



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais

Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes acometidos por infarto do miocárdio

Extraído de Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Denyse Luckwü Martins, Telma Ribeiro Garcia

RESUMO

Estudo descritivo, cujo objetivo foi o de estabelecer, à luz do modelo conceitual de Florence Nightingale, e tendo por base a taxonomia II da NANDA, um perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes acometidos por infarto do miocárdio, internados na Unidade de Terapia Intensiva de dois hospitais localizados no município de João Pessoa – PB. Foram incluídos na amostra 20 pacientes, para quem foram firmados 19 diferentes diagnósticos de enfermagem, entre os quais quatro alcançaram uma frequência alta ($\geq 75\%$ a 100%): Risco para infecção (90%), Padrão de sono perturbado (85%), Atividades de recreação deficientes (80%) e Débito cardíaco diminuído (75%).

Palavras-chave: Infarto do miocárdio; diagnóstico de enfermagem; processos de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O infarto do miocárdio é a necrose do tecido cardíaco, devido ao deficiente suprimento sangüíneo, provocado pela obstrução de um vaso coronariano por um trombo ou por estenose, causando destruição do tecido miocárdico e comprometendo fisiologicamente todo o organismo, em conseqüência de um desequilíbrio entre a demanda e o consumo de oxigênio (BARBIERI, 2002).

Estudos epidemiológicos demonstram que existem fatores de risco que podem preceder ou acompanhar o início da doença cardíaca. Cinco fatores de risco (tabagismo, pressão arterial elevada, colesterol sangüíneo elevado, hiperglicemia e certos padrões comportamentais) têm merecido uma grande atenção por parte dos programas de promoção em saúde, sendo considerados como principais o tabagismo e a hipertensão (SMELTZER; BARE, 1999).

Atualmente, o infarto do miocárdio representa um grave problema de saúde pública mundial, haja vista o crescente número de casos novos. No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) constatou que, no ano de 1999, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de morte no país (32%), com maior incidência em indivíduos com 40 anos de idade ou mais. Na Paraíba, no ano de 1999, ocorreram 556 óbitos por doença isquêmica do coração, sendo 148 casos no município de João Pessoa.

No que diz respeito à distribuição segundo o sexo percebe-se, atualmente, um aumento no número de casos de infarto do miocárdio em mulheres, em virtude, principalmente, de sua crescente inserção em um mercado de trabalho competitivo, com conseqüente dupla jornada de trabalho, visto que continua sendo, predominantemente, a principal responsável

pela lida doméstica. De acordo com dados estatísticos do Ministério da Saúde, constata-se uma redução na proporção do número de casos de infarto entre homens e mulheres; entretanto, na faixa etária a partir dos 80 anos de idade a proporção de casos é maior entre as mulheres (BRASIL, 2001).

A perspectiva em relação à qualidade e expectativa de vida após um infarto depende da extensão, da severidade e da existência de outras patologias associadas. O prognóstico é mais difícil em pessoas idosas, hipertensas, diabéticas ou portadoras de insuficiência cardíaca ou renal. O prognóstico quanto à qualidade e duração de vida depende não somente da gravidade do infarto como, também, de medidas preventivas adotadas pelo indivíduo (EYE, 2003).

Face à complexidade clínica apresentada pelos pacientes acometidos por infarto do miocárdio, percebe-se a necessidade e a importância de um instrumento metodológico para guiar a prática profissional da Enfermagem. Neste trabalho, o Processo de Enfermagem foi o instrumento metodológico adotado, por se acreditar que possibilita a identificação e avaliação das respostas dos pacientes à situação, de modo a implementar intervenções de enfermagem de forma rápida, objetiva e segura.

Justificada a importância do objeto de estudo e a forma de abordagem, necessário se faz justificar porque o desenvolvimento da pesquisa em UTI. Conforme é sabido, nessas unidades concentram-se os pacientes de maior complexidade clínica, que requerem atenção constante da equipe de saúde e, em especial, da equipe de enfermagem. Trata-se de um setor hospitalar especializado no atendimento a pacientes em estado crítico, através da centralização de recursos humanos e materiais, possibilitando assim, maior rapidez e eficácia nos cuidados prestados. Em geral, a UTI se caracteriza como uma unidade altamente

técnica, e o ambiente impessoal que predomina no setor pode influenciar o modo como a pessoa enfrenta a hospitalização e a doença. Os barulhos são constantes, tanto de equipamentos como de pessoas, perturbando a tranquilidade e o repouso dos pacientes, acarretando ou acentuando o estresse e, conseqüentemente, influenciando o processo restaurador de seu estado de saúde. Quando consciente, o paciente assiste situações críticas de outras pessoas lá internadas, estando sujeito a estímulos ambientais constantes. Além disso, fica isolado e mantém pouco ou nenhum contato com familiares e amigos, o que pode acarretar sentimentos de medo e de impotência. É cuidado por pessoas que lhe são estranhas, sem nenhuma autonomia para cuidar de si mesmo e sem nenhuma privacidade, não lhes sendo permitido realizar nenhuma atividade, incluindo sua própria higiene corporal.

O ambiente selecionado para desenvolvimento da pesquisa determinou a escolha do modelo conceitual que o embasaria – o modelo de Florence Nightingale. Apesar de Florence não ter utilizado formalmente, em sua época, os termos sistematização da assistência ou diagnóstico de enfermagem, enfatizava a necessidade de rigorosa observação sobre o estado de saúde dos indivíduos a fim de identificar seus problemas e selecionar a maneira e os recursos para intervir; e a necessidade de registrar detalhadamente os achados clínicos e os cuidados realizados (NIGHTINGALE, 1989).

No que diz respeito ao emprego dos diagnósticos de enfermagem para pacientes internados em UTI, Pasini et al. (1996) destacam que eles fornecem um perfil das necessidades de cuidados dessa clientela, a partir do qual é possível organizar o conhecimento na área e planejar a assistência de enfermagem, além de permitir comparações entre populações específicas de doentes. A crença de que a

aplicação do Processo de Enfermagem pode colaborar na melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes com infarto do miocárdio internados em UTI foi a principal motivação para a realização deste estudo.

Tendo em vista as características ambientais da UTI e o modelo teórico selecionado, estabelecemos como objetivos para a pesquisa: verificar que diagnósticos de enfermagem são identificados em uma amostra de pacientes acometidos por infarto do miocárdio internados em UTI, segundo os conceitos do modelo de Florence Nightingale; e analisar, dentre os diagnósticos de enfermagem identificados, os que apresentam uma freqüência alta (³ 75% a 100%) na amostra.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa se caracteriza como exploratório-descritiva. Foi desenvolvida em duas instituições hospitalares, localizadas na cidade de João Pessoa - PB. A população da pesquisa foi constituída por todos os pacientes acometidos por infarto do miocárdio, internados na UTI das duas instituições hospitalares escolhidas. Para a seleção da amostra realizou-se um recorte temporal (novembro/2003 a janeiro/2004), ficando constituída por 20 pacientes que se encontravam internados na UTI dessas instituições, e que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 40 anos, independentemente do sexo, e encontrar-se consciente e orientado durante a coleta de dados. A idade, considerada como critério de inclusão na amostra, justifica-se pelo fato de que, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), é a partir dos 40 anos de idade que ocorrem o maior número de casos de infarto do miocárdio.

Em respeito ao que preceitua a Resolução

Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB. Foi respeitada a livre aceitação dos sujeitos em participar do estudo, solicitando-se, àqueles que assim o decidiram, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Como técnicas para coleta de dados foram utilizadas a entrevista, a observação sistemática e o exame físico, e, como instrumento para registro dos dados, foi utilizado um formulário, previamente testado, elaborado com base nos conceitos do modelo conceitual de Florence Nightingale.

Após a coleta de dados, realizou-se um processo de julgamento das respostas dos pacientes ao estado de saúde, resultando em quadros individualizados de afirmativas diagnósticas, por paciente incluído na amostra. Para a denominação dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a taxonomia II da NANDA (2002). Determinou-se que todos os diagnósticos de enfermagem identificados passariam a constituir o perfil diagnóstico de enfermagem dos pacientes acometidos por infarto do miocárdio e internados em UTI, discriminando-os, com base em Gordon (1994), como de *alta frequência* ($\geq 75\%$ a 100%) de *média frequência* ($\geq 50\%$ e $< 75\%$) ou de *baixa frequência* ($< 50\%$) na amostra de sujeitos participantes do estudo.

RESULTADOS

Houve, na amostra de pacientes acometidos por infarto do miocárdio, uma distribuição homogênea de sujeitos do sexo masculino e feminino (50,0% de cada sexo). A idade variou entre o mínimo de 43 e o máximo de 83 anos, com média de 57,1 (IC de 95% = $\pm 5,67$; DP = 12,12) e mediana de 55 anos.

Predominaram pacientes casados (60%), com grau de escolaridade correspondente ao primeiro grau, completo (15%) ou incompleto (40%). O tempo de internamento na UTI variou entre 1 e 13 dias, com média de 3,95 (IC de 95% = $\pm 1,4$; DP = 3,0) e mediana de 3 dias. Dentre as queixas progressivas, ou seja, ao conjunto de sinais e sintomas que levaram o paciente a procurar o serviço de saúde, a dor precordial foi relatada por 85% dos pacientes, seguida de dispnéia, presente em 80%, sudorese em 75%, irradiação da dor em 70%, náuseas em 55%, cansaço físico em 50%, entre outras com menor frequência.

Dentre as doenças preexistentes, a hipertensão arterial sistêmica foi relatada por 60% dos pacientes, seguida de diabetes presente em 45% e insuficiência cardíaca congestiva em 5%. Quanto a fatores de risco, foram identificados: obesidade em 85%; tabagismo em 80%; estresse e hábito alimentar rico em gorduras e triglicérides em 55%; etilismo em 40%; sedentarismo em 15%; e o uso de anticoncepcionais hormonais e de terapia de reposição hormonal em 10% dos pacientes. Com relação a tratamentos anteriores, 55% fazia uso de medicamento para controle da pressão arterial, como os anti-hipertensivos; 30% já havia se submetido a cateterismo cardíaco; 15% fazia dieta e 10% já havia realizado angioplastia. Dezesete (85%) apresentavam-se com o estado geral regular, 2 (10%) com estado geral grave e 1 (5%) com bom estado geral. Os pacientes que apresentavam um estado geral regular ou bom estavam, em média, no terceiro dia de internação na UTI e, portanto, com o quadro do infarto estabilizado.

Foram identificados na amostra 19 diferentes diagnósticos de enfermagem, havendo um total de 148 afirmativas diagnósticas e uma média de 7,4 diagnósticos por paciente. Na Tab. 1, os diagnósticos de enfermagem identificados nos 20 sujeitos da amostra estão dispostos de acordo

com os conceitos do modelo conceitual de Florence Nightingale. Dentre as 148 afirmativas diagnósticas atribuídas aos 20 pacientes acometidos por infarto do miocárdio, 44 (28,4%) pertencem ao componente Hidratação

e Nutrição; 29 (18,7%) a Variação do Ambiente; 29 (18,7%) a Conversando sobre Esperanças e Conselhos; 17 (11%) a Ruído e Iluminação; 15 (9,6%) a Circulação Sangüínea; 12 (7,7%) a Limpeza e 2 (1,3%) a Ventilação.

Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes acometidos por infarto do miocárdio e internados em UTI, segundo os conceitos do modelo de Florence Nightingale (n = 20). João Pessoa – PB, nov/2003 a jan/2004.

Conceitos do modelo de Florence Nightingale	Diagnósticos de enfermagem	Pacientes com o DE	
		f	%
Ventilação	Troca de gases prejudicada	2	10,0
Circulação sangüínea*	Débito cardíaco diminuído	15	75,0
Hidratação* e Nutrição	Risco para infecção	18	90,0
	Constipação	14	70,0
	Náusea	4	20,0
	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	3	15,0
	Risco para volume de líquidos desequilibrado	2	10,0
	Diarréia	1	5,0
	Déficit no autocuidado para alimentação	1	5,0
Risco para constipação	1	5,0	
Ruído e Iluminação**	Padrão de sono perturbado	17	85,0
Limpeza	Déficit no autocuidado para banho/higiene	12	60,0
Variação do ambiente	Atividades de recreação deficientes	16	80,0
	Risco para intolerância à atividade	11	55,0
	Intolerância à atividade	2	10,0
Conversando sobre esperanças e conselhos	Ansiedade	10	50,0
	Conhecimento deficiente	9	45,0
	Isolamento social	4	20,0
	Tristeza crônica	6	30,0

* Conceitos não pertencentes ao modelo de Florence Nightingale, incluídos no estudo para atender as especificidades do paciente com infarto do miocárdio.

** Os conceitos Ruído e Iluminação foram agrupados, pois contribuíram igualmente para a ocorrência do diagnóstico Padrão de sono perturbado.

A seguir, discutem-se os quatro diagnósticos de enfermagem que obtiveram uma frequência alta ($\geq 75\%$ a 100%) na amostra de pacientes acometidos por infarto do miocárdio, internados em UTI.

Risco para Infecção

O diagnóstico Risco para infecção aparece de forma expressiva no cotidiano da Enfermagem, em todas as áreas clínicas, pois a própria hospitalização é considerada um fator iatrogênico, que predispõe o paciente a

desenvolver infecções, por múltiplas razões (MARIA, 1997). A NANDA (2002) e CARPENITO (2002) conceituam o diagnóstico Risco para infecção como estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos ou um agente oportunista (vírus, fungo, bactéria, protozoário ou outro parasita), de fontes endógenas ou exógenas.

Dezoito pacientes (90%) incluídos na amostra deste estudo apresentaram Risco para infecção. Os fatores de risco estiveram representados basicamente pelos procedimentos invasivos: venóclise através

de veia periférica (80%); dissecação venosa ou dispositivo venoso central (10%); oxigenoterapia por cateter nasal (5%) ou cânula nasal (30%); e sondagem vesical (10%). Foram também identificados outros fatores de risco, listados por SPARKS, TAYLOR e DYER (2000), como idade acima de 65 anos (30%) e obesidade (65%). Além disso, dentre os pacientes que apresentavam o diagnóstico Risco para infecção, 15 (75%) encontravam-se com estado geral regular e 2 (10%) em estado grave, portanto, com as defesas naturais contra agressores potenciais diminuídas. A higiene corporal apresentou-se precária em 1 (5%) caso e, em outros 8 (40%) casos, a higiene da unidade do paciente encontrava-se regular.

Padrão de Sono Perturbado

A NANDA (2002, p. 164) define o diagnóstico Padrão de sono perturbado como um “distúrbio com tempo limitado na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência).” As características definidoras listadas pela NANDA (2002) para o diagnóstico incluem: despertares prolongados, insônia, insatisfação com o sono, três ou mais despertares durante a noite, queixas verbais de dificuldade para adormecer e de não se sentir bem-descansado.

O diagnóstico Padrão de sono perturbado esteve presente em 17 (85%) dos pacientes da amostra. Os indicadores empíricos que fundamentaram o diagnóstico foram as queixas dos pacientes sobre o ruído (45%), a iluminação (20%) e a temperatura ambiental (30%), que incomodavam e atrapalhavam o sono e o repouso. Por conseguinte, causavam sonolência diurna (75%), insônia (65%), e queixas de sono e repouso insatisfatórios (10%). Tais achados contradizem os princípios defendidos por Florence Nightingale, para quem

o ambiente do paciente deve ser terapêutico e restaurador, de modo a não desperdiçar energia desnecessária, além do que o sono representaria um dos processos restauradores da saúde (NIGHTINGALE, 1989). Outro aspecto que deve ser levado em consideração diz respeito ao fato de que pessoas acometidas por infarto do miocárdio apresentam-se, quase sempre, com o estado emocional comprometido, haja vista o risco de vida que essa patologia determina, necessitando, portanto, de um ambiente tranquilo que facilite a recuperação de sua saúde.

Atividades de Recreação Deficientes

O diagnóstico de enfermagem Atividades de recreação deficientes é definido pela NANDA (2002, p. 41) como “estimulação (ou interesse, ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.” Neste trabalho, atividades de recreação são entendidas como qualquer atividade que distraia o paciente e desvie sua atenção do ponto de preocupação e que possa ser executada no ambiente hospitalar, desde que adequada às condições do paciente.

Florence acreditava que a variação do ambiente é um fator crítico para a recuperação do paciente, preocupando-se com os efeitos da mente sobre o corpo e defendendo, portanto, a necessidade de atividades de distração que eliminassem os pensamentos negativos, de forma a facilitar a recuperação do paciente. (NIGHTINGALE, 1989). Contrariamente a isso, o que se observa na UTI é que, de modo geral, não há qualquer atividade de distração, ficando o paciente restrito ao leito, mesmo quando seu estado geral está estabilizado. O diagnóstico Atividades de recreação deficientes foi identificado em 16 (80%) pacientes, sendo o principal indicador empírico o relato desses pacientes sobre a ausência total de atividades

de distração no ambiente da UTI.

Débito Cardíaco Diminuído

Débito cardíaco diminuído é definido pela NANDA (2002, p. 80) como “sangue bombeado pelo coração insuficiente para atender às demandas metabólicas corporais.” CARPENITO (2002) e SPARKS, TAYLOR e DYER (2000) listam as condições de risco para o desenvolvimento desse diagnóstico, entre as quais incluem: infarto do miocárdio, choque séptico, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardíaca congênita, hipovolemia, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, anemia e cardiopatia reumática. Para a NANDA (2002), dentre as várias características definidoras do referido diagnóstico, estão incluídas: arritmias (taquicardia, bradicardia); palpitações; distensão de veia jugular; fadiga; edema; ganho de peso; pele fria e pegajosa; dispnéia; oligúria; perfusão periférica prolongada; pulsos periféricos diminuídos; variações nas leituras de pressão sangüínea; mudanças da cor da pele; estertores; tosse; ansiedade; agitação; entre outros.

O diagnóstico de enfermagem Débito cardíaco diminuído alcançou uma frequência de 75% entre os pacientes incluídos na amostra. Dentre aqueles que evidenciaram o diagnóstico, 20% apresentavam tosse seca e 30% tosse com secreção; 35%, taquicardia; 20%, perfusão periférica diminuída; 20%, estase jugular venosa; 45%, mucosas hipocoradas; 20%, edema; 40% relataram sentir cansaço físico e 35% estar ansiosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo aplicamos a etapa de coleta de dados e a etapa diagnóstica do Processo de Enfermagem a pacientes acometidos por

infarto do miocárdio e internados em UTI, fundamentadas no modelo conceitual de Florence Nightingale e tendo a taxonomia II da NANDA (2002) como base para as afirmativas diagnósticas.

O foco principal da atenção de Florence Nightingale concentra-se no **meio ambiente**, entendendo-o como tudo aquilo que se encontra ao redor do ser humano e lhe diz respeito. Para ela, Enfermagem deveria significar “o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la – tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente.” (NIGHTINGALE, 1989, p.14). Enfatizava a importância de rigorosa observação sobre o estado do paciente e, apesar de focar predominantemente o ambiente físico, preocupava-se, também, com o aspecto psicológico e emocional, afirmando que se deveriam evitar ações inoportunas no quarto do paciente, a fim de garantir sua tranquilidade e evitar desequilíbrios e dispêndio desnecessário de energia.

Em função das especificidades da clientela deste estudo, houve a necessidade de incluir na pesquisa informações sobre Circulação Sangüínea e Hidratação, conceitos não constituintes do modelo de Florence Nightingale. Quanto aos principais resultados, os componentes Hidratação e Nutrição apresentaram oito diagnósticos, dentre os quais *Risco para infecção* e *Constipação* alcançaram uma frequência $\geq 50\%$ na amostra de pacientes acometidos por infarto do miocárdio. Ressalte-se que o diagnóstico *Risco para volume de líquidos desequilibrado*, o mais diretamente vinculado ao conceito de Hidratação, alcançou uma frequência de 10% na amostra. Talvez pelo fato de estarem internados em UTI, 95% dos pacientes estavam com infusão endovenosa de líquidos, o que lhes garantia uma boa hidratação.

O segundo componente com maior número de diagnósticos foi Conversando sobre Esperanças e Conselhos, com quatro diagnósticos, dos quais *Ansiedade* alcançou uma frequência $\geq 50\%$. No componente Variação do ambiente identificamos três diagnósticos, dos quais *Risco para intolerância à atividade* e *Atividades de recreação deficientes* apresentaram uma frequência $\geq 50\%$. No componente Circulação Sangüínea, foi identificado o diagnóstico *Débito cardíaco diminuído*, com uma frequência de 75% na amostra. Os componentes Ruído e Iluminação e Limpeza, apresentaram um diagnóstico cada, todos com frequência $\geq 50\%$. No conceito Ventilação, o diagnóstico Troca de gases prejudicada foi identificado em dois pacientes, não alcançando frequência $\geq 50\%$.

Durante o processo de estabelecimento do perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes acometidos por infarto do miocárdio, constatamos que o modelo conceitual de Florence Nightingale é perfeitamente aplicável, não só em UTI, mas nos diversos setores do hospital. Assim, consideramos que esse modelo conceitual pode nortear a assistência, a pesquisa, o ensino e, também, a administração hospitalar, pois visa principalmente o meio ambiente e o entende como sendo tudo aquilo que se encontra ao redor do ser humano e lhe diz respeito. Sua utilização na prática profissional pode resultar em melhoria da assistência à clientela e, como a própria Florence declarou, “há experiência universal sobre a enorme importância da boa assistência de enfermagem na determinação das conseqüências da doença.” (NIGHTINGALE, 1989, p.15).

REFERÊNCIAS

1. BARBIERI, R. L. SOS cuidados emergenciais. São Paulo: Rideel, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil, 2001. Disponível em : <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 12 ago. 2003.
3. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
4. CARPENITO, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
5. EYE, G. V. Infarto: o ataque do coração. Porto Alegre, 2003. Disponível em : <<http://www.infarto-o ataque do coração-ABC da saúde.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2003.
6. GORDON, M. Nursing diagnosis: process and application. 3ed. St. Louis: Mosby, 1994.
7. MARIA, V. L. R. Elaboração de diagnósticos de enfermagem do paciente coronariano em estado crítico. Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997, tese – Doutorado.
8. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2001-2002). Tradução por: Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.
9. NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução por: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez / Ribeirão Preto: ABEn-CEPEn, 1989.
10. PASINI, D. et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). Rev. Esc. Enf.USP, V. 30, n.3, p. 501-18, dez. 1996.
11. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
12. SPARKS, S. M.; TAYLOR, C. M.; DYER, J. G. Diagnóstico em enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

Received July 8th, 2004

Accepted July 8th, 2004

Other articles related to this:

CRUZ, I.C.F.da The implementation of the nursing process methodology: problems and perspectives. ***Online Brazilian***

Journal of Nursing (OBJN -ISSN 1676-4285) v.1, n.1, 2002 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn101cruz.htm

CRUZ, I.C.F.da ***Nursing Research in Brazil: The Client with Arterial Hypertension or at Risk Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN -ISSN 1676-4285) v.1, n.1, 2002 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn101icruz.htm***