

PROCESO DE ENFERMERÍA: DE LA LITERATURA A LA PRÁCTICA: ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO, DE HECHO?¹

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

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 los 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.

DESCRITORES: procesos de enfermería; atención de enfermería; diagnóstico de enfermería

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

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

¹Trabajo extraído de Monografía de conclusión de curso de especialización; ²Enfermera del Hospital Moinhos de Vento, Especialista en Enfermería en Cardiología, Instituto de Cardiología, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: simoni.enfa@hotmail.com; ³Maestría en Ciencias de la Salud, Profesor, Instituto de Cardiología, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: antonieta_moraes@uol.com.br; ⁴Especialista en Enfermería en Cardiología, Instituto de Cardiología, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: regis_chiarelli@hotmail.com, paganin@terra.com.br; ⁵Doctor en Ciencias Biológicas, Profesor Adjunto de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, Profesor do Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia, Brasil, e-mail: rabelo@portoweb.com.br.

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método ampliamente aceptado y ha sido sugerido como un método científico para orientar y calificar la asistencia de enfermería. Recientemente, el proceso ha sido definido como una forma sistemática y dinámica de prestar cuidados de enfermería, que es realizado por medio de cinco etapas interconectadas: evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evolución⁽¹⁻²⁾.

De acuerdo con las actuales normas americanas y canadienses la práctica de enfermería exige la utilización eficiente del proceso de enfermería y la participación de los profesionales en actividades que contribuyan para el desarrollo permanente de conocimientos sobre esta metodología⁽²⁾.

Existe una demanda para establecer el proceso de enfermería en la práctica de cuidados de la salud en cada institución, dentro de hospitales, así como en la comunidad como un todo. El proceso de enfermería debe ser establecido en la práctica en todas las instituciones de la salud, en hospitales, así como en la salud comunitaria como un todo⁽³⁾.

Sin embargo, en la práctica no todas las etapas son sistemáticamente aplicadas. Algunos estudios han revelado dificultades en el establecimiento y en la utilización del proceso de enfermería en las instituciones durante los últimos años, en Brasil y en otros países⁽⁴⁻⁷⁾.

Un estudio conducido en Europa comprobó la creación de un modelo válido de registros de enfermería destinados a promover atención individual; los resultados mostraron limitaciones del proceso de enfermería realizado de conformidad con el modelo, en particular en la identificación de los problemas presentados por los pacientes y, consecuentemente, el diagnóstico y eventual intervención. Un estudio conducido en el Reino Unido para evaluar si los datos obtenidos a partir de registros de enfermería podrían ser fielmente usados para identificar intervenciones para los pacientes que habían sufrido infarto agudo del miocardio o una fractura de la cabeza del fémur, mostró que los registros analizados de enfermería no ofrecen una imagen adecuada de las "necesidades de intervenciones de enfermería"⁽⁸⁾ de los pacientes. Resultados semejantes fueron relatados por otros autores⁽⁴⁾.

Una reciente investigación de los pasos del proceso de enfermería efectivamente implementados en la rutina de un hospital universitario mostró que

todas las etapas fueron realizadas. Sin embargo, los problemas fueron identificados en la etapa del diagnóstico de enfermería, principalmente el registro del histórico e implementación de las prescripciones. La evolución de los resultados esperados, en particular, no fue debidamente registrada⁽⁹⁾.

Específicamente con el objetivo de investigar las fases del proceso de enfermería utilizada en la práctica de un hospital universitario, en Brasil, los autores identificaron la ejecución de todas las fases. Sin embargo, la existencia de fallas fue demostrada entre los diagnósticos de enfermería, histórico de los pacientes, así como en la aplicación de la prescripción de enfermería sin el registro de la evolución de los resultados esperados⁽⁹⁾. Resultados semejantes también fueron demostrados en un estudio publicado en 2006 durante la implementación del diagnóstico de enfermería, en el cual los sujetos de la investigación indicaron dificultades en el desarrollo del proceso de enfermería en todas las fases, así como la necesidad de introducir cambios para acelerar el proceso de trabajo y optimizar la calidad de acciones en el cuidado y educación⁽⁷⁾.

La aplicación efectiva del proceso de enfermería conduce a la mejoría de la calidad de los cuidados de la salud y estimula la construcción de conocimientos teóricos y científicos con base en la mejor práctica clínica. Con el objetivo de recolectar informaciones para mejorar la asistencia de enfermería prestada actualmente, se realizó un estudio transversal histórico para comparar las etapas del proceso de enfermería, efectivamente implementada en la rutina diaria de un hospital general, con aquellas recomendadas en la literatura.

MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal histórico basado en datos obtenidos de las fichas de los pacientes en las primeras 48 horas después de la admisión en una unidad quirúrgica, clínica o unidad de terapia intensiva. El estudio fue realizado durante el mes de mayo y junio de 2005, en un hospital general de tamaño medio, en Porto Alegre, Rio Grande del Sur, en Brasil, e incluidos los datos registrados durante el segundo semestre de 2004. Fueron incluidos en el estudio los registros de pacientes con más de 18 años, internados para tratamiento clínico o quirúrgico, con por lo menos 48

horas de internación en unidad quirúrgica, clínica, o unidad de terapia intensiva. Los datos obtenidos de los pacientes en las tres diferentes unidades fueron comparados para evaluar la ejecución del proceso de enfermería conducido por los enfermeros en las unidades del hospital en estudio. El formulario utilizado para la recolección de los datos fue basado en la literatura⁽²⁾ e incluye los datos sobre la historia clínica y examen físico completo. En este estudio, fue definido que una evaluación sistemática cefalopodio⁽²⁾ debe ser realizada después de la admisión y diariamente durante el período de internación. Los datos fueron recolectados por un mismo profesional (SP), que es el enfermero encargado del programa de educación continuada en la institución.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución, y debido a la imposibilidad de obtener el consentimiento informado de todos los pacientes, un término de consentimiento de utilización de los datos fue obtenido a partir de las fichas médicas.

Tabla 1 – Características de la muestra. Porto Alegre (RS), 2005

	Unidad Quirúrgica	Unidad Clínica	Unidad de Cuidados Intensivos	P
Pacientes (n)	105	99	98	
Edad (años)	57 ± 18 ^a	66 ± 19 ^b	72 ± 16 ^c	<0,001
Período de internación hospitalaria (días)	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} diferencia entre los promedios (Prueba de Tukey). Las variables cuantitativas, expresadas en promedio ± desviación estándar y las variables categóricas expresadas como n (%).

Etapas del proceso de enfermería

Los registros de enfermería, a pesar de incompletos, estaban presentes. Los resultados observados en cada unidad son descritos en la Tabla 2. La etapa de la investigación fue realizada en más de 90% de los casos en todas las unidades. El examen físico, a pesar de no ser tan completo como recomendado en la literatura, fue descrito en 98,7% de los registros. Usando el lenguaje de la taxonomía North American Nursing Diagnosis⁽¹⁰⁾, se definió el diagnóstico de enfermería como problemas reales o potenciales presentados por los pacientes y registrados en los fichas. Entre las etapas, del proceso de enfermería, implementadas, la prescripción de enfermería fue la menos frecuentemente realizada durante las primeras 48 h de internación en todos los grupos (74,8%), especialmente en unidades clínicas y quirúrgicas; la evolución fue descrita en más de 97% de los registros.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados utilizando el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 12.0. Las variables categóricas fueron descritas como frecuencia relativa (%), y comparadas con la prueba de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, y ANOVA, seguido por los residuos estandarizados ajustados y por la prueba de Tukey. Las variables cuantitativas fueron presentadas utilizando el promedio y la desviación estándar.

RESULTADOS

Un total de 302 registros de pacientes admitidos en la unidad quirúrgica, clínica o unidad de terapia intensiva (UTI) fueron analizados. En la UTI los pacientes tenían más edad y fueron internados por períodos más largos que los pacientes de otras unidades. Estos resultados son presentados en la Tabla 1.

Tabla 2 – Etapas del proceso de enfermería registradas en las fichas. Porto Alegre (RS), 2005

	Unidad Quirúrgica n=105	Unidad Clínica n=99	UTI n=98	*P
Historia	97 (92,4)	94 (94,9)	97 (99,0)	0,049
Examen físico	103 (98,1)	98 (99,0)	97 (99,0)	0,000
Prescripción	71 (67,6)	61 (61,6)	94 (95,9)	< 0,001
Evolución	104 (99,0)	97 (98,0)	95 (96,9)	0,545

Las variables categóricas expresadas como n(%). * Prueba Chi-cuadrado.

Investigación

La Tabla 3 detalla los ítems más frecuentemente observados en la historia de los pacientes. Los datos relacionados al color de la piel, profesión, religión, queja principal, historia familiar y social, hábitos de vida, sueño y reposo, actividad física y hábitos alimentares - no fueron diferentes entre las tres unidades evaluadas (datos no demostrados). Los datos para identificación del paciente, no fueron

incluidos en 21% de los registros de pacientes en unidades clínicas, diferentemente de los registros de la UTI (2%) (P <0,001). Entre los registros que contenían esta información, el nombre del paciente estaba faltando en 50,5% de los registros de la unidad quirúrgica. La queja principal fue menos registrada

en los fichas de los pacientes quirúrgicos. Apenas un registro de historia familiar fue observado entre los registros analizados. Apenas 19,4% de los registros de los pacientes en la UTI incluían informaciones sobre medicaciones en uso por el paciente; los hábitos de vida fueron descritos en apenas 20,4% de ellos.

Tabla 3 - Investigación (historia) y examen físico. Porto Alegre (RS), 2005

	Unidad Quirúrgica n=105		Unidad Clínica n=99		UTI n=98		*P
	n	%	n	%	n	%	
Identificación	90	85,7	78	78,8	96	98,0	< 0,001
Nombre	53	50,5	62	62,6	96	98,0	< 0,001
Edad	21	20,0	59	59,6	93	94,9	< 0,001
Sexo	9	8,6	31	31,3	2	2,0	< 0,001
Datos antropométricos	65	61,9	19	19,2	11	11,2	< 0,001
Historia completa de la enfermedad actual	19	18,1	24	24,2	56	57,1	< 0,001
Historia Incompleta de la enfermedad actual	20	19,0	42	42,4	40	40,8	< 0,001
Queja 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
Historia quirúrgica anterior	72	68,6	62	62,6	53	54,1	< 0,103
Historia 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
Transfusión de sangre	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
Tabaquismo	90	85,7	79	79,8	15	15,3	< 0,001
Alcoholismo	74	70,5	64	64,6	11	11,2	< 0,001
Drogas	64	61,9	58	58,6	10	10,2	< 0,001
Examen físico completo	3	2,9	3	3,0	3	3,1	< 0,001

Las variables categóricas están expresadas como n (%); * Prueba Chi-cuadrado

El examen físico

Fue comparado el examen físico realizado después de la admisión, como parte de la etapa de la investigación, con el examen físico diario que compone la etapa de evolución. Conforme demostrado en la figura 1, el proceso fue igualmente realizado durante ambas fases. En esta etapa, los datos relativos al sistema cardiovascular y mucosas fueron menos evaluados.

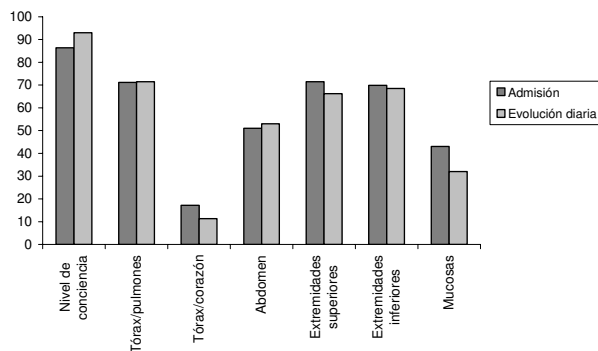


Figura 1 - Comparación del examen físico realizado durante el registro de enfermería en la admisión y evolución diaria

Prescripción

Apenas 25% de los pacientes en unidades quirúrgicas tenían un plano de cuidados adaptados a sus necesidades, esto fue demostrado con una frecuencia mayor en los pacientes de las unidades clínicas y más completa en los pacientes de la UTI. Estos y otros resultados se presentan en la Figura 2.

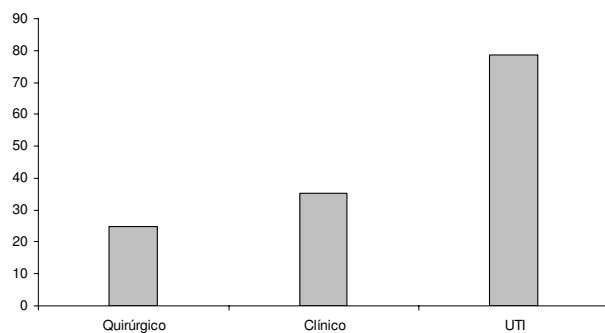


Figura 2 - Prioridades establecidas diariamente en la prescripción de enfermería

DISCUSIÓN

Los resultados presentados en el presente estudio están de acuerdo con estudios anteriores sobre deficiencias en la práctica de la implementación del proceso de enfermería. En la institución donde este estudio fue realizado, con excepción de la etapa del diagnóstico, todas las otras fases del proceso de enfermería preconizadas en la literatura fueron realizadas, a pesar de no ser tan completa como se esperaba.

Una revisión reciente investigó la relación entre la publicación de los resultados de la investigación y del proceso de enfermería, identificando entre los datos publicados una preocupación con las normas de lenguaje y terminología específica relacionada a los métodos de este proceso⁽¹¹⁻¹²⁾. En Inglaterra, un estudio sobre el aparente conflicto entre las expresiones "diagnóstico de enfermería" y "problema de enfermería", reveló que esa etapa del proceso de enfermería, en la cual los planos de cuidados son basados, es una fase crítica que corresponde al producto final de la recolección y organización de los datos⁽¹¹⁾. Una reciente revisión americana indicó que los diagnósticos de enfermería reflejan la evaluación clínica del enfermero, con base en acciones de vigilancia constante, reconociendo los riesgos y monitorizando los resultados⁽¹³⁾. En un estudio retrospectivo canadiense que tuvo por objetivo investigar los factores asociados a la realización de diagnósticos de enfermería, los resultados indicaron que los enfermeros tienden a registrar los diagnósticos en instituciones que tienen un programa formal de educación continuada y planos de cuidados informatizados⁽¹⁴⁾. En Brasil, un estudio conducido para investigar la realización y registro de las etapas del proceso de enfermería identificó que el diagnóstico de enfermería más frecuente en todas las unidades fue el riesgo de infección y mostró que en relación con las fases del proceso de enfermería, las etapas menos registradas fueron el diagnóstico y el histórico de enfermería. La importancia de la organización previa de los datos recolectados para permitir diagnósticos precisos para calificar el cuidado de enfermería fue enfatizada en el presente estudio⁽⁹⁾.

Como mencionado anteriormente, en la presente investigación se demostró deficiencias en la recolección de datos de los registros de enfermería y ausencia de la etapa del diagnóstico. Esta deficiencia puede ser debida a la falta de evaluación clínica de los datos relativos a la historia del paciente y al

examen físico registrado por el enfermero o, probablemente, a la falta de conocimiento sobre cómo usar ese paso durante la práctica de la investigación en la institución.

Otras deficiencias sobre informaciones adicionales sobre registros de enfermería incluyen el registro incompleto de datos, tales como la identificación del paciente, historia de la enfermedad actual, enfermedades anteriores y familiares, y examen físico, que estaba incompleto en particular en la evaluación de las mucosas y función cardiovascular. El registro del examen físico también fue deficiente, y la auscultación cardíaca y pulmonar no fueron registradas. El examen físico, combinado con el histórico de la salud, son la base para la implementación de la sistematización de la asistencia de enfermería. Esos elementos son críticos para la calidad de este proceso⁽¹⁵⁾. Un estudio reciente, realizado en Brasil, para apoyar la sistematización de la atención en un hospital universitario indicó que el nivel de los docentes tiene consecuencias directas en la calidad profesional de los enfermeros, resultando en abordajes más científicos, organizados y sistemáticos de los cuidados de la salud. Estas observaciones refuerzan la importancia de que los profesores responsables por la educación de los enfermeros deben atribuir una mejoría de los aspectos relacionados con la semiología⁽¹⁶⁾. Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que el registro del examen físico incompleto es común. Lo encontrado sugiere deficiencias del equipo de enfermería en lo que se refiere a los términos técnicos, tales como la inspección, palpación, percusión y auscultación. Además de eso, se observó que el formulario estándar utilizado en la institución para la recolección de datos es deficiente en contenido de registros de enfermería, especialmente en informaciones específicas sobre el histórico familiar y examen físico. Esta información es una importante contribución para la implementación futura de un proceso de enfermería eficaz.

Las deficiencias observadas relativas al registro de los antecedentes familiares podrían implicar en la evaluación de enfermedades cardiovasculares y oncológicas, entre otras, sin embargo, no fue evidente en el presente estudio. Algunos estudios han sugerido que las dificultades en concluir la descripción completa de los registros de enfermería están relacionadas al tiempo utilizado en esa tarea⁽⁹⁾. Observamos que los estudios de

enfermería en la cual los registros son evaluados por las etapas del proceso de enfermería, esos contenidos no fueron evaluados^(6,9), de modo que los resultados anteriores pueden ser atribuidos a la falta de instrumentos estandarizados de recolección de datos, que no contemplan todos los contenidos de esas etapas. En este contexto, un estudio americano realizado para evaluación de la eficiencia de los cuidados de la salud y su impacto sobre los costos y la calidad del servicio mostró que existe la necesidad de crear una estructura común, que represente las informaciones esenciales relativas a los cuidados, terminologías de referencia, modelos de información y estándares informatizados⁽¹²⁾.

Actualmente es un consenso que el proceso de enfermería en Brasil, Estados Unidos y Canadá desarrollaron herramientas, informatizadas o no, para implementar esta metodología en la práctica. Los datos presentados en el inicio de la década de 1990 en Europa mostraron preocupaciones con la validación de las herramientas para instituir cuidados de enfermería individualizados⁽⁵⁾. Los registros electrónicos pueden entregar una contribución significativa para la implementación bien sucedida del proceso de enfermería, particularmente si todas las fases son interconectadas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Varios factores pueden interferir en la implementación eficaz del proceso de enfermería. Dificultades operacionales que toman parte en la sistematización de la asistencia de enfermería en la práctica, tales como la falta de conocimiento de todos los pasos que participan en el proceso, número excesivo de tareas para el equipo de enfermería, la mala calidad de la educación profesional y el relato insuficiente sobre el examen físico relacionado a la enfermedad están entre esos factores. La práctica de enfermería también es frecuentemente relacionada al desempeño de actividades técnicas y burocráticas,

en detrimento del proceso de enfermería⁽⁹⁾. Algunos estudios indican que cuando este método no es utilizado, los problemas como la mala calidad de los cuidados de la salud, ausencia de una actividad sistemática en servicio, poco reconocimiento de las actividades de enfermería dentro del ambiente hospitalario, pueden estar presentes^(1,6,20). Una reciente revisión de la sistematización del proceso de enfermería indica que el conocimiento de la estructura institucional, sus demandas y facilidades son requisitos básicos para iniciar este desafío⁽²¹⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio demostró que los registros de enfermería y el examen físico fueron realizados en más de 90% de los casos. El diagnóstico de enfermería fue la única etapa no registrada en las fichas. Se observó que el examen físico es poco descrito, particularmente el sistema cardiovascular y respiratorio. Estos resultados muestran que la sistematización de la asistencia de enfermería en esta institución está presente en las actividades diarias del equipo de enfermería. La comparación entre las unidades permitió la identificación de las diferencias de informaciones teóricas y prácticas, cuya falta perjudica la aplicación del proceso de enfermería. La literatura apoya la idea de que el desarrollo de acciones con base en un marco teórico torna más fácil instalar e implementar el proceso de enfermería en la asistencia en las unidades hospitalarias. Programas para entrenar, mejorar y actualizar los enfermeros pueden, así, ser ejecutados inmediatamente. Estos datos son muy importantes para la planificación de las acciones futuras, con el objetivo de aplicar el proceso de enfermería eficaz en la nuestra y en otras instituciones.

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, Kurcgant 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.