



ARTIGO DE PESQUISA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOCUMENTADOS EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING DIAGNOSIS DOCUMENTED IN PATIENTS' RECORDS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DOCUMENTADOS EN ARCHIVOS DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Guilherme Santos Ramos¹, Lucas Carvalho Santana¹, Paulo Henrique da Cruz Ferreira², Tânia Couto Machado Chianca³, Helisamara Mota Guedes⁴

RESUMO

Estudo descritivo e documental que objetivou analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem em relação ao tempo de permanência e evolução clínica de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um município de Minas Gerais. Foram analisados 240 prontuários, identificados 4.130 títulos de diagnósticos de enfermagem, média de 18 títulos diagnósticos por paciente. O título diagnóstico mais frequente foi risco de infecção (100%), seguido de risco de integridade da pele prejudicada (95%), risco de desequilíbrio de volume de líquido (90%), risco de alteração da nutrição: menos do que o corpo necessita (89%) e *déficit* no autocuidado (84%). A média de permanência dos diagnósticos de enfermagem nos pacientes foi de quatro dias, variando entre um e 42 dias. Foram identificadas diferenças significativas para nove (13,6%) diagnósticos de enfermagem identificados segundo a evolução clínica dos pacientes. Todos esses diagnósticos de enfermagem foram reais. O estabelecimento do perfil de diagnósticos de enfermagem contribui para se conhecer a demanda de cuidados de enfermagem, demonstrando preocupação com os aspectos de prevenção de problemas que devem ser valorizados pela equipe. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Unidades de terapia intensiva; Enfermagem.

ABSTRACT

A descriptive and documentary study that aimed to analyze the nursing diagnoses profile in relation to length of stay and clinical progress of patients admitted to Intensive Care Unit of a Minas Gerais city. 240 patients' records were analyzed. It was identified 4130 nursing diagnoses labels, average of 18 diagnoses labels per patient. The most frequent diagnosis label was risk of infection (100%), followed by risk of impaired skin integrity (95%), risk of imbalance fluid volume (90%), risk of altered nutrition: less than body needs (89%) and self-care deficit (84%). The average length of stay of the nursing diagnoses in patients was 4 days, ranging between 1 and 42 days. Significant differences were identified in 9 (13.6%) nursing diagnoses according to patient clinical progress. All these nursing diagnoses were real. Knowing the profile of nursing diagnoses contributes to meet the demand for nursing care, demonstrating concern about aspects of problems prevention that should be valued by staff. **Descriptors:** Nursing diagnosis; Nursing care; Intensive care units; Nursing.

RESUMEN

Estudio descriptivo y documental tiene como objetivo analizar el perfil de los diagnósticos de enfermería en relación a la longitud de la estancia y el resultado de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de una ciudad en Minas Gerais. Se analizaron 240 historias clínicas. Se identificaron 4130 títulos diagnósticos de enfermería, un promedio de 18 títulos de diagnósticos por paciente. El título diagnóstico más frecuente fue el riesgo de infección (100%), seguido por el riesgo de deterioro de la integridad de la piel (95%), el riesgo de desequilibrio de volumen de líquido (90%), el riesgo de alteración de la nutrición: menos de las necesidades del cuerpo (89%) y el *déficit* de autocuidado (84%). La estancia media de los diagnósticos de enfermería en pacientes fue de 4 días, oscilando entre 1 y 42 días. Se identificaron diferencias significativas en 9 (13,6%) diagnósticos de enfermería de acuerdo con el progreso clínico de pacientes. Todos estos diagnósticos de enfermería eran reales. El perfil de los diagnósticos de enfermería contribuye a satisfacer la demanda de cuidados de enfermería, lo que demuestra la preocupación por los aspectos de la prevención de los problemas que deben ser valorados por el personal. **Descriptor:** Diagnóstico de enfermería; Atención de enfermería; Unidades de terapia intensiva; Enfermería.

¹Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). ²Enfermeiro Assistencial da Santa Casa de Caridade de Diamantina. ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. ⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFVJM.

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico utilizado no cuidado de enfermagem de pacientes e que inclui, além de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação⁽¹⁾. Na fase do DE, estabelecem-se as necessidades/problemas identificadas a partir de um julgamento clínico sobre as respostas da pessoa a problemas de saúde atuais e potenciais⁽²⁾ direcionado para o planejamento da assistência de enfermagem com o intuito de atender às necessidades de saúde do paciente pela organização e sistematização de ações necessárias de modo a implementar uma assistência humanizada⁽¹⁾.

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tem desenvolvido um sistema conceitual para classificar os diagnósticos de enfermagem em uma taxonomia. A taxonomia II da NANDA 2009/2011 possui 13 domínios, 47 classes e 201 títulos diagnósticos⁽³⁾. A taxonomia dos diagnósticos da NANDA-International (NANDA-I) é um exemplo de uma das melhores fontes disponíveis de ciência da enfermagem categorizada para uso da prática⁽⁴⁾.

Um estudo para identificar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) concluiu que eles favorecem o desenvolvimento de conhecimentos e trazem como consequência a prestação de uma assistência de enfermagem com qualidade e humanizada⁽⁵⁾. Assim, estudos para acompanhar a evolução dos diagnósticos e as respostas às prescrições de enfermagem são necessários⁽⁶⁾. Os DE subsidiam o planejamento das ações de enfermagem, indicando áreas onde a assistência deve ser

priorizada, além de determinar ações de enfermagem que devem ser realizadas durante a permanência do paciente no hospital⁽²⁾.

O local de estudo desta pesquisa foi uma UTI de um hospital do interior de Minas Gerais que utiliza as diversas etapas do PE desde 2009. O PE tem fornecido subsídios para a identificação dos problemas do paciente que são passíveis de assistência resolutiva da enfermagem. Na unidade, têm sido utilizadas linguagens próprias de enfermagem, o que tem facilitado a implementação do PE determinado pela Resolução de n° 358/2009 do COREN⁽¹⁾.

Assim, considera-se que, neste momento, um levantamento de perfil dos DE que permanecem mais dias nos pacientes, assim como a relação desses DE com o desfecho clínico (óbito, alta ou transferência) pode possibilitar conhecer as demandas de atendimento por parte da equipe de enfermagem, colaborando para o provimento e previsão de recursos humanos e materiais necessários à promoção da assistência com qualidade e de forma direcionada.

Assim, este estudo teve o objetivo de analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem, descritos na taxonomia II da NANDA 2009-2011, em relação ao tempo de permanência e à evolução clínica de pacientes internados na UTI de um município de Minas Gerais.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e documental, realizado em prontuários de pacientes internados na UTI de um hospital filantrópico em um município do interior de Minas Gerais. A unidade possui dez leitos e uma equipe multiprofissional de quatro enfermeiros, 20 técnicos/auxiliares de

enfermagem, dez médicos e dois fisioterapeutas.

O Processo de Enfermagem desenvolvido na unidade é composto por cinco etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados. O referencial teórico selecionado para guiar as etapas do PE é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta. A coleta de dados é feita em um instrumento padrão que consta de histórico de enfermagem e exame físico. O instrumento para registro de DE contém 67 diagnósticos de acordo com a taxonomia II da NANDA 2009-2011. Estes foram estabelecidos a partir de reuniões com os enfermeiros da unidade que identificaram os diagnósticos mais prevalentes na UTI conforme a prática vivenciada. As intervenções são feitas para cada diagnóstico elaborado e a unidade possui um roteiro das principais intervenções por diagnóstico na UTI, também construído juntamente com os membros da equipe de enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro planeja as prescrições de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente. A avaliação do paciente é feita diariamente, assim como as outras etapas do processo de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada em prontuários de pacientes internados na UTI. O cálculo amostral foi baseado em uma população de 594 pacientes internados entre março de 2009 e março de 2010, para os quais havia registro de todas as etapas do PE nos prontuários. A amostra calculada foi de 240 pessoas⁽⁷⁾, considerando 5% de erro de estimativa amostral.

Foi estabelecido um sistema de contagem para determinar o critério de seleção dos prontuários. Primeiramente, sorteou-se o primeiro número e, em seguida, pularam-se dois prontuários. A escolha desses números não foi aleatória, e sim o resultado

da razão entre o número total da população pelo número de prontuários analisados ($594/240=2,475$). Esse processo foi repetido até completar a amostra de 240 prontuários de pacientes internados na unidade no período.

Foi desenvolvida uma planilha para transcrição dos DE e dos dados demográficos e clínicos dos pacientes como sexo, idade, diagnóstico médico e evolução clínica. A evolução clínica considerada foi óbito, alta da UTI ou transferência.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequências absolutas e percentual. O teste de qui-quadrado de Pearson foi aplicado na análise comparativa de variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o número 2.353, sendo respeitada a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que rege sobre pesquisas em seres humanos, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Foram resguardados o sigilo e o anonimato dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes estudados, 78 (32,5%) eram do sexo feminino e 162 (67,5%) do masculino. A média de idade encontrada foi 55 anos, variando entre 12 e 99 anos de idade, 101 (42,2%) equivale a pacientes com idade igual ou maior a 60 anos.

A faixa etária dos pacientes assistidos na UTI foi diversificada, predominando uma população de idosos. Nos últimos anos, a idade média dos pacientes em UTI tem aumentado significativamente e não será diferente com o envelhecimento da população

em geral⁽⁶⁾. Estima-se que, em 2050, pessoas acima de 65 anos de idade correspondam a cerca de 20% da população brasileira⁽⁸⁾, o que implica maior número de internações de pessoas nessa faixa etária^(2,8).

Pacientes do sexo masculino foram predominantes nas internações hospitalares naquela UTI. Observa-se que homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde que as mulheres e também morrem mais do que estas^(9,10).

Para os 240 pacientes, foram formulados 4.477 DE média de 18 títulos diagnósticos por paciente. Após exclusão das repetições, encontraram-se 66 (98,5%) diagnósticos de enfermagem entre os 67 contidos na planilha utilizada na unidade. Entre os DE constantes no instrumento, o

único que não formulado pelos enfermeiros foi o de incontinência intestinal. Encontrou-se que 15 DE foram atribuídos para mais de 120 pacientes (50%). Não foram formulados outros diagnósticos que não estivessem contemplados no instrumento.

A média de 18 DE por paciente foi superior à encontrada em outros estudos em que a média identificada é de 8,5⁽⁶⁾ e de 5⁽¹¹⁾ DE por paciente. A justificativa para esse número mais elevado de diagnóstico pode ter sido devido à facilidade no uso do instrumento, do tipo *check list*, que agiliza a identificação dos problemas de enfermagem.

Os pacientes apresentaram 87 diagnósticos médicos. Os mais prevalentes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Motivo da internação dos pacientes segundo diagnósticos médicos. Diamantina - MG, 2011.

Diagnósticos Médicos	Pacientes	
	N	%
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	44	18,30
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	27	11,30
Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)	18	7,50
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	15	6,30
Politraumatismo	7	2,90
Insuficiência Renal Aguda	6	2,50
Pneumonia	6	2,50
Síndrome Coronariana Aguda	5	2,10
Síndrome Coronariana Aguda - Infarto Agudo do Miocárdio	5	2,10
Trauma Raquimedular	4	1,70

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à evolução dos pacientes, 115 (47,9%) foram a óbito, 122 (50,8%) obtiveram alta da UTI e três (1,3%) foram transferidos para outra instituição de saúde.

Verifica-se que o número de óbitos nas internações na unidade tem se aproximado da metade das admissões, uma vez que, da totalidade das internações, 115 (47,9%) pessoas vieram a falecer. Os desfechos clínicos em UTIs têm sido estudados encontrando-se um índice de mortalidade que

varia entre 24 e 47,5%⁽¹²⁾. Esse fato pode ser explicado em função da maior gravidade dos pacientes.

A média de permanência dos diagnósticos de enfermagem foi de quatro dias, variando entre um e 42 dias. Foi realizada uma comparação entre o perfil de DE e o número mínimo e máximo de dias que o diagnóstico esteve presente em cada paciente (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes em pacientes internados na UTI por tempo de permanência dos DE. Diamantina - MG, 2011.

Diagnósticos de Enfermagem	Pacientes		Tempo de Permanência (dias)		
	N	%	Min	Máx	DP
Risco de infecção	240	100,0	1	42	3,7
Risco de integridade da pele prejudicada	228	95,0	1	16	3,0
Risco de desequilíbrio do volume de líquido	221	90,1	1	36	3,5
Risco de alteração da nutrição menos do que o corpo necessita	214	89,2	1	15	3,1
Déficit no autocuidado	203	84,5	1	16	3,2
Mobilidade física prejudicada	194	80,8	1	23	3,4
Risco de débito cardíaco diminuído	192	80,0	1	25	3,2
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	190	79,2	1	13	3,0
Risco de síndrome do estresse por mudança	190	79,2	1	17	3,0
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	188	78,3	1	16	2,9
Perfusão tissular renal ineficaz	184	76,6	1	7	0,8
Padrão respiratório ineficaz	153	63,7	1	11	2,9
Risco de aspiração	146	60,8	1	11	3,0
Mucosa oral prejudicada	142	59,2	1	16	3,0
Ansiedade	139	57,9	1	8	1,8

Fonte: Dados da pesquisa.

A média de permanência dos diagnósticos de enfermagem variou entre um e 42 dias. Observa-se que os diagnósticos de risco foram os que permaneceram nos pacientes por um período maior de dias.

O fato de os enfermeiros formularem diagnósticos de risco para os seus pacientes reforça o valor da utilização do processo de enfermagem na gestão dos riscos, sendo de suma importância a realização de ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde das pessoas, a fim de evitar que esses fatores de risco se transformem em problemas reais⁽¹³⁾.

Entre os DE formulados, o de risco de infecção foi estabelecido para 100% dos pacientes críticos internados. Essa porcentagem também foi encontrada em estudo realizado em uma UTI de Belo Horizonte-MG⁽⁶⁾ e também do interior do Estado de São Paulo⁽¹⁰⁾. Atribui-se esse fato ao ambiente de risco de UTIs, além das severas condições crônicas de saúde a que os pacientes estão submetidos.

Identificou-se, em relação à resolutividade, que os DE de risco de desequilíbrio do volume de líquido, risco de débito cardíaco diminuído e mobilidade física prejudicada permaneceram por mais dias nos pacientes. Não foram encontrados estudos em

que o tempo de permanência de diagnósticos de enfermagem foi avaliado.

Os DE identificados e com elevado índice de ocorrência foram: risco de integridade da pele prejudicada e risco de desequilíbrio de volume de líquido, corroborando estudo realizado em uma UTI em Fortaleza, Ceará, que encontrou em 100% dos pacientes os referidos diagnósticos⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado em uma UTI em São Paulo encontrou em 100% dos pacientes o DE *déficit* no autocuidado. Os enfermeiros consideraram que os pacientes apresentavam capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades diárias, como alimentar-se, vestir-se e arrumar-se, demandando mais recursos humanos no cuidado desses pacientes⁽⁵⁾. Um estudo realizado em unidades de reabilitação demonstrou que pacientes na faixa etária de 60 anos ou mais, vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), apresentavam mobilidade física prejudicada (90%). Além de o indivíduo com mobilidade física prejudicada poder desenvolver limitação no movimento físico corporal, ele se torna inapto em mover-se livremente, estando sujeito a ser acometido por outros problemas de saúde. Dependendo da duração dessa limitação, o indivíduo torna-se prejudicado nas suas relações sociais, tendo *déficit*

significativo no autocuidado, tornando-se dependente para realização das atividades do cotidiano⁽¹⁵⁾.

Os diagnósticos que tiveram uma frequência entre 10 e 50% dos pacientes foram: 114 (47,5%) - conhecimento deficiente sobre a doença, 112 (46,6%) - comunicação verbal prejudicada, 110 (45,8%) - isolamento social, 97 (40,4%) - risco de glicemia instável, 96 (40,0%) - risco de autoestima baixa, 86 (35,8%) - troca de gases prejudicada, 74 (30,8%) - integridade da pele prejudicada, 71 (29,6%) - deglutição prejudicada, 66 (27,5%) - dor, 59 (24,6%) - desobstrução ineficaz de vias aéreas, 53 (22,1%) - conhecimento deficiente sobre o tratamento, 53 (22,1%) - distúrbio na imagem corporal, 45 (18,7%) - débito cardíaco diminuído, 35 (14,5%) - perfusão tissular periférica ineficaz, 35 (14,5%) - resposta disfuncional ao desmame ventilatório, 34 (14,2%) - perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz, 34 (14,2%) - capacidade adaptativa intracraniana diminuída, 33 (13,75%) - perfusão tissular cerebral ineficaz, 32 (13,3%) - adaptação ineficaz, 30 (12,5%) - confusão e

27 (11,2%) - nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais.

Os 4.477 DE formulados referem-se a problemas identificados pelos enfermeiros em respostas humanas relacionadas às alterações psicossociais (902 - 20,1%), sistema cardiovascular (515 - 11,5%), sistema respiratório (479 - 10,7%), alterações cutâneo/mucosa (465 - 10,4%), sistema renal (452 - 10,1%), distúrbios gastrointestinais (368 - 8,3%), termorregulação (232 - 5,2%), sistema nervoso (216 - 4,8%) e para diagnósticos diversos (848 - 18,9%). A categoria de diagnósticos diversos foi criada pelos enfermeiros e consta de risco de infecção, déficit no autocuidado, mobilidade física prejudicada, risco de glicemia instável, dor, risco de traumas/quedas, autocontrole ineficaz da saúde, risco de resposta alérgica ao látex e recuperação cirúrgica retardada.

Foram identificadas diferenças significativas para nove (13,6%) DE identificados segundo a evolução clínica dos pacientes (Tabela 3). Todos esses diagnósticos de enfermagem são reais.

Tabela 3 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem segundo a evolução clínica do pacientes. Diamantina - MG, 2011.

Diagnóstico de Enfermagem	Evolução clínica do paciente						Total	Valor de p
	Óbito		Alta		Transferência			
	n	%	n	%	n	%		
Isolamento Social/Risco	29	30,2	65	67,8	2	2,0	96	<0,001
Débito Cardíaco Diminuído	29	64,4	14	31,2	2	4,4	45	<0,001
Perfusão Tissular Cardio Pulmonar Ineficaz	20	58,8	13	38,3	1	2,9	34	<0,001
Medo	6	37,5	9	56,2	1	6,3	16	<0,001
Fadiga	5	41,6	6	50,1	1	8,3	12	0,005
Nutrição Desequilibrada mais do que as necessidades corporais	4	36,3	6	54,5	1	9,2	11	0,039
Insônia	6	54,5	4	36,5	1	9,0	11	0,005
Enfrentamento ineficaz	2	22,2	4	44,5	3	33,3	9	<0,001
Recuperação Cirúrgica retardada	4	57,1	2	28,5	1	14,4	7	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Os diagnósticos de enfermagem encontrados na UTI em mais de 50% dos pacientes são os diagnósticos de risco e reais, não sendo identificados DE de bem-estar^(6,11), dados corroborados no presente estudo. A

assistência de enfermagem deve priorizar a resolução dos diagnósticos reais, que são as respostas humanas a condições de saúde. Os diagnósticos de riscos são situações em que se identificam problemas que devem ser

amenizados/evitados durante a assistência de enfermagem na UTI. Os enfermeiros naquela UTI não formularam diagnósticos de bem-estar provavelmente devido à gravidade do estado clínico dos pacientes, porém estes devem ser estimulados nas clínicas de internação e no domicílio a partir do planejamento da assistência, elaborada de forma controlar os riscos e preservar a segurança do paciente ⁽²⁾.

O cuidado da equipe multiprofissional em UTI é complexo e vários fatores podem interferir na evolução clínica dos pacientes. No presente estudo, encontrou-se associação entre os diagnósticos de enfermagem reais e a evolução clínica, o que reforça a importância de a equipe de enfermagem priorizar a resolução dos diagnósticos de enfermagem reais e da avaliação diária do paciente, já que um cuidado efetivo interferirá no desfecho final.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificaram-se 4.477 DE, média de 18 títulos diagnósticos por paciente. O índice de óbito superou os 40%, não diferindo dos estudos encontrados na literatura. Os pacientes foram acometidos por AVE, seguido de IAM e TCE, problemas que os levaram a ser internados na unidade. Os DE mais identificados nos pacientes foram risco de infecção, risco de integridade da pele prejudicada, risco de desequilíbrio de volume de líquido, risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, *déficit* no autocuidado e mobilidade física prejudicada.

Observa-se que em uma UTI os pacientes apresentam em maior proporção os DE reais e de risco, especialmente devido à sua gravidade clínica. Os diagnósticos de bem-estar não foram identificados e possivelmente irão aparecer nas outras clínicas de internação.

Considera-se como limitação do estudo o fato de os dados coletados representarem a realidade de apenas um hospital do interior de Minas Gerais, o que impossibilita a validade externa deste estudo. Sugere-se que outros estudos aprofundem na relação existente entre os DE e os desfechos clínicos (óbito, alta e transferência).

REFERÊNCIAS

- 1- Conselho Regional de Enfermagem (COFEN). Resolução n° 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Legislações e Normas.
- 2- Guedes HM, Santos WL, Nakatani AYK, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem na admissão e alta hospitalar de idosos. Rev. enferm. UERJ. 2011 out/dez; 19(4):564-70.
- 3- NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed, 2013. 606p.
- 4- NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.453p.
- 5- Salomé MG. Diagnóstico de Enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Saúde Col. 2011;47(8):24-25.
- 6- Salgado PO, Chianca TCM. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(4):928-35.
- 7- Barbetta PA, Reis MM, Bornia AC. Estatística para curso de engenharia e informática. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. 378p.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva. Plano Nacional de

Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

9- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(3):565-574.

10- Guedes HM, Santos WL, Nakatani AYK, Santana RFS, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do do 685 segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):249-56.

11- Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, et al. Relations between nursing data colleon, diagnoses and prescriptions for adult patients at an intensive care unit. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2008;16(4):700-6.

12- Moraes RS, Fonseca JML, Leoni CBR. Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após Alta Hospitalar. Rev. Bras. Ter. Inten. 2005;17(2):80-84.

13- Lemos RX, Raposo SO, Coelho EOE. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. R. Enferm. Cent. O. Min. 2012; 2(1):19-30.

14- Oliveira MF; Freitas MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Enferm. 2009;62(3): 343-8.

15- Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP et al. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Rev. Esc. Enf. USP. 2010;44(3):753-8.

Recebido em: 18/06/2013
Versão final em: 10/08/2013
Aprovação em: 12/08/2013

Endereço de correspondência

Helisamara Mota Guedes
Endereço: Rua da Glória, n. 187, B: Centro,
Diamantina-MG. Brasil. CEP: 39100-000
E-mail: helisamaraguedes@gmail.com