

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO PARA LESÃO PERIOPERATÓRIA POR POSICIONAMENTO IDENTIFICADO NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos *

Marister Piccoli **

RESUMO

Para a realização do procedimento anestésico cirúrgico o paciente pode ser posicionado de várias formas, buscando-se proporcionar um resultado satisfatório, preciso e seguro. O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória cujo objetivo foi verificar a frequência do diagnóstico de enfermagem Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento no período transoperatório, analisando as características definidoras e fatores a ele relacionados. Esta pesquisa desenvolveu-se em três etapas: elaboração do instrumento a ser utilizado na entrevista, coleta de dados, análise e síntese dos dados coletados, conforme Risner (1990). A construção das afirmativas diagnósticas se deu de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2002). As características definidoras e os fatores relacionados analisados foram os que obtiveram frequência superior a 50%, a saber: perda de barreiras protetoras habituais secundária à anestesia e comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica. Acreditamos que o presente estudo venha ao encontro da assistência de enfermagem perioperatória atual, buscando contribuir para o desenvolvimento científico da área em questão.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Diagnóstico de enfermagem. Processo de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O termo enfermagem perioperatória é bastante difundido nos Estados Unidos, no entanto, no Brasil esse conceito ainda vem se firmando. Seu sentido é amplo, abrangendo os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. A enfermagem perioperatória visa ao cuidado intermediado pela estrutura do processo de enfermagem, no qual o enfermeiro elabora o histórico, coleta dados, estabelece o diagnóstico de enfermagem, implementa o plano de cuidados de enfermagem prescrito por ele e avalia os resultados obtidos (LADDEN, 1997).

De acordo com Farias et al. (1990), o diagnóstico de enfermagem consiste num processo de julgamento clínico, que constitui a segunda etapa do processo de enfermagem. A implementação desse processo direciona a prática do enfermeiro e proporciona autonomia

profissional, que mantém, promove e restaura a saúde do indivíduo.

Para Ladden (1997), cada diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tem um conjunto de componentes: título; definição (significado do termo diagnóstico); características definidoras e fatores relacionados (interação de fatores comportamentais e ambientais).

O título do diagnóstico de enfermagem deve descrever a definição do diagnóstico e as suas características, enquanto a definição deve expressar o significado do diagnóstico de forma clara e precisa (GORDON apud CARPENITO, 1997). Segundo a referida autora, as características definidoras estão relacionadas aos sinais e sintomas que direcionam para um determinado diagnóstico, enquanto os fatores relacionados são fatores etiológicos ou

* Professora Auxiliar do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE. Residente em Centro Cirúrgico, Especialista em Administração Hospitalar, Especialista em Enfermagem com Ênfase em Centro Cirúrgico e Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem (ENSP/FIOCRUZ).

** Professora Assistente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIOESTE. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

contribuintes que interferem na saúde do indivíduo.

O posicionamento do paciente para a cirurgia é um fator-chave no desempenho de um procedimento seguro e eficiente, por isso todos os membros da equipe cirúrgica devem proteger o paciente de qualquer efeito danoso decorrente do inadequado posicionamento cirúrgico (RICKER, 1997).

Segundo o referido autor, a responsabilidade pelo bem-estar do paciente é dividida entre os profissionais que atuam durante a cirurgia, envolvendo cirurgião, anestesista e enfermeiro, que durante todo o tempo monitorizam o estado fisiológico do paciente. As ações planejadas resultam em máxima segurança ao paciente e ótimo acesso ao local da cirurgia, o que favorece o sucesso do procedimento anestésico cirúrgico.

De acordo com a classificação da North American Nursing Diagnosis Association (2002, p. 145), o diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* é definido como “estar em risco de lesão como resultado das condições ambientais encontradas no cenário perioperatório”.

Carpenito (1997) coloca que os efeitos fisiológicos do posicionamento cirúrgico variam conforme a posição específica para o procedimento, podendo afetar os sistemas: cardiovascular, respiratório, neurológico e tegumentar. A imobilidade prolongada diminui o fluxo sanguíneo pulmonar, da mesma forma, a expansão pulmonar é limitada pela pressão posicional sobre as costelas. A anestesia causa vasodilatação periférica, provocando hipotensão e diminuição do retorno venoso ao coração e aos pulmões.

Os anestésicos interferem na perfusão sanguínea para as proeminências ósseas e membros comprimidos, favorecendo a lesão tecidual. O sangue imobilizado provoca a formação de depósitos no leito vascular. A permanência do paciente por período prolongado numa mesma posição pode causar pressão mecânica sobre os nervos, assim como o mau posicionamento do paciente pode causar-lhe lesão; Estas lesões teciduais podem ocorrer em áreas de compressão com superfícies duras, frequentes em pacientes muito jovens, idosos, desidratados, obesos, caquéticos, ou em procedimento cirúrgico com mais de duas horas

de duração. Evidencia-se a importância de reverter o posicionamento cirúrgico lentamente, para favorecer a adaptação fisiológica do organismo à nova posição, uma vez que a mudança brusca pode causar hipotensão severa, devido à súbita alteração do fluxo circulatório (FAIRCHILD apud CARPENITO, 1997).

O diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* pode ser prevenido por meio da implementação de um plano de cuidados individualizado, que proporcione conforto e segurança ao paciente durante o procedimento anestésico cirúrgico. Quando a instituição não dispõe de equipamentos adequados para esta finalidade, são necessárias medidas alternativas (PICCOLI, 2000).

Sendo assim, acreditamos que a identificação deste diagnóstico de enfermagem contribua para a prevenção e detecção precoce de lesões teciduais decorrentes do posicionamento anestésico cirúrgico inadequado durante o período transoperatório.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é verificar a frequência do diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* assim como suas características definidoras e os fatores relacionados, em pacientes adultos de cirurgia geral durante o período transoperatório.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória, que segundo Selltiz et al. (apud Gil 1996), tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo mais claro. Esse tipo de pesquisa possui um planejamento bastante flexível, que possibilita a análise de vários aspectos relacionados ao estudo.

A pesquisa desenvolveu-se em três etapas, como segue.

A primeira etapa foi a construção do instrumento de coleta de dados. Nessa etapa foi elaborado um instrumento para coleta de dados com base na pesquisa bibliográfica da área. Ao longo de seu desenvolvimento foram realizadas buscas na literatura específica sobre diagnóstico

de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico em questão. Após a elaboração do instrumento, foi realizado um teste piloto em cinco pacientes, com o objetivo de adequar o mesmo instrumento. A partir daí foram feitas as adequações necessárias relacionadas à abordagem do paciente cirúrgico.

A segunda etapa constituiu-se da coleta de dados, que foi realizada em um hospital público de médio porte da cidade de Cascavel, Região Oeste do Paraná, pertencente à 10ª Regional de Saúde. A escolha desse hospital ocorreu pelo fato de trabalharmos como enfermeira supervisora do seu centro cirúrgico, no período de 2001 a 2003, e por ser ele campo de estágio para os diversos cursos na área da enfermagem desde a sua inauguração, em 1989. A estrutura física da unidade de centro cirúrgico é composta de seis salas cirúrgicas (uma desativada), sala de recuperação pós-anestésica (em processo de reimplantação) e central de material e esterilização. A instituição é um hospital universitário e atende a um grande número de especialidades.

À direção do serviço de enfermagem foi solicitada, por meio de ofício, autorização para a realização do presente estudo, e os pacientes envolvidos foram esclarecidos e consultados por meio de termo de consentimento por escrito, de acordo com a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, conforme protocolo nº CR 008820/2003.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2003, desenvolvendo-se durante o período transoperatório, por meio do acompanhamento de 30 pacientes cirúrgicos de ambos os sexos, com idades entre 20 e 60 anos, submetidos a cirurgia geral. Além da entrevista e observação direta com os pacientes, a consulta ao prontuário foi outra fonte de informação utilizada na obtenção de dados.

A terceira etapa consistiu na identificação do diagnóstico de enfermagem no período transoperatório. Após a coleta de dados, foi realizada a identificação do diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* nos pacientes entrevistados, utilizando-se para isso o processo de raciocínio

diagnóstico de Risner (1990), cujas etapas são a análise e a síntese. Após, construímos as afirmativas diagnósticas tendo como base a taxonomia II da classificação North American Nursing Diagnosis Association (2002).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos pacientes cirúrgicos entrevistados quatorze (46.66%) eram do sexo masculino e dezesseis (53.33%) eram do sexo feminino. Quatro (13.33%) pacientes tinham entre 20 e 30 anos, oito (26.66%) pacientes tinham entre 31 e 40 anos, outros oito (26.66%) pacientes tinham entre 41 e 50 anos e dez (33.33%) pacientes tinham entre 51 e 60 anos. Dos trinta pacientes acompanhados durante o período transoperatório, quatro (13.33%) foram submetidos a cirurgia de grande porte, onze pacientes (36.66%) foram submetidos a cirurgia de médio porte e quinze pacientes (50%) submeteram-se a cirurgia de pequeno porte.

Durante o acompanhamento dos pacientes no período transoperatório foi identificado o diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* em 100% da amostra. Na seqüência, apresentaremos os enunciados da categoria diagnóstica: *Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento* identificados nos pacientes entrevistados (n = 30).

Como já mencionado anteriormente, a classificação North American Nursing Diagnosis Association (2002) define o risco para lesão perioperatória por posicionamento como resultante das condições do ambiente perioperatório.

Os efeitos fisiológicos do posicionamento cirúrgico variam conforme o tipo de posicionamento escolhido, podendo afetar os sistemas cardiovascular, respiratório, neurológico e tegumentar (CARPENITO, 1997).

Assim, a assistência de enfermagem deve estar voltada para o planejamento dos cuidados, considerando as evidências diagnósticas apresentadas por cada indivíduo. Analisando os enunciados diagnósticos dispostos na Tabela 1, podemos observar que inúmeros fatores podem interferir na conservação da integridade do indivíduo e contribuir para o aumento do risco

de lesão perioperatória por posicionamento. As características individuais de cada paciente não devem ser desconsideradas nem podem ser analisadas isoladamente, pois seu estado de saúde atual é resultado da somatória de todas

elas. Com base nesses dados, acreditamos que a assistência de enfermagem deve estar voltada para a manutenção das condições vitais do indivíduo, com vista à sua saúde em todas as etapas do cuidado.

Tabela 1 - Número e porcentagem dos pacientes cirúrgicos segundo características definidoras/enunciados diagnósticos de Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento. Cascavel, 2004.

Característica definidora de risco /enunciados para o diagnóstico	N	%
Perda de barreiras protetoras habituais secundárias a anestesia	30	100,0
Comprometimento da perfusão tissular secundário a fatores relacionados a baixa temperatura	20	66,6
Maior vulnerabilidade secundário a estrutura orgânica frágil	11	36,7
Maior vulnerabilidade secundário a doença crônica	11	36,7
Permanência em posicionamento cirúrgico por duas horas ou mais.	9	30,0
Maior vulnerabilidade secundário a infecção.	7	23,3
Comprometimento da perfusão tissular secundário a edema	7	23,3
Maior vulnerabilidade secundário mudança de peso	3	10,0
Maior vulnerabilidade secundário perda de peso	3	10,0
Comprometimento da perfusão tissular secundário a anemia	3	10,0
Comprometimento da perfusão tissular secundário a desidratação	2	6,6
Maior vulnerabilidade secundário a radioterapia	1	3,3
Maior vulnerabilidade secundário a disfunção hepática	1	3,3
Comprometimento da circulação secundário ao uso de tabaco por tempo prolongado	1	3,3

Fonte: Pesquisa de campo, Unioeste, 2004.

É interessante observar que um mesmo paciente pode apresentar várias características definidoras de risco par ao diagnóstico lesão perioperatória por posicionamento, tendo sido identificado que mais da metade dos pacientes (17) apresentaram duas (8 pacientes) ou três características (9 pacientes), sendo que três deles chegaram a apresentar 8 características definidoras par ao diagnóstico em questão.

Em virtude do grande número de características definidoras identificadas, optamos por analisar somente aquelas que obtiveram frequência superior a 50%, sendo elas: *Perda de barreiras protetoras habituais secundária a anestesia* (100%) e *Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica* (66,6%).

Tabela 2 - Número e porcentagem da característica definidora de risco: Perda de barreiras protetoras habituais secundário a anestesia, segundo o tipo de anestesia. Cascavel, 2004.

PERDA DE BARREIRAS PROTETORAS HABITUAIS SECUNDARIA A ANESTESIA		
Anestesia	Nº	%
Raquidiana	12	40,0
Geral	7	23,3
Local	4	13,3
Local/Sedação	3	10,0
Sedação	2	6,6
Raqui/Geral	2	6,6
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo, Unioeste, 2004.

Todos os trinta pacientes acompanhados no período transoperatório (100% da amostra) apresentaram a característica definidora *Perda de barreiras protetoras habituais secundário a anestesia* relacionada ao diagnóstico de enfermagem *Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento*. Dentre os pacientes acompanhados, doze (40%) foram submetidos à anestesia raquidiana, sete (23,3%) receberam anestesia geral; quatro (13,3%) foram submetidos anestesia local; três outros pacientes (10%) foram submetidos a sedação associada a anestesia local; dois pacientes (6,6%) foram submetidos somente a sedação e outros dois (6,6%) pacientes foram submetidos à anestesia raquidiana associada a anestesia geral.

De acordo com Carpenito (1997, p. 386), o diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* está “relacionado a exigências de posicionamento e à perda de medidas protetoras sensoriais usuais secundário à anestesia”, sendo que este diagnóstico de enfermagem enfoca a vulnerabilidade dos tecidos, nervos, e articulações decorrentes das posições exigidas para a realização da cirurgia. A anestesia provoca a dilatação dos vasos sanguíneos periféricos, o que pode resultar em hipotensão e diminuição do retorno venoso ao coração e pulmões, uma vez que a imobilidade do sangue nos vasos pode provocar a formação de depósitos nos vasos, a estase venosa diminui a circulação e o tecido adiposo também tem o suprimento sanguíneo diminuído.

Segundo Ricker (1997), o diagnóstico de enfermagem referente ao risco de trauma está relacionado à pressão em áreas específicas e ao desalinhamento dessas áreas durante o procedimento cirúrgico. Conforme relatado anteriormente, durante o procedimento anestésico cirúrgico o paciente sofre alterações anatômicas e fisiológicas - relacionadas com a anestesia, posicionamento e procedimento cirúrgico - que afetam o sistema músculo-esquelético, o sistema nervoso, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório. Em estado de alerta, o indivíduo tem a amplitude normal mantida pelos receptores da dor e da pressão, que evitam a compressão ou estiramento de ligamentos, tendões e músculos.

No entanto, quando os agentes anestésicos e relaxantes musculares deprimem os receptores da dor, ocorre o relaxamento muscular e os mecanismos de defesa não mais oferecem proteção contra danos articulares, estiramento e esforço muscular. O grau de depressão do sistema nervoso depende do tipo de anestesia regional ou do nível de anestesia geral.

O enfermeiro necessita estar atento para o fato de que, com a depressão do sistema nervoso, o indivíduo perde o controle corporal, não havendo ações compensatórias, mecanismos de adaptação e descompressão de áreas comprimidas (RICKER, 1997).

Tal característica definidora constitui um importante fator de risco para lesão perioperatória de posicionamento, pois, conforme já citamos anteriormente, independentemente do tipo de anestesia que seja realizada, o indivíduo fica total ou parcialmente dependente da equipe que o assiste, e é fundamental que esta seja dinâmica no atendimento, visando sempre à qualidade da assistência prestada ao indivíduo. Diante disso, a equipe de enfermagem necessita planejar ações assistenciais considerando as particularidades de cada indivíduo, uma vez que essas particularidades fazem parte da história deste.

Dos trinta pacientes acompanhados, vinte (66,6%) apresentaram a característica definidora *Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica* relacionada ao diagnóstico de enfermagem *Risco de Lesão Perioperatória por Posicionamento*. Entre os vinte pacientes com essa característica definidora, seis (30%) apresentaram hipotermia, associada ao ambiente frio e às extremidades frias; três pacientes (15%) apresentaram hipotermia leve, sendo também associados ao ambiente frio e às extremidades frias; oito pacientes (40%) apresentaram normotermia associada ao ambiente frio, sendo que desses pacientes, quatro (20%) apresentavam extremidades quentes e os outros quatro (20%) extremidades frias; dos vinte pacientes três (15%) apresentaram hipertermia, estando também associada às extremidades frias.

De acordo com Pierson (1997, p. 18) “a segurança e o bem-estar dos pacientes durante as intervenções cirúrgicas são os aspectos essenciais da atenção das enfermeiras

perioperatórias”. Para tanto faz-se cada vez mais necessário o controle de riscos no ambiente.

Tabela 3 - Número e porcentagem da característica definidora de risco: Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica, segundo enumerados. Cascavel, 2004.

Enunciados das características definidoras	Nº	%
Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica associado a extremidades frias e a hipotermia	6	30
Comprometimento da circulação secundário a frio na sala associado a extremidades frias e a hipotermia leve	3	15
Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica associado a extremidades frias e a hipertermia	3	15
Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica associado a extremidades frias e a normotermia	4	20
Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica associado a extremidades quentes e a normotermia	4	20
TOTAL	20	100

Fonte: Pesquisa de campo, Unioeste, 2004.

Cada sala cirúrgica deve possuir um controle individual de temperatura para adequá-la às necessidades do paciente. Estas salas necessitam possuir também um sistema de ar que contemple quinze (15) renovações de ar por hora, das quais três devem ser de ar fresco. Para uma adequada assistência, a equipe de enfermagem necessita manter a temperatura corporal do paciente acima de 35,5°C. Para tanto ela deve tomar várias medidas: dispor de instrumentos para aferição e monitorização da temperatura da sala, para que essa temperatura permaneça entre 21 e 24°C; oferecer cobertores para proporcionar aquecimento tanto na entrada quanto na saída da sala cirúrgica; manter o paciente coberto para evitar desnecessária perda de calor; infundir hemoderivados aquecidos e fazer uso de soluções aquecidas para irrigação (PIERSON, 1997).

superior a 50%, o que não significa deverem ser desconsideradas no processo de cuidado as

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados da pesquisa, foi possível verificar que o diagnóstico de enfermagem *Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento* foi identificado em 100% da amostra pesquisada.

Dentre as características definidoras identificadas nos pacientes cirúrgicos que fizeram parte deste estudo, detivemo-nos em verificar apenas as que obtiveram frequência

que obtiveram menor frequência. As características definidoras verificadas foram Perda de barreiras protetoras habituais secundária a anestesia, presente em 100% dos pacientes pesquisados e Comprometimento da circulação secundário a frio na sala cirúrgica, presente em 66,6% dos pacientes.

Com a obrigatoriedade da realização do processo de enfermagem em conformidade com a lei que regulamenta a profissão (Lei do exercício profissional, nº 7.498 de 25.06.86), grande parte dos enfermeiros assistenciais se mostram preocupados com a realização da prescrição da assistência de enfermagem; mas como se pode prescrever em cima de dados não concretos, sem se ter definido um diagnóstico de enfermagem ao qual se aplica o cuidado prescrito?

A necessidade de repensar nossa prática profissional vem cada vez mais estimulando a formação de grupos de estudos afins, formais e informais, principalmente na área de diagnósticos de enfermagem, uma vez que esta etapa da sistematização da assistência de enfermagem é fundamental para a realização das demais etapas desse processo. Salientamos que o número de estudos sobre diagnósticos de enfermagem no período perioperatório ainda é bastante escasso, fazendo-se necessárias mais pesquisas a esse respeito.

Acreditamos que o presente estudo venha contribuir para a assistência de enfermagem perioperatória, na busca de atribuir maior cientificidade à profissão e qualidade à assistência prestada.

DIAGNOSIS OF NURSING RISK OF PERIOPERATIVE LESION CAUSED BY POSITIONING IDENTIFIED IN THE TRANSOPERATIVE PERIOD

ABSTRACT

For the accomplishment of a surgical anesthetic procedure the patient can be positioned in several ways in order to provide a satisfactory, necessary and safe result. The present study consists of an exploratory research whose objective was to verify the frequency of the diagnosis of nursing risk of perioperative lesion caused by positioning in the transoperative period, analyzing the defining characteristics and factors related to it. This research was developed in three stages: elaboration of the instrument to be used in the interview, data collecting, analysis and synthesis of the collected data according to Risner (1990). The diagnostic affirmatives followed taxonomy II by NANDA (2002). The defining characteristics and the analyzed related factors were the ones that obtained frequency superior to 50%, such as: loss of habitual protecting barriers secondary to the anesthesia, and compromising the secondary circulation in the surgical room. We believe that the present study contributes to a better quality of perioperative nursing attendance, and to the scientific development of the area.

Key words: Perioperative nursing. Nursing diagnosis. Nursing process.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA RIESGO PARA LESIÓN PERIOPERATORIA POR POSICIONAMIENTO IDENTIFICADO EN EL PERIODO TRANS OPERATORIO

RESUMEN

Para la realización del procedimiento anestésico quirúrgico el paciente puede ser posicionado de varias formas, buscando proporcionar un resultado satisfactorio, preciso y seguro. El presente estudio consiste en una pesquisa exploratoria cuyo objetivo fue verificar la frecuencia del diagnóstico de enfermería *Riesgo para lesión Peri operatoria por Posicionamiento* en el periodo tras-operatorio, analizando las características definitivas y factores relacionados del mismo. Esta pesquisa se desarrolló en tres etapas: elaboración del instrumento para ser utilizado en la entrevista, colecta de datos y análisis y síntesis de los datos colectados conforme Risner (1990). La construcción de las afirmativas diagnosticas se dieron de acuerdo con la Taxonomía II de NANDA (2002). Las características definitivas y los factores relacionados analizados fueron los que obtuvieron frecuencia superior a 50%, siendo ellos: *Pérdida de barreras protectoras habituales secundaria a la anestesia y Comprometimiento de la circulación secundaria a frío en el quirófano*. Acreditamos que el presente estudio venga contribuir para la asistencia de enfermería perioperatoria, buscando contribuir con el desarrollo científico del área en cuestión.

Palabras Clave: Diagnostico de enfermería. Enfermería peri operatoria. Proceso de enfermería.

REFERÊNCIAS

- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. Trad. Ana Thorell. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- FARIAS, J. N. et al. **Diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990. .
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- LADDEN, C. S. Conceitos básicos de Enfermagem perioperatória. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 1997. cap. 1, p. 3 - 17.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações – 2001-2002. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.
- PICCOLI, M. **Enfermagem Perioperatória**: identificação dos diagnósticos na visita pré-operatória fundamentada no modelo conceitual de Levine. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- PIERSON, M. A. Segurança do paciente e do ambiente. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 1997. cap. 2, p. 18 - 32.
- RICKER, L. E. Posicionamento do paciente para cirurgia. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 4, p. 90 - 105.
- RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data: In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **Nursing Process**: application of theories frameworks, and models. 2 nd ed. St. Louis: Mosby, 1990.

Endereço para correspondência: Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos. Rua Monjoleiro, 125. Recanto Tropical. CEP: 85.807-300. Cascavel – PR. e-mail: maristerpiccoli@aol.com

Recebido em: 25/06/2004

Aprovado em: 08/11/2004