



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
Portugal

Fernandes Costa Lima, Antonio; Osawa Fuzii, Sandra Mayumi; de Alencar Pinho, Natália;  
Tavares Melo, Ana Cláudia; Fujiki Hashimoto, Terezinha Hiroko

Processo de Enfermagem na prática de hemodiálise: a experiência das enfermeiras de  
um Hospital Universitário

Referência - Revista de Enfermagem, vol. II, núm. 12, marzo, 2010, pp. 39-45

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

.png, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Processo de Enfermagem na prática de hemodiálise: a experiência das enfermeiras de um Hospital Universitário

Nursing Process in hemodialysis: the experience of nurses in a university hospital

Antonio Fernandes Costa Lima\*; Sandra Mayumi Osawa Fuzii\*\*; Natália de Alencar Pinho\*\*; Ana Cláudia Tavares Melo\*\*; Terezinha Hiroko Fujiki Hashimoto\*\*\*

## Resumo

**Objetivos:** Compartilhar a experiência das enfermeiras do Serviço de Hemodiálise do Hospital Universitário da USP na seleção de diagnósticos de enfermagem para os pacientes renais crônicos de acordo com a Classificação da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I); revisar as atividades de enfermagem correspondentes a esses diagnósticos e complementá-las segundo a Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification - NIC). **Método:** Em oficinas de trabalho, as enfermeiras selecionaram os diagnósticos considerados mais frequentes, revisaram e complementaram as respectivas atividades de enfermagem. **Resultados:** Foram selecionados seis diagnósticos de enfermagem, estabelecidas 44 atividades e reestruturado o instrumento utilizado para a documentação do Processo de Enfermagem (PE). **Considerações Finais:** Participar das oficinas de trabalho, estudando as Classificações da NANDA-I e NIC, propiciou às enfermeiras o aprimoramento da condução do PE, fato que contribuirá para a obtenção de dados visando a informatização da documentação desse modelo assistencial.

**Palavras-chave:** processos de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, inovação organizacional, informática em enfermagem.

\* Doutor em Enfermagem. Enfermeiro Diretor da Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI) do Departamento de Enfermagem (DE) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

\*\* Especialização em Enfermagem em Nefrologia. Enfermeira do Serviço de Hemodiálise da DECLI do DE do HU-USP.

\*\*\* Especialização em Enfermagem em Nefrologia. Enfermeira do Programa de Assistência Domiciliária da Divisão de Enfermagem de Pacientes Externos do DE do HU-USP.

## Abstract

**Objectives:** To share nurses' experience in the hemodialysis service of a university hospital when choosing nursing diagnoses for patients with chronic renal conditions according to the North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I); to review nursing activities related to these diagnoses and to describe them according to the Nursing Intervention Classification (NIC) Method. **In workshops,** nurses selected the most frequent diagnoses, reviewed and added the appropriate nursing activities. **Results:** Six nursing diagnoses were selected. Forty-four activities were established and the instrument used to record the nursing process (NP) was restructured. **Final Considerations:** Participating in the workshops analyzing NANDA-I and NIC classifications allowed the nurses to improve their implementation of the nursing process, which contributed to obtaining data and information about the documentation of this model of care.

**Keywords:** nursing process, nursing diagnosis, organizational innovation, nursing informatics.

Recebido para publicação em: 28.08.09

Aceite para publicação em: 24.02.10

## Introdução

O Serviço de Hemodiálise (Hd) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) - Brasil atende aos pacientes renais crônicos e renais agudos, que necessitem ser submetidos à hemodiálise. A hemodiálise é um processo de filtração artificial do sangue indicado aos pacientes com comprometimento, reversível ou irreversível, da função renal. Para a sua viabilização é imprescindível a obtenção de uma via de acesso à circulação sanguínea do paciente, a utilização de materiais e equipamentos específicos, além da disponibilidade de recursos humanos especializados.

A execução da hemodiálise requer dos profissionais de enfermagem constante observação dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, monitoração do funcionamento dos materiais e equipamentos utilizados e competência para fazer julgamentos e tomar decisões adequadas à resolução de ocorrências ou para a minimização de suas consequências.

O Serviço de Hd do HU-USP está organizado, estruturalmente, para dialisar quatro pacientes renais crônicos e um paciente renal agudo por período, sendo a equipe de enfermagem composta por três enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem. As sessões de hemodiálise ocorrem de segunda-feira a sábado em dois turnos: das 7 às 13 horas e das 13 às 19 horas. Esse procedimento é geralmente realizado três vezes por semana, com duração de 3 a 4 horas por sessão, não havendo previsão do tempo que o paciente permanecerá em programa. A alta do programa poderá ocorrer pela troca da modalidade de tratamento, como exemplo, a mudança da hemodiálise para diálise peritoneal ambulatorial contínua ou com a realização do transplante renal.

As enfermeiras do Serviço de Hd têm desenvolvido, desde 1992, o Processo de Enfermagem (PE) como instrumento norteador da assistência, do ensino e da pesquisa (Fugulin *et al.*, 1998). Compartilham da crença de que o PE favorece a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, estimula o exercício do autocuidado; permite integrar as ações docente-assistenciais configurando-se em estratégia de aprendizado para estudantes de graduação, pós graduação e para os profissionais da equipe de enfermagem (Melleiro *et al.*, 2001).

A diretoria do Departamento de Enfermagem (DE) do HU, em parceria com docentes da Escola

de Enfermagem (EE) da USP, iniciou em 2001 a implementação do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem a fim de aprimorar a condução do PE, a partir de necessidades evidenciadas por enfermeiros e graduandos em enfermagem, e propiciar a informatização da documentação clínica de enfermagem (Lima e Kurcgant, 2006).

Segundo Lima *et al.* (2008) a importância dos sistemas informatizados de documentação em saúde está no fato de possibilitarem suporte administrativo para o planejamento do cuidado, o uso de alertas e avisos para casos críticos, a avaliação e o monitoramento das intervenções e de comparação entre o cuidado prestado e os resultados obtidos, devido à sistematização da aquisição, armazenamento e recuperação dos dados clínicos e gerenciais, que asseguram a eficácia, efetividade e eficiência da coleta de dados.

A implementação gradativa do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem no PE desenvolvido pelos enfermeiros do HU-USP foi finalizada em maio de 2005 e resultou na construção do instrumento Diagnóstico/Evolução/Prescrição de Enfermagem. Desde então, esse instrumento vem sendo utilizado e refinado nas diferentes Unidades/Serviços da instituição na tentativa de contemplar as particularidades dos pacientes/clientes atendidos. Esse instrumento representa a concretização de uma fase intermediária entre a documentação do PE anteriormente desenvolvida e a meta a ser alcançada: a documentação informatizada do PE.

Para reformular as diretrizes do PE, de forma a adequá-las a essa nova realidade, todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no cenário do HU-USP foram correlacionadas aos diagnósticos de enfermagem e divididas em atividades padrão, atividades prioritárias e atividades opcionais. As atividades realizadas, indistintamente, para todos os pacientes atendidos na instituição, são consideradas como padrão de assistência do DE. Assim, não são prescritas pelos enfermeiros e a sua realização é de domínio de todos os profissionais de enfermagem sendo documentadas nos instrumentos destinados aos registros de enfermagem. As atividades prioritárias são consideradas pelos enfermeiros como as mais prováveis para a solução do(s) diagnóstico(s) apresentado(s) pelo paciente/cliente e, por isso, já estão impressas no instrumento Diagnóstico/Evolução/Prescrição de Enfermagem. As atividades

opcionais não estão impressas, mas os enfermeiros podem adicioná-las manualmente ao instrumento para alguns pacientes/clientes que possuam o(s) diagnóstico(s) por eles selecionados (Lima *et al.*, 2008).

O planejamento da assistência de enfermagem no Serviço de Hd é documentado, desde 2005, no instrumento Diagnóstico / Prescrição / Evolução de Enfermagem, onde se encontram impressos os diagnósticos de enfermagem mais frequentes e as respectivas atividades, de forma a contemplar as especificidades e necessidades do paciente renal crônico.

## Objetivos

- Compartilhar a experiência das enfermeiras do Serviço de Hd do HU-USP no refinamento da seleção de diagnósticos de enfermagem para os pacientes renais crônicos de acordo com a Classificação da North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I, 2006);
- Apresentar a revisão das atividades de enfermagem padrão, prioritárias e opcionais, correspondentes a esses diagnósticos, complementadas com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (2004).

## Metodologia

No período de maio a junho de 2006 foram realizadas quatro oficinas de trabalho, com a duração de 3

horas cada, coordenadas pelo Diretor da Divisão de Enfermagem Clínica do DE. Nessas oficinas as enfermeiras atuantes no Serviço de Hd, a partir de sua experiência clínica, estudaram a Classificação da NANDA-I (2006), discutiram todos os diagnósticos relacionados aos pacientes renais crônicos e selecionaram aqueles que consideraram como os mais frequentes no contexto da realidade vivida.

Posteriormente, agruparam as atividades de enfermagem preconizadas classificando-as em padrão específicas do Serviço (realizadas a todos os pacientes renais crônicos em programa de hemodiálise e, portanto, não prescritas no instrumento Diagnóstico / Evolução / Prescrição de Enfermagem), prioritárias e opcionais. Todas as atividades foram discutidas, em profundidade, revisadas e complementadas a partir da Classificação das Intervenções de Enfermagem (2004). A seguir, os diagnósticos e atividades de enfermagem foram apresentados em reunião científica aos técnicos de enfermagem atuantes no Serviço de Hd e estes puderam complementar e sugerir mudanças no conteúdo proposto e no layout do instrumento Diagnóstico / Prescrição / Evolução de Enfermagem.

## Resultados

Após a reunião científica com os técnicos de enfermagem foram selecionados, consensualmente, seis diagnósticos de enfermagem da Classificação da NANDA-I (2006), estabelecidas 18 atividades padrão específicas do Serviço de Hd, 10 atividades prioritárias e 16 atividades opcionais conforme discriminado na figura 1.

CONTROLE ineficaz DO REGIME TERAPÊUTICO: Padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.	
Atividades de Enfermagem	
Prioritárias	Opcionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar, explicar e discutir o regime terapêutico e suas implicações para a qualidade de vida</li> <li>– Auxiliar na escolha de alternativas viáveis para manutenção adequada do regime terapêutico</li> <li>– Encorajar a assumir a manutenção do controle do regime terapêutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar, explicar e discutir o regime terapêutico e suas implicações com os familiares</li> <li>– Auxiliar aos familiares na escolha de alternativas viáveis para manutenção adequada do regime terapêutico</li> <li>– Encorajar a examinar o próprio comportamento / substituir hábitos indesejáveis por outros desejáveis</li> <li>– Encaminhar paciente/famíliares à nutricionista</li> </ul>
Risco de desequilíbrio do VOLUME DE LÍQUIDOS: Risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ao ganho, ou ambos, dos líquidos corporais.	

Atividades de Enfermagem	
Prioritárias	Opcionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reforçar junto ao paciente/familiares orientação quanto a importância do controle da ingestão de líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar paciente/familiares quanto a importância do controle da ingestão de líquidos</li> <li>– Verificar Pressão Arterial a cada 15 minutos</li> <li>– Verificar Pulso a cada hora</li> <li>– Verificar frequência respiratória _____</li> <li>– Esclarecer dúvidas em relação ao controle da ingestão de líquidos</li> <li>– Encaminhar paciente/familiares à nutricionista</li> </ul>
ANSIEDADE: Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.	
Atividades de Enfermagem	
Prioritárias	Opcionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Possibilitar/encorajar a exposição de sentimentos</li> <li>– Observar a forma de comunicação verbal e não verbal</li> <li>Estimular atividades recreativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Proporcionar presença de familiares/pessoas significativas</li> <li>– Proporcionar visita religiosa</li> </ul>
Risco de INFECÇÃO: Risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.	
Atividades de Enfermagem: Padrão específicas do Serviço de Hd	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar paciente/familiares em relação a lavar as mãos e o local da fistula artério-venosa (FAV) antes da punção para instalação de hemodiálise</li> <li>– Acompanhar paciente/familiares na realização da lavagem das mãos e do local da FAV antes da punção para instalação da hemodiálise</li> <li>– Verificar assimilação do paciente/familiares quanto a realização da lavagem das mãos e do local da FAV antes da punção para instalação da hemodiálise para liberação do acompanhamento</li> <li>– Usar técnica asséptica para instalar/desligar a hemodiálise</li> <li>– Usar técnica asséptica para infusão de soluções e medicamentos durante a hemodiálise</li> <li>– Assegurar o reprocessamento do dialisador capilar e dos equipos artério-venoso</li> <li>– Trocar o dialisador capilar e os equipos artério-venoso após o 12º uso</li> <li>– Trocar o dialisador capilar e os equipos artério-venoso sempre que necessário</li> <li>– Descartar o isolador do condutor de pressão a cada sessão</li> <li>– Assegurar a desinfecção das máquinas de hemodiálise a cada turno</li> <li>– Realizar limpeza externa das máquinas para hemodiálise e mobiliários do paciente conforme preconizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HU-USP</li> <li>– Assegurar a coleta mensal de amostras d'água do Serviço de Hd para realização de teste bacteriológico</li> <li>– Coletar amostras de sangue do paciente para realização de exames de rotina, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde</li> <li>– Monitorar condições do local da FAV</li> <li>– Monitorar condições do local de inserção do cateter de duplo lúmen</li> <li>– Orientar paciente/familiares quanto aos cuidados com o local da FAV</li> <li>– Orientar paciente/familiares quanto aos cuidados com o local de inserção do cateter de duplo lúmen</li> <li>– Orientar paciente/familiares em relação aos sinais/sintomas de infecção</li> </ul>	
INTEGRIDADE TISSULAR prejudicada: Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.	
Atividades de Enfermagem	
Prioritárias	Opcionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aplicar compressa fria em hematoma de _____</li> <li>– Orientar paciente/família quanto a aplicação de compressas frias em _____ no dia da ocorrência do hematoma e compressas quentes nos dias subsequentes</li> </ul>	
DOR aguda: Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com um término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.	
Atividades de Enfermagem	
Prioritárias	Opcionais
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliar: local / intensidade / qualidade / duração/ prejuízos advindos da dor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aplicar frio/calor em _____</li> <li>– Realizar massagem em _____</li> </ul>

FIGURA 1 – Atividades prioritárias, opcionais e padrão específicas para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no Serviço de Hd, HU-USP, 2006

A cada sessão de hemodiálise, após a interpretação dos dados obtidos a partir de breve exame físico e entrevista com o paciente, a enfermeira do serviço de Hd indica no atual instrumento Diagnóstico / Evolução / Prescrição de Enfermagem (figura 2) o(s) diagnóstico(s) de enfermagem evidenciado(s), circulando o número correspondente, sublinhando ou acrescentando as características definidoras e fatores relacionados ou os fatores de risco e qualificando a presença com a sigla (P) de Presente na coluna destinada à Evolução de Enfermagem. Caso detecte outro(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que não esteja(m) impresso(s) no instrumento, realiza a inclusão do mesmo(s) no espaço correspondente. Após a definição dos diagnósticos realiza a Prescrição de Enfermagem que abrange o conjunto de atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Para tanto,

indica as atividades de enfermagem circulando no(s) item(ns) da prescrição o(s) número(s) do diagnóstico ao qual ela(s) corresponde(m), sublinhando o verbo que indica a atividade a ser realizada. Os itens da Prescrição de Enfermagem são precedidos pelo(s) número(s) do(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e coluna(s) para o estabelecimento do horário ou do período - Manhã (M) ou Tarde (T) quando a frequência da realização das atividades de enfermagem prescritas for a curtos intervalos de tempo. Nesses casos, o horário da execução da atividade é registrado no instrumento de Anotação de Enfermagem. O registro da Evolução de Enfermagem é realizado a cada sessão de hemodiálise, por meio da aplicação das siglas (Me) de Melhorado, (Pi) de Piorado, (I) de Inalterado e (R) de Resolvido.

ITEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E FATORES RELACIONADOS OU DE RISCO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
		/ / /	/ / /	/ / /
		S:	S:	S:
1	ANSIEDADE: agitação, insônia, inquietação, irritação, relacionado a: _____			
2	CONTROLE ineficaz DO REGIME TERAPÊUTICO: verbaliza dificuldades com a regulação / integração de um ou mais dos regimes prescritos para a prevenção de complicações e o tratamento da doença: _____			
3	DOR aguda: relato verbal _____ / evidência observada _____			
4	INTEGRIDADE TISSULAR prejudicada: hematoma / equimose em _____, lesão em _____			
5	Risco de INFECÇÃO: acesso para hemodiálise/ circulação extracorpórea/ doença crônica _____ / _____			
6	Risco de desequilíbrio do VOLUME DE LÍQUIDOS _____ _____			

Evolução de Enfermagem: Número da sessão (S) / Presente (P) / Melhorado (Me) / Piorado (Pi) / Inalterado (I) / Resolvido (R)

ITEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	/	/	/	/	/	/	/
1	Observar forma de comunicação verbal e não-verbal							
1	Possibilitar/encorajar a exposição de sentimentos							
1	Estimular atividades recreativas							
2	Orientar, explicar e discutir o regime terapêutico e suas implicações para a qualidade de vida							
2	Auxiliar na escolha de alternativas viáveis para manutenção adequada do regime terapêutico							
2	Encorajar a assumir a manutenção do controle do regime terapêutico							
3	Avaliar: local/intensidade/qualidade/duração/prejuízos advindos da dor							
4	Aplicar compressa fria em hematoma de							
4	Orientar paciente / família quanto a aplicação de compressa fria em _____ no dia da ocorrência do hematoma e compressas quentes nos dias subsequentes							
6	Reforçar junto ao paciente / família orientação quanto a importância do controle da ingestão de líquidos							

Manhã (M) / Tarde (T)

FIGURA 2 – Instrumento Diagnóstico / Evolução / Prescrição de Enfermagem específico do Serviço de Hd, HU-USP, 2006

As enfermeiras do Serviço de Hd reconhecem que as atividades padrão específicas, prioritárias e opcionais priorizadas não esgotam as possibilidades de atuação da equipe de enfermagem, apenas refletem o que se considera mais frequente frente aos diagnósticos apresentados pelos pacientes renais crônicos no contexto de cuidados do HU-USP. Nessa perspectiva, destaca-se que é sempre possível que a situação do paciente exija outras atividades além das aqui sugeridas. Para tanto o instrumento Diagnóstico / Evolução / Prescrição de Enfermagem possui espaços em branco para que as enfermeiras incluam outras atividades que julguem necessárias.

Possivelmente, em virtude da complexidade do paciente renal crônico, muitos diagnósticos de enfermagem evidenciados poderão permanecer inalterados ao longo de várias sessões de hemodiálise. Por isso as atividades de enfermagem demandarão investimentos da equipe junto ao paciente na tentativa de mudar suas atitudes e, posteriormente, o seu comportamento em busca da manutenção adequada do seu tratamento e da melhora de sua qualidade de vida.

Para a equipe de enfermagem a possibilidade de revisar os diagnósticos mais frequentes, as atividades correspondentes e adequar o layout do instrumento Diagnóstico / Evolução / Prescrição de Enfermagem

resultou em momentos de reflexões a respeito da fundamentação do cuidar dos pacientes renais crônicos e da relevância da informatização da sua documentação clínica para o ensino, assistência e pesquisa na área nefrológica.

Vale lembrar que a documentação em saúde sofrerá importantes mudanças, em virtude do avanço da informatização. No Brasil observa-se intenso movimento em direção à adoção de sistemas eletrônicos para as diversas atividades administrativas que dão suporte aos processos de trabalho assistenciais. A informatização da documentação dos processos assistenciais exigirá profissionais de saúde preparados para direcionar e acompanhar mudanças que permitam alcançar resultados positivos para os processos de trabalho e também para a saúde das pessoas assistidas (Gaidzinski *et al.*, 2008).

## Considerações finais

O programa de hemodiálise pode provocar impactos de intensidade variada na vida do indivíduo e seus familiares, por isso é fundamental que a enfermeira avalie as condições físicas, emocionais e cognitivas do paciente a fim de elaborar o plano de cuidados de enfermagem. Na perspectiva do PE a explicitação



dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelo paciente e o estabelecimento das atividades necessárias para o alcance de metas viáveis é imprescindível.

A equipe de enfermagem do Serviço de Hd, em consonância com a filosofia e com o alcance das metas do HU-USP e do DE, empenha-se para atender às necessidades dos pacientes, garantindo assistência segura por meio da utilização de recursos estruturais adequados, observando normas, padrões e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde Brasileiro e implementando ações que possibilitem a sistematização, individualização e humanização da assistência, bem como a avaliação dos processos implementados e resultados obtidos (Lima e Gutierrez, 2008).

Refinar a seleção dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, revisar e complementar as atividades desenvolvidas, possibilitou maior visibilidade às ações dos profissionais de enfermagem, além de melhorar a descrição da clínica de enfermagem e favorecer a obtenção de dados necessários à informatização do PE realizado no Serviço de Hd. Nessa direção, o próximo desafio a ser vivido é a adoção da Classificação dos Resultados de Enfermagem (2004), uma vez que os resultados do paciente servem como critério para o julgamento do sucesso de uma intervenção de enfermagem e descrevem o estado, os comportamentos, as reações e os sentimentos do paciente em resposta ao cuidado proporcionado (Jonhson *et al.*, 2005).

## Referências bibliográficas

FUGULIN, F. M. T. [et al.] (1998) - O processo de cuidar. In CIANCIARULLO, T. I. ; FUGULIN, F. M. T. ; ANDREONI, S. - A

hemodíalise em questão: opção pela qualidade assistencial. C&Q. São Paulo : Ícone. p. 37-50.

GAIDZINSKI, R. R. [et al.] (2008) - Impacto da classificação de diagnóstico de enfermagem na prática clínica do enfermeiro. In GAIDZINSKI, R. R. [et al.] - **Diagnóstico de enfermagem: abordagem prática**. Porto Alegre : Artmed. p. 354-368.

JOHNSON, M. [et al.] (2005) - **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC**. Porto Alegre : Artmed.

LIMA, A. F. C. ; KURCGANT, P. (2006) - Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 14, nº 1, p. 666-673.

LIMA, A. F. C. [et al.] (2008) - Diretrizes para o sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da USP. In GAIDZINSKI, R. R. [et al.] - **Diagnósticos de enfermagem na prática clínica**. 1ª ed. Porto Alegre : Artmed. p. 74-84.

LIMA, A. F. C. L. ; GUTIERREZ, B. A. O. (2008) - O sistema de assistência de enfermagem na divisão de enfermagem clínica. In GAIDZINSKI, R. R. [et al.] - **Diagnóstico de enfermagem: abordagem prática**. Porto Alegre : Artmed. p. 85-126.

MCCLOSKEY, J. C. ; BULECHEK, G. M. (2004) - **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3ª ed. Porto Alegre : Artmed.

MELLEIRO, M. M. [et al.] (2001) - A evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In CIANCIARULLO, T. I. [et al.] - **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo : Ícone. p. 109-130.

MOORHEAD, S. ; JOHNSON, M. ; MAAS, M. (2004) - **Nursing outcomes classification**. 3rd ed. St Louis : Mosby.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL (2006) - **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre : Artmed.



