

Revisão da prevalência de diagnósticos de enfermagem em diferentes populações e cenários de cuidado à saúde

A review of nursing diagnoses prevalence in different populations and healthcare settings

Revisión de prevalencia de diagnósticos de enfermería en diferentes poblaciones y contextos de asistencia sanitaria

Fabio D'Agostino¹  <https://orcid.org/0000-0002-4641-604X>

Astrid Tuinman²  <https://orcid.org/0000-0001-5003-8013>

Camila Takáó Lopes³  <https://orcid.org/0000-0002-6243-6497>

Claudia Leoni-Scheiber⁴  <https://orcid.org/0000-0001-8389-2857>

Marika Widmann⁵  <https://orcid.org/0000-0001-9943-8552>

Sergio Barrientos-Trigo⁶  <https://orcid.org/0000-0001-7618-3091>

Vinicius Batista-Santos³  <https://orcid.org/0000-0001-5130-5523>

Valentina Zeffiro⁷  <https://orcid.org/0000-0002-1701-1879>

Como citar:

D'Agostino F, Tuinman A, Lopes CT, Leoni-Scheiber C, Widmann M, Barrientos-Trigo S, et al. Revisão da prevalência de diagnósticos de enfermagem em diferentes populações e cenários de cuidado à saúde. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE01173.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AR001173>



Descritores

Diagnóstico de enfermagem; Prevalência; Terminologia padronizada em enfermagem

Keywords

Nursing diagnosis; Prevalence; Standardized nursing terminology

Descritores

Diagnóstico de enfermería; Prevalencia; Terminología normalizada de enfermería

Submetido

27 de Maio de 2023

Aceito

4 de Dezembro de 2023

Autor correspondente

Fabio D'Agostino
E-mail: fabio.dagostino@unicamillus.org

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Silvia Caldeira
(<https://orcid.org/0000-0002-9804-2297>)
Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

Resumo

Objetivo: Fornecer uma visão geral da prevalência de diagnósticos de enfermagem em diferentes populações de pacientes e cenários de cuidado à saúde, e sobre os métodos de identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Métodos: Revisão descritiva com aplicação de método sistemático de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Foram incluídos estudos das bases de dados Medline e CINAHL publicados entre janeiro de 2007 e janeiro de 2020, que relataram a prevalência de diagnósticos de enfermagem, independentemente da população e do cenário (n=1839).

Resultados: Após a triagem, foram incluídos 328 artigos para análise. Foram identificadas 20 populações diferentes de pacientes com suas respectivas prevalências de diagnósticos de enfermagem. A maioria dos estudos foi realizada em ambientes hospitalares (por exemplo, unidades de terapia intensiva e cirúrgicas). A Classificação da NANDA International foi uma linguagem padronizada de enfermagem amplamente utilizada e o Risco de infecção foi o diagnóstico mais frequentemente identificado. Foram identificadas diversas lacunas quanto aos métodos utilizados nos artigos.

Conclusão: Foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nas diferentes populações de pacientes. Além disso, foram sumarizados os diagnósticos de enfermagem das cinco linguagens padronizadas de enfermagem reconhecidas pela *American Nurses Association* e identificados avanços, lacunas e uma chamada para ação.

Abstract

Objective: To provide an overview of the prevalence of nursing diagnoses in different patient populations and healthcare settings, and on the methods identifying nursing diagnoses.

Methods: A descriptive review with a systematic method was applied according to Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. All studies, in Medline and CINAHL databases from January 2007 to January 2020, reporting nursing diagnoses prevalence were included regardless of population and setting retrieving 1839 articles.

Results: After the screening, 328 articles were included for the analysis. Twenty different patient populations with their respective nursing diagnoses prevalence were identified. Most studies were conducted in inpatient

¹UniCamillus, Saint Camillus International University of Health Sciences, Via di Sant'Alessandro 8, 00131 Roma, Itália.

²University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, Holanda.

³Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴UMIT TIROL – Private University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Institute of Nursing Science and Gerontology, Hall in Tirol, Áustria.

⁵Nursing homes of the City of Dornbirn, Birkenwiese 56, 6850 Dornbirn, Áustria.

⁶Department of Nursing, University of Seville, C/Avenzoar 6, C.P. 41009, Sevilha, Espanha.

⁷Department of Biomedicine and Prevention, University of Rome Tor Vergata, Via Montpellier 1, 00133 Roma, Itália.

Conflitos de interesse: Embora Lopes CT e D'Agostino F sejam Editores Associados da Acta Paulista de Enfermagem, eles não participaram do processo de revisão por pares que ocorreu no sistema duplo cego.

settings (e.g., intensive, and surgical units). NANDA International was a widespread standard nursing language used, and risk for infection was the most frequently identified nursing diagnosis. Several gaps were identified regarding the methods used in the articles analyzed.

Conclusion: The most prevalent nursing diagnoses in different patient populations were identified. Moreover, the nursing diagnoses in the five standard nursing languages recognized by the American Nurses Association were summarized. Advances, gaps, and a call to action were identified.

Resumen

Objetivo: Proporcionar una visión general de la prevalencia de diagnósticos de enfermería en diferentes poblaciones de pacientes y diferentes contextos de asistencia sanitaria y de los métodos para identificar los diagnósticos de enfermería.

Métodos: Se aplicó una revisión descriptiva con método sistemático de acuerdo con las orientaciones de la *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Se incluyeron todos los estudios de las bases de datos Medline y CINAHL, de enero de 2007 a enero de 2020, que reportaron la prevalencia de diagnósticos de enfermería, sin distinción de población ni contexto. Se obtuvieron 1839 artículos.

Resultados: Después de la revisión, se incluyeron 328 artículos para el análisis. Se identificaron 20 poblaciones de pacientes con sus respectivas prevalencias de diagnósticos de enfermería. La mayoría de los estudios fueron desarrollados en el contexto de pacientes hospitalizados (unidades intensivas y quirúrgicas). La clasificación internacional NANDA fue el lenguaje estándar más utilizado, y el riesgo de infección fue el diagnóstico de enfermería identificado con más frecuencia. Se identificaron varios vacíos respecto a los métodos utilizados en los artículos analizados.

Conclusión: Se identificaron los diagnósticos de enfermería más prevalentes en diferentes poblaciones de pacientes. Además, los diagnósticos de enfermería se resumieron en los cinco lenguajes de enfermería estándar reconocidos por la Asociación Americana de Enfermería. Se identificaron avances, vacíos y un llamado a la acción.

Introdução

Os diagnósticos de enfermagem (DE) comunicados por meio de sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem (SLP) têm sido promovidos por associações de enfermagem desde a década de 1970.^(1,2) O DE representa o julgamento clínico do enfermeiro sobre a resposta humana do cliente a uma condição real ou potencial relacionada à saúde a partir de uma perspectiva holística, e é a base para elaborar um plano de cuidados de enfermagem com o objetivo de melhorar o estado de saúde do paciente.⁽³⁾

Ao longo das décadas, diferentes SLP foram desenvolvidas para abranger não apenas os DE, mas também intervenções de enfermagem e resultados sensíveis ao paciente. Porém, os DE sempre foram um elemento presente em todos os SLP. Atualmente, sete SLP são reconhecidos pela *American Nurses Association* (ANA) como terminologias padronizadas que apoiam a prática de enfermagem, das quais cinco comunicam os DE - o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos (CCC), a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA International (NANDA-I), o Sistema Omaha e o Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória (PNDS). A literatura evidencia que esses SLP não são difundidos, implementados ou validados de maneira uniforme.^(2,4)

Estudos de prevalência sobre os DE são fundamentais para identificar tendências no estado de

saúde na perspectiva da enfermagem, caracterizar os perfis dos pacientes, apoiar as melhores práticas para suprir as necessidades dos pacientes,⁽⁵⁾ e compreender o seu uso em ambientes clínicos após quase 50 anos de implementação. Alguns estudos sobre a prevalência de DE foram realizados em diferentes populações de pacientes (por exemplo, pacientes pediátricos e adultos) e em ambientes como unidades hospitalares, atenção primária à saúde e ambientes ambulatoriais.⁽⁶⁻⁸⁾ No entanto, nenhum artigo forneceu uma descrição geral e síntese desses estudos, identificando também potenciais lacunas. Há pouco conhecimento sobre a prevalência dos DE dos cinco SLP reconhecidos pela ANA em diferentes populações de pacientes e, especialmente, sobre como esses estudos consideraram os DE (por exemplo, o momento no *continuum* de cuidados de saúde quando os DE foram identificados, os critérios usados para identificar os DE). No melhor do conhecimento dos autores, foram realizadas algumas revisões da literatura sobre a prevalência de DE em populações específicas de pacientes.^(9,10)

De forma a fornecer uma visão geral da prevalência de DE em diferentes populações de pacientes e cenários de cuidado à saúde com foco em 1) métodos de estudo (por exemplo, técnica de amostragem, tamanho da amostra); 2) SLP utilizado para comunicar os DE; 3) critérios utilizados para identificar os DE; 4) momento no continuum dos cuidados de saúde em que os DE foram formula-

dos. As principais questões de pesquisa foram: 1) Qual a prevalência dos DE em diferentes populações de pacientes? 2) Qual a prevalência dos DE dos diferentes SLE? As questões de pesquisa foram desenvolvidas de acordo com a estratégia PICO, com a População representada por qualquer tipo de população, a Intervenção representada pelo uso de um dos cinco SLP reconhecidos pela ANA, sem uso de Comparação, e a prevalência de DE como Resultado.

Métodos

Foi realizada uma revisão descritiva da literatura⁽¹¹⁾ usando método sistemático e as diretrizes PRISMA⁽¹²⁾ para garantir a qualidade e transparência do processo. O objetivo de uma revisão descritiva é encontrar padrões e tendências no corpo de conhecimento de um campo de pesquisa específico. É utilizado um processo estruturado que envolve a busca, categorização e análise de estudos. Neste método, pesquisas estruturadas são utilizadas para criar uma amostra representativa dos trabalhos publicados, com extração de variáveis-chave que ajudam a identificar tendências e a tirar conclusões gerais sobre conceitos, métodos ou achados existentes. Em essência, uma revisão descritiva fornece o estado de conhecimento dentro de um domínio específico (na nossa revisão, a prevalência dos DE em diferentes populações de pacientes e cenários de cuidado à saúde). A revisão não foi registrada, já que este não é um requisito formal para revisões descritivas.

A estratégia de busca foi desenvolvida com o auxílio de uma bibliotecária da Universidade de Groningen, na Holanda. A estratégia de busca foi utilizada nas bases de dados Medline e CINAHL, nas quais está indexada a maior parte da literatura de enfermagem sobre SLP. Usamos uma combinação de termos, incluindo *Medical Subject Headings* (MeSH), termos livres e variantes de termos relacionadas aos SLP, aos DE e à prevalência (Tabela Suplementar 1). A busca foi limitada de janeiro de 2007 a 2020, devido ao aumento significativo no uso de DE e registros eletrônicos de saúde desde 2007.⁽¹³⁾

Foram incluídos estudos primários quantitativos sobre a prevalência dos diagnósticos de SLP reconhecidos pela ANA. Para melhorar a sensibilidade da nossa estratégia de busca, a priori não excluímos nenhum desenho de estudo: por exemplo, estudos de validação de DE ou estudos de mapeamento cruzado (linguagem livre da documentação mapeada em um SLP) foram incluídos caso relatassem a prevalência dos DE. A prevalência do DE deveria ser expressa como uma fração ou porcentagem do número total de participantes com esse DE (por exemplo, Dor aguda 5/10 ou Risco de infecção, 54%). Foram incluídos apenas estudos que utilizaram um dos cinco SLP que contivessem diagnósticos reconhecidos pela ANA. Foram considerados estudos publicados em holandês, inglês, francês, alemão, italiano, português ou espanhol.

Estudos publicados em anais de congressos não indexados ou dissertações, editoriais de periódicos, estudos de caso e revisões de literatura foram excluídos. No entanto, ao encontrar revisões de literatura sobre prevalência dos DE, seus estudos primários foram analisados. Os estudos dentre estes que atenderam aos critérios de inclusão foram incluídos. Excluíram-se estudos em que os DE tivessem sido identificados por estudantes de enfermagem (informação claramente relatada na seção métodos), e não por enfermeiros assistenciais ou enfermeiros pesquisadores.

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duas rodadas, utilizando o Rayyan.⁽¹⁴⁾ A primeira rodada incluiu a seleção dos documentos relevantes por meio da leitura de título e resumo por grupos de dois ou três pesquisadores. Inicialmente, cada pesquisador realizou uma avaliação independente, que posteriormente foi comparada e discutida com o(s) membro(s) do grupo para consenso. Membros de outros grupos foram consultados quando o consenso não foi alcançado. Na segunda rodada, os mesmos grupos incluíram ou excluíram os textos completos dos documentos selecionados na primeira rodada, seguindo a mesma técnica de avaliação independente e consenso.

A extração dos dados foi realizada por cada grupo usando uma planilha do Microsoft Excel especialmente desenvolvida para esse fim. Os seguintes dados

foram extraídos de cada documento: primeiro autor, país e ano de publicação, título, desenho do estudo, tamanho da amostra, tipo de amostragem, local do estudo, população, categoria de idade, SLP utilizado, momento no continuum de saúde em que os DE foram identificados, estatísticas descritivas dos DE por paciente, prevalência dos DE (%), número de diagnósticos considerados no estudo e critérios utilizados pelos enfermeiros para identificar os DE. O modelo dos formulários de coleta de dados e dados extraídos dos estudos incluídos podem ser disponibilizados mediante solicitação aos autores.

Utilizou-se estatística descritiva para sintetizar os dados extraídos. Dada a heterogeneidade dos estudos, a primeira questão de pesquisa foi abordada categorizando-se estudos com as mesmas características (ou seja, mesma população de pacientes, SLP, categoria de idade, cenário e momento no continuum de cuidados de saúde). Os dados considerados para criação de um agrupamento de estudos com características semelhantes e consistentes estão descritos na Tabela Suplementar 2. Para criação de tais agrupamentos, era necessária a presença de no mínimo dois estudos. Relataram-se as prevalências máxima e mínima para cada diagnóstico de alta frequência em cada agrupamento – DE que se encontrava no quinto quintil (20%).⁽⁵⁾

Para abordar a segunda questão de pesquisa, categorizaram-se todos os estudos de acordo com o SLP, independentemente da população de pacientes ou de outros critérios considerados para a primeira questão de pesquisa. Os dados foram organizados e analisados utilizando-se o pacote de software R, v. 4.1.1.⁽¹⁵⁾

A maioria dos DE não foi relatada usando seu código de identificação único e muitas vezes encontraram-se erros de digitação ou traduções incorretas em inglês (ex., *disfunction* vs *dysfunction* ou *sleep pattern disturbed* vs *disturbed sleep pattern*). No caso da NANDA-I e da CIPE, encontraram-se títulos de DE potencialmente duplicados; a NANDA-I atualiza seus DE com bastante frequência ao longo dos anos, modificando os termos dos títulos dos DE, enquanto a CIPE não determina títulos pré-definidos, o que favorece uma potencial falta de uniformidade nos títulos diagnósticos.

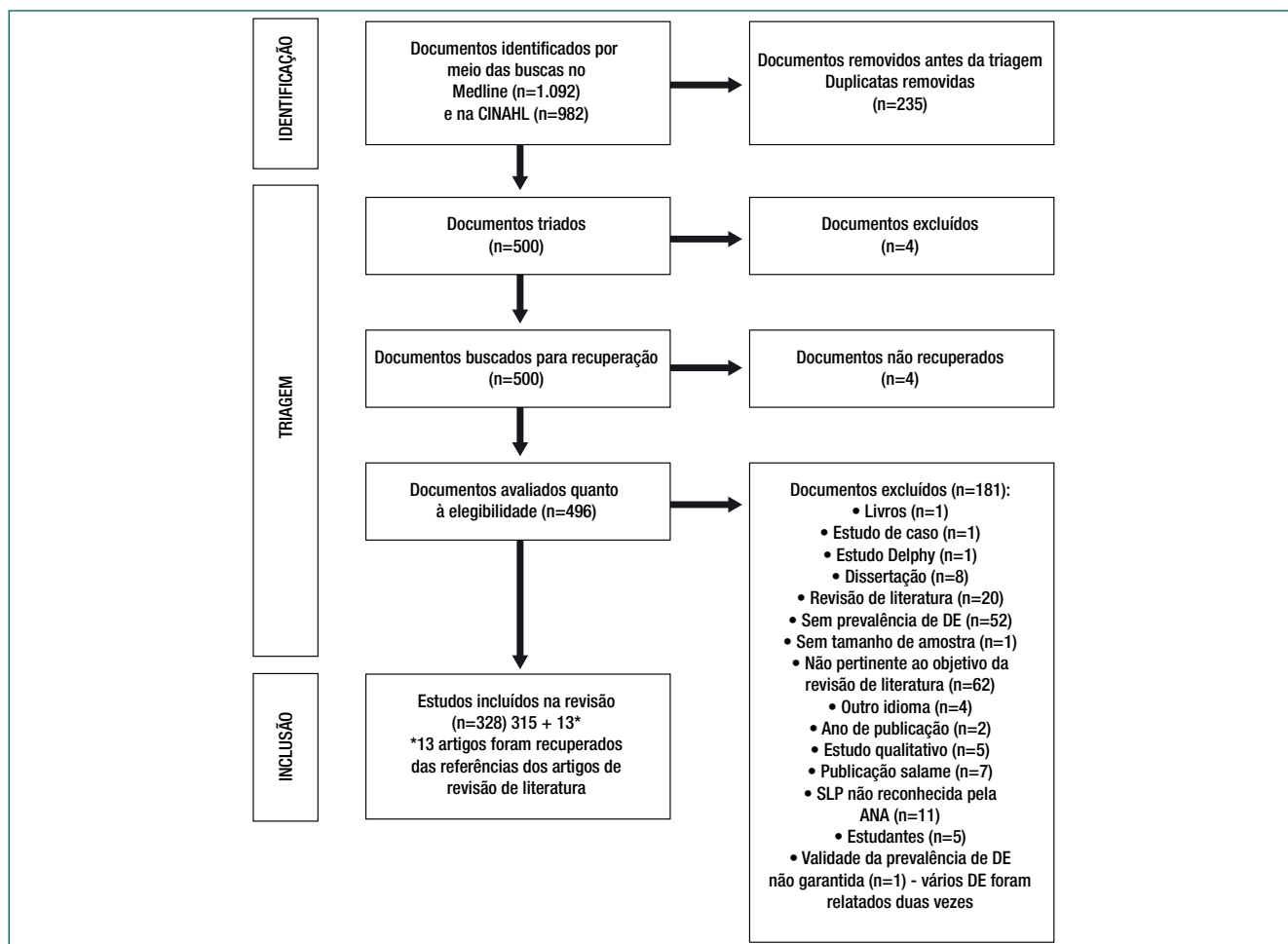
Para lidar com essa questão, estabeleceram-se algumas regras para mapear títulos diagnósticos inconsistentes com os títulos originais: 1) DE relatados com títulos que não pertenciam a nenhum título diagnóstico original de um SLP foram definidos como ‘não padronizados’ e não foram considerados; 2) DE relatados com erros de digitação ou falhas de tradução foram mapeados em seus respectivos títulos caso dois pesquisadores concordassem a respeito, e em caso contrário, foram considerados ‘não padronizados’; 3) foram aplicados métodos específicos para os DE da NANDA-I e da CIPE devido às considerações acima: a) para os títulos dos DE da NANDA-I atualizados ao longo dos anos, foram considerados os DE publicados na edição 2018-2020 da Classificação NANDA-I, a última versão no momento da busca;⁽¹⁶⁾ quando os DE da NANDA-I tivessem sido substituídos por novos diagnósticos, mapearam-se os diagnósticos antigos/desatualizados nos novos; quando os DE da NANDA-I haviam sido revisados, considerou-se o novo título (por exemplo, o antigo título diagnóstico *Disposição para autogestão da saúde melhorada*, código = 00162, foi mapeado para o novo, *Disposição para controle da saúde melhorada*, código = 00162); b) os títulos dos DE da CIPE construídos utilizando o sistema de eixos, quando possível e havendo concordância entre os pesquisadores, foram mapeados no subconjunto da CIPE utilizando a última versão disponível, publicada no portal da CIPE,⁽¹⁷⁾ a fim de reduzir a heterogeneidade dos enunciados.

Resultados

Após exclusão de duplicatas, foram encontrados 1.839 artigos nas duas bases de dados. Após a leitura do texto completo, foram incluídos 328 artigos (tabelas suplementares 1, 2, 3, 4 e 5) (Figura 1). A tabela 1 apresenta os resultados descritivos dos estudos.

Diagnósticos de Enfermagem em diferentes populações de pacientes

Foram detectadas 371 amostras diferentes em 328 estudos, pois alguns identificaram a prevalência do



ANA – American Nurses Association; DE – Diagnóstico de Enfermagem; SLP – Sistema de Linguagens Padronizadas de Enfermagem

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de revisão de literatura

DE em mais de uma amostra com características diferentes (por exemplo, pré-operatório vs. pós-operatório). Identificamos 51 populações de pacientes diferentes (Tabela 1), mas somente 20 foram consideradas para análise dos DE em populações de pacientes de acordo com os critérios descritos na seção Métodos, ou seja, um grupo com características semelhantes e consistentes. Essas 20 populações de pacientes foram categorizadas em 30 agrupamentos, considerando o SLP, a categoria de idade, o cenário do estudo e o momento no continuum de cuidados de saúde (Tabelas Suplementares 3 e 4).

Prevalência de DE em diferentes LPE

Três SLP, o Sistema Omaha, o PNDS e a NANDA-I tiveram DE de alta frequência que se enquadraram no quinto quintil (Tabela 2), enquanto o sistema CCC e a CIPE não tiveram DE de alta frequência.

O Sistema Omaha teve 11 DE de alta frequência. Sete DE do PNDS foram de alta frequência, embora apenas dois estudos tenham sido realizados com esse SLP. A NANDA-I contou com 68 DE de alta frequência e cinco DE foram identificados em mais de 100 amostras.

Discussão

Esta revisão da literatura se concentrou na identificação da prevalência de DE em diferentes populações de pacientes e SLP. Esta é a revisão da literatura mais abrangente sobre a prevalência de DE das cinco SLP reconhecidas pela ANA.

Um total de 19 países apresentou dados sobre a prevalência dos DE. Havia uma grande lacuna entre o Brasil e outros países. A maioria dos estudos

Tabela 1. Características dos estudos incluídos (n = 328)

Variáveis	n(%)
Pais	
Brasil	252(76,8)
Espanha	22(6,7)
EUA	12(3,7)
Turquia	11(3,4)
Itália	9(2,7)
Portugal	6(1,8)
Finlândia	2(0,6)
Coreia	2(0,6)
Suíça	2(0,6)
Colômbia	1(0,3)
Dinamarca	1(0,3)
Islândia	1(0,3)
Irã	1(0,3)
Holanda	1(0,3)
Nigéria	1(0,3)
Noruega	1(0,3)
Coreia do Sul	1(0,3)
Suécia	1(0,3)
Taiwan	1(0,3)
Ano de publicação	
2007	15(4,6)
2008	14(4,3)
2009	19(5,8)
2010	30(9,1)
2011	32(9,8)
2012	19(5,8)
2013	30(9,1)
2014	18(5,5)
2015	34(10,4)
2016	34(10,4)
2017	31(9,4)
2018	21(6,4)
2019	28(8,5)
2020	3(0,9)
Desenho	
Observacional/transversal	310(94,5)
Observacional/longitudinal	9(2,7)
Retrospectivo	6(1,8)
Quase-experimental	3(0,9)
Linguagem padronizada de enfermagem	
Classificação de Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I	298(90,8)
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	16(4,9)
Sistema OMAHA	11(3,3)
Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos (CCC)	2(0,6)
Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória (PNDS)	1(0,3)
Faixas etárias	
Adulto	123(37,5)
Adulto e idoso	99(30,2)
Idoso	54(16,5)
Criança	22(6,7)
Indisponível	10(3,0)
Adolescente	8(2,4)
Recém-nascido	6(1,8)
Criança e adolescente	3(0,9)
Criança, adulto e idoso	3(0,9)
Macro cenário	
Internação	230(70,1)
Ambulatorial	73(22,2)

Continua...

Continuação.

Variáveis	n(%)
Cuidados domiciliares	15(4,6)
Escola	7(2,1)
Presídio	3(0,9)
Micro cenário	
Clínicas de atendimento ambulatorial	36(11,0)
Unidade de Terapia Intensiva	36(11,0)
Centro cirúrgico	29(8,8)
Unidade distrital de saúde	28(8,6)
Unidade médica	27(8,2)
Domicílio	20(6,1)
Unidade de hemodiálise	15(4,6)
Serviço de emergência	14(4,3)
Unidade pediátrica	13(4,0)
Unidade oncológica	11(3,4)
Unidade cardiológica	10(3,1)
Unidade médico-cirúrgica	10(3,1)
Instituição de longa permanência	9(2,7)
Unidade obstétrica	9(2,7)
Unidade psiquiátrica	9(2,7)
Unidade de reabilitação	9(2,7)
Unidade de doenças infecciosas	8(2,4)
Unidade neurológica	7(2,1)
Escola	7(2,1)
Diferentes unidades de internação (pelo menos três unidades de internação diferentes)	4(1,2)
Sala de recuperação pós-anestésica	4(1,2)
Centro cirúrgico	3(0,9)
Presídio	3(0,9)
Indisponível	2(0,6)
Banco de leite humano	1(0,3)
Centro de bem-estar gerenciado por enfermeiras	1(0,3)
Instituição de longa permanência para idosos e unidade de reabilitação	1(0,3)
Unidade liderada por enfermagem	1(0,3)
Unidade de cuidados paliativos	1(0,3)
População de pacientes	
Doença cardiovascular	35(10,7)
Cuidados intensivos	24(7,3)
Cronicidade	19(5,8)
Doença renal	18(5,5)
Clínica (inespecífica)	16(4,9)
Obstétrico	16(4,9)
Cirúrgico	15(4,6)
Câncer	13(4,0)
Distúrbios psiquiátricos	13(4,0)
Distúrbios respiratórios	13(4,0)
Diabetes	12(3,7)
HIV/AIDS	11(3,4)
Médico-cirúrgica	10(3,1)
Saudável	9(2,7)
Doença cerebrovascular	8(2,4)
Problemas neurológicos	8(2,4)
Cuidador	7(2,1)
Transplante	7(2,1)
Doenças ortopédicas	5(1,5)
Risco de lesão por pressão	5(1,5)
Ferimentos	5(1,5)
Hipertensão e diabetes	4(1,2)
Doenças infecciosas	4(1,2)
Indisponível	4(1,2)

Continua...

Continuação.	
Variáveis	n(%)
Obesidade	4(1,2)
Paliativo	4(1,2)
Ostomia	3(0,9)
Encarcerado	3(0,9)
Prostatectomia	3(0,9)
Vulnerabilidade	3(0,9)
Alcoolismo	2(0,6)
Pessoa em situação de rua	2(0,6)
Desnutrição	2(0,6)
Prematuridade	2(0,6)
Isolamento social	2(0,6)
Enxerto ósseo alveolar	1(0,3)
Apendicectomia	1(0,3)
Queda do leito	1(0,3)
Acamado	1(0,3)
Implante coclear	1(0,3)
Comprometimento cognitivo (problemas de reabilitação)	1(0,3)
Cirurgia esofágica	1(0,3)
Atividade física insuficiente	1(0,3)
Mastectomia	1(0,3)
Colocação de sonda nasointestinal	1(0,3)
Infeção nosocomial	1(0,3)
Instabilidade postural	1(0,3)
Estresse psicológico	1(0,3)
Intervenções radiológicas	1(0,3)
Necessidades especiais de cuidados de saúde	1(0,3)
Cirurgia torácica	1(0,3)
Cirurgia urológica	1(0,3)
Cálculo do tamanho da amostra	
Sim	84(25,6)
Não	243(74,1)
Não é necessário	1(0,3)
Amostragem	
Conveniência	162(49,4)
Consecutiva	136(41,5)
Aleatória	23(7,0)
Sistemática	4(1,2)
Censo (enumeração completa)	1(0,3)
Cluster e sistemática	1(0,3)
Multietapas	1(0,3)
Critérios utilizados para identificar os diagnósticos de enfermagem	
Indisponível	65(19,8)
Instrumento	57(17,4)
Instrumento e entrevista e exame físico	31(9,4)
Instrumento e acordo	25(7,6)
Mapeamento	24(7,3)
Instrumento e entrevista	23(7,1)
Instrumento e exame físico	18(5,5)
Instrumento e entrevista e exame físico e acordo	17(5,2)
Instrumento e exame físico e acordo	11(3,4)
Entrevista e exame físico	11(3,4)
Entrevista e exame físico e acordo	10(3,1)
Entrevista	9(2,7)
Exame físico	6(1,8)
Instrumento e entrevista e acordo	5(1,5)
Entrevista e acordo	4(1,2)
Acordo	2(0,6)
Instrumento e entrevista e exame físico e apoio à tomada de decisão clínica	2(0,6)
Instrumento e mapeamento	2(0,6)

Continua..

Continuação.		
Variáveis	n(%)	
Exame físico e acordo	2(0,6)	
Apoio à tomada de decisão clínica	1(0,3)	
Instrumento, entrevista e acurácia	1(0,3)	
Instrumento e exame físico e mapeamento	1(0,3)	
Exame físico e mapeamento	1(0,3)	
Momento de identificação do DE		
Durante o tempo de permanência	120(36,6)	
Durante consulta ambulatorial	82(25)	
Na admissão	66(20,1)	
Após intervenção cirúrgica	33(10,1)	
Pós-parto	6(1,8)	
Durante o tratamento de hemodiálise	5(1,5)	
Na alta	5(1,5)	
Antes da intervenção cirúrgica	4(1,2)	
Durante a amamentação	3(0,9)	
Após o procedimento	1(0,3)	
Antes do parto	1(0,3)	
Durante o tratamento radiológico	1(0,3)	
Durante o tratamento cirúrgico	1(0,3)	
Estudos que consideraram todos os DE disponíveis em um SLP		
sim	173(52,7)	
Variáveis	Min	Máx
Tamanho médio da amostra		
73	8	582,171
Média/mediana dos DE identificados por paciente		
8,5/6,6	1,3	44,3

foi realizada no Brasil (76,8%), outros na Espanha, EUA, Turquia, Itália e Portugal, e apenas um ou dois foram realizados em outros países. No Brasil, já na década de 60, os DE começaram a ser promovidos como parte de uma abordagem científica do cuidado de enfermagem.⁽¹⁸⁾ O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina que o cuidado de enfermagem seja realizado de acordo com os elementos do processo de enfermagem em cada instituição de saúde,⁽¹⁹⁾ e que é um direito do enfermeiro fazê-lo.⁽²⁰⁾ Nesse contexto, os DE são um dos elementos do processo de enfermagem mais frequentemente documentados.⁽²¹⁾

A amostragem não probabilística (amostragem de conveniência ou consecutiva) foi utilizada na maioria dos estudos (90,9%) e o cálculo do tamanho amostral foi realizado apenas em um quarto dos estudos, determinando limitações na representatividade das populações.

Quase três quartos dos estudos centraram-se em pacientes internados, especialmente nas diferentes unidades de internamento hospitalares, enquanto quase um quarto incluiu pacientes ambulatoriais, especialmente nas clínicas. Esse resultado ainda

Tabela 2. Prevalência de diagnósticos de enfermagem de acordo com Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem

Diagnóstico de enfermagem	Número de estudos com o diagnóstico	Faixa de prevalência	
		Máx	Mín
Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I			
Risco de infecção	160	100,0	0,4
Dor aguda	131	100,0	1,1
Ansiedade	112	100,0	0,9
Integridade da pele prejudicada	111	100,0	0,2
Mobilidade física prejudicada	102	100,0	0,1
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	92	93,9	0,1
Risco de quedas	91	100,0	1,2
Déficit de autocuidado para banho	85	100,0	0,04
Padrão respiratório ineficaz	78	100,0	0,5
Risco de integridade da pele prejudicada	78	100,0	0,1
Conhecimento deficiente	71	100,0	1,8
Padrão de sono prejudicado	66	100,0	0,6
Constipação	62	96,1	0,1
Intolerância à atividade	59	100,0	0,0001
Controle ineficaz da saúde	58	100,0	0,5
Integridade tissular prejudicada	56	100,0	1,0
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	54	100,0	0,2
Perfusão tissular periférica ineficaz	54	100,0	0,01
Eliminação urinária prejudicada	53	100,0	0,01
Débito cardíaco diminuído	51	100,0	3,4
Comunicação verbal prejudicada	51	100,0	0,2
Volume de líquidos excessivo	50	100,0	0,7
Troca de gases prejudicada	50	100,0	0,5
Fadiga	49	91,1	0,2
Proteção ineficaz	49	100,0	0,9
Dor crônica	48	80,0	0,2
Medo	48	100,0	1,3
Deambulação prejudicada	48	100,0	2,8
Risco de constipação	48	100,0	1,0
Risco de aspiração	45	100,0	0,1
Risco de glicemia instável	44	100,0	2,0
Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais	43	77,8	0,5
Déficit no autocuidado para vestir-se	42	100,0	0,1
Déficit no autocuidado para alimentação	41	100,0	0,4
Dentição prejudicada	40	100,0	1,9
Confusão aguda	39	80,0	0,3
Memória prejudicada	39	100,0	0,1
Náusea	38	94,7	0,04
Estilo de vida sedentário	33	88,9	4,0
Baixa autoestima situacional	33	100,0	0,1
Volume de líquidos deficiente	32	65,1	0,03
Hipertermia	32	61,9	0,2
Interação social prejudicada	32	100,0	0,2
Insônia	32	83,3	0,04
Mobilidade no leito prejudicada	31	100,0	0,04
Déficit de autocuidado para banho	31	100,0	0,1
Disfunção sexual	30	66,6	1,0
Conforto prejudicado	29	100,0	5,4
Deglutição prejudicada	29	100,0	0,7
Diarreia	28	33,8	0,1
Risco de sangramento	28	100,0	1,0
Ventilação espontânea prejudicada	27	100,0	1,6

Continua...

Continuação.

Diagnóstico de enfermagem	Número de estudos com o diagnóstico	Faixa de prevalência	
		Máx	Mín
Manutenção ineficaz da saúde	27	100,0	0,8
Incontinência urinária funcional	26	53,2	0,004
Desesperança	26	100,0	1,0
Integridade da mucosa oral prejudicada	26	84,2	0,02
Risco de lesão	26	100,0	1,7
Disposição para controle da saúde melhorado	25	100,0	3,1
Risco de volume de líquidos desequilibrado	25	100,0	0,9
Déficit de autocuidado	25	100,0	1,0
Enfrentamento ineficaz	24	79,0	0,6
Processos familiares interrompidos	24	93,0	0,9
Risco de volume de líquidos desequilibrado	24	100,0	0,1
Risco de solidão	22	98,03	2,0
Distúrbio na imagem corporal	21	75,0	0,9
Não conformidade	21	69,0	0,3
Confusão crônica	20	90,0	0,1
Comportamento de saúde propenso a risco	20	94,4	5,0
Risco de intolerância à atividade	19	100,0	0,2
Risco de termorregulação ineficaz	19	100,0	3,0
Isolamento social	19	96,1	1,3
Distúrbio no processo de pensamento	18	85,0	1,1
Padrão de sexualidade ineficaz	18	100	3,0
Capacidade de transferência prejudicada	17	94,0	0,6
Hipotermia	16	70,0	0,002
Risco de desequilíbrio eletrolítico	16	100	0,1
Incontinência intestinal	15	55,7	0,004
Processos familiares disfuncionais	15	96,7	0,04
Risco de disfunção neurovascular periférica	14	100,0	0,7
Privação de sono	14	100,0	0,4
Tensão de papel de cuidador	13	100,0	0,1
Tristeza crônica	13	44,0	0,8
Manutenção do lar prejudicada	13	77,0	0,1
Risco de perfusão renal ineficaz	13	100,0	5,6
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem			
Deambulação prejudicada	6	82,1	0,7
Risco de infecção	6	72,3	1,2
Abuso de álcool	5	46,9	2,4
Sono prejudicado	5	47,5	10,8
Abuso de tabaco	5	63,3	5,4
Ansiedade	4	61,2	5,3
Capacidade para tomar banho, prejudicada	4	86,1	8,0
Risco de queda	4	84,9	5,5
Constipação	3	28,0	13,6
Humor deprimido	3	46,9	1,2
Hipertensão	3	40,6	25,0
Não adesão ao regime terapêutico	3	69,4	2,4
Incontinência intestinal	2	43,5	5,3
Abuso de drogas	2	31,6	24,5
Dispneia	2	32,3	23,8
Edema	2	33,3	20,8
Capacidade para vestir-se, prejudicada	2	77,2	7,6
Processo familiar, prejudicado	2	22,6	8,1
Padrão de ingestão de alimentos ineficaz	2	52,4	10,5
Capacidade para executar a higiene, prejudicada	2	68,3	8,5
Integridade da pele, prejudicada	2	15,9	5,3
Visão, prejudicada	2	49,1	26,5
Insônia	2	31,6	28,3

Continua...

Continuação.

Diagnóstico de enfermagem	Número de estudos com o diagnóstico	Faixa de prevalência	
		Máx	Min
Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso	2	10.8	5.3
Dor musculoesquelética	2	20.8	1.2
Não adesão ao regime de exercício físico	2	10.0	8.3
Sobrepeso	2	28.8	21.0
Risco de lesão por pressão	2	28.0	24.4
Déficit de autocuidado	2	69.6	1.2
Privação de sono	2	60.7	22.6
Incontinência urinária	2	72.2	1.2
Sistema Omaha			
Circulação	11	89.0	1.6
Nutrição	10	88.0	0.7
Supervisão de saúde	8	100.0	0.8
Renda	8	44.0	7.7
Função neuromusculoesquelética	8	89.0	2.0
Dor	8	67.0	2.0
Residência	8	67.5	2.8
Cuidado/Parentalidade	7	65.0	6.8
Regime de medicação	7	78.0	2.9
Saúde mental	6	100.0	0.3
Respiração	6	78.0	0.3
Comunicação com recursos da comunidade	5	44.9	4.4
Crescimento e desenvolvimento	5	64.3	4.6
Pele	5	33.0	3.0
Cognição	4	71.1	0.2
Digestão-hidratação	4	78.0	1.0
Função urinária	4	33.0	2.8
Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos			
Intolerância à atividade	2	6.2	1.7
Déficit de banho/higiene	2	68.7	0.7
Atividade de recreação deficiente	2	2.1	2.3
Distúrbio do padrão de sono	2	10.4	3.0
Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória			
Ressecamento da boca	1	28.0	10.0
Hemorragia	1	37.0	36.0
Eliminação urinária prejudicada	1	14.0	12.0
Eliminação urinária prejudicada	1	23.0	21.0
Padrões respiratórios ineficazes	1	26.0	18.0
Dor	1	69.0	50.0
Risco de desequilíbrio no volume de líquidos	1	48.0	27.0

pode refletir um grande apelo para a enfermagem hospitalar em comparação ao atendimento ambulatorial ou comunitário, o que também pode resultar no maior uso de SLP no ambiente hospitalar.⁽²²⁾ Curiosamente, encontramos 51 populações diferentes de pacientes nas quais foi reportada a prevalência de DE. As condições médicas foram especialmente utilizadas pelos autores como uma característica importante da população cujos DE foram identificados. A saúde, o status social ou os procedimentos médicos também foram utilizados como forma de descrever os DE em uma população específica. De

acordo com a condição médica, a prevalência dos DE foi descrita principalmente em indivíduos com doenças cardiovasculares, o que não surpreende, já que as doenças cardíacas são as mais prevalentes no mundo.⁽²³⁾

Pacientes adultos e/ou idosos foram incluídos em 84% dos estudos, enquanto menos estudos incluíram crianças, adolescentes ou recém-nascidos. Este achado pode estar parcialmente ligado à maior carga de doenças nestas populações e, em parte, ao envelhecimento da população devido ao aumento da esperança de vida e diminuição das taxas de fertilidade. Esses achados também representam uma lacuna nos estudos com a população mais jovem e economicamente desfavorecida. O tamanho da amostra dos estudos não foi grande, considerando uma mediana de 73 pacientes, embora um estudo tenha incluído 582.171 pacientes.

A prevalência de DE dos cinco SLP reconhecidos pela ANA se referiu principalmente à NANDA-I (90,8%), enquanto o CCC ou o PNDS tiveram apenas dois e um estudo, respectivamente. Esse achado corrobora outras revisões da literatura.^(2,24) No geral, encontramos 13 momentos diferentes no continuum de cuidados de saúde em que os DE foram identificados, principalmente durante a hospitalização ou durante a consulta para pacientes ambulatoriais, embora isso não tenha sido relatado em um momento específico da internação (por exemplo, no dia X do período de hospitalização) ou da visita (por exemplo, na visita X), mas apenas mencionado genericamente. Poucos estudos relataram um momento mais preciso em que os DE foram identificados, como na admissão ou alta hospitalar, antes ou após a intervenção cirúrgica. Mesmo neste caso, o momento pode ser descrito de forma diferente com variações entre estudos (por exemplo, *após a intervenção cirúrgica* pode significar dentro de 24, 48 ou 72 horas). Uma descrição clara do momento da formulação do DE no continuum de cuidados de saúde é um ponto chave para tirar conclusões sobre os diagnósticos (por exemplo, sua prevalência ou trajetória).⁽²⁴⁾ Esta revisão detectou uma lacuna importante nesta área.

Métricas descritivas dos DE, como sua prevalência média ou mediana, foram relatadas em 73

estudos (29,7% dos estudos em que essas métricas foram relevantes). Mais de dois terços dos estudos não relataram nenhuma métrica descritiva sobre os DE. Como o número médio/mediano de DE por paciente pode ser representativa da complexidade de enfermagem,^(5,25) seu relato deve estar sempre presente para fornecer mais informações sobre a condição de cuidado do paciente.

Cerca de metade dos estudos utilizou todos os DE possíveis de um SLP; entretanto, apenas a prevalência dos DE mais frequentes foi geralmente relatada e nem sempre a prevalência de todos os diagnósticos. Os dados sobre todos os DE identificados podem estar ausentes por restrições do periódico ou por uma escolha dos autores. Reconhece-se uma lacuna neste aspecto, dada a dificuldade de uma comparação válida e da análise de agregação de dados dos resultados de prevalência de DE entre os estudos. Sugerimos disponibilizar a lista completa dos DE no apêndice dos artigos.

Um quinto dos estudos não relatou nenhum critério sobre como os DE foram identificados pelos enfermeiros, enquanto o restante relatou diferentes métodos, e o uso de instrumentos de avaliação específicos foi o mais comum. Outro método comum foi a utilização de instrumento específico juntamente com a anamnese do paciente e seu exame físico. Considera-se este último método o mais abrangente para identificar corretamente os DE. A acurácia diagnóstica é fundamental para os aspectos clínicos e para a validade interna e externa dos estudos; os DE devem ser identificados após um raciocínio clínico acurado.⁽²⁶⁾ Estudos sobre prevalência de DE devem relatar com precisão os métodos utilizados para identificá-los.⁽⁵⁾

Vinte populações diferentes de pacientes foram identificadas, totalizando 30 grupos. Todos os estudos utilizaram os DE da NANDA-I. No geral, os DE identificados na admissão foram diagnósticos mais agudos em comparação aos DE identificados durante o tempo de internação. Por questões de síntese, não é possível discutir todos os resultados das diferentes populações, por isso apresentam-se algumas considerações apenas referentes aos grupos de pacientes que tiveram um número considerável de estudos (≥ 3 estudos) e considerações quando en-

contraram-se outras revisões realizadas na mesma população ou em população semelhante para fazer uma possível comparação com elas.

O grupo mais homogêneo e com maior número de estudos ($n=21$) foi o cardiovascular. Esses estudos foram categorizados em cinco grupos de acordo com diferentes cenários, categorias de idade e momento no continuum de cuidados de saúde em que os DE foram identificados. Curiosamente, os DE foram diferentes nos grupos, como pacientes internados e ambulatoriais ou DE identificados durante a internação ou na admissão. Encontramos quatro revisões integrativas com o objetivo de identificar os DE mais comuns em pacientes com insuficiência cardíaca^(27,28) ou em pacientes após cirurgia cardiovascular.^(29,30) Embora qualquer comparação entre os resultados do atual estudo e estas revisões integrativas prévias seja inadequada, pois foram adotados diferentes métodos em populações específicas (isto é, insuficiência cardíaca vs. pacientes cardiovasculares), compararam-se os grupos de pacientes mais semelhantes encontrados no presente estudo com aqueles das revisões integrativas.

O grupo de pacientes adultos e idosos internados com doenças cardiovasculares com DE identificados durante a internação foi comparado com os de duas revisões integrativas sobre pacientes com insuficiência cardíaca. Em uma dessas revisões, a população era composta por pacientes adultos hospitalizados, mas não havia informações sobre o momento em que os DE foram identificados (por exemplo, na admissão ou durante a internação).⁽²⁷⁾ Na segunda revisão, nenhuma informação clara sobre a idade dos pacientes, cenário e momento no continuum dos cuidados de saúde da identificação dos DE foi fornecida.⁽²⁸⁾ Alguns DE foram comuns entre o grupo do presente estudo e os encontrados nas duas revisões integrativas, como Intolerância à atividade, Dor aguda, Débito cardíaco diminuído, Conhecimento deficiente e Risco de infecção.

O foco das outras duas revisões integrativas^(29,30) foi o DE em pacientes cardiovasculares após cirurgia, apesar da ausência de qualquer informação sobre a idade dos pacientes. Comparando-se os resultados dessas duas revisões integrativas com os resultados do agrupamento de estudos (pacientes

adultos e idosos após intervenção cirúrgica cardiovascular), verificamos que os DE mais comuns em ambas as revisões, ou seja, Risco de infecção e Dor aguda, também foram os mais comuns no agrupamento atual. Débito cardíaco diminuído, Risco de quedas e Risco de sangramento estiveram entre os DE mais comuns encontrados no agrupamento do presente estudo e em uma dessas revisões integrativas,⁽³⁰⁾ enquanto diferentes DE foram mais comuns na segunda revisão.⁽²⁹⁾

Pacientes críticos adultos e idosos internados foram outro grupo homogêneo, com um total de 18 estudos categorizados em dois grupos: pacientes na UTI e no pronto-socorro, com DE detectados durante a internação e na admissão, respectivamente. Os DE mais comuns em pacientes admitidos no pronto-socorro foram relacionados a condições agudas (por exemplo, dor aguda ou hipotermia) em comparação àqueles na UTI,⁽³¹⁾ apesar da ausência de qualquer informação sobre a idade do paciente e o momento no continuum de cuidados de saúde em que os DE foram identificados. Comparando-se esses resultados com os resultados do grupo de pacientes críticos na UTI do estudo atual, encontraram-se diversas semelhanças entre os DE mais comuns, que foram aqueles do domínio segurança/proteção da NANDA-I (Risco de infecção, Risco de aspiração, Integridade da pele prejudicada) e atividade/repouso (Mobilidade no leito prejudicada, Mobilidade física prejudicada).

Pacientes adultos e idosos em hemodiálise compuseram um grupo de dez estudos categorizados em dois grupos (antes da hemodiálise vs. durante o procedimento de hemodiálise). É interessante que, mesmo em um grupo bastante homogêneo de pacientes com a mesma condição médica e no momento do mesmo procedimento, um ponto temporal diferente da identificação do DE no continuum de cuidados de saúde determinou padrões diferentes de DE. Uma revisão da literatura sobre os planos de cuidados de enfermagem para pacientes com doença renal crônica em hemodiálise teve como objetivo identificar os DE mais comuns nessa população, mas não foi fornecida nenhuma informação sobre a idade do paciente e o momento no continuum de cuidados de saúde em que os DE foram identi-

ficados.⁽³²⁾ O diagnóstico mais comum encontrado nesta revisão, ou seja, Volume de líquidos excessivo, também esteve entre os DE mais comuns em nosso grupo de pacientes quando os diagnósticos foram identificados antes da hemodiálise.

Pacientes psiquiátricos adultos e idosos com DE identificados durante a internação formaram um grupo de nove estudos. Os DE pertencentes aos domínios Atividade/repouso (Classe Autocuidado), Promoção da saúde (Classe Controle da saúde), Percepção/cognição (Classe Comunicação) e Papéis e Relacionamentos (Classe Desempenho de Papel) foram os DE mais comuns para esse grupo de pacientes. Como esperado, esses DE foram bastante diferentes dos de outras populações e relacionados às esferas do autocuidado, social e psicológica. Uma revisão de escopo e uma revisão integrativa tiveram como objetivo identificar os DE mais frequentes na população psiquiátrica,^(33,34) com foco em populações de pacientes internados e ambulatoriais, sem informações sobre a idade dos pacientes, e distúrbio no processo de pensamento e interação social prejudicada foram os DE mais frequentes.⁽³³⁾ O foco da revisão integrativa foram pacientes adultos e idosos institucionalizados e os DE mais frequentes foram Ansiedade e Controle ineficaz da saúde.⁽³⁴⁾ Embora as duas revisões tenham encontrado DE diferentes como os mais frequentes, todos os quatro DE identificados estavam entre os mais comuns, que também foram encontrados no grupo de nove estudos da nossa revisão.

Pacientes adultos e idosos internados com câncer, com DE identificado durante a internação compuseram um grupo de quatro estudos. Dor aguda foi o único DE identificado em todos os estudos. Uma revisão integrativa com o objetivo de identificar os DE mais comuns considerou a mesma população identificada no presente estudo, exceto pelo fato de não especificar o momento da identificação dos DE.⁽¹⁰⁾ Comparações entre a presente revisão e a revisão integrativa prévia mostraram que Dor aguda e Risco de infecção estiveram entre os DE mais comuns em ambas as revisões de literatura, enquanto outros DE comuns na atual revisão, como Náuseas e Nutrição desequilibrada: menor do que as necessi-

dades corporais, não foram encontrados na revisão integrativa.

Apenas três SLP apresentaram DE de alta frequência e apenas a Classificação da NANDA-I também teve um número considerável de estudos, resultado este corroborado por revisão de literatura.

⁽²⁾ Não foram encontrados DE de alta frequência do CCC ou da CIPE. Isso poderia ser atribuído a uma potencial deficiência nos estudos de implementação e validação dessas SLP em comparação com a Classificação NANDA-I.^(2,4,35) Particularmente para o CCC, um baixo número de estudos poderia ser a razão para esse achado, enquanto para a CIPE, o motivo poderia ser uma padronização mais difícil dos títulos dos DE.⁽³⁶⁾

Algumas limitações desta revisão de literatura devem ser consideradas. Em primeiro lugar, apesar da ausência de uma orientação específica sobre o número adequado de bases de dados a serem pesquisadas, outras bases poderiam ser úteis para recuperar mais documentos sobre este tema. A inclusão de sete idiomas diferentes é um ponto forte desta revisão, por ter permitido recuperar mais estudos. Em segundo lugar, não realizou-se qualquer avaliação qualitativa dos estudos. Como a intenção era fornecer uma visão geral da prevalência dos DE dos SLP e dos métodos utilizados para a avaliação, uma avaliação qualitativa estava fora do escopo do estudo.

Conclusão

Esta revisão forneceu uma visão geral dos DE mais prevalentes em diferentes populações de pacientes e dos DE mais frequentemente identificados dos cinco SLP reconhecidos pela ANA. Também identificaram-se avanços, lacunas e chamadas para ação quanto aos SLP.

Além da Classificação da NANDA-I, os demais SLP carecem de estudos de validação dos DE ou não contêm características definidoras ou sinais e sintomas essenciais para a identificação precisa de um DE. Embora os cinco SLP reconhecidos pela ANA estejam organizadas em torno de domínios/componentes ou um referencial de saúde, a estrutura não é a mesma para todos eles. A Classificação

NANDA-I e o sistema Omaha fornecem uma definição de diagnóstico e as principais características definidoras ou sinais e sintomas, mas apenas a NANDA-I também fornece fatores etiológicos. O CCC também fornece uma definição de diagnóstico. Este aspecto deve ser considerado pelos SLP para melhorar o número de estudos sobre a prevalência de DE na população.

Novas revisões devem ser realizadas para investigar e atualizar a epidemiologia dos DE. Revisões de literatura como esta devem ser replicadas a cada dois a cinco anos para fornecer feedback sobre a epidemiologia das necessidades dos pacientes a partir da perspectiva de enfermagem, e sobre o uso dos DE para a comunidade de enfermagem. Estudos como estes devem ser promovidos pelas associações que elaboram SLP.

Agradecimentos

Os autores agradecem à *Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes* (ACENDIO), que apoiou esta pesquisa com financiamento em 2018. <https://acendio.net/>

Referências

1. Fennelly O, Grogan L, Reed A, Hardiker NR. Use of standardized terminologies in clinical practice: A scoping review. *Int J Med Inform.* 2021;149:104431.
2. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(8):1160–70.
3. American Nurses Association. The nursing process. American Nurses Association; 2020 [cited 2023 Oct 20]. [Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>]
4. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(5):702–13.
5. D'Agostino F, Sanson G, Cocchieri A, Vellone E, Welton J, Maurici M, et al. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *J Adv Nurs.* 2017;73(9):2129–42.
6. Barioni EM, Nascimento CD, Amaral TL, Ramalho Neto JM, Prado PR. Clinical indicators, nursing diagnoses, and mortality risk in critically ill patients with COVID-19: a retrospective cohort. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210568.

7. Costa P, Duarte AP, Belela-Anacleto AS, Andrade PR, Balieiro MM, Veríssimo MÓ. Nursing diagnoses in primary health care consultations to newborns. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):2961–8.
8. Marques K, Alves C. Nursing diagnoses clusters: survival and comfort in oncology end-of-life care. *Int J Palliat Nurs.* 2020;26(8):444–50.
9. Escalada Hernández P, Muñoz Hermoso P, Marro Larrañaga I. [Nursing care for psychiatric patients defined by NANDA-NIC-NOC terminology: a literature review]. *Rev Enferm.* 2013;36(3):14-6, 9-25. Spanish.
10. Jomar RT, de Souza Bispo VR. The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalised with cancer: integrative review. *Ecancermedicalscience.* 2014;8:462.
11. Paré G, Kitsiou S. Methods for Literature Reviews. In: Lau F, Kuziemsky C, editors. *Handbook of eHealth evaluation: An evidence-based approach.* Victoria (BC): University of Victoria; 2016. Chap.9.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372(71):n71.
13. De Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke AL. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *J Adv Nurs.* 2019 ;75(7):1379–93.
14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016 ;5(1):210.
15. R Development Core Team. The R Project for Statistical Computing: The R Foundation; 2021 [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://www.r-project.org/>
16. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nanda International. Nursing diagnoses 2018-2020: Definitions and classification.* New York, US: Thieme Medical Publishers; 2017.
17. International Council of Nurses. ICNP Browser. ICNP International Council of Nurses; 2022 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
18. Horta WA. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1967;20(4):8–13.
19. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília (DF): COFEN; 2019.
20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Resolução COFEN-564/2017. Brasília (DF): COFEN; 2017.
21. Azevedo OA, Guedes ÉS, Araújo SA, Maia MM, Cruz DA. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03471.
22. D'Agostino F, Zeffiro V, Vellone E, Ausili D, Belsito R, Leto A, et al. Cross-Mapping of Nursing Care Terms Recorded in Italian Hospitals into the Standardized NNN Terminology. *Int J Nurs Knowl.* 2020;31(1):4–13.
23. World Health Organization (WHO). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Geneva:WHO; 2022 [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
24. Sanson G, Vellone E, Kangasniemi M, Alvaro R, D'Agostino F. Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: a systematic literature review. *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):3764–83.
25. Sanson G, Welton J, Vellone E, Cocchieri A, Maurici M, Zega M, et al. Enhancing the performance of predictive models for Hospital mortality by adding nursing data. *Int J Med Inform.* 2019;125:79–85.
26. Bruylants M, Paans W, Hediger H, Müller-Staub M. Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation. *Int J Nurs Knowl.* 2013;24(3):163–70.
27. Cavalcanti AC, Pereira JM. Nursing diagnoses of patients with heart failure: an integrative review. *Online Braz Jf Nursing.* 2014;13(1):113–24.
28. Sardinha DM, Neiva Assis LM, Amoedo AS, Gonçalves KR, Melo RH, Lima CA, et al. Nursing diagnoses in heart failure: integrative review. *Cardiol Angiol.* 2020;9(2):1–9.
29. Morais Clemente E, Oliveira da Silva BC, de Souza Neto VL, Dantas SC, de Albuquerque AV, Rosendo da Silva RA. Nursing diagnosis in postoperative cardiac surgery: integrative review. *Rev Enferm UFPE on line.* 2016;10(7): 2679-86.
30. Melo FV, Costa MF, dos Santos Sandes SM. Nursing diagnoses in the postoperative period of cardiac surgery. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(8):2188-93.
31. Sousa PH, Avelino FV, Andrade EM, Luz MH, Carvalho NA. Diagnósticos enfermeros en la unidad de Cuidados intensivos: revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados.* 2018;22(52):223-31.
32. Ángel Ángel ZE, Duque Castaño GA, Tovar Cortes DL. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica.* 2016;19(3):202–13.
33. Escalada Hernández P, Muñoz Hermoso P, Marro Larrañaga I. Atención de enfermería a pacientes psiquiátricos. Nanda-nic-noc: una revisión de la literatura. *Rev Rol Enferm.* 2013;36(3):166-77.
34. Silva TG, Santana RF, Souza PAd, Dutra VFD. Diagnósticos de enfermagem identificados em instituições psiquiátricas. *Rev Enferm UFPE on line.* 2019;13:e238502.
35. Müller-Staub M, Schalek K, König P. IV. Pflegeklassifikationen: Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer. Hogrefe; 2017. Pflegedokumentation Klassifikationen/Systeme: Beurteilung anhand von Studien; p. 261-305.
36. Clares JW, Freitas MC, Guedes MV. Methodological approach for the development of terminology subsets ICNP®: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):1119–26.