

PROCESSO DE ENFERMAGEM: DA LITERATURA À PRÁTICA. O QUÊ DE FATO NÓS ESTAMOS FAZENDO?¹

Simoni Pokorski²
Maria Antonieta Moraes³
Régis Chiarelli⁴
Angelita Paganin Costanzi⁴
Eneida Rejane Rabelo⁵

Objetivo: descrever os passos do processo de enfermagem descrito na literatura e investigar como este é realizado na rotina diária de um hospital geral. *Métodos:* Estudo transversal retrospectivo (maio/junho 2005) realizado em Porto Alegre, RS. Foram revisados prontuários de pacientes adultos admitidos em unidades cirúrgicas, clínicas e unidade de terapia intensiva para identificar os passos do processo de enfermagem realizados durante as primeiras 48 horas da admissão. O instrumento de coleta de dados foi elaborado de acordo com a literatura. *Resultados:* 302 prontuários foram avaliados. Registros de enfermagem e exame físico estavam descritos em mais de 90% dos prontuários revisados. O diagnóstico de enfermagem não foi encontrado em nenhum dos prontuários. Entre os passos realizados do processo, a prescrição foi a menos freqüente. A evolução dos pacientes foi registrada em mais de 95% dos prontuários. *Conclusão:* Todos os passos recomendados na literatura, exceto o diagnóstico de enfermagem são realizados na instituição pesquisada.

DESCRITORES: processos de enfermagem; cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem

NURSING PROCESS: FROM LITERATURE TO PRACTICE. WHAT ARE WE ACTUALLY DOING?

Objectives: To describe the steps of the nursing process as prescribed in the literature and to investigate the process as actually applied in the daily routine of a general hospital. *Methods:* Cross-sectional retrospective study (May/June 2005), performed in a hospital in Porto Alegre, RS. Medical records of adult patients admitted to a surgical, clinical or intensive care unit were reviewed to identify the nursing process steps accomplished during the first 48h after admission. The form for data collection was structured according to other reports. *Results:* 302 medical records were evaluated. Nursing records and physical examination were included in over 90% of them. Nursing diagnosis was not found in any of the records. Among the steps performed, prescription was the least frequent. Evolution of the case was described in over 95% of the records. *Conclusions:* All nursing steps recommended in the literature, except for diagnosis, are performed in the research institution.

DESCRIPTORS: nursing process; nursing care; nursing diagnosis

PROCESO DE ENFERMERÍA: DE LA LITERATURA A LA PRÁCTICA. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO, DE HECHO?

Objetivo: describir los pasos del proceso de la enfermería descrito en la literatura e investigar como este es realizado en la rutina diaria de un hospital general. *Métodos:* Estudio transversal retrospectivo (mayo/junio 2005) realizado en Porto Alegre, RS. Fueron revisadas fichas de pacientes adultos admitidos en unidades quirúrgicas, clínicas y unidades de terapia intensiva con la finalidad de identificar los pasos del proceso de enfermería realizados durante las primeras 48 horas de la admisión. El instrumento de recolección de datos fue elaborado de acuerdo con la literatura. *Resultados:* 302 fichas fueron evaluadas. Los registros de enfermería y examen físico estaban descritos en más de 90% de las fichas revisadas. El diagnóstico de enfermería no fue encontrado en ninguna de las fichas. Entre los pasos realizados en el proceso, la prescripción fue el menos frecuente. La evolución de los pacientes fue registrada en más de 95% de los fichas. *Conclusión:* Todos los pasos recomendados en la literatura, excepto el diagnóstico de enfermería son realizados en la institución investigada.

DESCRIPTORES: procesos de enfermería; atención de enfermería; diagnóstico de enfermería

¹Trabalho extraído de monografia de conclusão de curso de especialização; ²Enfermeira do Hospital Moinhos de Vento, Especialista em Enfermagem em Cardiologia, Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: simoni.enfa@hotmail.com; ³Mestre em Ciências da Saúde, Professor, Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: antonieta_moraes@uol.com.br; ⁴Especialista em Enfermagem em Cardiologia, Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: regis_chiarelli@hotmail.com, paganin@terra.com.br; ⁵Doutor em Ciências Biológicas, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, Professor do Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: rabelo@portoweb.com.br.

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é um método amplamente aceito e tem sido sugerido como um método científico para orientar e qualificar a assistência de enfermagem. Mais recentemente, o processo tem sido definido como uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, que é realizado por meio de cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução⁽¹⁻²⁾.

De acordo com as atuais normas americanas e canadenses a prática de enfermagem exige a utilização eficiente do processo de enfermagem e participação dos profissionais em atividades que contribuam para o desenvolvimento permanente de conhecimentos sobre esta metodologia⁽²⁾.

Existe uma demanda para estabelecer o processo de enfermagem na prática de cuidados de saúde em cada instituição, dentro de hospitais, assim como na comunidade como um todo. O processo de enfermagem deve ser estabelecido na prática em todas as instituições de saúde, em hospitais, assim como na saúde comunitária como um todo⁽³⁾.

Na prática, porém, nem todas as etapas são sistematicamente aplicadas. Estudos têm revelado dificuldades no estabelecimento e na utilização do processo de enfermagem nas instituições durante os últimos anos, no Brasil e em outros países⁽⁴⁻⁷⁾.

Um estudo conduzido na Europa testou a criação de um modelo validado de registros de enfermagem destinados a promover atendimento individual; os resultados mostraram limitações do processo de enfermagem realizado em conformidade com o modelo, em particular na identificação dos problemas apresentados pelos pacientes e, conseqüentemente, o diagnóstico e eventual intervenção. Um estudo conduzido no Reino Unido para avaliar se os dados obtidos a partir de registros de enfermagem poderiam ser fielmente usados para identificar intervenções para os pacientes que haviam sofrido infarto agudo do miocárdio ou uma fratura da cabeça do fêmur, mostrou que os registros analisados de enfermagem não fornecem uma imagem adequada dos pacientes "necessidades de intervenções de enfermagem"⁽⁸⁾. Resultados semelhantes foram relatados por outros autores⁽⁴⁾.

Uma recente investigação dos passos do processo de enfermagem efetivamente implementados

na rotina de um hospital universitário mostrou que todas as etapas foram realizadas. No entanto, os problemas foram identificados na etapa do diagnóstico de enfermagem, envolvendo o registro do histórico e implementação das prescrições. A evolução dos resultados esperados, em particular, não foi devidamente registrada⁽⁹⁾.

Especificamente visando investigar as fases do processo de enfermagem utilizada na prática de um hospital universitário no Brasil, os autores identificaram a execução de todas as fases. No entanto, a existência de falhas foi demonstrada entre os diagnósticos de enfermagem, histórico dos pacientes, bem como a aplicação da prescrição de enfermagem sem o registro da evolução dos resultados esperados⁽⁹⁾. Resultados semelhantes também foram demonstrados em um estudo publicado em 2006 durante a implementação do diagnóstico de enfermagem, no qual os sujeitos da pesquisa indicaram dificuldades no desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as fases, bem como a necessidade de mudanças para acelerar o processo de trabalho e otimizar a qualidade de ações no cuidado e educação⁽⁷⁾.

A aplicação efetiva do processo de enfermagem conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica. Com o objetivo de coletar informações para melhorar a assistência de enfermagem prestada atualmente, realizou-se um estudo transversal histórico para comparar as etapas do processo de enfermagem, efetivamente implementada na rotina diária de um hospital geral, com aquelas recomendadas na literatura.

MÉTODOS

Este transversal histórico baseado em dados obtidos dos prontuários dos pacientes nas primeiras 48 horas após a admissão em uma unidade cirúrgica, clínica ou unidade de terapia intensiva. O estudo foi realizado durante o mês de Maio e Junho de 2005, em um hospital geral de médio porte, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil e incluídos os dados registrados durante o segundo semestre de 2004. Registros de pacientes acima de 18 anos, internados para tratamento clínico ou cirúrgico, com pelo menos 48 horas de internação em unidade cirúrgica, clínica,

ou unidade de terapia intensiva, foram incluídos no estudo. Os dados obtidos dos pacientes nas três diferentes unidades foram comparados para avaliar a execução do processo de enfermagem conduzido pelos enfermeiros alocados nas unidades do hospital em estudo. O formulário utilizado para a coleta dos dados foi baseado na literatura⁽²⁾ e inclui os dados sobre a história clínica e exame físico completo. Neste estudo, foi definido que uma de avaliação sistemática cefalo-podálica⁽²⁾ deve ser realizada após a admissão e diariamente durante o período de internação. Os dados foram coletados por um mesmo profissional (SP), que é o enfermeiro encarregado do programa de educação continuada na instituição.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, e devido à impossibilidade de obtenção de consentimento informado de todos os pacientes, um termo de consentimento de utilização dos dados foi obtido a partir de prontuários médicos.

Tabela 1 – Características da amostra. Porto Alegre (RS), 2005

	Unidade Cirúrgica	Unidade Clínica	Unidade de Cuidados Intensivos	P
Pacientes (n)	105	99	98	
Idade (anos)	57 ± 18 ^a	66 ± 19 ^b	72 ± 16 ^c	<0,001
Período de internação hospitalar (dias)	6,33 ± 4,30 ^a	10,61 ± 8,50 ^b	26,06 ± 33,50 ^c	<0,001
Sexo masculino n (%)	39 (37,0)	41 (41,4)	53 (54,1)	0,043

^{a, b, c} diferença entre as médias (Teste de Tukey). As variáveis quantitativas, expressas em média ± desvio padrão e as variáveis categóricas expressas como n (%).

Etapas do processo de enfermagem

Os registros de enfermagem, embora incompletos, estavam presentes. Os resultados observados para cada unidade são descritos na Tabela 2. A etapa da investigação foi realizada em mais de 90% dos casos em todas as unidades. O exame físico, embora, não tão completo como recomendado na literatura, foi descrito em 98,7% dos registros. Usando a linguagem da taxonomia North American Nursing Diagnosis⁽¹⁰⁾, definiu-se o diagnóstico de enfermagem como problemas reais ou potenciais apresentados pelos pacientes e registrados nos prontuários. Entre as etapas do processo de enfermagem implementadas, a prescrição de enfermagem foi a menos frequentemente realizada durante as primeiras 48 h de internação em todos os grupos (74,8%), especialmente em unidades clínicas e cirúrgicas; evolução foi descrita em mais de 97% dos registros.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando-se o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 12.0. As variáveis categóricas foram descritas como frequência relativa (%), e comparado com o teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, e ANOVA, seguido pelos resíduos padronizados ajustados e pelo teste de Tukey. As variáveis quantitativas foram apresentadas como média e desvio padrão.

RESULTADOS

Um total de 302 registros de pacientes admitidos para unidade cirúrgica, clínica ou unidade de terapia intensiva (UTI) foram analisados. Na UTI os pacientes eram mais idosos e foram internados por períodos mais longos do que os pacientes de outras unidades. Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 2 – Etapas do processo de enfermagem registradas nos prontuários. Porto Alegre (RS), 2005

	Unidade Cirúrgica n=105	Unidade Clínica n=99	UTI n=98	*P
História	97 (92,4)	94 (94,9)	97 (99,0)	0,049
Exame físico	103 (98,1)	98 (99,0)	97 (99,0)	0,000
Prescrição	71 (67,6)	61 (61,6)	94 (95,9)	< 0,001
Evolução	104 (99,0)	97 (98,0)	95 (96,9)	0,545

As variáveis categóricas expressas como n(%). * teste Qui-quadrado.

Investigação

A Tabela 3 detalha os itens mais frequentemente observados na história dos pacientes. Os dados relacionados à cor da pele, profissão, religião, queixa principal, história familiar e social, hábitos de vida, sono e repouso, atividade física e hábitos alimentares - não foram diferentes entre as três unidades avaliadas (dados não demonstrados). Dados para identificação do paciente, não foram incluídos em 21% dos registros de pacientes em unidades clínicas, diferentemente dos registros da UTI

(2%) ($P < 0,001$). Dentre os registros que continham esta informação, o nome do paciente estava faltando em 50,5% dos registros da unidade cirúrgica. A queixa principal foi menos registrada nos prontuários dos pacientes cirúrgicos. Apenas um registro de história

familiar foi observado entre os registros analisados. Apenas 19,4% dos registros dos pacientes na UTI incluíam informações sobre medicações em uso pelo paciente; hábitos de vida foram descritos em apenas 20,4% deles.

Tabela 3 - Investigação (história) e exame físico. Porto Alegre (RS), 2005

	Unidade Cirúrgica n=105		Unidade Clínica n=99		UTI n=98		*P
	n	%	n	%	n	%	
Identificação	90	85,7	78	78,8	96	98,0	< 0,001
Nome	53	50,5	62	62,6	96	98,0	< 0,001
Idade	21	20,0	59	59,6	93	94,9	< 0,001
Sexo	9	8,6	31	31,3	2	2,0	< 0,001
Dados antropométricos	65	61,9	19	19,2	11	11,2	< 0,001
Completa história da doença atual	19	18,1	24	24,2	56	57,1	< 0,001
Incompleta história da doença atual	20	19,0	42	42,4	40	40,8	< 0,001
Queixa principal	75	71,4	87	87,9	75	76,5	0,014
Antecedentes clínicos	68	64,8	85	85,9	86	87,8	< 0,001
História cirúrgica anterior	72	68,6	62	62,6	53	54,1	< 0,103
História familiar	0	0	0	0	1	1,0	0,352
Drogas	89	84,8	77	77,8	19	19,4	< 0,001
Alergias	96	91,4	89	89,9	25	25,5	< 0,001
Transfusão de sangue	75	71,4	57	57,6	16	16,3	< 0,001
Hábitos de vida	94	89,5	91	91,9	20	20,4	< 0,001
Sedentarismo	94	89,5	85	85,9	20	20,4	< 0,001
Tabagismo	90	85,7	79	79,8	15	15,3	< 0,001
Alcoolismo	74	70,5	64	64,6	11	11,2	< 0,001
Drogas	64	61,9	58	58,6	10	10,2	< 0,001
Exame físico completo	3	2,9	3	3,0	3	3,1	< 0,001

As variáveis categóricas estão expressas como n (%); * Teste Qui-quadrado

O exame físico

Nós comparamos o exame físico realizado após a admissão, como parte da etapa da investigação, com o exame físico diário que compõe a etapa de evolução. Conforme demonstrado na figura 1, o processo foi igualmente realizado durante ambas as fases. Nesta etapa, os dados relativos ao sistema cardiovascular e mucosas foram menos avaliados.

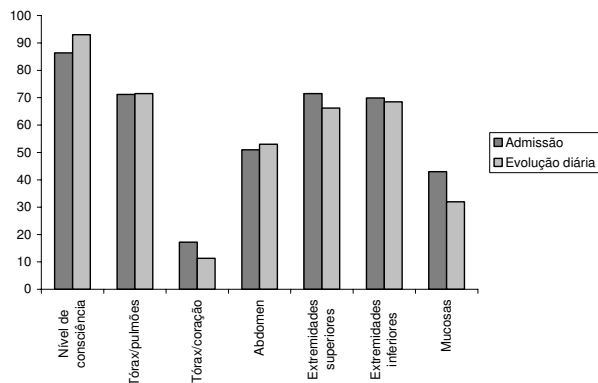


Figura 1 - Comparação do exame físico realizado durante o registro de enfermagem na admissão e evolução diária

Prescrição

Apenas 25% dos pacientes em unidades cirúrgicas tinham um plano de cuidados adaptados às suas necessidades, e isto foi demonstrado com uma frequência maior nos pacientes em unidades clínicas e mais completa em UTI. Estes e outros resultados estão apresentados na Figura 2.

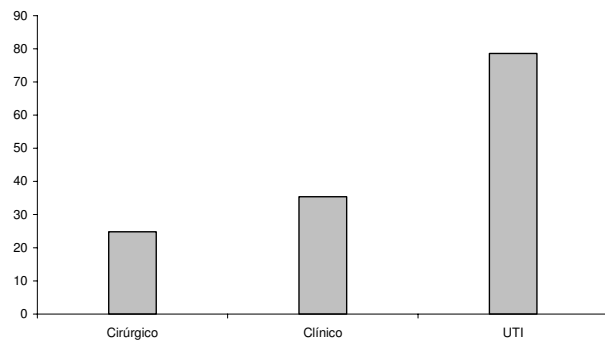


Figura 2 - As prioridades estabelecidas diariamente na prescrição de enfermagem

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados no presente estudo estão de acordo com estudos anteriores sobre deficiências na prática envolvendo a implementação do processo de enfermagem. Na instituição onde este estudo foi realizado, com exceção da etapa do diagnóstico, todas as outras fases do processo de enfermagem preconizado na literatura foram realizados, embora, não tão completa como se esperava.

Uma revisão recente investigou a relação entre a publicação dos resultados da investigação e do processo de enfermagem, identificando entre os dados publicados uma preocupação com as normas de linguagem e terminologia específica relacionada aos métodos deste processo⁽¹¹⁻¹²⁾. Na Inglaterra, um estudo sobre o aparente conflito entre as expressões “diagnóstico de enfermagem” versus “problema de enfermagem”, revelou que essa etapa do processo de enfermagem, na qual os planos de cuidados são baseados, é uma fase crítica que corresponde ao produto final da coleta e organização dos dados⁽¹¹⁾. Uma recente revisão americana indicou que os diagnósticos de enfermagem refletem a avaliação clínica do enfermeiro, com base em ações de vigilância constante, reconhecendo os riscos e monitorando os resultados⁽¹³⁾. Em um estudo retrospectivo canadense que teve por objetivo investigar os fatores associados à realização do diagnósticos de enfermagem, os resultados indicaram que os enfermeiros tendem a registrar os diagnósticos em instituições que têm um programa formal de educação continuada e planos de cuidados informatizados⁽¹⁴⁾. No Brasil, um estudo conduzido para investigar a realização e registro das etapas do processo de enfermagem identificou que o diagnóstico de enfermagem mais freqüente em todas as unidades foi o risco de infecção e mostrou que relativas as fases do processo de enfermagem, as etapas menos registradas foram o diagnóstico e histórico de enfermagem. A importância da organização prévia dos dados coletados para permitir diagnósticos precisos para qualificar o cuidado de enfermagem foi enfatizada no presente estudo⁽⁹⁾.

Como mencionado anteriormente, na presente investigação demonstrou-se deficiências na coleta de dados dos registros de enfermagem e ausência da etapa do diagnóstico. Esta deficiência pode ser devida à falta de avaliação clínica dos dados

relativos à história do paciente e o exame físico registrada pelo enfermeiro ou, provavelmente, à falta de conhecimento sobre como usar este passo durante a prática da investigação na instituição.

Outras deficiências envolvendo informações adicionais sobre registros de enfermagem incluem registro incompleto de dados, tais como a identificação do paciente, história da doença atual, doenças anteriores e familiares, e exame físico, que estava incompleto em particular para a avaliação das mucosas e função cardiovascular. O registro do exame físico também foi deficiente, e a ausculta cardíaca e pulmonar não foram registradas. O exame físico, combinado com o histórico de saúde, fornecem a base para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Esses elementos são críticos para a qualidade deste processo⁽¹⁵⁾. Um estudo recente realizado no Brasil para apoiar a sistematização do atendimento em um hospital universitário indicou que o nível dos docentes tem conseqüências diretas na qualidade profissional dos enfermeiros, resultando em abordagens mais científicas, organizadas e sistemáticas dos cuidados de saúde. Estas observações reforçam a importância de que os professores responsáveis pela educação dos enfermeiros devam atribuir uma melhoria dos aspectos relacionados com a semiologia⁽¹⁶⁾. Os resultados obtidos no presente estudo indicam que o registro do exame físico incompleto é comum. Estes achados sugerem deficiências da equipe de enfermagem quanto a semiotécnica, tais como a inspeção, palpação, percussão e ausculta. Além disso, observou-se que o formulário padrão utilizado na instituição para a coleta de dados é deficiente em conteúdo de registros de enfermagem, especialmente para informações específicas sobre o histórico familiar e exame físico. Esta informação é uma importante contribuição para implementação futura de um processo de enfermagem eficaz.

As deficiências observadas relativas ao registro dos antecedentes familiares poderiam implicar na avaliação de doenças cardiovasculares e oncológicas, entre outros, mas que não foi evidente no presente estudo. Alguns estudos têm sugerido que as dificuldades em concluir a completa descrição dos registros de enfermagem estão relacionadas ao tempo dispendido nesta tarefa⁽⁹⁾. Observamos que os estudos de enfermagem na qual os registros são avaliados para as etapas do processo de enfermagem, estes conteúdos não foram avaliados^(6,9), de modo

que os resultados acima podem ser atribuídas à falta de instrumentos padronizados de coleta de dados, que não contemplam todos os conteúdos destas etapas. Neste contexto, um estudo americano realizado para avaliação da eficiência dos cuidados de saúde e seu impacto sobre os custos e a qualidade do serviço mostrou que existe a necessidade de criar uma estrutura comum, que represente as informações essenciais relativas aos cuidados, terminologias de referência, modelos de informação e padrões informatizados⁽¹²⁾.

Atualmente é de consenso que o processo de enfermagem no Brasil, Estados Unidos e Canadá desenvolveu ferramentas, informatizadas ou não, para implementar esta metodologia na prática. Os dados apresentados no início da década de 1990 na Europa mostraram preocupações com a validação de ferramentas para instituir cuidados de enfermagem individualizados⁽⁵⁾. Registros eletrônicos podem fornecer uma contribuição significativa para a implementação bem sucedida do processo de enfermagem, particularmente se todas as fases são interligadas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Vários fatores podem interferir na implementação eficaz do processo de enfermagem. Dificuldades operacionais envolvidas na sistematização da assistência de enfermagem na prática, tais como a falta de conhecimento de todos os passos envolvidos no processo, número excessivo de tarefas para a equipe de enfermagem, a má qualidade da educação profissional e o relato insuficiente sobre o exame físico relacionado à doença estão entre esses fatores. A prática de enfermagem também é frequentemente ligada ao desempenho de atividades técnicas e burocráticas, em detrimento do processo de enfermagem⁽⁹⁾. Estudos indicam que

quando este método não é utilizado, problemas como a má qualidade dos cuidados de saúde, ausência de uma atividade sistemática em serviço, pouco reconhecimento das atividades de enfermagem dentro do ambiente hospitalar podem estar presentes^(1,6,20). Uma recente revisão da sistematização do processo de enfermagem indica que o conhecimento da estrutura institucional, suas demandas e facilidades são requisitos básicos para iniciar este desafio⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que os registros de enfermagem e o exame físico foram realizados em mais de 90% dos casos. O diagnóstico de enfermagem foi a única etapa não registrada em qualquer dos prontuários. Observou-se que o exame físico é pouco descrito, particularmente quanto ao sistema cardiovascular e respiratório. Estes resultados mostram que a sistematização da assistência de enfermagem nesta instituição está presente nas atividades diárias da equipe de enfermagem. A comparação entre as unidades permitiu a identificação das diferenças de informações teóricas e práticas, cuja falta prejudica a aplicação do processo de enfermagem. A literatura apóia a idéia de que o desenvolvimento de ações com base em um referencial teórico torna mais fácil de instalar e implementar o processo de enfermagem na assistência em unidades hospitalares. Programas para treinar, melhorar e atualizar os enfermeiros podem, assim, ser executados imediatamente. Estes dados são muito importantes para o planejamento das ações futuras, tendo em vista a aplicação do processo de enfermagem eficaz na nossa e em outras instituições.

REFERÊNCIAS

1. Munro N. Evidence-based assessment: no more pride or prejudice. AACN Clin Issues 2004; 15(4):501-5.
2. Alfaro-Lefevre R. Nursing Process Overview. In: Kogut H, editor. Applying Nursing Process. 6 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 4-41.
3. Vaz AF, Macedo DD, Montagnoli ETL, Lopes MHB, Grion RC. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de um instrumento para registro. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(3):288-97.
4. Davis BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. J Adv Nurs 1994; 19(5):960-8.
5. Ehrenberg A, Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. J Adv Nurs 1996; 24:853-67.
6. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm 2005; 58(5):568-72.
7. Lima AFC, Kurcgart P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Esc Enfermagem USP 2006; 40(1):111-6.
8. Hale CA, Thomas LH, Bond S, Todd C. The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. J Clin Nurs 1997; 6:207-14.
9. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enfermagem 2005; 58(3):325-9.

10. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
11. Hogston R. Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. *J Adv Nurs* 1997; 26:496-500.
12. Mass ML, Delaney C. Nursing Process Outcome Linkage Research - Issues, Current Status, and Health Policy Implications. *Medical Care* 2004; 42(2):40-8.
13. Meyer G, Lavin MA. Vigilance: the essence of nursing. *Online J Issues Nurs* 2005;10(3):8.
14. Higuchi KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nurs Diagn* 1999;10(4):137-47.
15. Rasmor M, Brown CM. Physical examination for the occupational health nurse: skills update. *AAOHN J* 2003; 51(9):390-401.
16. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enfermagem* 2005; 58(3):261-5.
17. Lucena AF, Barros ALBL. Nursing diagnoses in a brazilian intensive care unit. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006; 17:139-46.
18. Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC. Novice to expert. *J Nurs Adm.* 2006 2006; 36(3):118-25.
19. Sperandio DJ, Évora YDM. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. *Rev Latino- am Enfermagem* 2005; 13(6):937-43.
20. Hedberg B, Larsson US. Environmental elements affecting decision-making process in nursing practice. *J Clin Nurs* 2003; 13:316-24.
21. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enfermagem* 2006; 59(5):675-9.