

Padronização da assistência de enfermagem em terapia intensiva

Leila Maria Mansano Sarquis (Mestre)

Curso de Enfermagem- Universidade Tuiuti do Paraná

Célia Pires Moreira (Graduanda)

Curso de Enfermagem - Universidade Tuiuti do Paraná

Fabíola Rosseto Kssuri

Enfermeira do Hospital do Coração – Unidade de Terapia Intensiva

Dorilde de Carvalho

Enfermeira do Hospital do Coração – Unidade de Terapia Intensiva

Resumo

Este estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento padronizado de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sob a luz de Vanda Aguiar Horta, potencializando o cuidar-cuidado científico em enfermagem cardiológica de uma Unidade de Terapia Intensiva.

A pesquisa caracterizou-se como exploratória. Foi aplicado um instrumento de padronização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital especializado no município de Curitiba, por um período de 6 meses (Anexo 1). Após a aplicação, este instrumento foi reavaliado pelos enfermeiros para sua validação e foram então realizadas as mudanças necessárias para a padronização e sistematização da assistência para a elaboração de instrumento definitivo (anexo 1) para a implantação da sistematização do cuidado científico em enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.

Este trabalho enfatizou a necessidade e a urgência de os enfermeiros desenvolverem a assistência fundamentada em princípios éticos e científicos. O instrumento testado e validado evidencia a importância e a necessidade de um repensar a assistência qualificada que atende as necessidades do cliente, contemplando um padrão de qualidade de alto nível e delineando um tratamento adequado, coerente e diferenciado.

Palavras chave: assistência de enfermagem, processo de enfermagem, metodologia da assistência.

Abstract

This study had as an objective to develop a standardized assistance instrument of nursing in the Unit of Intensive Therapy under the light of Vanda Aguiar Horta, increasing the scientific take care of- care in cardiological nursing of a Unit of Intensive Therapy. The research was characterized as exploratory. This standardization instrument of this nursing assistance in the Unit of Intensive Therapy in a hospital, in the city of Curitiba, was applied in a period of six months (Attached 1). After the instrument application, it was reevaluated for its validation for the nurses who had applied this instrument and the necessary changes were made for the standardization and systematization of the assistance, that had elaborated the definitive instrument (Attached 2) for the implantation of the systematization of the scientific care in nursing in the Unit of Intensive Terapy. This scientific work emphasized the necessity and urgency of the nurses to develop assistance based on ethical and scientific principles. The tested and validated instrument evidences the importance and the necessity of a rethink on this qualified assistance that takes care of the customer needs, contemplaing a high level quality standard and tracing a right treatment, coherent and different.

Key words: assistance of nursing, process of nursing, methodology of the assistance.

1 Introdução

A complexidade crescente da vida em sociedade, aliada à ampliação dos sistemas de saúde, vem desafiando nas últimas décadas o processo do cuidar – cuidado e o desenvolvimento da assistência de enfermagem, principalmente da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. É grande o número de clientes que necessitam deste atendimento e, para tanto, há necessidade de desenvolver em toda a equipe, condições que possibilitem este cuidar de uma maneira científica e dinâmica. A implantação de uma padronização dos cuidados permite ao cliente uma assistência mais individual, e para a equipe de enfermagem possibilita um melhor acompanhamento deste cliente até a alta hospitalar.

O processo de enfermagem é um método dinâmico e sistematizado de cuidar em enfermagem.

A fase de planejamento inclui a prescrição de enfermagem, que se caracteriza pelas recomendações dos cuidados que devem ser dispensados pela equipe de

enfermagem, com base na determinação prévia das necessidades básicas afetadas. (Horta, 1979)

A padronização reduz o tempo gasto na escrita elaborada pela enfermeira, bem como proporciona uma assistência direcionada, possibilitando um planejamento do cuidado; aumenta a eficiência na documentação e no planejamento do cuidado, proporcionando um ambiente seguro e terapêutico neste cuidado (Carpenito, 1999).

Para Horta (1979), o objetivo da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento das necessidades básicas. Ainda para a autora, descrever as necessidades básicas, explicá-las e relacioná-las entre si é, em síntese, a ciência da enfermagem. Compreendendo-se o objeto e os objetivos da Enfermagem - Ciência, entende-se que o cuidado é a essência da enfermagem.

Ao longo das décadas de 80 e 90, várias contribuições foram feitas ao processo do cuidar, propondo-se diferentes denominações para essas fases, além de implicações do processo, reduzindo-se o número de fases para facilitar a sua aplicabilidade prática. A coleta de dados é fundamental para todo o desenvolvimento do processo, constituindo o alicerce no qual se baseiam as etapas seguintes. A anamnese é de fundamental importância para a execução do exame físico porque identifica o indivíduo através de dados

como sexo, profissão, procedência, cor, idade, queixa e duração da doença, além de interrogatório sobre antecedentes pessoais e familiares, e sobre os diversos sistemas. Estes dados fornecem subsídios importantes para a formulação dos diagnósticos de enfermagem, pois permitem coletar informações que serão associadas aos dados do exame físico. O interrogatório a respeito dos sistemas deve ser feito de forma sistematizada, obedecendo preferencialmente à mesma seqüência utilizada para o exame físico.

2 Revisão da literatura

2.1 O Processo de enfermagem

Atkinson e Murray (1998) afirmam que o Processo de Enfermagem é um instrumento que eleva a qualidade da assistência de enfermagem, sendo que através dele é possível não só identificar problemas e planejar ações, mas também implementar e avaliar essas ações. Com isso, clientes, enfermeiros e equipes beneficiam-se porque a assistência pode ser integral, há uma troca de experiências e um conseqüente aumento de conhecimento e, sem dúvida, uma facilitação no trabalho, que pode ser dividido e ao mesmo tempo compartilhado. Quando se atinge o objetivo ao qual o plano se propõe, então uma satisfação pessoal

do elaborador também é atingida, proporcionando inclusive orgulho e despertando interesse maior no sentido de atender futuros clientes ainda mais adequadamente.

Para a melhor compreensão sobre o processo de enfermagem foi elaborado a seguir, um acompanhamento do conceito à luz de diversos autores, com a intenção de apreender os fundamentos desta ação de enfermagem.

Para Horta (1979), o Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visam à assistência da enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade.

O processo de enfermagem contribui na resolução de problemas apresentados pelos clientes. Kron e Gray (1994) afirmam que o processo de enfermagem aplicado e usado de maneira organizada possibilita um controle completo de ações e resoluções de enfermagem.

Brunner e Suddarth (1994) definem o Processo de Enfermagem como “uma abordagem deliberada de identificação e solução de problemas ao atendimento das necessidades de saúde e de enfermagem dos clientes”; constitui-se de uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visam à assistência de enfermagem ao ser humano. (Atkinson e Murray 1989; Santos 1990; Kron e Gray 1994).

2.2 Etapas do Processo de enfermagem

2.2.1 Observação

A primeira etapa é a identificação de problemas através da observação, quando ocorre um primeiro contato entre enfermeiro e cliente.

Pimenta et alii (1993) referem que o Processo de Enfermagem tem sido considerado como uma resposta a sérios questionamentos referentes à qualidade do cuidado e desenvolvimento científico da enfermagem, sendo por isto incorporado à prática em diversos serviços. Refletem, entretanto, que ele nada mais é do que um instrumento para organizar as etapas necessárias ao cuidado do cliente, e que as respostas esperadas não virão se não buscarmos um conteúdo que atribua validade e direção a este processo. Esses autores analisam as fases do Processo de Enfermagem, segundo o modelo de Horta.

Para Ciancarullo (1996), “a observação é um instrumento essencial ao pesquisador, pois constitui-se no principal recurso utilizado para se coletarem dados”. Ainda para a autora, a observação é um dos instrumentos básicos no planejamento e execução de assistência especializada. Afinal, é a partir da observação treinada e sistematizada que esse profissional coletará dados que lhe permitirão chegar a um diagnóstico da situação que se apresentar à sua frente.

Assim, poderá escolher qual o método mais adequado que deverá utilizar, objetivando resultados positivos na arte da ciência cuidativa. Assim sendo, o fazer enfermagem depende de um observar constante, cuja consequência é o direcionamento das ações do enfermeiro e equipe em prol da assistência ao ser humano.

Kron e Gray (1994) afirmam que a observação é a etapa inicial no processo de enfermagem, na qual se desenvolvem a coleta e registro das informações subjetivas sobre o cliente, análise e interpretação dessas informações, resultando na identificação dos problemas apresentados, ou seja, no diagnóstico de enfermagem. Tal procedimento deverá acontecer, sempre que possível, imediatamente após a admissão hospitalar, ou em um momento posterior, para clientes em situações de risco de vida ou incapacitados para responder perguntas. Embora uma história de enfermagem e um exame físico completos sejam importantes, a condição imediata do cliente deve ser avaliada e a prioridade do atendimento tem de ser determinada. O objetivo principal da avaliação inicial é reunir informações pertinentes de modo sistemático e eficiente para decidir-se quanto à intervenção de enfermagem efetiva.

2.2.2 *Diagnóstico de enfermagem*

Logo após as observações, tal como propõem os autores acima citados, o Processo de Enfermagem

segue para a etapa seguinte, que é o Diagnóstico de Enfermagem.

Para Kron e Gray (1994), o diagnóstico de enfermagem é uma declaração do problema de enfermagem, sendo uma confirmação da assistência de enfermagem de que o cliente necessitará.

Carpenito (1997) relata que em março de 1990, durante a nona Conferência de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a assembléia geral aprovou uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde, processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando ao alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Ainda a mesma autora afirma que “o diagnóstico de enfermagem descreve o estado de saúde de um indivíduo e os fatores que contribuíram para este estado”.

Horta (1979) conceitua diagnóstico de enfermagem “como a determinação da natureza e extensão daqueles problemas apresentados individualmente pelos clientes ou famílias que estão recebendo cuidados de enfermagem”.

Após a identificação dos problemas e seleção de ações de enfermagem apropriadas, é preciso considerar

o diagnóstico e plano terapêutico médicos para evitar conflitos (Kron e Gray 1994). Ainda a respeito de diagnósticos de enfermagem, Carpenito (1999a) afirma que as enfermeiras são responsáveis por dois tipos de julgamentos clínicos: os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos. As intervenções prescritas pela enfermagem são as que a enfermeira pode ordenar legalmente, que sejam implementadas pela equipe. Estas intervenções tratam, previnem e monitoram os diagnósticos de enfermagem e também controlam e monitoram os problemas colaborativos.

Os problemas colaborativos são complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para detectar as mudanças de estado; tais complicações estão geralmente relacionadas com a doença, o traumatismo, os tratamentos e os estudos diagnósticos.

Carpenito (1999a) observa que a enfermeira toma decisões independentes, tanto em relação aos problemas colaborativos quanto em relação aos diagnósticos de enfermagem, que se diferenciam da seguinte maneira: para os diagnósticos de enfermagem, a enfermeira prescreve e é responsável pela obtenção de resultados; já para os problemas colaborativos, a enfermeira monitora as condições do cliente para detectar o surgimento de complicações fisiológicas e controla os eventos com intervenções prescritas pelo médico e pela enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem leva diretamente ao planejamento da intervenção de enfermagem, relacionado ao tipo de dependência do indivíduo em relação à enfermagem. Qualquer alteração no diagnóstico de enfermagem deve levar a uma alteração no plano de atendimento (Atkinson e Murray, 1989; Santos 1990; Kron e Gray 1994; Cianciarullo 1996).

2.2.3 Planejamento

Tão logo sejam estabelecidos os diagnósticos de enfermagem é preciso elaborar o planejamento da assistência de enfermagem, terceiro passo do Processo de Enfermagem.

Para que se obtenha sucesso em qualquer ação que se queira realizar, é preciso antes de mais nada, planejar. Em todos os assuntos, simples que sejam, é necessário criar um plano de ação, estabelecendo-se metas e prazos e trabalhando árdua e criteriosamente, a fim de não se perder ou distanciar do objetivo. Através do planejamento é possível evitar o imprevisto e possibilitar a avaliação.

Cianciarullo (1996) conceitua o planejamento como sendo um processo intelectual que determina ações baseadas em objetivos, dados e estimativas submetidas à análise. É a especificação de resultados desejados, determinação das ações a serem tomadas e avaliação do grau de sucesso no alcance dos objetivos estabelecidos.

Para Horta (1979), o planejamento é um dos instrumentos básicos de enfermagem e o conceitua como “um pouco processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidos à análise”.

O planejamento tem de vir antes da ação e quanto mais complexo o atendimento ao cliente, maior a sua importância. Um plano de atendimento bem elaborado e baseado nos diagnósticos de enfermagem resulta em um atendimento de qualidade ao cliente. (Kron e Gray 1994).

2.2.4 Prescrição de enfermagem

O planejamento resulta na prescrição de enfermagem direcionada ao diagnóstico de enfermagem. Nela, podem estar inclusos objetivos a longo prazo e objetivos específicos, que vão ajudar o cliente a atingir os resultados esperados relativamente aos problemas identificados. Todos os objetivos devem também levar em conta o objetivo da terapia médica. A prescrição de enfermagem é o roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano; deve ter como base os cuidados prioritários; deve ser redigida como um objetivo operacional; o verbo deve ser utilizado sempre no

infinitivo, traduzindo a ação correspondente ao nível de dependência de enfermagem, conforme determina Horta (1979).

Brunner e Suddarth (1994) observam que as informações incorporadas ao plano de cuidados de enfermagem são escritas de maneira concisa e sistemática, facilitando seu uso pelo pessoal de enfermagem. Observam também que o plano de cuidados está sujeito a alterações. À medida que os problemas do cliente se modificam, as prioridades dos problemas mudam. Um plano de cuidados de enfermagem bem elaborado e continuamente utilizado é a maior garantia que o cliente tem de que seus diagnósticos de enfermagem vão ser abordados e suas necessidades básicas vão ser atendidas.

A prescrição de enfermagem proporciona um atendimento individualizado, centrado nas necessidades do cliente, bem como se torna um meio de comunicação entre toda a equipe que cuidará do atendimento. Através do uso desta prescrição é possível a certificação de que o cliente recebeu o atendimento de enfermagem que necessita.

Para Cianciarullo (1996), a prescrição de enfermagem é a descrição periódica das ações de enfermagem a serem implementadas com e para o cliente, visando à resolução dos problemas diagnosticados.

Um plano de enfermagem bem elaborado define o atendimento para o cliente individual, resultando na

possibilidade de avaliação em relação aos objetivos traçados ao elaborar o mesmo. As intervenções de enfermagem são determinadas pelo enfermeiro enquanto profissional independente para ajudar na cura do cliente.

2.2.5 *Implantação*

O processo de implantação de uma assistência qualificada possibilita a atuação desta assistência já planejada. A eficácia desta intervenção da enfermagem depende do conhecimento e da perícia do profissional de enfermagem no uso das técnicas de resolução de problemas inerentes ao processo de enfermagem e na liderança do enfermeiro na implantação do plano de ação (Kron e Gray 1994)

Brunner e Suddarth (1994) descrevem a implementação como sendo a execução do plano de cuidados propostos, sendo o mesmo de responsabilidade não só do enfermeiro como do próprio cliente, familiares e outros membros da equipe na qual as atividades das pessoas envolvidas são coordenadas pelo enfermeiro. A implementação inclui todas as intervenções de enfermagem dirigidas à resolução dos diagnósticos de enfermagem do cliente e ao atendimento de suas necessidades de saúde.

Kron e Gray (1994) afirmam que a implementação do plano de atendimento do cliente não só implica na

organização das atividades como envolve também a observação, tomada de decisões e comunicação. O enfermeiro deve determinar o que tem de ser feito, quem vai executar as diversas partes do atendimento, quando o atendimento deve ser dado e como ele deve ser dado. Decidir que tipo de atendimento é necessário ao cliente e quem está qualificado para tal é de suma importância.

No bom controle do atendimento dos clientes, o planejamento e organização são essenciais, não só para proporcionar um bom atendimento de enfermagem, como coordenar todas as atividades que envolvam a dinâmica da assistência.

Atkinson e Murray (1989) explicam que a fase de implementação consiste de atividades distintas que, embora tomem algum tempo, certamente são importantes para a conclusão do processo. A validação do plano, a documentação, a prestação de assistência e continuação da coleta de dados são atividades que fazem parte da implementação e envolvem, cada uma a sua maneira, a equipe de enfermagem, porque a validação necessita de uma segunda opinião para confirmar o que foi elaborado, melhorá-lo ou modificá-lo por completo. A documentação ou registro do plano dependerá da colaboração de todos os enfermeiros para que se cumpram na íntegra todas estas etapas.

2.2.6 Avaliação

A avaliação é a última fase do processo de enfermagem. A história de enfermagem mostra as características básicas do cliente, e as observações diárias devem indicar mudanças no progresso do cliente que tornem necessárias alterações na ação de enfermagem. Os objetivos de enfermagem e do cliente fornecem informações úteis, com base nas quais o progresso do cliente pode ser julgado. Se os resultados do atendimento de enfermagem não foram os esperados, esses objetivos e as prescrições de enfermagem devem ser periodicamente avaliados para se determinar se eles precisam ser alterados. (Kron e Gray 1994)

Brunner e Suddarth (1994) relatam que a avaliação contínua proporciona o meio de manter-se a viabilidade de todo o processo de enfermagem.

Cianciarullo (1996) classifica a avaliação como sendo o julgamento do cuidado, sendo analisadas a qualidade do cuidado e a habilidade com que este foi executado. A principal vantagem, segundo a autora, é o fornecimento de informações diretas a respeito da qualidade. O enfermeiro, ao avaliar as ações de enfermagem, deve considerar o modo de execução dos procedimentos, ou seja, se foram executados de forma correta e hábil, bem como o aproveitamento do tempo e dos materiais e equipamentos que foram utilizados.

Cianciarullo (1996) vem corroborar com os outros pesquisadores, relatando a avaliação como um processo contínuo e sistemático e que, através dela, possibilita conhecer os erros e acertos e, conseqüentemente, corrigir falhas. Além disso, sempre que se traçam objetivos é imperativo que se façam avaliações para que se aperfeiçoem os que foram atingidos e se aprimorem os que não o foram.

A fase de avaliação é também o momento de se reformular o plano de assistência ou as etapas que não tenham sido compreendidas ou que necessitem de ajustes.

A definição de Carpennito (1997) sobre a avaliação do processo envolve a aquisição de dados selecionados ou específicos, conforme determinados pela enfermeira e toda a equipe. O avanço na coleta de dados permite a avaliação de quão efetivo é o plano de assistência e orienta seus procedimentos (Atkinson e Murray 1998; Santos, 1990; Kron e Gray, 1994; Cianciarullo, 1996).

3 Objetivo

- Desenvolver um modelo de registro padronizado para a assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sob a luz de Vanda Aguiar Horta.

4 Material e método

O trabalho foi desenvolvido em um Hospital Especializado em Cardiologia na cidade de Curitiba, em um período de 6 meses, na Unidade de Terapia Intensiva. Antes da elaboração do modelo de registro para a Unidade de Terapia Intensiva, foi realizado um estudo detalhado dos principais sinais e sintomas que deveriam contemplar este registro. Após a confecção, o registro foi aplicado pelas pesquisadoras em 50 pacientes admitidos no referido hospital para a validação e implantação oficial de um modelo impresso. Após 6 meses de aplicação, este modelo de registro foi revalidado pelos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e pelos pesquisadores, sendo modificado para melhor atender as necessidades do cliente.

5 Resultados e discussões

Foram aplicados no período de 6 meses, cinquenta instrumentos de registro (Anexo 1) para os pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva. Os resultados aqui apresentados caracterizaram a aplicabilidade prática no momento da coleta de dados, com o objetivo de levantar os sinais e sintomas para o diagnóstico e a prescrição de enfermagem. As alterações no Anexo 1 ocorreram nas características

relacionadas à respiração, uso de vasodilatadores, presença de baqueteamento e ausculta cardíaca. Em 42 (85%) instrumentos preenchidos estes dados não foram registrados no momento da admissão. Após o período de aplicabilidade, este instrumento foi reformulado conforme é apresentado no Anexo 2. O instrumento, após a reformulação, contribuiu para a sistematização da assistência de enfermagem, embasado cientificamente sob a luz de Vanda A. Horta (1979). Conseguimos apreender que a prática assistencial é possível quando os enfermeiros assistem o cliente, entendendo-o como um ser humano que precisa de cuidado embasado em princípios científicos.

6 Considerações finais

Após a aplicação do instrumento que forneceu subsídios para o cuidar em enfermagem com abordagem científica, podemos considerar que assumir a tarefa de prestar assistência qualificada pressupõe qualificação específica, sendo “*um ato de coragem e um compromisso do enfermeiro no caminho da qualificação do cuidar, ainda que dentro dos limites e das condições institucionais vigentes*”.

Este estudo veio corroborar com o estudo realizado por Ide e Chaves (1992 p. 195), que afirmaram ainda que o enfermeiro deve estar preocupado em romper os papéis socialmente determinados em seu

universo de trabalho, conseguindo intervir nas seguintes esferas:

Esfera física: identificando os problemas através da observação e coleta de registros, tendo o embasamento necessário para um completo diagnóstico de enfermagem, bem como na execução de toda a assistência. Esfera educativa: Desenvolvendo no enfermeiro condições que possibilitem um cuidar científico. Esfera afetiva: estabelecendo um contato mais próximo com o cliente, não apenas para os procedimentos técnicos. Esta preocupação em atender o cliente nas várias esferas de atendimento já foram

estudadas por Ide e Chaves (1992), e o presente estudo bibliográfico vem corroborar com estas autoras.

Entendemos e concluimos que a implantação do processo de enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos.

Essas considerações possibilitam-nos aprofundar as futuras pesquisas e contribuir de forma significativa para a construção de uma enfermagem científica, humana e, acima de tudo, com qualidade de assistência.

Referências bibliográficas

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. (1989). *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. (1994). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- CARPENITO, L. J. (1997). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- _____. (1999). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- _____. (1999). *Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- CIANCIARULLO, T. I. (1996) *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de enfermagem*. São Paulo: Atheneu.
- HORTA, W. de A. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. (1992). A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. *Rev. Esc Enf.* São Paulo, v. 26, n. 2, p.187-204, ago.
- KRON, T; GRAY, A. (1994). *Administração dos cuidados de enfermagem ao cliente: colocando em ação as habilidades de liderança*. 6 ed. Rio de Janeiro: Interlivros.
- PIMENTA, C.A. *et al.* (1993). O ensino da avaliação do cliente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2 (1): 69-76, julho.
- SANTOS, I. dos. (1990). *Problemas de enfermagem: planos de ação*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.

—