os diagnósticos contidos tanto na CID quanto no DSM-5-TR, sua função é diferente. Os enfermeiros não diagnosticam usando essas classificações; eles diagnosticam e manejam, de forma independente, as respostas humanas a problemas de saúde e processos da vida. Os enfermeiros empregam o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA International, Inc. (NANDA-I) para diagnosticar e documentar seus julgamentos clínicos, enfatizando uma perspectiva holística que foca nas respostas do paciente às condições de saúde e aos processos da vida, ou na suscetibilidade a essas respostas.

1.4.1 O que é (e o que não é) um diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem envolve um julgamento clínico derivado de achados de avaliação abrangentes e fundamentado em uma compreensão de conceitos básicos da disciplina de enfermagem. Esses conceitos abrangem tanto o conhecimento teórico quanto o prático, refletindo padrões ou fenômenos discerníveis que têm significado no âmbito do cuidado de enfermagem. A definição formal de diagnóstico de enfermagem para a NANDA-I é:

“... um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma suscetibilidade a tal resposta, que é reconhecida em um indivíduo, uma família ou uma comunidade. Um diagnóstico de enfermagem fornece a base para a escolha de intervenções de enfermagem que alcancem os resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade (aprovado na 9ª Conferência da NANDA; emendas em 2009, 2013, 2019, 2023).”

É fundamental diferenciar o diagnóstico de uma mera observação ou sintoma, como “agitação” ou “edema periférico”. Um diagnóstico envolve a culminação do conhecimento da disciplina de enfermagem e do raciocínio clínico meteticulosamente aplicados aos dados da avaliação. Por outro lado, as observações feitas pelos enfermeiros referem-se a sinais, sintomas ou comportamentos específicos do paciente sem a estrutura interpretativa ou a análise abrangente que define um diagnóstico.

Essa área geralmente causa confusão entre os enfermeiros quando estes se deparam com observações como “arritmia cardíaca” e, por engano, consideram isso um diagnóstico. “Arritmia cardíaca” é um termo MeSH® (National Library of Medicine, 2023) definido como “quaisquer distúrbios do batimento rítmico normal do coração ou da contração do miocárdio”. Ela se caracteriza como uma anomalia no ritmo cardíaco, sendo categorizada como um sintoma (National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute, 2023) e não como um termo de julgamento que reflete uma resposta humana. Como sintoma, a arritmia aparece nos indicadores diagnósticos de vários diagnósticos de enfermagem, incluindo, entre outros:

- Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201)
- Risco de débito cardíaco diminuído (00240)
- Temperatura corporal diminuída (00472)
- Resposta ineficaz de sucção-deglutição do lactente (00295)
- Resposta prejudicada ao desmame ventilatório do adulto (00430)

Esses diagnósticos de enfermagem têm a arritmia como uma pista diagnóstica ou um fator contribuinte, com importante função na avaliação da condição do paciente, e não como um diagnóstico independente, que representa uma resposta humana específica.

A distinção entre um sintoma e um diagnóstico envolve considerar se há intervenções de enfermagem autônomas que possam prevenir ou melhorar a

condição. Embora um enfermeiro não possa reverter, de forma independente, uma arritmia cardíaca, as intervenções podem ter como objetivo abordar o *risco de débito cardíaco diminuído* (00240) ao lidar com fatores como autogestão inadequada do tratamento da arritmia, uso de tabaco e média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo.

Por exemplo, o enfermeiro pode elaborar um plano com o paciente com *risco de débito cardíaco diminuído* (00240) com o objetivo de garantir a compreensão e a adesão consistente aos medicamentos prescritos para a arritmia. Ao mesmo tempo, os esforços podem se concentrar na redução gradual do uso de tabaco diário e no aumento dos níveis de atividade física diária. À medida que essas intervenções são implementadas, o enfermeiro monitora as mudanças, como uma possível diminuição na frequência ou na gravidade da arritmia, uma redução perceptível em seu impacto no paciente, uma diminuição do consumo diário de cigarros e aumentos da atividade física. Essas mudanças representam possíveis resultados do tratamento.

No entanto, o tratamento eficaz do *risco de débito cardíaco diminuído* (00240) exige uma abordagem holística, que vai além do simples controle da arritmia. Embora a arritmia seja um aspecto essencial, as intervenções e avaliações do enfermeiro abrangem um espectro mais amplo para englobar o estado de saúde do paciente e o progresso ao longo da trajetória do tratamento.

As observações abrangem dados brutos obtidos sobre a condição física, psicossocial, espiritual e emocional do paciente. Durante os encontros com os pacientes, os enfermeiros realizam continuamente várias observações para acompanhar as mudanças no estado de saúde, identificar sinais, sintomas, pontos fortes e anormalidades que possam indicar uma resposta de saúde. Essas observações, por serem dados brutos, não são diagnósticos em si, pois carecem de interpretação e contextualização.

As observações servem como dados de base para o diagnóstico, dando início ao processo de avaliação. Por exemplo, os sinais vitais, a cor da pele, o nível de consciência, os padrões da marcha, o tamanho da família ou a subestimação por um indivíduo da sua capacidade de enfrentamento são exemplos de observações. Na NANDA-I, os enfermeiros podem encontrar essas observações delineadas como indicadores diagnósticos, que são as características definidoras, os fatores relacionados, os fatores de risco e as condições associadas ou populações em risco.

Entretanto, apenas as observações não são suficientes para um diagnóstico; ele requer conhecimento de enfermagem, teorias explicativas e a capacidade de interpretar essas observações. Essa transformação de dados brutos em informações significativas, juntamente à organização e à identificação de padrões entre essas observações, é essencial para a formulação de um diagnóstico. Sem essa etapa interpretativa, os dados encontram-se desconexos, o que impede a síntese necessária para diagnosticar os pacientes de forma efetiva.

A classificação da NANDA-I engloba os diagnósticos de enfermagem, que são julgamentos clínicos refinados em termos padronizados e pré-coordenados. A expressão “pré-coordenado” implica que esses títulos diagnósticos são meticulosamente formulados como termos completos, definidos e baseados em evidências, garantindo sua aplicação prática em ambientes clínicos.

É importante observar que os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I não são construídos em tempo real à beira do leito combinando-se termos diversos. Essa prática não é endossada pela NANDA-I, pois dificulta a criação de títulos definidos com precisão e respaldados por evidências de pesquisa. Ao criar diagnósticos dessa maneira, não possível estabelecer um vínculo estruturado entre os dados de avaliação e o diagnóstico, impedindo a validação e a aplicação consistente da terminologia na prática clínica.

Nossos títulos diagnósticos pré-coordenados seguem um sistema multiaxial. A NANDA-I ainda mantém alguns títulos diagnósticos que são construídos usando apenas um termo do Eixo 1, que geralmente são considerados sintomas, como *hipertermia* (00007). Além disso, alguns diagnósticos, como *dor no trabalho de parto* (00256), combinam mais de um substantivo em um nome composto, representado pelo termo de foco do Eixo 1 conforto. Alguns outros são construídos com termos do Eixo 1 (foco) e do Eixo 6 (curso clínico); eles também podem se apresentar como sintomas, como *confusão aguda* (00128) e *dor aguda* (00132). De acordo com o modelo ISO, esses são considerados achados clínicos (International Standards Organization, 2023). No entanto, é importante observar que esses achados, de maneira similar às observações, não atendem à nossa definição de diagnósticos de enfermagem, embora sejam representados como tal no modelo ISO (2023).

Esforços estão sendo empregados para eliminar esses termos da classificação. De fato, neste último ciclo, conseguimos remover 26 desses termos e pretendemos concluir esse refinamento na próxima edição. Nenhum desses títulos diagnósticos incorpora explicitamente termos do Eixo 3 (julgamento). Os enfermeiros avaliam uma ampla gama de aspectos relacionados a esses sintomas, como a gravidade, o impacto na autogestão pelo paciente, suas manifestações fisiológicas ou psicológicas, suas implicações no estado geral de saúde do paciente, entre outros fatores. O julgamento sobre esses sintomas envolve a avaliação de vários aspectos, incluindo a natureza, o impacto, as possíveis causas e as intervenções ou respostas apropriadas necessárias para abordá-los de forma efetiva.

Os enfermeiros lidam com várias respostas de indivíduos, famílias e comunidades com relação a condições de saúde e processos da vida, o que é fundamental para o domínio do cuidado de enfermagem. Na classificação da NANDA-I, os diagnósticos de enfermagem incluem diagnósticos com foco no

problema e diagnósticos de potencial. Esses diagnósticos podem ser delineados da seguinte forma:

- **Diagnóstico com foco no problema** – um julgamento clínico a respeito de uma *resposta humana indesejável* a uma condição de saúde/processo da vida em um indivíduo, uma família ou uma comunidade.
- **Diagnóstico de potencial** – a NANDA-I usa os seguintes termos de eixos: *potencial para melhorar* para representar diagnósticos de promoção da saúde e *potencial para deteriorar* para representar diagnósticos de risco. Essas duas formas potenciais de declarações de diagnóstico na NANDA-I são intituladas:
 - **Diagnóstico de risco** – um julgamento clínico a respeito da *suscetibilidade* de um indivíduo, uma família ou uma comunidade de desenvolver uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos da vida (representando um *potencial para deteriorar*)¹
 - **Diagnóstico de promoção da saúde** – um julgamento clínico a respeito da *motivação* e do *desejo* de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde (representando um *potencial para melhorar*). Essas respostas são expressas por uma disposição para melhorar comportamentos de saúde específicos, podendo ser usadas em qualquer estado de saúde. Em casos em que os indivíduos sejam incapazes de expressar sua própria disposição para melhorar comportamentos de saúde, o enfermeiro pode determinar que existe uma condição para promoção da saúde e agir em benefício do indivíduo.

Embora sejam relativamente escassas na classificação da NANDA-I, os enfermeiros podem diagnosticar síndromes. Uma síndrome consiste em um julgamento clínico sobre um agrupamento específico de diagnósticos de enfermagem com foco no problema que ocorrem juntos e requerem intervenções semelhantes. Por exemplo, *síndrome da fragilidade do idoso* (00353) representa um diagnóstico desse tipo, caracterizado como um “estado dinâmico de desequilíbrio que inclui a deterioração de funções e reservas nos sistemas fisiológicos”. Essa síndrome abrange vários diagnósticos de enfermagem, incluindo: *tolerância à atividade diminuída* (00298), *carga excessiva de fadiga* (00477), *mobilidade física prejudicada* (00085), *ingestão nutricional proteico-calórica inadequada* (00359), entre outros. Os fatores etiológicos que contribuem para essa

1 Ressalta-se que, nesta edição, a expressão que era usada anteriormente nos diagnósticos de risco ao final de cada definição, “*que pode comprometer a saúde*”, foi removida. Determinou-se que a expressão era desnecessária, pois o uso de “*suscetibilidade a*” deixa claro que existe a possibilidade de esse diagnóstico se deteriorar em um diagnóstico com foco no problema, o qual, por sua própria definição, é uma *resposta humana indesejável*, e, portanto, pode comprometer a saúde. Entretanto, deve-se observar que o diagnóstico de risco não deve ser usado para qualquer paciente, mas sim para aqueles que correm um risco maior do que a média da população.

síndrome incluem: energia diminuída, anorexia do envelhecimento, medo de quedas, desnutrição, fraqueza muscular e comportamentos sedentários. Além disso, um paciente também pode ter um diagnóstico de risco de uma síndrome, como exemplificado pelo diagnóstico *risco de síndrome da fragilidade do idoso* (00357).

Certamente, nos casos em que o enfermeiro observa fatores etiológicos associados a múltiplos diagnósticos, pode ser plausível empregar intervenções semelhantes que possam afetar positivamente cada um dos diagnósticos. O emprego de um diagnóstico de síndrome em tais cenários permite ao enfermeiro obter uma visão abrangente do padrão observado no paciente, mesclando essas respostas humanas inter-relacionadas em um conceito único mais amplo. Ao fazer isso, em vez de apontar diversos diagnósticos de enfermagem individuais que podem essencialmente compartilhar intervenções idênticas, o enfermeiro pode reconhecer o diagnóstico de síndrome, que captura de forma abrangente a resposta interconectada do paciente, da família ou da comunidade. Posteriormente, o foco pode ser direcionado para intervenções que almejam aumentar a ingestão de nutrientes, tratar a fraqueza muscular, atenuar a fadiga e aliviar o medo, influenciando, assim, os diagnósticos individuais integrados ao contexto mais amplo da síndrome e, ao mesmo tempo, tratando a própria síndrome.

Um diagnóstico de enfermagem é mais do que apenas um título; ele constitui uma expressão padronizada e bem-definida que reflete o julgamento do enfermeiro resultante de uma avaliação abrangente, do conhecimento de enfermagem e do julgamento clínico. Por exemplo, considere o diagnóstico de enfermagem *carga excessiva de prestação de cuidados* (00366), com sua definição específica: “tensão multidimensional opressiva ao cuidar de uma pessoa significativa”. Para chegar a esse diagnóstico, o enfermeiro, durante a avaliação, identifica diversos indicadores diagnósticos que corroboram esse diagnóstico específico. Esses indicadores podem incluir dificuldade em desfrutar de atividades de lazer, dificuldade em atender às próprias necessidades de saúde, cefaleia, desconforto gastrointestinal, mudança no peso, senso de responsabilidade exagerado e ansiedade.

Além disso, a avaliação pode revelar fatores subjacentes que contribuem para o diagnóstico, oferecendo oportunidades para o enfermeiro intervir e, possivelmente, atenuar ou aliviar a gravidade do diagnóstico. Esses fatores etiológicos podem incluir: dificuldade em navegar por sistemas de saúde complexos, dificuldade em acessar apoio, conhecimento inadequado sobre recursos da comunidade ou resiliência prejudicada.

Em suma, um diagnóstico de enfermagem não é simplesmente um título descritivo ou um conjunto arbitrário de palavras; é um termo meticulosamente construído e padronizado, que atribui significado ao julgamento ponderado do enfermeiro. Ele simboliza o padrão observado ou o “quadro” de como o

paciente, a família ou a comunidade está respondendo a uma condição de saúde ou processo da vida, sintetizado por meio do conhecimento de enfermagem e do julgamento clínico.

1.5 Modelo Tripartite de Prática de Enfermagem de Kamitsuru

Um modelo para considerar os tipos de intervenções que os enfermeiros realizam e a base de conhecimento que sustenta essas intervenções é o Modelo Tripartite de Prática de Enfermagem de Kamitsuru (Kamitsuru, 2022; 2008).

Em geral, os enfermeiros colaboram estreitamente com aqueles pacientes que enfrentam vários problemas clínicos. Apesar disso, é fundamental reconhecer as distinções legais entre as funções dos enfermeiros e dos médicos. Os médicos têm a responsabilidade de diagnosticar e tratar dos problemas nosológicos, enquanto os enfermeiros assumem a obrigação legal de diagnosticar e tratar das respostas humanas no âmbito da disciplina de enfermagem. É imperativo compreender a diferença entre problemas baseados no conhecimento de enfermagem e aqueles decorrentes de diagnósticos médicos. Consequentemente, os diagnósticos de enfermagem não são elaborados renomeando-se termos médicos, e nem toda intervenção de enfermagem necessita de um diagnóstico de enfermagem correspondente.

Para elucidar esses conceitos, vamos nos aprofundar no contexto mais amplo da prática de enfermagem na área da saúde, empregando o Modelo Tripartite (de três pilares) de Prática de Enfermagem (► Figura 1.2) como uma estrutura (Kamitsuru, 2022; 2008). Esse modelo delinea três componentes essenciais, ou pilares, da prática de enfermagem, sendo cada um deles distinto, mas intrinsecamente interconectado. No âmbito da prática clínica, os enfermeiros desempenham um espectro de ações com base em diversos padrões.

O pilar inicial envolve práticas e intervenções diretamente influenciadas por diagnósticos médicos. As ações de enfermagem nesse âmbito abrangem atividades ligadas a tratamentos medicamentosos, vigilância dos pacientes, monitoramento e esforços colaborativos entre diferentes disciplinas. Para ilustrar, considere o seguinte cenário:

O Sr. T é um paciente do sexo masculino de 79 anos que está acamado e inconsciente; foi previamente diagnosticado com demência e vive em casa com sua esposa. Ele é admitido na unidade hospitalar vindo do pronto-socorro, após ter sido diagnosticado com um acidente vascular encefálico (AVE). A médica prescreve medicamentos intravenosos (IV), solicita exames neurovasculares e o coloca em jejum. A enfermeira administra os medicamentos IV e monitora cuidadosamente a resposta do paciente aos medicamentos. A enfermeira também encaminha o paciente para os exames neurovasculares e garante que ele esteja em jejum no sistema eletrônico e que a identificação apropriada de jejum seja colocada em seu quarto.

Os enfermeiros implementam essas ações em resposta a diagnósticos médicos e prescrições de tratamento medicamentoso, usando os padrões médicos de cuidado como base para essas ações de enfermagem.

Em segundo lugar, a prática pode ser orientada por protocolos organizacionais, abrangendo atividades ligadas a cuidados básicos, como a troca de roupas de cama, higiene e cuidados diários. Além disso, esses protocolos podem se estender a intervenções exigidas pelas organizações para todos os pacientes ou para grupos específicos de pacientes. Por exemplo, um hospital pode estipular que todos os pacientes com 60 anos ou mais passem por um rastreamento com um instrumento padronizado e validado para avaliar o risco de quedas. Esse rastreamento, que visa à prevenção de quedas, não significa que todos os pacientes necessariamente tenham o diagnóstico de enfermagem *risco de quedas no adulto* (00303), pois podem não ser identificados fatores de risco em alguns ou na maioria deles; na verdade, eles pertencem a uma população em risco. Essas ações não estão diretamente correlacionadas com diagnósticos médicos ou de enfermagem: elas são fundamentadas em padrões organizacionais de cuidado.

Por fim, e de importância fundamental para nós, profissionais de enfermagem, a prática pode ser orientada por diagnósticos de enfermagem. As intervenções autônomas de enfermagem não requerem aprovação ou permissão médica. Vamos revisar novamente o caso do Sr. T, que foi diagnosticado com um AVE.

O Sr. T é avaliado de forma abrangente pelo enfermeiro, que diagnostica várias respostas humanas. Assim, o enfermeiro o posiciona para abordar o diagnóstico de enfermagem *risco de aspiração* (00039) e inicia um cronograma de mudança de decúbito, devido ao seu diagnóstico de *risco de lesão por pressão no adulto* (00304). Com base nos resultados do instrumento de avaliação de risco de quedas e em uma avaliação aprofundada, o Sr. T é diagnosticado com *risco de quedas no adulto* (00303). Cuidados de apoio também podem ser prestados à sua esposa, que está cuidando dele em casa e agora está ansiosa com esse novo evento e com a forma como isso afetará a vida de ambos. A enfermeira pode avaliá-la quanto à presença de *carga excessiva de prestação de cuidados* (00366) ou de *risco de carga excessiva de prestação de cuidados* (00401).

Os enfermeiros tomam essas medidas com base nos diagnósticos de enfermagem e usam os padrões de cuidados de enfermagem como base para suas intervenções de enfermagem. Após o rastreamento exigido pelo hospital e a avaliação subsequente, caso o enfermeiro tenha identificado *risco de quedas no adulto* (00303) como um diagnóstico apropriado, é iniciado um plano de tratamento para abordar essa preocupação, que foi identificada como um diagnóstico de enfermagem.

A integração de todos os três pilares constitui a essência da prática de enfermagem, sendo que cada um deles possui uma base de conhecimento distinta e responsabilidades correspondentes. Embora seja fundamental que os

enfermeiros compreendam todos os três pilares, apenas um está diretamente ligado ao conhecimento exclusivo da disciplina de enfermagem – esse é o domínio em que os diagnósticos de enfermagem entram em ação. Esse modelo ressalta a lógica por trás de não renomear os diagnósticos médicos como diagnósticos de enfermagem, pois os diagnósticos médicos estão firmemente estabelecidos no domínio médico. No entanto, é essencial reconhecer que os diagnósticos médicos não são suficientes para encapsular a totalidade do entendimento dos enfermeiros sobre os pacientes, os julgamentos que fazem em relação às respostas humanas e as intervenções implementadas.

Os diagnósticos de enfermagem, por outro lado, têm a finalidade de elucidar os julgamentos clínicos independentes feitos pelos enfermeiros sobre seus pacientes. Consequentemente, os diagnósticos de enfermagem servem como base para intervenções autônomas de enfermagem, fornecendo uma estrutura para as contribuições distintas da enfermagem no cuidado ao paciente.

1.6 Princípios do diagnóstico de enfermagem: conhecimento dos conceitos da enfermagem

Antes de iniciar uma avaliação, é imprescindível ter uma compreensão básica dos principais conceitos ou focos dos diagnósticos de enfermagem. Os conceitos fundamentais que integram a prática de enfermagem abrangem comportamento, função gastrointestinal, nutrição, função termorregulatória, autocuidado, identidade, função cognitiva e relacionamento, entre outros. A proficiência nesses conceitos capacita o enfermeiro para discernir padrões nos dados coletados, permitindo diagnósticos acurados.

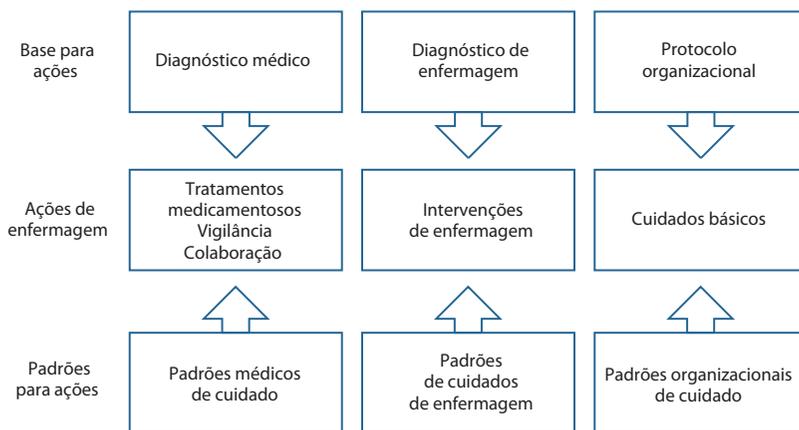


Figura 1.2 Modelo Tripartite de Prática de Enfermagem de Kamitsuru. (Usada com permissão da Igaku-Shoin Ltd., Tóquio, Japão.)

Muitos autores concentram-se no processo de enfermagem, sem antes garantir a compreensão dos conceitos da ciência da enfermagem; no entanto, o processo de enfermagem começa com – e exige – uma compreensão desses conceitos subjacentes da enfermagem e da experiência humana. Se não compreendermos os conceitos da nossa disciplina (ou as ideias definidas por nosso conhecimento), teremos muita dificuldade para identificar como a formação de padrões do “todo” é vivenciada por pacientes, famílias e comunidades.

Um conceito é como uma imagem ou ideia abstrata. Conceitos centrais da disciplina de enfermagem incluem ambiente, saúde, enfermagem e pessoa (Walker e Avant, 2019). Outros conceitos emergem à medida que descrevemos fenômenos de interesse para os enfermeiros, como bem-estar, estresse ou atividade. É essencial que se conheçam (e ensinem) esses conceitos, para que os enfermeiros possam reconhecer respostas humanas normais e padrões inconsistentes com as respostas habituais, identificar riscos ou ameaças à saúde e promover a saúde e o bem-estar. Envolver-se no processo de enfermagem (avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução) não terá sentido se não compreendermos os conceitos de enfermagem subjacentes e se não formos capazes de identificá-los a partir dos padrões individuais manifestados nos dados coletados durante a avaliação.

Sem uma fundamentação sólida dos conceitos, do conhecimento ou dos fenômenos de interesse para os enfermeiros, é difícil articular hipóteses ou probabilidades sobre os pacientes e suas experiências. Sem esse conhecimento, não temos a capacidade de fazer uma avaliação aprofundada e obter dados novos que confirmam ou eliminam um possível problema ou diagnóstico. Embora o conhecimento conceitual não seja geralmente incluído no processo de enfermagem, ter essas informações melhora nossa capacidade de compreender a experiência humana como um todo.

1.6.1 Vinculando conceitos a dados

O que queremos dizer com formação de padrões ou síntese de dados? Estamos falando de como nossas mentes reúnem informações a partir de vários dados e compõem um quadro geral do que vemos, reconhecendo, em seguida, um nome. Vamos primeiro analisar um cenário não clínico.

Imagine que você está caminhando e passa por um grupo de homens sentados em uma mesa de piquenique em um parque. Você percebe que eles estão fazendo alguma coisa com pequenos objetos retangulares, conversando alto, alguns até gritando, enquanto batem com esses objetos na mesa entre eles. Os homens parecem bastante envolvidos, e você tem a impressão de que estão discutindo sobre os objetos, mas não consegue compreender o que são ou o que exatamente os homens fazem com eles. Ao desacelerar a caminhada para observar o grupo, você percebe que uma pequena multidão se forma ali. Algumas dessas pessoas eventualmente sinalizam com a cabeça ou fazem comentários,

como se incentivassem os homens, algumas parecem preocupadas, e outras, confusas em relação ao que veem, assim como você.

O que está acontecendo aqui? O que você está observando? Pode ser difícil conseguir expressar o cenário caso se trate de algo que você jamais vivenciou. Quando não compreendemos um conceito, é difícil seguir adiante com a linha de raciocínio. Imagine que lhe foi informado que o que você estava observando era um grupo de homens jogando *Mahjong*, um tipo de jogo de tabuleiro com pequenas peças. As peças são usadas como cartas, embora sejam objetos retangulares menores, originalmente feitos de ossos ou bambu. Ainda que desconheça o *Mahjong*, você consegue compreender o conceito de “jogo”. Assim, você pode começar a ver essa cena de outra forma. Pode passar a ver os quatro homens como competidores, cada um deles desejando vencer o jogo, o que pode justificar o envolvimento entusiasmado. Pode começar a considerar suas vozes altas como uma provocação amigável entre os competidores e não como uma briga. A partir do momento em que você compreende o conceito de “jogo”, começa a traçar um quadro mental em relação à cena, iniciando uma interpretação dos dados coletados (pistas) de uma forma que faça sentido no contexto de um jogo. Sem o conceito de “jogo” você continuaria a ter dificuldade em dar sentido às suas observações.

Agora vamos analisar a ideia de conceitos (conhecimento) de enfermagem usando um cenário clínico. Lisa está em seu primeiro estágio clínico como estudante de enfermagem, sob a supervisão do Prof. Leonardo, um preceptor em uma instituição de longa permanência para idosos. Em um dos dias de estágio, Lisa está avaliando o Sr. Vicente, auxiliada por seu professor.

O Sr. Vicente é um homem cisgênero de 75 anos que vive na instituição há 2 meses. Ele diz a Lisa que está sempre com baixa energia, uma situação nova para ele, e que não consegue se concentrar, muitas vezes à noite percebendo que nem sequer escovou os dentes. Ele está muito preocupado com a possibilidade de haver algo errado com seu coração. Lisa começa a avaliar seus sinais vitais, mas, enquanto faz isso, pede ao Sr. Vicente que lhe conte o que está acontecendo em sua vida desde que começou a viver na instituição. Ele diz que teve de se mudar depois que sua esposa morreu por um infarto, pois não queria lidar sozinho com todas as tarefas domésticas e demais afazeres, e sua única filha morava no exterior com o marido e quatro filhos. Ele nega qualquer dor no peito, palpitações ou falta de ar. Quando o Prof. Leonardo pergunta por que ele está preocupado com o coração, ele diz: “Bem, essa ideia fica se repetindo em minha mente todos os dias de que minha esposa não teria morrido se eu tivesse insistido para que ela fosse a um cardiologista mais cedo”.

Lisa diz ao Sr. Vicente que seus sinais vitais estão muito bons. Ela pergunta a ele com que frequência sua filha o visita. O Sr. Vicente diz que ela teve de ir embora logo após o funeral da sua esposa, pois ela e o marido tinham muitas atividades de trabalho, e não puderam visitá-lo desde então, mas geralmente se falavam por

telefone uma vez por semana. Ele refere não ter interesse nas atividades da instituição, e que os moradores não compartilham muitos interesses com ele. Ele é um professor aposentado, tem muito interesse por história e atividades culturais, como teatro e música, mas a maioria dos moradores não tem essa formação e está mais interessada em esportes e focos locais.

Ele diz que foi muito difícil sair de seu bairro, pois havia um casal do outro lado da rua e eles eram muito amigos. Eles se encontravam pelo menos três vezes por semana para jantar, assistir TV ou jogar jogos de tabuleiro, e até viajavam juntos algumas vezes. Agora eles só se falam por telefone. Embora esteja feliz por poder conversar com eles, ele diz que não é a mesma coisa que jantar na companhia deles e da sua esposa. Infelizmente, nenhum deles dirige, então não conseguem se encontrar facilmente. Ele também refere que sua esposa era o elo principal do relacionamento com os vizinhos, pois ela estava sempre propondo e planejando atividades diferentes. Ele sente falta da amizade com os vizinhos e de ir a peças de teatro e eventos musicais com eles e com a sua esposa.

O técnico chega para fazer um ECG, então Lisa e seu professor saem da sala.

O Prof. Leonardo pergunta a Lisa quais são as suas hipóteses preliminares com relação ao que ela sabe agora sobre o Sr. Vicente. Ela refere que está preocupada com o coração dele e que precisa de mais dados sobre sua condição cardiovascular, e que está preocupada com o fato de ele ser solitário, pois não tem ninguém com quem possa realmente conversar. O Prof. Leonardo concorda que eles precisam de mais dados para determinar se há, de fato, um problema cardíaco. Ele também concorda que a falta de apoio social para o Sr. Vicente é uma preocupação.

O Prof. Leonardo sugere a Lisa que o Sr. Vicente pode estar sofrendo estresse relacionado à mudança de ambiente, o que pode estar influenciando seu estado emocional e físico. Ele também sugere que pode haver uma preocupação com relação a resiliência e/ou enfrentamento, e está preocupado com a rede e as conexões sociais do Sr. Vicente. Ele indica que é possível que alguns dos sintomas que o Sr. Vicente está apresentando possam estar relacionados à sua dor por ter perdido a esposa devido a problemas cardíacos não tratados.

Ele recomenda coletar dados adicionais sobre os mecanismos de enfrentamento, a resiliência e o processo de luto do Sr. Vicente enquanto aguardam os resultados dos exames cardíacos que estão sendo realizados. Leonardo chama a atenção de Lisa para os diagnósticos *enfrentamento desadaptativo* (00405), *resiliência prejudicada* (00210) e *rede de apoio social inadequada* (00358), e ela percebe que os dados de sua avaliação são características definidoras e fatores relacionados desses diagnósticos. O professor de Lisa conversa com ela sobre o processo de luto e os aspectos que podem afetá-lo, como apoio social inadequado (mudança recente do Sr. Vicente; falta de vínculo com a filha e os amigos). Ele

rapidamente considerou esses diagnósticos de enfermagem porque entendia o processo normal de luto, a importância da conexão social e da resiliência.

Ele explica a Lisa que, assim que tiverem mais informações e confirmarem o diagnóstico, eles poderão conversar com o Sr. Vicente e, em seguida, com o diretor da instituição, para que ele se inscreva em um grupo de apoio ao luto e/ou comece a fazer terapia com a equipe de saúde mental, para que possa expressar seu processo de luto, se esse for o foco determinado. Ele também sugere que eles poderiam conversar com o Sr. Vicente sobre a possibilidade de se reconectar com seus amigos da vizinhança pessoalmente, e com o diretor da instituição, para descobrir como ele poderia visitar seus amigos, ou recebê-los na instituição para ver seu novo apartamento, para que o Sr. Vicente se envolva aos poucos com a sua nova comunidade. Eles também poderiam ajudá-lo a explorar as opções disponíveis em sua instituição que poderiam conectá-lo a redes sociais que ele poderia usufruir da melhor forma. Essas poderiam ser intervenções para apoiar a falta de rede de apoio social e para reforçar sua resiliência, se esses forem considerados diagnósticos prioritários.

Lisa, como estudante de enfermagem, ainda não tinha o conhecimento conceitual necessário; para ela, esses diagnósticos não pareciam óbvios. Essa é a razão pela qual o estudo dos conceitos subjacentes aos diagnósticos é tão importante. Não podemos entender os padrões de resposta humana habituais de um indivíduo sem recorrer ao conhecimento conceitual em todo o processo de enfermagem.

1.7 Avaliação

O processo de avaliação envolve a coleta sistemática de dados subjetivos e objetivos, extraídos de diversas fontes, como sinais vitais, entrevistas com pacientes e familiares, exame físico e resultados laboratoriais. As informações do histórico do paciente ou da família, bem como os detalhes do prontuário, acrescentam contextualização crucial a essa avaliação abrangente. Além de identificar os problemas de saúde existentes, os enfermeiros coletam de forma proativa dados sobre os pontos fortes do paciente e da família para identificar oportunidades de promoção da saúde, bem como os riscos potenciais para prevenir ou mitigar possíveis problemas.

Essas avaliações são fundamentadas em estruturas teóricas, incorporando teorias de enfermagem como *Careful Nursing* (Meehan et al., 2018), Teoria Transcultural (Leininger, 2002) e Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 2005). A operacionalização de elementos dessas estruturas teóricas é facilitada por ferramentas de avaliação, com os Padrões Funcionais de Saúde (PFS) de Marjory Gordon (1994), que são fortemente endossados pela NANDA-I, servindo como um modelo exemplar. Esse modelo será abordado no Capítulo 2.7.

As estruturas centradas na enfermagem oferecem um meio estruturado de organizar dados extensos, convertendo-os em padrões ou categorias manejáveis. É essencial observar a diversidade das abordagens de avaliação, que variam de focos amplos a focos mais estreitos. Elas englobam, entre outras, ferramentas de avaliação de risco, ferramentas de avaliação relatadas pelo paciente e ferramentas de avaliação aprofundada de enfermagem, cada uma delas adaptada para fornecer uma compreensão diferenciada do estado de saúde do paciente.

No cerne do diagnóstico de enfermagem está o raciocínio clínico – um processo intrincado que envolve o emprego do julgamento clínico para discernir a condição do paciente e tomar decisões informadas sobre o curso de ação necessário (Levett-Jones et al., 2010). O julgamento clínico, conforme definido por Tanner (2006, p. 204), é “uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente e/ou a decisão de agir (ou não)”.

Os problemas principais, geralmente chamados de focos diagnósticos, podem ser evidenciados logo no início da avaliação, como preocupações relacionadas a integridade física, níveis de energia, nutrição e resposta ao estresse, fornecendo um ponto de partida para o processo diagnóstico. Por exemplo, um paciente que expressa sintomas como insônia, palpitações cardíacas e pavor intenso, e demonstra comportamentos observáveis como agir como se examinasse o ambiente, rubor facial, agitação psicomotora e transpiração aumentada, pode levar um enfermeiro experiente a identificar *ansiedade excessiva* (00400) com base no relato do cliente e nos sinais observáveis, a partir do seu conhecimento especializado das respostas ao estresse.

Enfermeiros experientes têm a capacidade de discernir padrões em sinais clínicos rapidamente a partir de dados de avaliação, fazendo uma transição para os diagnósticos de enfermagem. Em contrapartida, os enfermeiros novatos podem seguir um processo mais sequencial na avaliação de possíveis diagnósticos de enfermagem. Essa interação dinâmica do raciocínio clínico ressalta a complexidade e as nuances inerentes ao processo diagnóstico.

Vários diagnósticos em potencial podem ser considerados neste próximo exemplo.

Durante a avaliação inicial de uma paciente com câncer entre as consultas de quimioterapia, nota-se que ela está tendo dificuldades respiratórias graves com atividades mínimas, como caminhar da área de recepção até a sala de tratamento. O enfermeiro pode começar a levantar a hipótese de que pode haver problemas relacionados a padrão respiratório, tolerância à atividade e/ou comportamentos sedentários. O enfermeiro pode usar instrumentos validados e confiáveis que medem respostas reais para avaliar os possíveis diagnósticos e confirmar ou refutar sua hipótese diagnóstica. Alguns exemplos podem incluir o uso do Edmonton Dyspnea Inventory (Kalluri et al., 2023), da International Sedentary Assessment Tool (Prince et al., 2019), do Sedentary Behaviour

Questionnaire (Rosenberg et al., 2010) ou da Total Dyspnea Scale for Cancer Patients (Hashimoto et al., 2019). Outros instrumentos, como a Fatigue Severity Scale (Lerdal, 2021), podem ajudar a diferenciar entre uma causa respiratória para a dificuldade e uma causa relacionada à fadiga ou ao desequilíbrio energético. O uso de instrumentos padronizados pode apoiar o diagnóstico, pois o enfermeiro considera as respostas humanas caracterizadas pela dificuldade respiratória durante atividade, incluindo: *troca de gases prejudicada* (00030), *padrão respiratório ineficaz* (00032), *volume de líquidos excessivo* (00026), *carga excessiva de fadiga* (00477), *mobilidade física prejudicada* (00085) e *tolerância à atividade diminuída* (00298).

Como outro exemplo, caso na avaliação inicial tenha sido identificado um possível diagnóstico relacionado ao manejo da dor crônica, os enfermeiros poderão trabalhar com os pacientes para usar instrumentos validados e confiáveis que meçam o risco ou os sinais/sintomas de uma resposta real, de forma a avaliar melhor essa possibilidade e confirmar ou refutar a hipótese diagnóstica. Alguns exemplos podem incluir o uso da Grade Chronic Pain Scale – Revised (von Korff et al., 2020), Dallas Pain Questionnaire (Andersen et al., 2006), Oswestry Disability Scale (Roland et al., 2000) ou Mankowski Pain Scale (Douglas et al., 2014). Esses instrumentos podem apoiar o julgamento clínico de enfermagem à medida que o enfermeiro considera os diagnósticos *dor crônica* (00133), *síndrome da dor crônica* (00255), *conforto físico prejudicado* (00380) e *autogestão ineficaz da dor* (00418). Esses instrumentos de avaliação podem fornecer dados valiosos para apoiar o diagnóstico.

1.8 Diagnóstico

Um diagnóstico de enfermagem representa o ponto final do raciocínio diagnóstico (Gordon, 1994). É fundamental reconhecer que os diagnósticos com foco no problema não devem ser considerados inerentemente mais críticos do que os diagnósticos de risco. Em certos cenários, um diagnóstico de risco pode ter a mais alta prioridade para um paciente.

Considere um paciente admitido há pouco tempo com os diagnósticos de enfermagem *integridade da mucosa oral prejudicada* (00045), *memória prejudicada* (00131), *disposição para autogestão da saúde melhorada* (00293) e *risco de lesão por pressão no adulto* (00304). Embora *integridade da mucosa oral prejudicada* (00045) e *memória prejudicada* (00131) sejam diagnósticos com foco no problema, *risco de lesão por pressão no adulto* (00304) pode emergir como o diagnóstico de prioridade mais alta. Isso ocorre principalmente quando a avaliação revela fatores de risco como atividade física diminuída, desnutrição proteico-calórica, volume de líquidos inadequado e conhecimento inadequado do cuidador sobre as estratégias de prevenção de lesão por pressão. Além disso, se um instrumento padronizado e validado de rastreamento de lesão por pressão indicar um alto risco, especialmente em indivíduos pertencentes a uma população em risco

(p. ex., idosos, indivíduos em ambientes de cuidados paliativos e reabilitação, indivíduos com deficiência física), o diagnóstico de risco ganha importância fundamental na orientação das prioridades de cuidado ao paciente.

Todo diagnóstico de enfermagem da NANDA-I é caracterizado por um título acompanhado de uma definição precisa. É fundamental que os enfermeiros tenham uma compreensão abrangente das definições associadas aos diagnósticos que identificam com frequência. Igualmente importante é a familiaridade com os “indicadores diagnósticos”, que consistem nas informações fundamentais para diagnosticar e distinguir um diagnóstico de outro.

Esses indicadores diagnósticos consistem em características definidoras e fatores relacionados, ou fatores de risco, sistematicamente delineados na ► Tabela 1.1. Uma compreensão diferenciada desses indicadores capacita os enfermeiros a identificar diagnósticos acurados e fazer um diagnóstico diferencial,

Tabela 1.1 Resumo de termos-chave

Termo	Descrição breve
Diagnóstico de enfermagem	Um julgamento clínico a respeito de uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma suscetibilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família ou uma comunidade. Um diagnóstico de enfermagem fornece a base para a escolha de intervenções de enfermagem que alcancem os resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade.
Característica definidora	Pista/inferência observável que agrupa-se como manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome. Implica não apenas o que o enfermeiro consegue ver, mas o que pode tocar, cheirar ou ouvir (p. ex., o que o paciente/família informa; sons cardíacos auscultados com um estetoscópio).
Fator relacionado	Fator antecedente que parece ter algum tipo de relação padronizada com a resposta humana (fatores etiológicos). São fatores que devem ser modificáveis por intervenções autônomas de enfermagem e, sempre que possível, as intervenções devem ter esses fatores etiológicos como alvo.
Fator de risco	Fator antecedente que aumenta a suscetibilidade de um indivíduo, família ou comunidade a uma resposta humana indesejável. São fatores que devem ser modificáveis por intervenções autônomas de enfermagem e, sempre que possível, as intervenções devem ter esses fatores como alvo.
Populações em risco	Grupos de pessoas que compartilham características sociodemográficas, histórico de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento, exposição a determinados eventos/experiências que levam seus membros a serem suscetíveis a determinada resposta humana. São características não modificáveis pelos enfermeiros.
Condições associadas	Diagnósticos médicos, procedimentos diagnósticos/cirúrgicos, dispositivos médicos/cirúrgicos ou preparações farmacêuticas. Essas condições não são modificáveis de forma autônoma pelo enfermeiro.

facilitando intervenções direcionadas e efetivas adaptadas às necessidades exclusivas de cada paciente.

Um diagnóstico de enfermagem não requer necessariamente a inclusão de todos os tipos de indicadores diagnósticos. Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema são compostos minimamente por características definidoras e fatores relacionados. Para os diagnósticos de risco, o foco é delinear os fatores de risco. Tanto nos diagnósticos com foco no problema quanto nos diagnósticos de risco, outros elementos, como condições associadas e populações em risco, também podem ser considerados. Por outro lado, os diagnósticos de promoção da saúde geralmente se baseiam em características definidoras, com a possível inclusão de fatores relacionados se eles aumentarem a precisão do diagnóstico.

Também é importante observar que um plano de cuidados de enfermagem não exige a inclusão de todos os tipos de diagnósticos de enfermagem. O cenário a seguir serve como ilustração de como os diagnósticos com foco no problema e de risco são empregados, enfatizando a natureza dinâmica do processo envolvido na determinação dos diagnósticos de enfermagem.

A enfermeira atendeu João, um homem cisgênero de 37 anos, no ambulatório para acompanhamento após a alta hospitalar. Ele foi internado por insuficiência cardíaca resultante de uma infecção parasitária que o paciente provavelmente teve na adolescência, já que apresentou sintomas leves nas últimas duas décadas. Durante a pandemia de Covid-19, sua doença foi reativada, e seus sintomas intensificaram-se de forma alarmante. Seu coração agora está significativamente aumentado, ele tem arritmias cardíacas frequentes, foi diagnosticado com insuficiência cardíaca chagásica e está tomando vários medicamentos. Além disso, ele apresenta complicações gastrointestinais, incluindo megacólon, o qual afeta sua eliminação fecal. A enfermeira avalia João e identifica os seguintes possíveis diagnósticos de enfermagem.

João parece sobrecarregado com sua condição e como ela afetará seu trabalho (ele é trabalhador da construção civil), sua família (seu salário sustenta sua família de cinco pessoas) e seus resultados em longo prazo. Ele refere exacerbação significativa dos sinais e sintomas da doença – o que levou à sua hospitalização –, que frequentemente deixa de tomar seus medicamentos (“eles me deixam muito cansado”) e que acha difícil seguir as recomendações de dieta e líquidos. A enfermeira considera o diagnóstico *autogestão ineficaz da saúde* (00276).

Ele está muito ansioso com o nível de atividade física exigido pelo seu trabalho e diz que precisa parar com frequência para descansar, que sua resistência está diminuindo e que não faz nada além de trabalhar e dormir. Ele não tem energia para comparecer às atividades esportivas ou escolares dos filhos, nem para sair com a família. Sua esposa refere que ele caminha muito mais lentamente do que antes da infecção por Covid-19, parece cansado o tempo todo e está até letárgico na maioria das manhãs. Ele dorme mal, tem dificuldade para pegar no sono e acorda várias vezes à noite, muitas vezes por causa da respiração. Depois, fica acordado, preocupado em

como vai sustentar a família. A enfermeira considera o diagnóstico *carga excessiva de fadiga* (00477).

João também indica que tem crises frequentes de constipação grave e seu abdome está frequentemente inchado, com dor e sensibilidade. Às vezes, ele sente tanta náusea que chega a vomitar. Esses episódios causam tontura e ele observa que seu coração parece estar batendo muito rápido nesses momentos. Ele foi diagnosticado com megacólon e deve integrar mudanças de dieta e estilo de vida para tratar essa condição, além de medicamentos. Ele deve ser instruído a aumentar a ingestão de fibras usando uma bebida laxante com fibras, e começou a fazer fisioterapia duas vezes por semana, enfatizando o uso de massagem abdominal. A enfermeira considera o diagnóstico *eliminação intestinal prejudicada* (00344).

A esposa de João indica que está muito estressada. Seus familiares moram longe, e ela não tem apoio. Ela está preocupada com os cuidados a João se ele piorar, como ela administrará os filhos sem a renda dele e como atender às necessidades deles também. Ela indica que não entende bem a condição de João e não sabe como acessar informações ou recursos compreensíveis para ajudá-la a cuidar dele. “Eles simplesmente o mandaram para casa e eu tenho que dar um jeito”. Ela é cuidadora em tempo integral de seus três filhos (3, 5 e 9 anos) e agora também cuida de João, ao mesmo tempo em que assume responsabilidades adicionais para obter uma renda. Ela cuida de um idoso no prédio onde mora, cozinhando e limpando, e o olha rapidamente para administrar o medicamento, se necessário, duas vezes por noite. A enfermeira considera o diagnóstico *risco de carga excessiva de prestação de cuidados* (00401).

Esse cenário demonstra parte da complexidade de cuidar de um paciente e de sua família e identificar diagnósticos de enfermagem com foco no problema e de risco.

1.9 Documentação

Como já discutimos, o processo diagnóstico é uma tarefa que exige muito da cognição (Ko et al., 2016), sendo necessário um julgamento clínico diferenciado para discernir as respostas humanas dos pacientes. No entanto, além de suas implicações clínicas, o título diagnóstico, o nome real do diagnóstico, é de suma importância para fins de documentação. Normalmente, um diagnóstico de enfermagem é articulado em duas partes integrantes: (1) o descritor ou modificador, também chamado de termo de julgamento, e (2) o foco do diagnóstico, ou seu conceito-chave. Por exemplo, considere o diagnóstico *comportamentos sedentários excessivos* (00355).

Nos casos em que outros termos de eixo são incorporados ao título diagnóstico, eles também são meticulosamente documentados. Um exemplo ilustrativo é o diagnóstico *enfrentamento desadaptativo da comunidade* (00456), no qual o sujeito da informação (comunidade) torna-se parte integrante do título

diagnóstico. Da mesma forma, *dinâmica alimentar ineficaz do adolescente* (00269) introduz uma categoria de idade, especificada na definição como indivíduos de 11 a 19 anos. Essa estrutura de duas partes garante clareza e precisão na transmissão da natureza e do escopo de cada diagnóstico de enfermagem.

Após a avaliação, o enfermeiro tem a tarefa de documentar os julgamentos feitos, empregando métodos diversos. Embora muitas instituições optem pelo uso direto do título do diagnóstico de enfermagem, outras podem adotar um formato de três partes. É uma posição consistente da NANDA-I que o título diagnóstico, por si só, é suficiente como informação essencial para a documentação do paciente, especialmente quando os indicadores diagnósticos – que incluem fatores relacionados/de risco e características definidoras – são evidenciados de forma abrangente em outras partes da documentação do paciente. Essa abordagem simplifica o processo de documentação, garantindo clareza e adesão aos padrões e, ao mesmo tempo, permitindo flexibilidade no formato escolhido.

O formato de três partes é muito usado pelos alunos ao aprenderem a fazer diagnósticos com foco no problema e síndromes, e inclui: _____ [diagnóstico de enfermagem] relacionado a _____ [etiologia/fatores relacionados] conforme evidenciado por _____ [pistas/características definidoras]. Por exemplo, a partir de um dos exemplos acima, um enfermeiro pode documentar, usando o formato de três partes:

Carga excessiva de fadiga relacionada a estresse excessivo, ciclo sono-vigília alterado, ansiedade excessiva, falta de condicionamento físico conforme evidenciado por capacidade aeróbica diminuída, velocidade de marcha diminuída, dificuldade em manter a atividade física habitual, necessidade de descanso aumentada, resistência física inadequada, letargia, cansaço.

Um diagnóstico de risco pode ser documentado como: risco de _____ [diagnóstico] relacionado a _____ [fatores de risco]. Por exemplo, no exemplo anterior sobre João, a enfermeira identificou o diagnóstico *risco de carga excessiva de prestação de cuidados* (00401) para sua esposa. Este poderia ser documentado como:

Risco de carga excessiva de prestação de cuidados relacionado a conhecimento inadequado sobre recursos da comunidade, dificuldade em priorizar compromissos de funções concorrentes e processo familiar prejudicado.

Um diagnóstico de promoção da saúde pode ser documentado como: disposição para _____ [diagnóstico] conforme evidenciado por _____ [sinais/características definidoras]. Por exemplo:

Disposição para envelhecimento saudável melhorado (00340) conforme evidenciado por *deseja melhorar a capacidade funcional, deseja melhorar o estilo de vida saudável e deseja melhorar o engajamento social.*

Muitos professores de enfermagem endossam essa abordagem como um método eficaz para promover habilidades de pensamento crítico entre os alunos, oferecendo simultaneamente aos membros do corpo docente um meio de

avaliar seu raciocínio clínico. Alguns acadêmicos defendem a adoção abrangente do formato de três partes, argumentando que todos os diagnósticos de enfermagem devem ser documentados nos prontuários dos pacientes usando essa estrutura. Embora a NANDA-I se alinhe ao formato de três partes durante o ensino de enfermagem, enfatizando seu apoio ao raciocínio clínico, a Associação sustenta que, na prática clínica real, é apropriado documentar apenas o título. Isso depende da garantia de que os fatores relacionados/de risco e as características definidoras sejam discerníveis nos dados de avaliação, nas anotações de enfermagem, na evolução ou no plano de tratamento no prontuário do paciente, fornecendo, assim, a fundamentação para o diagnóstico de enfermagem. Consequentemente, um enfermeiro pode documentar de forma sucinta, por exemplo, *carga excessiva de fadiga*.

Considerando o uso predominante de registros eletrônicos de saúde (RES), é digno de nota que a maioria dos sistemas atualmente em operação não inclui os componentes “relacionado a” e “conforme evidenciado por”. Portanto, torna-se imperativo que a ferramenta de avaliação de enfermagem integrada ao sistema de RES inclua os indicadores diagnósticos necessários aos dados de avaliação. Isso facilita a documentação do título do diagnóstico de enfermagem somente na lista de problemas do paciente. É fundamental reconhecer que a mera documentação de um diagnóstico não valida inerentemente sua acurácia. Da mesma forma que nossos colegas da medicina, a presença de indicadores diagnósticos no registro do paciente é imprescindível para fundamentar nossos diagnósticos. Sem essas informações, a capacidade de verificar a acurácia do diagnóstico fica comprometida, levantando dúvidas sobre a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

1.10 Planejamento/implementação

Depois que o enfermeiro valida os diagnósticos de enfermagem, a próxima etapa crucial envolve estabelecer as prioridades de cuidado. Determinar qual diagnóstico de enfermagem tem precedência em relação aos outros é um processo crítico de tomada de decisão. O critério mais aparente de priorização é a instabilidade fisiológica, principalmente as consideradas urgentes ou emergenciais, que sempre têm precedência. Por exemplo, se um indivíduo foi diagnosticado ontem com *resiliência prejudicada* (00210) e *carga excessiva de fadiga* (00477), mas hoje desenvolve *ventilação espontânea prejudicada* (00033), o diagnóstico de alta prioridade passa a ser *ventilação espontânea prejudicada* devido à sua natureza de risco de vida. Consequentemente, esse diagnóstico tem precedência até que o paciente se estabilize, o que permite aos enfermeiros voltar a se concentrar nas outras respostas.

Na ausência de respostas com risco imediato à vida, a priorização pode se beneficiar da consideração de diagnósticos com alta congruência com

características definidoras e fatores relacionados/de risco no contexto específico do cuidado. Essa abordagem estratégica facilita o direcionamento do cuidado para a resolução desses problemas ou a atenuação de sua gravidade ou risco de ocorrência, especialmente para diagnósticos de risco. Além disso, os diagnósticos que predizem complicações se não forem tratados e aqueles que contribuem para outras respostas humanas podem ser priorizados, garantindo uma abordagem abrangente e diferenciada para o cuidado ao paciente.

Vamos considerar outro caso que exige priorização.

S.T., uma mulher cisgênero de 35 anos, foi internada no hospital para cirurgia bariátrica. Ela tem um índice de massa corporal de 43 kg/m², dores musculoesqueléticas frequentes e dificuldade para caminhar e manter o equilíbrio. Ela também tem dificuldade para lavar a parte inferior do corpo e as dobras cutâneas. Quando o enfermeiro conversa com a paciente, S.T. afirma: “Eu já passei por muita coisa. Para mim, sempre foi uma luta estabelecer metas. Sempre tentei fazer mudanças gigantes da noite para o dia. Mas há momentos em que me percebo comendo sem realmente pensar nisso, quase como se fosse um mecanismo de escape. E nos programas de controle de peso, também tive desafios. Não é que eu não queria participar; é que, às vezes, parece que esses programas não foram criados pensando em alguém do meu tamanho. Já houve casos em que senti que não conseguiria me envolver totalmente ou que as estratégias não se adaptavam às minhas necessidades.”

O enfermeiro identificou *autogestão ineficaz do sobrepeso* (00398), *habilidade de banhar-se diminuída* (00326) e *risco de quedas no adulto* (00303). Embora S.T. tenha muitas características definidoras de *autogestão ineficaz do sobrepeso*, os diagnósticos prioritários que podem levar a complicações no contexto do cuidado são *habilidade de banhar-se diminuída* e *risco de quedas no adulto*. Portanto, estes devem ser priorizados.

Coordenar a priorização com o paciente é muito importante para o cuidado de saúde eficaz. É imperativo entender as principais preocupações ou metas de tratamento do paciente. Pode haver casos em que a prioridade do paciente é diferente da prioridade do enfermeiro, enfatizando o papel fundamental que os pacientes desempenham como tomadores de decisão em sua saúde e bem-estar. Por exemplo, se o enfermeiro identificar *carga excessiva de fadiga* (00477) como uma prioridade, mas o paciente enfatizar *disposição para resiliência melhorada* (00212), é fundamental reconhecer e respeitar a perspectiva do paciente. Deixar de abordar as principais preocupações do paciente torna menos provável a sua participação na abordagem do que o enfermeiro considera prioritário. Portanto, a negociação de prioridades, sempre que possível, promove o cuidado centrado no paciente, garantindo que o planejamento de saúde se alinhe às metas do paciente e aumente a colaboração na busca de resultados de saúde ideais.

Os diagnósticos de enfermagem servem como uma bússola para identificar os resultados almejados após os cuidados e elaborar um plano sequencial para intervenções específicas de enfermagem. Um aspecto fundamental desse processo envolve o desenvolvimento de resultados de enfermagem que sejam específicos e mensuráveis, significando o progresso em resposta aos tratamentos destinados a mitigar ou resolver as causas subjacentes do diagnóstico. Em situações em que a melhora pode não ser viável, como em condições crônicas sem potencial de aprimoramento, os resultados podem ser direcionados para o controle eficaz dos sintomas.

Uma observação importante é que os enfermeiros devem se abster de passar prematuramente do diagnóstico de enfermagem diretamente para a intervenção de enfermagem sem considerar cuidadosamente os resultados desejados. Essa sequência de procedimentos pode ser espelhada, por exemplo, no planejamento cuidadoso de uma viagem de carro. Obviamente que para sair de um lugar e chegar em outro, basta entrar em um carro e dirigir, mas talvez não se chegue ao destino realmente desejado. É mais prudente primeiro estabelecer de forma clara um destino (resultado) e, em seguida, traçar uma rota (intervenção) que leve a esse local. Essa abordagem deliberada e estratégica garante que as intervenções de enfermagem sejam intencionais, direcionadas a resultados específicos e que estejam alinhadas com as metas gerais de saúde e bem-estar do paciente.

Conforme destacado na descrição do Modelo Tripartite de Kamitsuru (2022; 2008), a base da intervenção de enfermagem divide-se em três pilares. As ações ou intervenções autônomas de enfermagem são tratamentos baseados em padrões de conhecimento de enfermagem, determinados pelo enfermeiro como adequados para abordar os fatores etiológicos de um diagnóstico de enfermagem ou manejar os sintomas. Além disso, os enfermeiros têm a responsabilidade de executar intervenções interdisciplinares dentro de seu escopo de prática, com base em padrões de domínios médicos ou de outros domínios disciplinares. Além disso, a adesão a padrões ou protocolos organizacionais é imperativa, envolvendo tarefas como intervenções rotineiras de higiene do paciente ou a administração de instrumentos para avaliar fatores de risco, como violência doméstica, lesões por pressão ou risco de queda, especialmente em populações identificadas como de alto risco pela instituição.

Em todos os tipos de intervenções, os enfermeiros devem aplicar seus conhecimentos disciplinares de forma criteriosa. Cabe a eles discernir o que constitui o cuidado apropriado para seus pacientes e delinear os limites de seu escopo de prática. Essa abordagem multifacetada garante que as intervenções de enfermagem estejam alinhadas aos mais altos padrões de cuidado, abrangendo ações autônomas, colaboração interdisciplinar e protocolos organizacionais.

É fundamental fazer a distinção entre diagnósticos de enfermagem e diagnósticos médicos, destacando a função diferenciada dos enfermeiros na prestação de cuidados abrangentes. A hipertensão, por exemplo, é um diagnóstico

médico; no entanto, os enfermeiros se envolvem ativamente em intervenções independentes e interdisciplinares para clientes com diversos problemas médicos ou estados de risco. Os enfermeiros geralmente iniciam protocolos permanentes para manejar diagnósticos médicos, às vezes percebendo essas ações como intervenções de enfermagem independentes porque não precisam de uma ordem direta para cada etapa do protocolo. No entanto, esses protocolos permanentes são, na realidade, ordens dependentes de médicos, mas executadas e supervisionadas por enfermeiros, ficando fora do âmbito das intervenções autônomas de enfermagem.

As verdadeiras intervenções autônomas de enfermagem vêm à tona no caso de clientes diagnosticados com fenômenos de enfermagem, como *risco de pressão arterial desequilibrada* (00362). Esse diagnóstico de enfermagem, definido como “susceptibilidade a elevação ou diminuição recorrente da força exercida pelo fluxo sanguíneo na parede arterial, acima ou abaixo dos níveis individuais desejados”, é uma ocorrência comum em muitos ambientes de saúde. Ao avaliar os fatores de risco associados a esse diagnóstico, os enfermeiros assumem uma função proativa na determinação dos resultados adequados ao paciente. Posteriormente, elaboram estratégias de intervenções de enfermagem destinadas a alcançar esses resultados, visando especificamente aos fatores de risco identificados no diagnóstico. Essa abordagem meticulosa exemplifica a função distinta e autônoma dos enfermeiros na prestação de cuidados centrados no paciente.

1.11 Evolução

A avaliação contínua das intervenções e da obtenção dos resultados identificados são parte integrante do processo de enfermagem, uma prática que deve ser difundida em cada um dos estágios, e especialmente após a implementação do plano de cuidados. Várias perguntas críticas devem orientar esse processo de avaliação: “Que dados posso ter negligenciado? Estou fazendo julgamentos corretos ou há possibilidade de erro? Qual é o meu grau de confiança na precisão desse diagnóstico? Devo buscar a ajuda de alguém com mais experiência? Confirmei o diagnóstico com o paciente, sua família ou a comunidade envolvida? Os resultados previstos estão alinhados às necessidades exclusivas desse cliente nesse ambiente específico, levando em consideração as estruturas regulatórias que regem a prática de enfermagem na região, a realidade diferenciada da condição do paciente, seus valores e crenças, minha experiência profissional e os recursos disponíveis? Além disso, as intervenções escolhidas são fundamentadas em evidências de pesquisa ou são baseadas na tradição, ou seja, ‘o que sempre foi feito’?” Essas perguntas reflexivas garantem uma avaliação abrangente e diferenciada do processo de enfermagem, promovendo a melhoria contínua na prestação de cuidados centrados no paciente.

1.12 Princípios do diagnóstico de enfermagem: aplicação clínica

Esta visão geral dos fundamentos do diagnóstico de enfermagem, inicialmente adaptada para iniciantes, é relevante para todos os enfermeiros, esclarecendo considerações essenciais na aplicação do diagnóstico de enfermagem e oferecendo exemplos de possíveis armadilhas. Um aspecto que merece ênfase contínua é a integração homogênea dos conceitos de enfermagem subjacentes com o processo de avaliação, culminando na formulação de diagnósticos de enfermagem. A compreensão dos conceitos principais por parte do enfermeiro, muitas vezes chamados de focos diagnósticos, não só orienta o processo de avaliação, mas também molda a interpretação dos dados coletados. Nessa estrutura interconectada, os enfermeiros diagnosticam um espectro de respostas, abrangendo diagnósticos como foco no problema, de risco e de promoção da saúde. A determinação do diagnóstico ou dos diagnósticos prioritários entre essas categorias é um julgamento clínico diferenciado por parte do enfermeiro, refletindo a experiência e o compromisso com o cuidado centrado no paciente.

A compreensão da resposta humana de um paciente, enraizada nos principais conceitos e fenômenos relevantes para a nossa disciplina, é facilitada pelo conhecimento da ciência da enfermagem incorporado na classificação NANDA-I. Essa classificação serve como uma linguagem estruturada, oferecendo um meio padronizado para que os enfermeiros comuniquem os diagnósticos de enfermagem. Utilizando a classificação da NANDA-I, especificamente os títulos diagnósticos, os enfermeiros podem trocar informações não apenas entre si, mas também com profissionais de várias disciplinas da área de saúde, articulando os aspectos distintos do que os enfermeiros compreendem de forma única.

No âmbito das interações com os pacientes, o emprego dos diagnósticos de enfermagem torna-se uma ferramenta poderosa. Ele ajuda a elucidar as áreas específicas de foco dos cuidados de enfermagem, promovendo um entendimento mútuo entre enfermeiros e pacientes ou seus familiares. Essa linguagem compartilhada permite que os pacientes se envolvam ativamente em seus próprios cuidados, promovendo uma abordagem colaborativa. A classificação da NANDA-I, ao fornecer uma linguagem comum, serve como uma estrutura unificadora para que os enfermeiros abordem os problemas de saúde, atentem-se aos estados de risco e aproveitem as oportunidades de promoção da saúde. Essa abordagem padronizada aprimora a comunicação e a coordenação dentro da equipe de saúde, contribuindo, em última análise, para uma prestação de cuidados mais eficaz e centrada no paciente.

1.13 Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- Andersen T, Christensen FB, Bungler C. Evaluation of a Dallas Pain Questionnaire classification in relation to outcome in lumbar spinal fusion. *Eur Spine J*. 2006; 15(11): 1671–1685.
- Bachion MM. I Simpósio Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem. [Basic instruments for delivering care: observation, interaction and measurement]. Brasília, Brazil: 2009.
- D’Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B, ..., Sanson G. Nursing diagnoses as predictors of hospital length of stay: A prospective observational study. *Journal of Nursing Scholarship* 2019; 51(1): 96–105.
- D’Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, ..., Zega M. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 2017; 73(9): 2129–2142.
- Douglas ME, Randleman ML, DeLane AM, Palmer G. A. Determining pain scale preference in a veteran population experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing* 2014; 15(3): 625–631.
- Gordon, M. Nursing diagnosis: Process and application, 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby, 1994.
- Hansbauer M. A Short Note on Medical Diagnosis and types. *Med Rep Case Stud* 2021; 06(S6): 33.
- Hashimoto H, Kanda K. Development and validation of the total dyspnea scale for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2019; 41: 120–125.
- Herdman TH. Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional. [Case management using NANDA International nursing diagnoses]. XXX Congreso FEMAFEE 2013. Monterrey, Mexico: 2013.
- International Standards Organization (ISO). International Standard ISO 18104: Health informatics – Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. 2023. Licensed to NANDA International. Downloaded: December 6, 2023.
- Kalluri M, Cui Y, Wang T, Bakal JA. Validation of a Novel Clinical Dyspnea Scale – A Retrospective Pilot Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 2023. <https://doi.org/10.1177/10499091231167879>.
- Kamitsuru S. Shitte okitai henkou-ten: NANDA-I Kango shindan teigi to bunrui 2021– 2023. [New things you need to know about the NANDA-I Nursing Diagnosis: Definitions and Classification, 2021–2023]. Tokyo, Igaku-Shoin: 2022.
- Kamitsuru S. Kango shindan seminar shiryou. [Nursing diagnosis seminar handout]. Kango Laboratory: 2008.
- Ko DG, Park Y, Kim Y, Kim J, Yoon WC. Cognitive-Task-Based Information Aid Design for Clinical Diagnosis. In: Kang BH, Bai Q.(eds). *AI 2016: Advances in Artificial Intelligence. Lecture Notes in Computer Science*, vol 9992. Cham: Springer, 2016. https://doi.org/10.1007/978-3-319-50127-7_28.
- Lerdal A. Fatigue severity scale. In: *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Cham: Springer International Publishing, 2021 (pp. 1–5).
- Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* 2002; 13(3): 189–201.
- Levett-Jones T, Hoffman K, Dempsey J. The “five rights” of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students’ ability to identify and manage clinically “at risk” patients. *Nurse Educ Today* 2010; 30(6): 515–520. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19948370/>.
- Meehan TC, Timmons F, Burke J. Fundamental care guided by the Careful Nursing Philosophy and Professional Practice Model. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27: 2260–2273.

- National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. Available at: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=cardiac + arrhythmia](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=cardiac+arrhythmia). Accessed October 3, 2023.
- National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. What is an arrhythmia? <https://www.nhlbi.nih.gov/health/arrhythmias>. Accessed Feb 18, 2023.
- Prince SA, Butler GP, Roberts KC, Lapointe P, MacKenzie AM, Colley RC, et al. Developing content for national population health surveys: an example using a newly developed sedentary behaviour module. *Archives of Public Health* 2019; 77(1): 53.
- Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine* 2000; 25(24): 3115–3124.
- Rosenberg DE, Norman GJ, Wagner N, Patrick K, Calfas KJ, Sallis JF. Reliability and validity of the Sedentary Behavior Questionnaire (SBQ) for adults. *Journal of Physical Activity and Health* 2010; 7(6): 697–705.
- Sanson G, Welton J, Vellone E, Cocchieri A, Maurici M, Zega M, ..., D'Agostino F. Enhancing the performance of predictive models for Hospital mortality by adding nursing data. *International journal of medical informatics* 2019; 125: 79–85.
- Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26(23–24): 3764–3783.
- Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ* 2006; 45(6): 204–211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16780008/>.
- von Korff M, DeBar LL, Krebs EE, Kerns RD, Deyo RA, Keefe FJ. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high impact chronic pain. *Pain* 2020; 161(3): 651.
- Watson, J. Caring science as a sacred science. In: McEwen M, Wills E (eds). *Theoretical basis for nursing*. Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
- Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 6th ed. New York: Pearson, 2019.
- World Health Organization. *ICD-11 Implementation or Transition Guide*. Geneva: World Health Organization 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: https://icd.who.int/en/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf.
- Zeffiro V, Sanson G, Welton J, Maurici M, Malatesta A, Carboni L, ..., D'Agostino F. Predictive factors of a prolonged length of stay in a community Nursing-Led unit: A retrospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing* 2020; 29(23–24): 4685–4696.