



**ARTIGO ORIGINAL**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR**  
**NURSING DIAGNOSES IN PATIENTS WITH HOSPITAL INFECTION**  
**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL**

Rebeca Baldo Santos<sup>1</sup>, Erika Christiane Marocco Duran<sup>2</sup>, Elenice Valentim Carmona<sup>3</sup>, Luciana de Lione Melo<sup>4</sup>, Ana Raquel Medeiros Beck<sup>5</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** identificar diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes com infecção hospitalar. **Método:** estudo coorte retrospectivo, que analisou prontuários de pacientes internados de junho de 2011 a março de 2012 em de uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de ensino, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 26293. **Resultados:** nos 98 prontuários avaliados foram identificados 854 diagnósticos, com média de 8,7 diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram: Risco de infecção (99%), Déficit do autocuidado para banho (97,9%), Risco de integridade da pele prejudicada (93,9%), Mobilidade física prejudicada (92,8%), Desobstrução ineficaz de vias aéreas (90,8%), Risco de aspiração (90,8%) e Integridade da pele prejudicada (88,8%). **Conclusão:** os fenômenos nomeados pelos enfermeiros são compatíveis com as necessidades de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Infecção Hospitalar.

**ABSTRACT**

**Objective:** identifying the most common nursing diagnoses in patients with nosocomial infection. **Method:** retrospective cohort study that analyzed medical records of hospitalized patients from June 2011 to March 2012 in an intensive care unit of a public teaching hospital, after the project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol 26293. **Results:** in the 98 evaluated medical records were identified 854 diagnoses, averaging 8,7 diagnoses per patient. The most frequent diagnoses were: risk for infection (99%), bathing self-care deficit (97,9%), risk for impaired skin integrity (93,9%), impaired physical mobility (92,8%), ineffective airway clearance (90,8%), risk for aspiration (90,8%), and impaired skin integrity (88,8%). **Conclusion:** the phenomena named by nurses are compatible with the needs of patients admitted to the intensive care unit. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Nursing Process; Intensive Care Units; Hospital infection.

**RESUMEN**

**Objetivo:** identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con infección nosocomial. **Método:** un estudio de cohorte retrospectivo que analizó las historias clínicas de los pacientes hospitalizados desde junio 2011 a marzo 2012 en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público de enseñanza, después de que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, Protocolo 26293. **Resultados:** en las 98 listas que se evaluaron fueron identificados 854 diagnósticos, con un promedio de 8,7 diagnósticos por paciente. Los diagnósticos más frecuentes fueron: riesgo de infección (99%), déficit de autocuidado para el baño (97,9%), el riesgo de deterioro de la integridad de la piel (93,9%), movilidad física alterada (92,8%), compensación ineficaz las vías respiratorias (90,8%), el riesgo de aspiración (90,8%), y la integridad de la piel alterada (88,8%). **Conclusión:** los fenómenos nombrados por las enfermeras son compatibles con las necesidades de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. **Descriptor:** Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Infección Nosocomial.

<sup>1</sup>Graduanda, Faculdade de Enfermagem/FEnf, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [rebeca\\_baldo@hotmail.com](mailto:rebeca_baldo@hotmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem/FEnf, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [ecduran@fcm.unicamp.br](mailto:ecduran@fcm.unicamp.br); <sup>3</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Ciências, Faculdade de Enfermagem/FEnf, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [elenicevalentim@uol.com.br](mailto:elenicevalentim@uol.com.br); <sup>4</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem/FEnf, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [lulione@fcm.unicamp.br](mailto:lulione@fcm.unicamp.br); <sup>5</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem/FEnf, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: [raquelmb@fcm.unicamp.br](mailto:raquelmb@fcm.unicamp.br)

## INTRODUÇÃO

Infecção hospitalar (IH) é toda infecção relacionada à hospitalização, quando se desconhece o tempo de incubação do microorganismo e não há evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da admissão do paciente. Assim, é considerada IH toda manifestação clínica de infecção que se apresente a partir de 72 horas da admissão.<sup>1</sup>

A IH é uma séria ameaça aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Neste contexto de assistência, os pacientes apresentam condições clínicas desfavoráveis e são submetidos a procedimentos invasivos rotineiramente, o que aumenta o risco de infecção. Portanto, os pacientes da UTI possuem de cinco a 10 vezes mais probabilidade de adquirir uma infecção e podem representar aproximadamente 20% do total de infecções de um hospital.<sup>2</sup> As IH representam um problema de saúde pública, uma vez que aumentam os índices de morbidade, mortalidade e os custos hospitalares.<sup>3</sup>

Os sistemas de vigilância oferecem subsídios às atividades de controle das IH, por meio da identificação de grupos, fatores ou procedimentos de risco. A estratificação das taxas de infecção de acordo com fatores de risco é um importante componente destes programas. Assim, o *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNISS) ou, em Português, Sistema Nacional de Vigilância das Infecções Hospitalares, vem aprimorando o monitoramento da incidência de IH, desde 1970. A partir do entendimento de que as infecções hospitalares resultam da assistência, bem como de processos associados a ela, os dados advindos deste tipo de sistema podem ser utilizados como indicadores de qualidade, inclusive pela enfermagem, que também é responsável pelo cuidado do paciente. A vantagem da utilização da metodologia NNISS é que os indicadores podem ser avaliados e comparados por pesquisadores e entre as instituições.<sup>4</sup>

Considerando a importância de indicadores de qualidade e seu monitoramento, o Processo de Enfermagem (PE) é uma importante ferramenta de trabalho do enfermeiro, uma vez que pode auxiliá-lo na promoção da assistência integral e individualizada. O PE não se trata de um fim em si, mas direciona e organiza o raciocínio clínico frente às necessidades do paciente e às exigências trazidas pelos avanços tecnológicos. O PE é dividido em etapas interdependentes e dinâmicas que são: coleta de dados; definição

dos DE (Diagnósticos de Enfermagem); planejamento; implementação das intervenções e a avaliação dos resultados.<sup>5-7</sup>

Uma vez que as etapas do PE tem sua base no raciocínio clínico, é premente que a coleta de dados contemple anamnese, exame físico, bem como consulta a registros de diferentes profissionais e coleta de dados junto à família. Isto para se decidir e nomear quais são as necessidades de cada paciente, fazendo-se um julgamento assertivo: o Diagnóstico de Enfermagem (DE).<sup>8</sup> Considera-se que os dados registrados sobre o PE também são indicadores de qualidade da assistência, uma vez que trazem os problemas levantados, as intervenções e os resultados obtidos a partir das mesmas. O que justifica associá-lo a métodos como o NNISS na busca de compreender e registrar dados sobre a situação clínica do paciente e pensar em estratégias para melhorar a assistência junto ao paciente hospitalizado e sob cuidados intensivos.

O PE possui respaldo legal da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), responsabilizando o enfermeiro pela liderança na execução e avaliação do PE, porém ainda existem limitações e resistência na sua aplicação. Neste contexto é necessário o desenvolvimento de uma gestão do cuidado ao alcance de melhores resultados para o paciente e para a instituição.<sup>9</sup>

O paciente que está em UTI necessita de cuidados de enfermagem complexos, avaliações críticas, frequentes e rápidas, principalmente quanto sua condição clínica é instável e a presença de infecção é confirmada. Portanto, o PE é um instrumento interessante para auxiliar os enfermeiros a estabelecer planos de cuidados abrangentes e bem direcionados.

Considera-se imprescindível o julgamento clínico do enfermeiro sobre as respostas do indivíduo aos problemas de saúde, atuais ou potenciais, para o planejamento de intervenções que possam trazer resultados satisfatórios ao paciente e para a excelência da qualidade em enfermagem. Assim, este estudo tem como objetivo:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes com infecção hospitalar.

## MÉTODO

Estudo de coorte, retrospectivo, em que foram investigados os prontuários de pacientes adultos com diagnóstico de IH, internados na UTI do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Esta unidade contém 20 leitos,

dos quais 10 são destinados a pacientes de emergência clínica e 10 para emergência cirúrgica. Trata-se de um hospital público de ensino que é referência para mais de 60 municípios.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes internados na UTI do referido hospital que tiveram o diagnóstico de IH confirmado, no período de junho de 2011 a março de 2012. Para a inclusão também se considerou a presença de registro de pelo menos um DE após a confirmação da IH. Foram considerados todos os DE descritos em impresso específico da unidade e presente em cada prontuário, abrangendo o período desde a confirmação da IH até a alta da UTI ou óbito do paciente.

A identificação dos pacientes com diagnóstico de IH foi obtida por meio do censo fornecido pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), que utiliza o NNISS. Posteriormente, os prontuários foram localizados no SAM (Serviço de Arquivamento Médico) para coleta dos dados de interesse da pesquisa. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi desenvolvido pelas autoras para esta pesquisa: a primeira parte dele destinou-se à caracterização do sujeito quanto

a idade, sexo e tipo de IH; a segunda para o registro dos DE no período mencionado.

Foi construído um banco de dados utilizando-se o Programa Microsoft Excel 7.0. Os dados foram apresentados sob a forma de estatística descritiva, com frequência absoluta (n) e relativa (%). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sob o parecer número 26293, e não envolveu qualquer tipo de intervenção junto aos sujeitos, além de consulta aos dados do prontuário.

## RESULTADOS

A lista fornecida pela CCIH continha um total 120 pacientes, no período descrito, com diagnóstico confirmado de IH. Destes, oito prontuários não foram encontrados no SAM durante o período da coleta de dados e 14 não apresentavam DE após a confirmação de IH; o que fez com que fossem excluídos do estudo. Assim, foram analisados 98 prontuários. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (52%), a média de idade encontrada foi 50,8 anos, com mediana 51,5 e desvio padrão 20,2. Dos prontuários coletados, 35 pacientes (35,7%) foram a óbito (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas dos pacientes com infecção hospitalar internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), Brasil, 2012 (n=98)

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	51	52
	Masculino	47	48
Idade	14-20	5	5,1
	21-30	18	18,4
	31-40	10	10,2
	41-50	16	16,3
	51-60	10	10,2
	61-70	19	19,4
	71-80	17	17,3
	81-94	4	4,1
Óbito		35	35,7

A IH específica mais frequente foi a Pneumonia (59%). Dois pacientes apresentaram dois tipos de infecções

diferentes na mesma data de confirmação, portanto se considerou o total igual a 100 (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes com infecção hospitalar internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Universidade Estadual de Campinas, segundo as categorias de infecção hospitalar - NNISS. Campinas (SP), Brasil, 2012.

Variável	Categorias de infecção	n	%
Infecção Hospitalar (NNISS)	Pneumonia	59	59
	Infecção de trato urinário	21	21
	Sepse	16	16
	Cardiovascular	3	3
	Pele e tecido subcutâneo	1	1
Total		100	100

Considerando-se as diferentes decisões clínicas dos enfermeiros sobre títulos dos diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, foram

encontrados 854 DE nos 98 prontuários, com uma média de 8,7 diagnósticos por paciente. Foram identificados 18 títulos diagnósticos nos prontuários dos pacientes (Tabela 3). Optou-

se por discutir os DE que estiveram presentes em 75% ou mais dos prontuários analisados: os

sete primeiros diagnósticos da Tabela 3.

Tabela 3. Diagnósticos de Enfermagem identificados em prontuários de pacientes com infecção hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), Brasil, 2012 (n=98)

Diagnóstico de Enfermagem	n	
	n	%
Risco de Infecção	97	99
Déficit do autocuidado para banho	96	97,9
Risco de integridade da pele prejudicada	92	93,9
Mobilidade física prejudicada	91	92,8
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	89	90,8
Risco de aspiração	89	90,8
Integridade da pele prejudicada	87	88,8
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	73	74,4
Ventilação espontânea prejudicada	71	72,4
Dor aguda	56	57,1
Risco de choque	4	4,1
Risco de trauma vascular	2	2
Risco de glicemia instável	2	2
Risco de sangramento	1	1
Risco de constipação	1	1
Integridade tissular prejudicada	1	1
Diarreia	1	1
Confusão aguda	1	1

Ao verificar o número de DE propostos, de acordo com as IH específicas, observou-se a seguinte distribuição: os pacientes com pneumonia apresentaram 530 diagnósticos, com média de 9 diagnósticos por paciente; os com infecção do trato urinário, 175, com média de 8,3 diagnósticos por paciente; com sepse, 134 diagnósticos e média de 8 por paciente; com infecção cardiovascular, 26, com média de 8,7; e o único paciente com infecção de pele e tecido subcutâneo apresentou 10 DE.

## DISCUSSÃO

A amostra apresentou equilíbrio entre os sexos. Os pacientes acima de 60 anos representaram 40,8% dos acometidos por IH. Esses dados se assemelham aos obtidos em outro estudo com pacientes com IH: 49,2% deles sendo do sexo feminino e 38,4% com idades acima de 60 anos.<sup>10</sup> Os pacientes idosos são mais vulneráveis às infecções devido às alterações fisiológicas decorrentes da senilidade, como o declínio da resposta imunológica, o que se associa à necessidade de procedimentos invasivos.<sup>10</sup>

As taxas de incidência da IH variam conforme o tipo de unidade e a população atendida, atingindo de 10% a 30% dos pacientes, o que caracteriza um importante fator para aumentar a morbimortalidade.<sup>9</sup> A mortalidade pode exceder 25%,<sup>10</sup> o que também corrobora com os achados do presente estudo.

Independente da idade dos pacientes, a assistência à saúde em UTI é desafiada constantemente pelas IH, uma vez que os pacientes com demanda de cuidados

intensivos são submetidos a muitos procedimentos, manipulados inúmeras vezes por diferentes profissionais, ao mesmo tempo em que estão com comprometimentos imunológicos e/ou fisiológicos: fatores de risco para o desenvolvimento de IH.<sup>10</sup>

Estudo realizado em duas unidades de tratamento intensivo, uma de um hospital público e a outra de hospital de ensino, apresentou taxas preocupantes de IH, o que se trata de uma medida indireta da qualidade da assistência ao paciente. As infecções mais frequentes foram: respiratória (60,15%), sistêmica (17,77%), infecção do trato urinário (16,24%) e outras (5,84%).<sup>12</sup> A pneumonia é a infecção mais frequente do trato respiratório, responsável por 86% das infecções em pacientes em ventilação mecânica.<sup>13</sup> Tanto no presente estudo quanto no citado, a maioria dos pacientes esteve sob ventilação mecânica e utilizou cateteres centrais e vesicais.

Infecções do trato urinário (ITU) em UTI européias são responsáveis por 18% das IH adquiridas, já nos Estados Unidos chegam a um terço de todas as infecções, estando 80% delas relacionadas ao uso de cateter vesical de demora. Isto faz da ITU uma das infecções mais frequentes em adultos e a duração do cateterismo um dos fatores de risco para sua ocorrência. A sepse varia de 9,6% a 23,3% em população com características semelhantes.<sup>10-11</sup>

Os avanços tecnológicos quanto aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos tornaram a infecção um desafio constante para os profissionais da área de saúde.<sup>14-5</sup> Entretanto, os estudos descritivos oferecem dados para que a prevenção possa

Santos RB, Duran ECM, Carmona EV et al.

Diagnósticos de enfermagem em pacientes com...

ser intensificada nas situações mais comuns, como por exemplo: pneumonia relacionada à ventilação mecânica, ITU relacionada a sonda vesical de demora e sepse relacionada ao cateter venoso central.<sup>10</sup>

De um total de 854 DE nos 98 prontuários, sendo 18 títulos diagnósticos diferentes, os sete diagnósticos mais frequentes corroboram com os resultados de pesquisas semelhantes, bem como a porcentagem descrita: Risco de infecção;<sup>16-17</sup> Déficit do autocuidado para banho;<sup>7,15,18</sup> Risco de integridade da pele prejudicada;<sup>7,19</sup> Mobilidade física prejudicada;<sup>15</sup> Risco de aspiração;<sup>7,20</sup> Desobstrução ineficaz de vias aéreas<sup>21</sup> e Integridade da pele prejudicada.<sup>7,15</sup>

O DE “Risco de infecção” é frequentemente nomeado para pacientes sob cuidados intensivos, sendo que os fatores de risco que o descrevem estão bastante relacionados a esta clientela.<sup>16</sup> Além disso, o risco aumenta proporcionalmente ao número de profissionais que entram em contato com o paciente.<sup>17</sup> Decidir por este diagnóstico e registrá-lo para um paciente com IH pode ser algo controverso e sujeito a críticas, visto que se pode considerar que não há de risco e sim a presença real de infecção. Por outro lado, embora o paciente já esteja com um agente infeccioso confirmado em um determinado sítio, o fenômeno continua sendo um risco para os outros nos quais ainda não está presente; o que não invalida este fenômeno de enfermagem, bem como os cuidados que devem ser propostos quando ele é considerado.

“Déficit no Autocuidado para banho”, definido como “capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo”,<sup>8</sup> é um DE que descreve adequadamente as características dos pacientes sob cuidados intensivos, que são dependentes dos cuidados da equipe de enfermagem, muitos são hemodinamicamente estáveis e, portanto, requerem profissionais atentos a necessidades específicas.<sup>15</sup> Da mesma forma, o diagnóstico “Mobilidade física prejudicada”, que define uma “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”,<sup>8</sup> pode ser considerado como uma resposta humana compatível com paciente grave, o qual pode apresentar prejuízo na mobilidade física decorrente da patologia que o acomete e/ou tratamento que lhe é imposto: presença de drenos e sondas, sensação de dor ao se movimentar, monitorização, entre outros.

Uma vez que a maioria dos pacientes sob cuidados intensivos irá apresentar os dois últimos diagnósticos mencionados, está

correto descrevê-los, mas não em detrimento de diagnósticos mais acurados e também relacionados a eles. Por exemplo: DE relacionados à dor podem direcionar intervenções que irão melhorar tanto a mobilidade do paciente quanto o autocuidado. Isto no sentido de evitar o simples preenchimento de impressos, sem raciocínio clínico e priorização.

O “Risco de integridade da pele prejudicada”, que é o “risco da pele ser alterada de forma adversa”,<sup>8</sup> é constante neste contexto de assistência. A relevância do enfermeiro considerá-lo precocemente e manter a vigilância é sua possível associação com outros DE, como: “Risco de infecção”, “dor aguda”, “dor crônica”, “baixa autoestima situacional”, “medo”, “ansiedade”, entre outros.<sup>19</sup>

A UTI apresenta ainda pacientes sob ação de sedativos, inconscientes, alimentando-se por sondas gástricas, com motilidade gastrointestinal diminuída e em uso de cânulas endotraqueais.<sup>20</sup> Estes são fatores de risco para o diagnóstico “Risco de aspiração”, que é definido como “risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas”.<sup>8</sup>

A via aérea obstruída, seja por espasmo, exsudato, muco excessivo ou presença de via aérea artificial, é um fator relacionado do DE “Desobstrução ineficaz de vias aéreas”, definido como “incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída”.<sup>8</sup> Este diagnóstico também descreve um problema de enfermagem significativo na assistência à saúde do paciente de UTI.<sup>21</sup>

Os DE mais frequentes neste estudo coincidiram com resultados de outro estudo, o que sugere um perfil para o paciente da UTI. A menor frequência de alguns diagnósticos pode estar relacionada a respostas específicas de alguns pacientes. Observou-se ainda a prevalência de DE voltados para respostas humanas fisiológicas, denotando que o cenário deste estudo, a UTI, direciona o pensamento e as ações da equipe para os processos fisiológicos.<sup>15</sup> Não foram encontrados na literatura estudos que investigaram DE presentes em cada tipo de IH.

## CONCLUSÃO

Os DE mais frequentes em pacientes com IH na UTI de adulto de um hospital público de ensino foram: Risco de infecção; Déficit do autocuidado para banho; Risco de integridade da pele prejudicada; Mobilidade física

Santos RB, Duran ECM, Carmona EV et al.

Diagnósticos de enfermagem em pacientes com...

prejudicada; Risco de aspiração; Desobstrução ineficaz de vias aéreas e Integridade da pele prejudicada.

Todos estes diagnósticos descrevem adequadamente respostas humanas que podem ser apresentadas por pacientes sob cuidados intensivos, entretanto, nomeá-los não pode garantir que o raciocínio clínico esteja voltado para as prioridades e para o cuidado individualizado.

O conhecimento dos DE mais frequentes em diferentes contextos de assistência poderia auxiliar a traçar perfis epidemiológicos, o que direcionaria o PE, o planejamento de recursos humanos e materiais, os programas de educação permanente, além de auxiliar o desenvolvimento da ciência em Enfermagem, entretanto, ainda se faz necessário percorrer um percurso na formação e no envolvimento dos enfermeiros com o PE. Este se sustenta no processo contínuo de coleta de dados. Dados estes que auxiliam o enfermeiro a nomear de forma mais acurada os fenômenos. Para tanto, os enfermeiros precisam estar aptos a decidir quanto à relevância de um determinado diagnóstico em detrimento de outros, bem como perceber a sobreposição de diagnósticos, de forma a nomear o que é mais significativo para cada paciente.

Percorrer tal percurso fará com que não ocorra o simples preenchimento de impressos, sem raciocínio clínico. Raciocínio este que possibilita identificar as necessidades do paciente de forma individualizada.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Portaria nº 2.616. 12 de maio de 1998. Programa de Controle de Infecção Hospitalar [Internet]. [cited 2012 May 20]. Available from: [http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm).
2. Gusmao ME, Dourado I, Fiaccone RL. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit of a Brazilian university hospital: an analysis of the time span from admission to disease onset. *Am J Infect Control* [Internet]. 2004 [cited 2011 June 25];32(4):209-14. Available from: [www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/14.pdf)
3. Fontana RT. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2011 June 25];59(5):703-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500021&script=sci_arttext)
4. Scheckler, W.E. Interim Report of the quality indicators study group. *Infect Control*

*Hosp Epidemiol* [Internet]. 1994 [cited 2011 June 25];15(4):265-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8207193>

5. Machado CT, Rocha AM, Pimentel MO. Sistematização da Assistência de Enfermagem e o sistema único de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Nacional de diagnósticos de Enfermagem; 2004 May-June 45-51p Belo Horizonte: ABEn Sessão BH; 2004.

6. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com HIV/AIDS: abordagem baseada no modelo conceitual de Horta. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2011 June 25];14(2):290-300. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HMY8EUIKvhsJ:www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/821+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

7. Melo EM, Albuquerque MP, Aragão RM. Diagnósticos de enfermagem prevalentes na unidade de terapia intensiva de um hospital público. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 [cited 2014 June 25];6(6):1361-8. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2514/pdf\\_1242](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2514/pdf_1242).

8. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.p.452.

9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009. [cited 2011 June 25]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)

10. Nogueira PSF, Moura ERF, Costa MMF, Monteiro WMS, Brondi L. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 [cited 2011 June 25];17(1):96-101. Available from: [www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a18.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a18.pdf)

11. Lima ME, Andrade D, Haas VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007 [cited 2011 June 25];19(3):32-37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300013).

Santos RB, Duran ECM, Carmona EV et al.

Diagnósticos de enfermagem em pacientes com...

12. Moura MEB, Campelo SMA, Brito FCP, Batista OMA, Araújo TME e Oliveira ADS. Infecção hospitalar: estudo da prevalência em um hospital público de ensino. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 [cited 2011 June 25]; 60(4):416-21. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400011&script=sci_abstract&tlng=pt)

13. Guimarães MMQ, Rocco JR. Prevalência e prognóstico dos pacientes com pneumonia associadas à ventilação mecânica em um hospital universitário. Rev Bras Pneumol [Internet]. 2006 [cited 2011 June 25];22(4):339-46. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000400013&script=sci_arttext)

14. Lima ME, Andrade D, Haas VJ. Avaliação Prospectiva da Ocorrência de Infecção em Pacientes Críticos de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter intensiva [Internet]. 2007 [cited 2011 June 25];19(3):342-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2007000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300013)

15. Paganin A, Menegat P, Klafke T, Lazzarotto A, Fachinelli TS, Chaves IC, Souza EN. Implantação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva: uma análise periódica. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 [cited 2011 June 25];31(2):307-13. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200015)

16. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, et al. Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2008 [cited 2011 June 25];16(4):700-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400008&script=sci_abstract&tlng=pt)

17. Santana MS, Garcia TR. Diagnóstico de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia. Nursing Rev Eletr Enf [Internet]. 2011 Apr/June [cited 2012 Nov 03];13(2):165-73. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2a02.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a02.htm)

18. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 03];18(5):[about 9 screens]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_06.pdf)

19. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2011 June 25];62(2):221-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008).

20. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, Rossi LA. Relação entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2012 Nov 03];16(4):[about 6p]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400008&lng=pt.doi:10.1590/S0104-11692008000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400008&lng=pt.doi:10.1590/S0104-11692008000400008).

21. Salgado PO, Chianca TCM. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2011 June 25];19(4):928-35. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4397>.

Submissão: 11/11/2014

Aceito: 22/08/2015

Publicado: 15/09/2015

**Correspondência**

Elenice Valentim Carmona  
Faculdade de Enfermagem - Universidade Estadual de Campinas  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro Cidade Universitária Zeferino Vaz  
CEP 13083-887 – Campinas (SP), Brasil