



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER ORTHOPEDIC SURGERIES

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DESPUÉS DE CIRUGÍAS ORTOPÉDICAS

Verônica Maria de Santana¹, José Alex Alves dos Santos², Paula Carolina Valença Silva³

RESUMO

Objetivos: descrever os principais diagnósticos de enfermagem à luz da teoria das necessidades humanas básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, segundo a taxonomia da NANDA-I, e propor intervenções e resultados de acordo com a Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) para os 5 diagnósticos de enfermagem mais frequentes documentados em um serviço de recuperação pós-anestésica de um hospital de referência em traumatologia. **Método:** estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo de registro dos principais diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários, sendo constituído por 3 etapas: construção do instrumento de coleta de dados; coleta de dados; e processamento e análise dos dados. **Resultados:** os 5 diagnósticos mais frequentes foram: Risco de infecção (100%); Integridade da pele prejudicada (96,9%); Integridade tissular prejudicada (93,8%); Dor aguda (87,9%); e Déficit no autocuidado para banho/higiene (69,2%). **Conclusão:** os diagnósticos contribuíram para melhor aplicabilidade do processo de enfermagem de forma individual e holística, para que possam ser implementadas intervenções com resultados mais específicos e direcionados às necessidades prioritárias desses pacientes. **Descritores:** diagnósticos de enfermagem; enfermagem perioperatória; enfermagem ortopédica; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to describe the main nursing diagnoses in the light of the theory of basic human needs, proposed by Wanda de Aguiar Horta, according to the NANDA-I taxonomy, and propose interventions and outcomes according to the Nursing Interventions Classification (NIC) and the Nursing Outcomes Classification (NOC) for the 5 nursing diagnoses more frequently documented in a post-anesthetic recovery service at a reference hospital in traumatology. **Method:** quantitative, cross-sectional, retrospective, descriptive study of the main nursing diagnoses identified in medical records, consisting of 3 steps: preparation of the data collection instrument; data collection; and data processing and analysis. **Results:** the 5 most frequent diagnoses were: Risk of infection (100%); Impaired skin integrity (96.9%); Impaired tissue integrity (93.8%); Acute pain (87.9%); and Self-care deficit for bath/hygiene (69.2%). **Conclusion:** the diagnoses contributed to a better applicability of the nursing process in an individual and holistic way, so that interventions with more specific outcomes can be implemented and aimed at the priority needs of these patients. **Descriptors:** nursing diagnoses; perioperative nursing; orthopedic nursing; nursing care.

RESUMEN

Objetivos: describir los principales diagnósticos de enfermería a partir de la teoría de las necesidades humanas básicas, propuesta por Wanda de Aguiar Horta, según la taxonomía de la NANDA-I, y proponer intervenciones y resultados según la Nursing Interventions Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC) para los 5 diagnósticos de enfermería más frecuentemente documentados en un servicio de recuperación post-anestésica de un hospital de referencia en traumatología. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo, descriptivo de registro de los principales diagnósticos de enfermería identificados en prontuarios médicos, que consta de 3 pasos: preparación del instrumento de recogida de datos; recogida de datos; y procesamiento y análisis de datos. **Resultados:** los 5 diagnósticos más frecuentes fueron: Riesgo de infección (100%); Integridad de la piel dañada (96,9%); Integridad tisular dañada (93,8%); Dolor agudo (87,9%); y Déficit de autocuidado para baño/higiene (69,2%). **Conclusión:** los diagnósticos contribuyeron a una mejor aplicabilidad del proceso de enfermería de manera individual y holística, para que puedan ser implementadas las intervenciones con resultados más específicos y dirigidos a las necesidades prioritarias de estos pacientes. **Descritores:** diagnósticos de enfermería; enfermería perioperatoria; enfermería ortopédica; atención de enfermería.

¹Enfermeira. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: veronicasantanna20@hotmail.com;

²Enfermeiro. Doutorando em Ciências Farmacêuticas na UFPE. Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Belo Jardim (PE), Brasil. E-mail: aalvesfn@yahoo.com.br; ³Enfermeira. Doutora em Medicina Tropical. Professora na UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: paulacvalenca@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, no decorrer do percurso histórico, tem procurado responder aos fenômenos intrínsecos à profissão e, desse modo, desenvolver seu espaço de conhecimento com base na atenção holística aos indivíduos em conformidade com o processo saúde-doença.¹

A partir década de 1950, as teorias de Enfermagem se originaram como um recurso de elucidação científica dos eventos referentes à saúde.² A teoria das necessidades humanas básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, está atrelada às leis do equilíbrio (homeostase), da adaptação e dos princípios holísticos.³ A inclusão das teorias é realizada por meio do processo de enfermagem (PE), que consiste em uma proposta de resolutividade para atender integralmente às demandas individuais por meio de 5 etapas: o histórico, o diagnóstico, a prescrição, a implementação e evolução de enfermagem.⁴

Essas etapas colaboram na promoção de ações imprescindíveis por meio de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que tornam o PE integrado com base nas ligações entre a classificação da North American Nursing Diagnosis International (NANDA-I), a Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC)⁵, no intuito de relacionar os diagnósticos com as intervenções de enfermagem para a obtenção de resultados desejáveis para o paciente. Por meio dessas ligações, há a facilidade para a fundamentação diagnóstica e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro, em consonância com os resultados esperados e as intervenções necessárias para alcançá-los.⁶

É sabido que há fragilidade na aplicabilidade efetiva do PE na prática assistencial, para o alcance dessa efetivação é crucial que o enfermeiro utilize instrumentos que permitam a operacionalização da assistência fundamentada em uma teoria com contínua renovação de conceitos, definições, modelos e proposições que, por sua vez, refletirão as presunções.^{7,8}

Com a aplicação do PE, surge um modelo de assistência denominado sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), usado de acordo com as fases da vivência cirúrgica.⁵ Dentre essas fases, destaca-se o pós-operatório imediato (fase iniciada na sala de recuperação pós-anestésica - SRPA), que representa uma oportunidade da aplicabilidade da SAEP, com o objetivo de

maximizar a atenção ao paciente nesse período de criticidade, visto que algumas intervenções cirúrgicas requerem uma assistência de enfermagem diferenciada, a exemplo das cirurgias ortopédicas.⁹

OBJETIVOS

- Descrever os principais diagnósticos de enfermagem à luz da teoria das necessidades humanas básicas, proposta por Wanda de Aguiar Horta, segundo a taxonomia da NANDA-I.
- Propor intervenções e resultados de acordo com a NIC e a NOC para os 5 diagnósticos de enfermagem mais frequentes documentados em um serviço de recuperação pós-anestésica de um hospital de referência em traumatologia.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo, descritivo realizado em um hospital de referência em traumatologia em Recife-PE, no centro cirúrgico, mais especificamente na SRPA.

Definiu-se como amostra do estudo todos os prontuários de pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia ortopédica, acima de 18 anos, de ambos os sexos, com tempo de internação até 24 horas na SRPA. Para coleta dos dados, foram consultados esses prontuários, disponíveis no serviço de arquivo médico (SAME), referente às cirurgias ortopédicas realizadas em abril de 2014.

Este estudo foi constituído por 3 etapas: construção do instrumento de coleta de dados, fundamentado no modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta, isto é, a teoria das necessidades humanas básicas; coleta de dados; e processamento e análise dos dados.

A primeira fase da pesquisa iniciou com a elaboração de fichamentos por meio do levantamento bibliográfico sobre a teoria das necessidades humanas básicas.¹⁰ Realizou-se busca de estudos científicos que utilizaram instrumentos de coleta de dados associados à teoria das necessidades humanas básicas, bem como dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes em SRPA fundamentados nesse modelo conceitual.

Na segunda etapa, aplicou-se a cada paciente o instrumento que atendia às principais necessidades humanas básicas, bem como os principais diagnósticos de enfermagem e as intervenções e os resultados baseados no modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. Em seguida, uma lista foi elaborada com os diagnósticos de enfermagem

mais frequentes e específicos para pacientes no período pós-operatório imediato.

A documentação dos diagnósticos de enfermagem foi baseada no histórico de enfermagem e nas evoluções médica e de enfermagem descritas em prontuários, na admissão do paciente na SRPA. Os diagnósticos de enfermagem evidenciados foram analisados conforme o sistema de classificação diagnóstica NANDA-I e correlacionados com as ligações dos sistemas de classificação internacional NIC e NOC.

Os dados foram analisados com o programa computacional *EpiInfo*, versão 7.0 e a análise estatística descritiva foi expressa em percentual, de acordo com a frequência de cada diagnóstico relacionado ao domínio ao qual pertence. A proposta de intervenções e resultados foi fundamentada nos sistemas NIC e NOC.

O estudo seguiu os padrões da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 34350814.4.0000.5208 e o Parecer n. 777.606.

RESULTADOS

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes segundo a classificação diagnóstica da NANDA-I dos 65 pacientes internados no setor de recuperação pós-anestésica referentes a abril de 2014.

Diagnóstico de enfermagem	N	%
Risco de infecção	65	100
Integridade da pele prejudicada	63	96,9
Integridade tissular prejudicada	61	93,8
Dor aguda	57	87,9
Déficit no autocuidado para banho/higiene	45	69,2
Mobilidade física prejudicada	41	63
Risco de lesão posicionamento perioperatório	36	55,3
Conforto prejudicado	35	53,8
Risco de sangramento	33	50,7
Ansiedade	30	46,1
Capacidade de transferência prejudicada	26	40

Quanto à distribuição por domínios da NANDA-I, o domínio Segurança e proteção obteve maior frequência (38%), seguido de Atividade e repouso (28,2%), Conforto (12%) e

Foram registrados 121 prontuários procedentes do setor de traumatologia-ortopedia, por meio do livro de admissões da SRPA durante abril de 2014. Destes foram excluídos 36 prontuários que não foram encontrados no SAME devido a registros incorretos, 7 apresentavam especialidade cirúrgica diferente deste estudo, 4 pertenciam a menores de 18 anos, 6 possuíam histórico de enfermagem incompleto e 3 não obedeciam ao período do estudo.

Ao final, foram avaliados 65 prontuários de pacientes com idade média de 37,2 anos, sendo 47% com idades entre 18 e 30 anos, com maior frequência do sexo masculino (87,6%).

Foram identificados 70 diagnósticos de enfermagem distribuídos em 19 classes pertencentes a 9 domínios. Os 5 diagnósticos mais frequentes foram: Risco de infecção (100%), Integridade da pele prejudicada (96,9%), Integridade tissular prejudicada (93,8%), Dor aguda (87,9%), Déficit no autocuidado para banho/higiene (69,2%) (Tabela 1).

Enfrentamento/tolerância ao estresse (11%). A média de diagnósticos por paciente foi de 13,5.

Tabela 2. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem por domínios da NANDA-I.

Domínio de enfermagem	%
Segurança e proteção	38
Atividade e repouso	28,2
Conforto	12
Enfrentamento/tolerância ao estresse	11

Para os 5 diagnósticos de enfermagem mais frequentes neste estudo, foram delineados os respectivos planos de cuidados que

compreendem as intervenções de enfermagem baseadas na NIC e os resultados de enfermagem na NOC (Figuras 1, 2 e 3).

Domínio 11 - Segurança e proteção		
Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) ¹¹	Intervenções de enfermagem (NIC) ¹²	Resultados de enfermagem (NOC) ¹³
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> Controle de infecção: Transoperatória; Controle hidroeletrolítico; Cuidados com lesões, cateteres; Posicionamento; Proteção contra infecção; Supervisão da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> Controle de riscos; Deteção dos riscos; Integridade tissular: pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Conhecimento: controle de infecção.
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado com lesões, com úlceras de pressão; Cuidados com local de incisão; Cuidados com tração/imobilização; Administração de medicamentos: tópicos; Banho; Supervisão da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> Integridade tissular: Pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Autocuidado: higiene; Equilíbrio hídrico; Perfusão tissular: periférica.
Integridade tissular prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados com lesões; Cuidados com local de incisão; Cuidados com tração/imobilização; Proteção contra infecção; Monitoração de sinais vitais. 	<ul style="list-style-type: none"> Integridade tissular: Pele e mucosas; Cicatrização de feridas: primeira e segunda intenção; Perfusão tissular periférica; Termorregulação.

Figura 1. Intervenções e resultados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem do domínio Segurança e proteção, em pacientes internados no setor de recuperação pós-anestésica referentes ao mês de abril de 2014, segundo as ligações NANDA-I, NIC E NOC.

Domínio 12 - Conforto		
Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) ¹¹	Intervenções de enfermagem (NIC) ¹²	Resultados de enfermagem (NOC) ¹³
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> Administração de analgésicos; Assistência à analgesia controlada pelo paciente (PCA); Controle da dor; Controle da sedação; Redução da ansiedade; Melhora do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> Controle da dor; Nível de dor; Nível de conforto; Nível de ansiedade; Satisfação do cliente: controle dos sintomas; Sono.

Figura 2. Intervenções e resultados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem do domínio Conforto, em pacientes internados no setor de recuperação pós-anestésica referentes a abril de 2014, segundo a NANDA-I, NIC E NOC.

Domínio 4 - Atividade e repouso		
Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) ¹¹	Intervenções de enfermagem (NIC) ¹²	Resultados de enfermagem (NOC) ¹³
Déficit no autocuidado para banho/higiene	<ul style="list-style-type: none"> Assistência no autocuidado: banho/higiene; Cuidados com o períneo; Cuidado com os pés; Facilitação da autorresponsabilidade; Assistência no autocuidado: atividades da vida diária; Posicionamento; Prevenção de quedas; Promoção do exercício. 	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado: Atividades da Vida Diária (AVD); Autocuidado: banho, higiene e higiene oral; Desempenho da mecânica corporal; Nível de conforto; Direcionamento do próprio cuidado.

Figura 3. Intervenções e resultados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem do domínio Atividade e repouso, em pacientes internados no setor de recuperação pós-anestésica referentes a abril de 2014, segundo a NANDA-I, NIC e NOC.

DISCUSSÃO

Foi observado que a população do estudo apresentou idade entre 18 e 30 anos com predominância do sexo masculino.

Esses dados denotam a precocidade na busca por serviços de saúde com suporte em traumatologia, motivada pela elevada morbimortalidade por causas externas, em vítimas de acidentes de trânsito, envolvendo principalmente motocicletas, alertando para o atual perfil epidemiológico de acidentes envolvendo veículos automotores no estado de Pernambuco, que são mais frequentes em homens e jovens.¹⁴ Considerando que a utilização de motocicletas como meio de transporte e de trabalho aumenta de maneira considerável e rápida e, conseqüentemente, gera aumento no número de hospitalizações em virtude dos acidentes, temos uma possível explicação para este achado.¹⁴

A média de diagnósticos de enfermagem por paciente foi de 13,5, superior a outros estudos; um deles¹⁵ analisou 144 pacientes em uma unidade de clínica médica no estado de Pernambuco e encontrou uma média de 4,8 diagnósticos por paciente, com destaque para o diagnóstico de Dor aguda (66.7%). Os resultados deste estudo sugerem uma maior necessidade de implementação do processo de enfermagem no cuidado, o que remete ao grande potencial e influência da atuação do enfermeiro na recuperação do paciente após vivência cirúrgica.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem descritos neste estudo mostrou grande relevância do tema para a prática do enfermeiro no ambiente do centro cirúrgico, mais especificamente na SRPA. Já é sabido que a SAEP é ferramenta de trabalho indispensável para a organização e consolidação dos cuidados de enfermagem voltados aos pacientes em experiência cirúrgica ortopédica.^{9,16}

O diagnóstico Risco de infecção, pertencente ao domínio Segurança e proteção, foi o mais frequente, é definido como “estar em risco aumentado para ser invadido por organismos patogênicos”.¹¹ Esse diagnóstico possui um atributo comum que segue o cliente pós-cirúrgico, principalmente quando o indivíduo é acometido por trauma musculoesquelético com exposição óssea. Nessas circunstâncias, provavelmente o tempo de internação seja ampliado, com maior probabilidade de realização de múltiplas cirurgias ou reoperações, o que possivelmente prolonga a permanência do cliente em ambiente hospitalar com maior exposição ao

risco de infecção. Esses dados corroboram um estudo¹⁷ que avaliou 60 pacientes em uma unidade de internação médico-cirúrgica masculina e encontrou que 83,3% de sua população teve diagnóstico de Risco de infecção.¹⁷

Ainda no domínio Segurança e proteção, a Integridade da pele prejudicada, definida por “epiderme e/ou derme alteradas”¹¹, destaca-se como o segundo diagnóstico mais frequente, seguido de Integridade tissular prejudicada, cuja definição remete ao “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos”.¹¹ Provavelmente, a maioria dos pacientes deste estudo apresentaram escoriações e lesões cutâneas devido aos acidentes e quedas e, sobretudo pelo fato de todos terem sido submetidos a procedimentos cirúrgicos e demais procedimentos invasivos, que por sua vez causam injúria à pele e aos tecidos subjacentes que pode desencadear outro diagnóstico, o Risco de sangramento. Esses achados corroboram outro estudo, que também encontrou o comprometimento cutâneo em seus pacientes provocado por focos de pressão e em áreas submetidas ao trauma físico.¹⁸

Esses resultados alertam para necessidade de periodicidade na avaliação de lesões, locais de incisão cirúrgica, de introdução de trações, cateteres e drenos, assim como a adequação da prescrição de curativos em consonância com a evolução do cliente, que precisam ser prioritários na conduta de enfermagem.¹⁷

O diagnóstico Dor aguda, pertencente ao domínio Conforto, que segundo a NANDA-I se define como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”¹¹, também foi arrolado entre os 5 diagnósticos mais frequentes. Em outro estudo, com 50 pacientes submetidos a cirurgia ortopédica, esse diagnóstico foi evidenciado em toda a amostra.¹⁹

A presença de dor deve-se à incisão cirúrgica, assim como a estímulos de terminações nervosas provocados por produtos químicos utilizados na cirurgia, isquemias por interferência no suporte de sangue tecidual, pressão, espasmo muscular ou edema, estes últimos também causados por traumas que geram as lesões por quedas, acidentes automobilísticos e os acidentes de trabalho.^{17,19}

Santana VM de, Santos JAA dos, Silva PCV.

Sistematização da assistência de enfermagem...

O significativo número de clientes que apresentaram este diagnóstico remete que a dor merece atenção reiterada do enfermeiro por meio do empenho e melhoramento em capacitação profissional da equipe de enfermagem, vislumbrando a elucidação de formas de identificar e eliminar a dor e, conseqüentemente, melhorar qualidade da assistência proporcionada aos clientes. O aperfeiçoamento do cuidado relacionado à dor trará efeitos positivos também para outros diagnósticos também frequentes neste estudo, Conforto prejudicado e Ansiedade.

Destacou-se também o diagnóstico Déficit no autocuidado para banho/higiene, que significa “a capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho ou higiene íntima por si mesmo”.¹¹ Essa categoria diagnóstica mantém relação direta com a mobilidade, onde esta é fator determinante para a conservação da independência do paciente, que por sua vez, encontra-se frequentemente depreciada devido as condições ortopédicas, cirúrgicas, por traumas e dores. Devido a essa interligação, o diagnóstico Mobilidade física prejudicada também foi bastante frequente, bem como o de Capacidade de transferência prejudicada. Uma possível explicação para esse achado é que o próprio tratamento cirúrgico exige repouso e a restrição de alguns movimentos.¹⁷

O papel do enfermeiro na execução das intervenções de enfermagem para o tratamento da Mobilidade física prejudicada, as quais abrangem os níveis de prevenção, promoção, manutenção e reabilitação, objetivando impedir a instalação de novas morbidades, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e proporcionar o bem-estar físico do paciente.^{20,21}

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a identificação das necessidades humanas básicas e os cuidados necessários aos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias ortopédicas, contribuindo para o delineamento da relevância do papel do enfermeiro na assistência em traumatologia no âmbito do centro cirúrgico.

Este estudo possibilitou identificar 70 diagnósticos de enfermagem (19 classes) em 9 domínios da taxonomia NANDA-I. Para os 5 diagnósticos mais frequentes foram propostos resultados e intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades humanas básicas afetadas em cada paciente.

Os resultados alcançados neste estudo alertam os profissionais de enfermagem para uma atuação sob um referencial teórico capaz de aprimorar suas habilidades e correlacionar os conhecimentos de forma interdisciplinar. Esses resultados poderão contribuir para o fortalecimento do processo ensino-aprendizagem entre a academia e a profissão no cuidado em campos específicos. O conhecimento prévio dos diagnósticos mais frequentes favorece avaliações mais concisas e diretas, assim como intervenções mais eficazes.

A assistência de enfermagem realizada de forma sistematizada aos pacientes possibilita que haja o aperfeiçoamento do cuidado, permitindo que os mesmos evoluam satisfatoriamente após a concretização das etapas do processo de enfermagem, o qual propõe recursos de organização e sistematização do cuidado subsidiando a prática de enfermagem.

O enfermeiro, ao utilizar os diagnósticos de enfermagem, procura atender a clientela por meio de uma assistência integral, com o intuito de proporcionar qualidade em seu trabalho, com fundamentação teórica e científica, uma vez que os diagnósticos de enfermagem identificam as principais carências nas quais se deve intervir.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. 2nd ed. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem; 2008/2009.
2. Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc Anna Nery Rev Enferm [serial on the internet]. 2010 [cited 2017 Sept 21];14(1):182-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>
3. Bordinhão RC, Almeida MA. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta. Rev Gaúcha Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Sept 21];33(2):125-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/18.pdf>
4. Potter PA, Perry G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. São Paulo: Elsevier; 2009.
5. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Santana VM de, Santos JAA dos, Silva PCV.

Sistematização da assistência de enfermagem...

6. Linch GFC. Validação do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

7. Albuquerque CC, Nóbrega MML, Fontes WD. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE® versão 1.0. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(3):392-8.

8. Salgado PO, Chianca TCM. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 Sept 21];19(4):[8 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_11.pdf

9. Hayashi JM, Garanhan ML. O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem. REME Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Sept 21];16(2):208-16. Available from: <file:///D:/v16n2a09.pdf>

10. Horta WA. Processo de enfermagem. 8th ed. São Paulo: EPU; 1979.

11. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.

12. Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

13. Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

14. Silva PHNV, Lima MLC, Moreira RS, Souza WV, Cabral APS. Estudo espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta em Pernambuco. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 Sept 21];45(2):409-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2079.pdf>

15. Silva GR, Xavier AT, Silva PCV. Diagnósticos de enfermagem identificados em uma unidade clínica médica: proposta de resultados e intervenções. J Nurs UFPE on line [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Sept 21];6(5):986-93. Available from: <file:///D:/2364-23267-1-PB.pdf>

16. Fonseca RMP, Peniche ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. Acta Paul Enferm [serial on the internet]. 2009;22(4):428-33. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>

17. Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. Rev Gaúcha Enferm [serial on the internet]. 2008 [cited 2017 Sept 21];29(4):565-72. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/3826/6542>

18. Bavaresco T, Lucena AF. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. Rev Latino-am Enfermagem [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Sept 21];20(6):[8 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_13.pdf

19. Freitas MC, Guedes MVC, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pós-operatórios de cirurgias traumatológicas. Rev Enferm UERJ. 1997;5(2):439-48.

20. Andrade LT, Chianca TCM. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Sept 21];66(5):688-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/08.pdf>

21. Darli CC, Rossi LA, Darli MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. Rev Latino-am Enfermagem [serial on the internet]. 2006 [cited 2017 Sept 21];14(3):389-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a13.pdf>

Submissão: 21/12/2016

Aceito: 15/09/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

Paula Carolina Valença Silva
Universidade Federal de Pernambuco
Departamento de Enfermagem
Rua do Alto do Reservatório, s/n
Bairro Bela Vista
CEP: 55608-680 – Vitória de Santo Antão
(PE), Brasil