



Frequência de diagnósticos de enfermagem em uma clínica cirúrgica

Frequency of nursing diagnoses in a surgical clinic

Frecuencia de diagnósticos de enfermería en una clínica quirúrgica

Andreza Cavalcanti Vasconcelos¹, Cláudia Germania Alencar de Castro¹, Durcival Francisco da Silva¹, Vanessa Juvino de Sousa¹

Objetivo: identificar a frequência dos Diagnósticos de Enfermagem em pacientes de uma clínica cirúrgica. **Métodos:** pesquisa transversal, realizada com 99 pacientes em pós-operatório de cirurgia geral. Os dados foram coletados através de um questionário validado segundo os domínios da NANDA Internacional, incluindo exame físico e laboratorial. **Resultados:** foram encontrados 17 diagnósticos de enfermagem, oito apresentaram frequência maior que 50,0% (Risco de infecção, Integridade tissular prejudicada, Risco de constipação, Ansiedade, Risco de sangramento, Dor aguda, Recuperação cirúrgica retardada, Motilidade gastrointestinal disfuncional). Observou-se em todos os pacientes os Diagnósticos de Enfermagem de: Risco de infecção, Integridade tissular prejudicada e risco de constipação. **Conclusão:** a frequência dos diagnósticos mais prevalentes encontra-se inseridos nos domínios segurança/proteção e nutrição, o que determina a necessidade de redirecionar os cuidados de enfermagem, priorizando a clínica do paciente.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Período Perioperatório; Enfermagem.

Objective: to identify the frequency of Nursing Diagnoses of patients in a surgical clinic. **Methods:** cross-sectional study, performed with 99 patients in the postoperative of general surgery. Data were collected through a questionnaire validated according to domains of NANDA International, including physical and laboratory examination. **Results:** 17 nursing diagnoses were found; eight had a frequency higher than 50.0% (infection risk, impaired tissue integrity, constipation risk, anxiety, bleeding risk, acute pain, delayed surgical recovery, dysfunctional gastrointestinal motility). It was observed in all patients the Nursing Diagnostics: risk of infection, impaired tissue integrity and risk of constipation. **Conclusion:** the frequency of the most prevalent diagnosis is inserted in the domains safety/protection and nutrition, which determines the need to redirect nursing care, prioritizing the patient's clinic.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Perioperative Period; Nursing.

Objetivo: identificar la frecuencia de diagnósticos de enfermería en pacientes de una clínica quirúrgica. **Métodos:** estudio transversal, realizado con 99 pacientes en el postoperatorio de cirugía general. Datos recolectados a través de un cuestionario validado según los dominios de la NANDA Internacional, incluyendo examen físico y de laboratorio. **Resultados:** se encontraron 17 diagnósticos de enfermería, ocho tenían frecuencia superior a 50,0% (Riesgo de infección, Integridad del tejido perjudicado, Riesgo de estreñimiento, Ansiedad, Riesgo de sangrado, Dolor agudo, Recuperación quirúrgica demorada, Motilidad gastrointestinal disfuncional). Se observó en todos los pacientes de los Diagnósticos de Enfermería: Riesgo de infección, Integridad del tejido perjudicado y riesgo de estreñimiento. **Conclusión:** la frecuencia de los diagnósticos más frecuentes se introduce en los dominios de seguridad/protección y nutrición, lo que determina la necesidad de desviar la atención de enfermería, priorizando clínica del paciente.

Descriptorios: Diagnóstico de Enfermería; Periodo Perioperatorio; Enfermería.

¹Hospital Regional do Agreste. Caruaru, PE, Brasil.

Autor correspondente: Claudia Germania Alencar de Castro
Av. Brasil, 580 - Condomínio Portal do Sol. CEP: 55016-360, B. Universitário, Caruaru, PE, Brasil. E-mail. claudia_alencastro@hotmail.com

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ferramenta de trabalho do enfermeiro, viabilizando um plano de cuidados direcionados aos problemas evidenciados do indivíduo, família e comunidade⁽¹⁻²⁾ e vem sendo implantada como uma forma de elevar a qualidade da assistência, agilizar e organizar o trabalho da equipe de enfermagem e beneficiar o indivíduo. Já o Processo de Enfermagem é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente sendo composto por seis etapas que devem ser previamente estabelecidas⁽³⁾.

Dentre essas etapas, tem-se o Diagnóstico de Enfermagem, que compreende o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, direcionado aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais⁽⁴⁾. Constitui, assim, a base para seleção das intervenções de enfermagem, por meio de um método e estratégia de trabalho científico para o alcance dos resultados esperados, cuja prioridade e responsabilidade são do enfermeiro⁽⁵⁻⁶⁾. Assim, para aplicabilidade do Processo de Enfermagem e identificação dos diagnósticos de enfermagem, o primeiro passo é o histórico de enfermagem. Com esta surge a classificação dos diagnósticos de enfermagem, que é evidenciada pelo raciocínio clínico acerca dos dados coletados com a entrevista clínica e o exame físico⁽⁷⁾. No ambiente hospitalar, o enfermeiro também utiliza este raciocínio no atendimento ao paciente, pois este se encontra em um momento de necessidade de atenção especial à sua saúde.

Quando o paciente necessita de cirurgia, seja eletiva ou de urgência, considera-se uma situação de estresse para ele e seus familiares, independentemente da finalidade, pois desde a internação o paciente é envolvido por vários fatores que acarretam mudanças em seu estilo de vida, podendo desencadear uma reação emocional, explícita ou implícita⁽⁸⁾.

O procedimento cirúrgico, independentemente do tipo de cirurgia, é sempre uma situação de

crise para o paciente e seus familiares. Mesmo nas intervenções de pequeno porte, algumas situações podem gerar medo, ansiedade e ser interpretadas como ameaçadoras à vida. Os efeitos ou consequências de uma cirurgia não se resumem apenas à extirpação e/ou alteração funcional de um órgão, implicam inúmeras mudanças no cotidiano da sua vida pessoal, familiar, profissional e social, gerando algum tipo de reação emocional (explícita ou implícita). A partir deste ponto de vista, os profissionais de enfermagem criam expectativas e perspectivas em cuidar do paciente cirúrgico⁽⁸⁾.

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele a assistência de enfermagem está relacionada às intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao paciente o retorno às atividades do cotidiano⁽⁷⁾. O cuidado prestado ao paciente durante as fases do pré, trans e pós-operatório deve ser planejado baseado em evidências científicas e determinado pelo estado de saúde do cliente, tipo de cirurgia, período de internação, normas e rotinas implantadas na instituição, e, principalmente, pelo surgimento de necessidades específicas, desde que padronizado por um instrumento de linguagem prática que contribua para a continuidade da assistência de enfermagem⁽⁹⁾.

Desta forma, o Processo de Enfermagem é um método científico e dinâmico de trabalho, sistematizado e inter-relacionado por ações que possibilita maior interação com a equipe. Dentre os instrumentos, podemos destacar o Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem NANDA Internacional, Inc⁽⁴⁾, que é utilizado mundialmente na prática da assistência de enfermagem, permitindo o entendimento dos profissionais através de uma linguagem padronizada, que propõe um instrumento facilitador para a interpretação da situação real do indivíduo e a comunicação entre a equipe de enfermagem que o assiste^(7,10).

Buscando o aprimoramento da assistência de enfermagem, mediante um processo dinâmico, para melhor qualificar a assistência, aos pacientes

expostos a algum tipo de procedimento cirúrgico, e valorizar as observações da equipe de enfermagem em prol da saúde destas pessoas, este estudo torna-se relevante por identificar a frequência de diagnósticos de enfermagem em uma clínica cirúrgica, segundo a taxonomia II da NANDA Internacional, Inc⁽⁴⁾, possibilitando ampliar os conhecimentos nesta área e melhor direcionar a assistência a esses indivíduos.

Método

A pesquisa foi do tipo documental, prospectiva, com abordagem quantitativa⁽¹¹⁾, desenvolvida de fevereiro a maio de 2012.

A população do estudo compôs-se de pacientes em pós-operatório de cirurgia geral, que se caracterizam, principalmente, por cirurgias do trato respiratório e gastrointestinal. Foram incluídos todos os pacientes que se encontrava em pós-operatório imediato e mediato, de cirurgias eletivas e não emergenciais, independentemente de sexo e idade; que permaneceram no setor por um período superior a 24 horas; não apresentassem nenhum distúrbio cognitivo e foram submetidos a cirurgia do trato respiratório e gastrointestinal. Teve-se como critérios de exclusão os pacientes com incapacidade de comunicação verbal ou escrita, devido ao processo de gravidade da doença (comatosos, intubados, etc.) e alterações psicossociais; aqueles submetidos a cirurgias emergenciais e transferidos do setor. De acordo, com tais critérios de inclusão e exclusão participaram do estudo 99 pacientes.

Para coleta de dados adotou-se um questionário validado no Brasil⁽¹²⁾, cujas variáveis (sociodemográficas, comorbidades e alterações nos sistemas do organismo) atendem aos objetivos da pesquisa e por meio de dados secundários obtidos nos prontuários, mediante análise da descrição de alterações do exame físico e de exames laboratoriais.

Para atender amplamente os requisitos da pesquisa, foram captadas informações das característi-

cas dos entrevistados e os diagnósticos, segundo os domínios do Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem NANDA Internacional⁽⁴⁾. Foram utilizadas como variáveis (infecção, integridade tissular e da pele, constipação, dor, mobilidade, ansiedade, estado nutricional, medo, imagem corporal) as alterações inerentes aos sistemas do organismo humano (neurológico, tegumentar, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético). Para cada alteração encontrada, era verificada a associação com o tipo de procedimento cirúrgico realizado. A mensuração era determinada pela correlação encontrada entre o tipo de cirurgia e as alterações apresentadas pelo paciente. Os Diagnósticos de Enfermagem foram elaborados a partir das necessidades alteradas.

Após a coleta de dados, procedeu-se à identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes, utilizando-se para a construção de um banco de dados o programa Microsoft Excel. Para validação dos diagnósticos, foram convidados três pareceristas, com experiência em cuidados a pacientes cirúrgicos e em sistematização da assistência de enfermagem. Cada parecerista avaliou quais alterações estavam associadas a determinada cirurgia e se estas alterações se repetia em outro paciente submetido ao mesmo procedimento, observando tempo de internação, faixa etária, doenças preexistentes. Após ser verificada a repetição de mais de três vezes destas alterações, o diagnóstico era evidenciado e validado. Os títulos diagnósticos foram descritos conforme a publicação brasileira de 2013 do Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem NANDA Internacional, Inc⁽⁴⁾, pois esta foi a edição utilizada pelos enfermeiros para formular e validar os diagnósticos à época do estudo. Serão comentados os diagnósticos com frequência maior que 50,0%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior – Parecer nº 162/2011.

Resultados

Para identificar os Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes, os dados foram organizados quanto à caracterização dos participantes e da frequência destes diagnósticos. A faixa etária prevalente dos participantes foi a faixa acima de 60 anos (29,0%), do sexo feminino. A maioria dos participantes residia em outros municípios do interior do agreste pernambucano (65,0%); quanto ao estado civil, o casado prevaleceu (52,0%); e a maior parte já havia passado por internações anteriores (79,0%). Estes sofreram de ansiedade em algum momento antes e após a cirurgia (74,0%) e eram portadores de outras patologias, a exemplo do diabetes e da hipertensão (62,0%). Os diagnósticos médicos encontrados que conduziam a cirurgias do aparelho digestivo foram: colelitíases (62,0%), hérnias (45,0%) e tumores de intestino (42,0%).

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes em pós-operatório-

Variáveis	Intervalo de confiança (95%)	n(%)
Sexo		
Feminino	67 - 71	69 (69,6)
Masculino	28 - 32	30 (30,3)
Idade (anos)		
20 - 29	08 - 12	10 (10,1)
30 - 39	14 - 18	16 (16,1)
40 - 49	23 - 27	25 (25,2)
50 - 59	17 - 21	19 (19,1)
≥ 60	27 - 31	29 (29,2)
Residência		
Município da pesquisa	32 - 36	34 (34,3)
Outros municípios	63 - 67	65 (65,6)
Estado civil		
Casado	50 - 54	52 (52,5)
Solteiro	33 - 37	35 (35,3)
Viúvo	4 - 8	6 (6,0)
Outros	4 - 8	6 (6,0)
Necessidades psicossociais, medo e ansiedade	72 - 76	74 (74,7)
Outras patologias		
Diabetes	25 - 29	27 (27,2)
Hipertensão Arterial	33 - 37	35 (35,3)
Outras	35 - 39	37 (37,3)
Cirurgias do aparelho digestivo		
Colelitíase	36 - 40	38 (38,3)
Hérnias	27 - 31	29 (29,2)
Tumores intestinais	19 - 23	21 (21,2)
Outras	9 - 13	11 (11,1)

Tabela 2 - Distribuição da frequência (n=99) dos diagnósticos de enfermagem identificados

Diagnósticos de enfermagem*	Intervalo de confiança	n (%)
Risco de infecção	97 - 100	99(100,0)
Integridade tissular prejudicada	97 - 100	99(100,0)
Risco de constipação	65 - 69	67(67,6)
Ansiedade	60 - 64	62(62,6)
Risco de sangramento	57 - 59	55(55,5)
Dor aguda	44 - 46	42(42,2)
Recuperação cirúrgica retardada	35 - 39	37(37,3)
Motilidade gastrointestinal disfuncional	24 - 28	26(26,2)
Risco de síndrome de estresse por mudanças	11 - 15	13(13,1)
Risco de glicemia	9 - 13	11(11,1)
Conforto prejudicado	5 - 9	7(7,0)
Risco de integridade da pele prejudicada	3 - 7	5(5,0)
Medo	2 - 6	4(4,0)
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades nutricionais	2 - 6	4(4,0)
Risco de baixa autoestima situacional	1 - 5	3(3,0)
Risco de desequilíbrio do volume de líquido	0 - 4	2(2,0)
Distúrbio na imagem corporal	0 - 4	2(2,0)

*Um paciente poderia apresentar um ou mais diagnóstico de enfermagem

Foram encontrados 17 Diagnósticos de Enfermagem. Destes, oito apresentaram frequência maior que 25,0%. Os de maior prevalência foram Risco para infecção (100,0%), Integridade tissular prejudicada (100,0%), Risco de constipação (68,0%), Ansiedade (63,0%), Risco de sangramento (55,0%), Dor aguda (4,0%), Recuperação cirúrgica retardada (37,0%), Motilidade gastrointestinal disfuncional (26,0%).

Discussão

A execução do Processo de Enfermagem, de modo sistemático e deliberado, elucida as necessidades, direciona o cuidado e documenta os resultados obtidos com a ação/intervenção executada. Diante do exposto evidenciou-se 17 Diagnósticos de Enfermagem presentes nos 99 participantes do estudo, que são: Risco para infecção como o aumento

do risco de invasão a patógenos. Este diagnóstico é comumente identificado em pessoas submetidas a qualquer procedimento cirúrgico. Nesta pesquisa, 100,0% dos pacientes apresentaram este Diagnóstico de Enfermagem, que pode estar relacionado a procedimentos invasivos, como sondagem vesical de demora, acesso venoso periférico e drenos.

Corroborando com este achado, estudo realizado em Fortaleza com pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca também evidenciou 100,0% deste diagnóstico em sua amostra⁽⁷⁾. Em outro estudo, realizado em Minas Gerais com pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, este diagnóstico também teve 100,0% de frequência⁽¹³⁾. Portanto, pode-se inferir que o paciente que passa por um processo de internamento representa alto risco para infecção, principalmente se submetido a procedimento cirúrgico ou, caso necessite de cuidados intensivos, devido à utilização de procedimentos invasivos.

O Diagnóstico de Enfermagem Integridade da pele prejudicada, definido como a alteração da derme e/ou epiderme⁽⁴⁾, esteve presente em 100,0% dos pacientes nesta pesquisa. Outro estudo semelhante, realizado em Fortaleza⁽¹⁴⁾, em pós-operatório de cirurgias cardíacas, também obteve a frequência de 100% deste diagnóstico. Todos os participantes possuíam a integridade da pele prejudicada em decorrência de fatores mecânicos secundários ao procedimento (incisão cirúrgica).

O Diagnóstico de Enfermagem Risco para constipação é definido como o risco para a diminuição da frequência normal de evacuação, acrescida da dificuldade decorrente da passagem das fezes⁽⁴⁾. 67,0% dos participantes apresentaram risco para constipação e tinham como fatores de risco os funcionais (atividades físicas insuficientes) e os fisiológicos (mudança nos padrões habituais de comida e alimentação, além de motilidade diminuída do trato gastrointestinal). O Diagnóstico risco para constipação apareceu em estudo realizado em Rio Grande do Sul⁽⁷⁾, porém com uma frequência de 96,0%, diferente do presente estudo. Conclui-se que

o Diagnóstico risco para constipação tem frequência elevada devido à diminuição da ingestão de alimentos e da peristalse intestinal.

Por Dor aguda entende-se experiência sensorial e emocional desagradável, podendo ser de início súbito ou lento, com intensidade de leve a grave⁽⁴⁾. Este diagnóstico indicou como característica definidora a expressão facial de dor, ao tossir e movimentar. Justifica-se pela barreira epitelial “quebrada” e é provocado pela lesão tecidual. Em outro estudo^(7,13), dor aguda foi um dos mais frequentes diagnósticos encontrados em cirurgias cardíacas e em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. É importante atentar-se para queixa de dor do paciente, pois a falta de cuidados necessários poderá desencadear ansiedade, posteriormente alterando os sinais vitais e um maior dispêndio de energia. O alívio da dor é importante, pois a dor leva o paciente a reduzir a movimentação, respirar superficialmente e ter dificuldade de conciliar sono e repouso, provocando desgaste físico e menor motivação para o tratamento, interferindo negativamente na recuperação do paciente⁽¹⁴⁾.

Entende-se por Ansiedade preocupação ou medo relacionados à morte⁽⁴⁾. Este diagnóstico mostrou-se evidente, com frequência de 62% devido à mudança de ambiente, o medo da morte frente ao procedimento cirúrgico, à distância da família e do convívio com a sociedade, às preocupações financeiras e familiares. Em estudo semelhante em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca⁽⁷⁾, a frequência foi de 68%. Assim, como na presente investigação, este diagnóstico este relacionado a vago incômodo de sentimento de desconforto ou temor acompanhado por uma resposta autonômica; sentimento de apreensão ou perigo⁽¹⁵⁾. Pode ser aliviada pela assistência a exames, consulta por telefone.

Todo procedimento cirúrgico, sendo ele profundo ou superficial, por menor que seja, oferece riscos. O risco de sangramento é um deles, e, se não contido, acarretará muitas vezes risco de morte ao paciente. Este estudo evidenciou mais de 50,0% a probabilidade desse risco ocorrer. Em outras

pesquisas, não foi evidenciado este Diagnóstico de Enfermagem, pois a literatura utilizada foi a versão mais recente da NANDA Internacional, Inc⁽⁴⁾ e há escassez de estudos que abordem a Sistematização da Assistência de Enfermagem dificultando a discussão deste diagnóstico.

Entende-se por diagnóstico, recuperação cirúrgica retardada, a extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar relacionado ao procedimento cirúrgico prolongado⁽⁴⁾, nesta pesquisa este diagnóstico teve 37,7% de frequência e não foi evidenciada este DE em outros estudos. O diagnóstico Motilidade gastrointestinal disfuncional esteve presente em 26,6% dos pacientes e encontrou-se diminuída pela ausência de alimentos e/ou ingestão de líquidos, jejum prolongado, repouso no leito e conseqüentemente diminuição da peristalse.

Os fatores de risco são aqueles que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de um evento, enquanto os fatores relacionados apresentam relação padronizada com o Diagnóstico de Enfermagem⁽⁴⁾. Embora a maioria dos diagnósticos possuam fatores de risco e fatores relacionados, outros não possuem nenhum dos dois. Entre os fatores relacionados identificados, os mais comuns foram: dor, ansiedade, medo, fumo, agentes lesivos.

Conclusão

A evolução clínica de um paciente submetido a um procedimento cirúrgico deve ser observada desde o momento pré-operatório, pois influi sobremaneira nas alterações que poderão se apresentar no período posterior ao procedimento. Os diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo estabelece um parâmetro de conduta da equipe de enfermagem a ser trilhada durante o pós-operatório de qualquer tipo cirurgia, principalmente do trato respiratório e gastrointestinal.

Na assistência de enfermagem cirúrgica, a frequência dos diagnósticos mais prevalentes encontra-se inseridos nos domínios segurança/proteção e nutrição, o que determina a necessidade de redirecionar os cuidados de enfermagem, priorizando a clínica do paciente. Observou-se que os diagnósticos, risco de infecção e integridade da pele prejudicadas, estiveram presentes em todos os pacientes, o que torna necessário medidas preventivas de controle infeccioso antes, durante e após qualquer procedimento cirúrgico.

Colaborações

Vasconcelos AC contribuiu para a concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Castro CGA, Silva DF e Sousa VJ contribuíram no acompanhamento, ajustes e revisões em todas as etapas.

Referências

1. Garcia TR, Nóbrega, MML. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo ou conceito? Rev Eletr Enf [periódico da internet]. 2009 [citado 2011 out 11];11(2). Disponível em: www.deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a01.pdf
2. Pimpão FD, Filho WDL, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(3):405-10.
3. Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm Foco. 2010; 1(2):63-5.
4. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2013.

5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. 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. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.
6. Mascarenhas NB, Pereira A, Silva RS, Silva MG. Sistematização da assistência de enfermagem a portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(1):203-8.
7. Ribeiro PC, Silveira OC, Benetti RRE, Gomes SJ, Stumm FME. Nursing diagnoses for patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Rev Rene.* 2015; 16(2):159-67.
8. Frazão CMFQ, Medeiros ABA, Lima e Silva FBB, Sá JD, Lira ALBC. Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(1):40-3.
9. Christoforo BEB, Carvalho DS. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):14-22.
10. Toledo VP, Ramos NA, Wopereis F. Processo de enfermagem para pacientes com anorexia nervosa. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(1):193-7.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.
12. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Nursing Care Systematization at the Intensive Care Unit (ICU) based on Wanda Horta's theory. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1): 54-64.
13. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Nursing diagnoses identified in inpatients of an adult intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(5):1102-8.
14. Oliveira SKP, Lima FET, Leitão IMTA, Mendonça LBA, Meneses LST, Oliveira RM. Nursing diagnosis in the postoperative cardiac surgery. *Rev Enferm UFPI.* 2012; 1(2):95-100.
15. Novaes ES, Torres MM, Olivia APV. Nursing diagnoses in surgical clinic. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(1):26-31.