

DINAMIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ATRAVÉS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Luiza Hiromi Tanaka **
Kazumi Horigoshi Iwakura ***
Lindalva Kozikoviski ****
Maria Fumiko Ueti *****

RESUMO – As autoras propõem uma metodologia com a utilização de um instrumento, que sistematiza o diagnóstico e a assistência de enfermagem ao cliente/paciente da área hospitalar. O instrumento consta de doze indicadores cujo resultado favorece a assistência, individualizada, contínua e permite uma avaliação crítica do atendimento prestado. Essa metodologia facilita o planejamento da assistência de enfermagem interferindo na qualificação da mesma e fornece subsídios para cálculo de redimensionamento do pessoal de enfermagem.

ABSTRACT – The authors propose a methodology using an instrument which classifies the nursing care to the client of the hospital area. The instrument comprises twelve indicators, the result of which helps to provide a dynamic, individualized and continuous care and allows also a critical evaluation of the services provided. This methodology facilitates the planning of the nursing care acting on its qualification and supplying means for the calculation of the nursing personal appraisal.

1 INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tem como competência a definição da política de saúde a ser adotada pelo Estado. Consta na sua estrutura com o Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde - CADAIS, que tem como um dos objetivos a adequação da área técnica programática às demandas dos níveis local, municipal e regional, bem como dar suporte institucional às ações por ela desenvolvidas.

Em 21.05.87, com a assinatura do termo de adesão ao SUDS, o novo modelo assistencial proposto e implantado pelo SUDS-SP, faz com que as ações de enfermagem se descaracterizem gradativamente, devido à falta de planejamento e sistematização das ações desenvolvidas.

No transcorrer deste processo, a assistência de enfermagem não acompanha as transformações exigidas pelo novo modelo proposto, fazendo com que os enfermeiros do setor público estadual se manifestem, levantando os problemas de organização e assistência de saúde prestado à população.

Para atender esta demanda, a S.E.S. através do CADAIS cria a nível central o Grupo de Coordenação para Assuntos de Enfermagem (Portaria CADAIS nº 2 de 16.08.90), objeti-

vando: “orientar, organizar, coordenar e gerenciar de maneira geral, as questões relativas à enfermagem nas várias instâncias do SUS-SP”.

O grupo tem como estratégia trabalhar as demandas identificadas pelo nível local, municipal, regional e central por meio de instituição de grupos tarefa constituídos por profissionais com experiência nos assuntos identificados.

O trabalho proposto vem ao encontro das necessidades de atender as demandas dos vários níveis, bem como contribuir ao planejamento e na elaboração do Plano Diretor do SUS-SP.

Para a elaboração do trabalho em questão, foi formado o Grupo Tarefa de Pessoal de Enfermagem (Portaria CADAIS nº 3 de 26.11.90), constituído por enfermeiros “multiinstitucional”, do nível local, por meio de uma oficina de trabalho e reuniões periódicas.

Este trabalho foi baseado no modelo de HORTA², REIS³ e a vivência prática, (de 1982 até a presente data), do serviço de enfermagem do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, que classifica indicadores que determinam o nível de assistência ao cliente/paciente internado de acordo com o grau de dependência.

Por meio dos seis indicadores apresentados

* Prêmio Zaira Cintra Vidal, 2º lugar, 43º Congresso Brasileiro de Enfermagem - Curitiba-PR, 1991.

** Enfermeira do Setor de Educação Continuada do Hospital Brigadeiro, SUS-SP.

*** Enfermeira Instrutora do Projeto Larga Escala - formação de auxiliar de enfermagem do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

**** Enfermeira do Setor Médico Cirúrgico do Hospital Regional do Vale do Ribeira, SUS-SP.

***** Enfermeira da Área Técnica de Atenção à Saúde do Adulto do Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, SUS-SP.

por HORTA² e oito indicadores apresentados por REIS³, foi possível a elaboração deste instrumento, que consta de doze indicadores: Nível de Consciência, Motilidade, Alimentação, Necessidade de Oxigenação, Necessidade de Eliminações, Necessidade de Reabilitação, Necessidade Educacional, Necessidade Ambiental, Medicação, Curativo, Necessidade Psicossocial, Controle de Sinais Vitais.

A avaliação diária e sistemática destes indicadores, possibilita a caracterização da clientela assistida, favorecendo a alocação de recursos humanos e materiais para o nível de assistência que o paciente requer: Mínimo ou Auto Cuidado, Intermediário, Semi Intensivo, Intensivo.

Com as experiências dos participantes do Grupo Tarefa, estipularam-se alguns parâmetros de tempo para o desenvolvimento das atividades, que podem e devem ser modificados após 'cronoanálise' operacional.

Revisão de Literatura sobre Diagnóstico de Enfermagem

Uma das fases do Processo de Enfermagem é o diagnóstico, que foi abordado por KOMORITA³, como sendo um processo já utilizado por diversos profissionais.

Segundo HORTA², o diagnóstico foi definido como a "identificação das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade que precisa de atendimento. É do enfermeiro a determinação do grau de dependência do atendimento em natureza e extensão".

OLIVEIRA, ROMAN⁵ concluíram que: "o perfil do paciente é uma pesquisa indispensável pois, através dele, é que se consegue determinar graus de necessidades e critérios de lotação dos pacientes nas diversas áreas.

REIS, I.B. e col.³, informam que "os resultados obtidos através da tabela do diagnóstico do grau de dependência de enfermagem, são satisfatórios quanto a: ocupação-racional dos leitos, adequada utilização dos recursos humanos e materiais, economia de tempo e espaço, com mais rápida recuperação dos pacientes.

PIERIN, PADILHA, CRUZ⁷ "consideram oportuno incluir na caracterização de pacientes de UTI, uma análise qualitativa e quantitativa dos procedimentos invasivos nestes doentes"

Objetivo Geral

Subsidiar o planejamento e o desenvolvimento da assistência de enfermagem de forma dinâmica e sistematizada, nas unidades hospitalares do SUS-SP.

Objetivos Específicos

1. Auxiliar no planejamento do serviço de enfermagem e do hospital.
2. Prover assistência de enfermagem por meio de um método sistematizado e individualizado.
3. Prover condições de continuidade de assistência de enfermagem.
4. Desenvolver meios de controle, avaliação e supervisão contínua da sistematização.
5. Desenvolver projetos de pesquisa operacional.
6. Avaliar a qualidade e a produtividade da assistência prestada.

2 METODOLOGIA

O presente estudo iniciou-se numa Oficina de Trabalho, com a participação de representantes das seguintes entidades:

Associação Brasileira de Enfermagem - São Paulo;

Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo;

Centro de Educação e Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina;

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;

Hospital Brigadeiro da Secretaria de Estado da Saúde;

Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya;

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia;

Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

Nesta Oficina houve a discussão e a elaboração da proposta da assistência que deveríamos estar prestando, alcançando a eficácia, eficiência e a efetividade, considerando a individualidade do paciente. Posteriormente, através de reuniões periódicas do Grupo Tarefa, concluímos o trabalho que apresentamos a seguir:

Classificação do Cliente/Paciente internado de acordo com o nível de assistência:

1. Mínimo ou Auto-Cuidado (supervisionar)

Compreende o cuidado de cliente/paciente ambulante, fisicamente auto-suficiente, que requer serviço diagnóstico terapêutico ou que possa estar em fase de convalescença ou reabilitação. As ações de enfermagem estão voltadas

para possível controle terapêutico e principalmente, para supervisão e orientação de medidas de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. O cliente/paciente é instruído no autocuidado dentro dos limites de sua enfermidade. Para este nível a hora/enfermagem preconizada é: Adulto = 2,4 h/enf. - Criança = 4,5 h/enf.

2. Intermédio (orientar)

Compreende os cuidados prestados a cliente/paciente que exige orientação da enfermagem, para atender as suas necessidades básicas. Neste grupo está incluído o cliente/paciente que começa a participar do autocuidado. Para este nível a hora/enfermagem preconizada é: Adulto = 4,5 h/enf. - Criança = 5,5 h/enf.

3. Semi Intensivo (ajudar)

Cuidado prestado a cliente/paciente que tem dependência parcial de enfermagem, para manter suas necessidades básicas, sem contudo apresentar risco de vida iminente. O cuidado e a observação de enfermagem devem ser constan-

tes, e exigem instalação adequada e pessoal qualificado. Para este nível a hora/enfermagem preconizada é Adulto = 10 h/enf. - Criança = 10 h/enf.

4. Intensivo (fazer)

Cuidado prestado a cliente/paciente em estado crítico, isto é, que apresenta risco de vida, e requer cuidado e observação de enfermagem vigilante e permanente. Necessita de local e ambiente próprio, com recursos materiais, equipamentos e drogas de emergência e profissionais altamente qualificados. Para este nível a hora/enfermagem preconizada é: Adulto = 18 h/enf. -Criança = 18h/enf.

Foram considerados 12 (doze) indicadores para caracterizar o cliente/paciente dentro de cada grau de dependência. Cada um destes indicadores possui 4 (quatro) níveis de assistência de enfermagem que serão pontuados com valores de 0, 1, 2 e 3.

Todos os indicadores deverão ser pontuados diariamente com o valor correspondente, de acordo com os níveis de assistência de enfermagem observados.

Tabela: Classificação dos Indicadores e Pontuação do Nível de Assistência de Enfermagem

Nível de Assistência	Mínimo	Intermediário	Semi-Intensivo	Intensivo
Pontos	0	1	2	3
Indicadores				
Nível de Consciência	consciente	semi-consciente	desorientado	inconsciente
Motilidade	total	parcial	mínima	nenhuma
Alimentação	auto suficiente	auxílio parcial	auxílio total	nutrição parenteral, enteral
Necessidade de Oxigenação	espontânea	exercícios respiratórios	nebulização	ventilação mecânica
Necessidade de Eliminações	espontânea	auxílio parcial	sondas/estomas	auxílio total
Necessidade de Reabilitação	supervisionar	orientar	ajudar	fazer
Necessidade Educacional	10 minutos em 24 h	20 minutos em 24 h	30 minutos em 24 h	45 minutos em 24 h
Necessidade Ambiental	orientar	medidas de segurança	vigilância	medidas de proteção e vigilância
Medicação	via oral	via oral, intra muscular sub cutânea intra dérmica	endovenosa	drogas com controle
Curativo	nenhum	simples	médio	grande ou múltiplos
Necessidade Psicossocial	10 minutos em 24 h	20 minutos em 24 h	30 minutos em 24 h	45 minutos em 24 h
Controle de Sinais Vitais	1 vez/dia	no mínimo 2 vezes/dia	no mínimo 3 vezes/dia	mais de 4 vezes/dia

Pontua�o	Nível de Assistência	A�o
0 - 9	mínima	supervisionar
10 - 18	intermediária	orientar
19 - 27	semi intensiva	ajudar
28 - 36	intensiva	fazer

Descri o dos Indicadores por Grau de Dependência e Pontua o do Nível de Assistência de Enfermagem

1. Nível de Consciência

(0) = consciente: orientado no tempo e no espaço;

(1) = desorientado: desorientado no tempo e no espaço, apresenta desequilíbrio emocional, podendo ter momentos de plena consciência e outros de desconhecimento da situa o, tornando-se confuso e/ou agitado e outros;

(2) = Semi-consciente: caracteriza-se por "condi es de torpor (ausência de resposta a estímulos comuns), grande dificuldade em se tornar consciente de suas necessidade"²;

(3) = inconsciente: não responde a estímulos externos, com dependência total dos cuidados de enfermagem.

2. Motilidade

(0) = motilidade total: apresenta todos os segmentos com livre movimentaa o.   capaz de, sem auxílio, deambular, sentar-se na cadeira, tomar banho de aspersão;

(1) = motilidade parcial; "deambula com dificuldade, necessitando do auxílio de outra pessoa, apoio e outros. Movimenta são um segmento ou no máximo dois". Pode tomar banho de aspersão ou no leito com auxílio;

(2) = motilidade mínima: apresenta alguns segmentos sem condi es de movimentaa o, pode ser dos membros inferiores ou superiores, tronco ou cabeça. A deambula o se faz por meio de maca ou cadeira de rodas"²;

(3) = motilidade zero: incapaz de movimentar livremente qualquer segmento, tendo, portanto, dependência total de enfermagem. Este cliente/paciente necessita de assistência integral, para tomar banho no leito ou para sentar em cadeira com laterais de prote o.

3. Alimenta o

(0) =   capaz de alimentar-se sem auxílio;

(1) = necessita de auxílio para alimenta o, como por exemplo cortar os alimentos;

(2) = necessita auxílio total para alimenta o;

(3) = com nutri o enteral e par nteral.

4. Necessidade de Oxigenaa o

(0) = apresenta-se eupneico;

(1) = necessita de orienta o para fazer exercícios respiratórios com frascos, aparelhos ventiladores e outros;

(2) = necessita de oxigenaa o e/ou nebuliza o contínua ou intermitente, e/ou gasoterapia (Inaloterapia), com tapotagem e drenagem postural;

(3) = com ventilador mecânico, necessita de aspira o freqüente e assistência intensiva de enfermagem.

5. Necessidade de Elimina es

(0) = apresenta elimina o espontânea, controle esf nteriano e   capaz de atender a essa necessidade sem ajuda;

(1) = tem controle esf nteriano, mas necessita de ajuda e/ou orienta o do pessoal de enfermagem, para atender a essa necessidade;

(2) = com sondas, ostomas e/ou cateterismo intermitente que necessitam de cuidados e/ou controle especiais de enfermagem;

(3) = incontinente, dependência total da enfermagem.

6. Necessidade de Reabilitaa o

(0) = necessita de supervisão para o seu auto-cuidado;

(1) = necessita de orienta o para o auto-cuidado, tratamento e medidas preventivas de incapacidade;

(2) = necessita de ajuda para realizar tratamento e medidas preventivas de incapacidade pela equipe de enfermagem, tais como: auxiliar no auto-cuidado, a manter-se posicionado adequadamente, a executar exercícios orientados e outros;

(3) = dependente, necessita que sejam realizados tratamentos e medidas preventivas de incapacidade pela equipe de enfermagem. Ex.: movimentaa o passiva, execu o dos exercícios indicados e outros.

7. Necessidade Educacional

(0) = necessita de orienta o quanto a educa o em saúde, levando-se em considera o o nível de informa o e conhecimento do clien-

te/paciente quanto ao diagnóstico, tratamento, cuidados pessoais/gerais além de orientação e recomendações pós alta. Tempo médio dispendido = 10 minutos nas 24 horas;

(1) = necessita de orientação quanto a educação em saúde, levando-se em consideração o nível de informação e conhecimento do cliente/paciente quanto ao diagnóstico, tratamento, cuidados pessoais/gerais, além de orientação familiar e recomendações pós alta. Tempo médio dispendido = 20 minutos nas 24 horas;

(2) = necessita de orientação quanto a educação em saúde, levando-se em consideração o nível de informação e conhecimento do cliente/paciente quanto ao diagnóstico, tratamento, cuidados pessoais/gerais além de orientação familiar e recomendações pós alta. Tempo médio dispendido = 30 minutos nas 24 horas;

(3) = necessita de orientação quanto a educação em saúde, levando-se em consideração o nível de informação e conhecimento do cliente/paciente quanto ao diagnóstico, tratamento, cuidados pessoais/gerais, além de orientação familiar e recomendações pós alta. Tempo médio dispendido = 45 minutos nas 24 horas.

8. Necessidade Ambiental

(0) = necessita de orientação sobre medidas preventivas de acidentes e infecções relacionadas ao ambiente de internação;

(1) = necessita de ações de enfermagem na prevenção de infecções e acidentes. Exemplo: colocação de grade de proteção no leito, cadeira de rodas e outros;

(2) = necessita de medidas de proteção e vigilância constante para evitar acidente. Exemplo: restrição no leito;

(3) = além das medidas de proteção contra acidentes e infecções, necessita de uma vigilância constante e cuidados contínuos. Ex.: isolamento hospitalar.

9. Medicação

(0) = sem medicação, ou necessita apenas de medicação por via oral (V.O.);

(1) = necessita de medicação VO, e/ou subcutânea, e/ou intramuscular, e/ou intradérmica;

(2) = está recebendo medicação e/ou solução endovenosa;

(3) = está recebendo drogas que independente da via de administração, necessita de controle rigoroso. Ex.: Revivan, Mansil.

10. Curativo

(0) = apresenta pele íntegra, não necessitando de curativos;

(1) = apresenta ferimento leve que necessi-

ta curativo simples com gastos de tempo, em média de 15 minutos por cliente/paciente ao dia, para executar o procedimento. Ex.: curativos de intra cath, flebotomia, escoriações, pequenas incisões cirúrgicas, etc;

(2) = apresenta ferimento com exsudato ou não. Considerar curativo de médio porte, com tempo médio de 30 minutos de execução ao dia;

(3) = apresenta ferimento grande ou múltiplo. Considerar curativos com drenos ou irrigação, gasto de tempo em média de 1 hora/cliente/paciente/dia, e/ou necessitam de ajuda de mais um elemento da equipe de enfermagem.

11. Necessidade Psicossocial

(0) = necessita de ser ouvido e de apoio, para diminuir sua ansiedade, em média durante 15 minutos nas 24 horas;

(1) = necessita de ser ouvido e de apoio, para diminuir sua ansiedade em média 30 minutos nas 24 horas;

(2) = necessita de ser ouvido e de apoio, para diminuir sua ansiedade em média mais do que 30 minutos nas 24 horas;

(3) = necessita de ser ouvido, de apoio e do encaminhamento para reduzir a ansiedade ou desajustes, em média 1 hora nas 24 horas.

12. Controle de Sinais Vitais

(0) = apresenta níveis estáveis com relação aos sinais vitais, podendo ser controlado pelo menos uma vez ao dia;

(1) = necessita de controles de sinais vitais, no mínimo 3 vezes ao dia;

(2) = apresenta patologia que necessita controle, de no mínimo 4 vezes ao dia;

(3) = com sinais alterados, necessitando de controles por mais de 4 vezes por dia, com vigilância contínua.

Pré Teste do Modelo de Assistência Através do Diagnóstico de Enfermagem para Cliente/Paciente Internado

O pré teste foi realizado no período de 20 a 27 de fevereiro de 1991, na Unidade de Urologia (clínica e cirúrgica), do Hospital Brigadeiro, com o objetivo de avaliar sua aplicabilidade na prática.

A enfermeira da unidade, recebeu orientações e instruções por escrito e verbais de um integrante do grupo tarefa com acompanhamento e esclarecimentos diário dos problemas.

Estes problemas, no decorrer do processo, levou o referido grupo a ajustes da metodologia proposta.

A aplicação da metodologia, permitiu a avaliação das formas, dos parâmetros, bem co-

mo a sua aplicabilidade e informações imprescindíveis ao planejamento como:

- proporcionar ao enfermeiro a avaliação dinâmica e diária de seus pacientes;
- acompanhamento da evolução dos clientes/pacientes;
- cálculo de pessoal de enfermagem;
- avaliar o deficit da equipe de enfermagem, isto é: comparar o pessoal existente com o pessoal necessário;
- caracterizar a demanda de tempo das atividades de enfermagem.

3 CONCLUSÕES

No modelo capitalista em que vivemos, as medidas de economia e a produtividade são fatores hipervalorizados. No setor saúde, a assistência hospitalar é gerenciada como uma empresa, independente de ser pública ou privada, onde a relação custo-benefício positiva é o principal fator a ser considerado.

A metodologia proposta vem ao encontro dessa necessidade, com a preocupação fundamental da qualificação da assistência de enfermagem prestada.

Como já foi abordado anteriormente, essa metodologia vem sendo aplicada pelo Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, com oito indicadores, apresentando melhoria na qualidade da assistência à saúde constatada por meio da redução da média de permanência hospitalar, e conseqüentemente implicando em aumento do número de leitos disponível para internação, redução de gastos e diminuição da taxa de infecção hospitalar.

Além dos fatores abordados, este instrumento permite o planejamento sistematizado da assistência de enfermagem a ser prestada, bem como subsídios para cálculo de redimensionamento do pessoal de enfermagem.

Apesar de, em um primeiro momento, a aplicabilidade da metodologia proposta parecer

difícil e complexa, a experiência comprovou que é exequível e interfere diretamente na qualidade da assistência de saúde.

Para tal, recomenda-se que a metodologia proposta seja efetivada por meio da educação continuada, utilizando-se do presente instrumento com adaptações e adequações às realidades locais.

A assistência de enfermagem prestada ao cliente/paciente em instituição de saúde atende ao objetivo do Código de Defesa do Consumidor: "é o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito a sua dignidade, saúde e segurança . . . , melhoria da qualidade de vida . . .", sendo que para muitos essa legislação visa apenas "proteger o consumidor contra um produto adquirido com defeito de fabricação, ou sem data de validade para produtos comestíveis".

No entanto, o Código de Defesa do Consumidor no artigo 2º "Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final". Ainda explica que o serviço é: "qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração . . .".

Portanto, o Código de Defesa do Consumidor é o respaldo que o cliente/paciente, cidadão brasileiro e a sociedade como um todo têm para exigir e obter a prevenção e, se necessário, a reparação de danos e prejuízos causados a si próprio e à sua família.

A assistência de enfermagem prestada ao cliente/paciente em instituição de saúde, é um serviço que, até o momento, não tem provocado manifestações negativas, isoladas, ou de grupo. Porém, esta constatação não permite supor que haja sempre qualidade nessa assistência.

Cabe questionar, se o novo Código de Defesa do Consumidor levará a Enfermagem a relacionar o mesmo, com as suas atividades assistenciais na prestação de serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALCALÁ, M.V. e col. - "Cálculo de Pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência. São Paulo: Superintendência Médico Hospitalar de Urgência, Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, 1982, 47 p.
- 2 HORTA, Wanda de Aguiar - Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão. *Enfermagem Novas Dimensões*. São Paulo, 2(4): 200-203, 1976.
- 3 KOMORITA, N.I. - Nursing diagnosis. *American Journal of Nursing*, 63(12): 83-86, dec. 1963.
- 4 RESENDE, Ana Lucia Magela de. *Saúde: Dialética do Pensar e do Fazer* - São Paulo: Cortez, 1983.
- 5 OLIVEIRA, C.E. e ROMAN, A.V. Perfil de Pacientes. *Revista Paulista de Hospitais*. S.P., 24(2): p. 52-28, 1976.
- 6 OPAS/OMS - Ministério da Saúde - *Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde*. Informe final, Brasília, D F., 1978, 66 p.
- 7 PIERIN, A.M.G., PADILHA, K.G., CRUZ, D.A.L.M. da. Caracterização dos pacientes de duas unidades de terapia intensiva (UTI): condições bio-sociais, processo de internação e intervenções terapêuticas. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo, 24(3): 371-388, 1990.

8 REIS, I.B. e col. - Cuidado Progressivo ao paciente: implantação e sistematização, São Paulo, 1983, trabalho apresentado no XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem em São Paulo. 8 páginas (apostila).

9 SECAF, V., Assistência de enfermagem e a defesa do consumidor. *Revista Paulista de Enfermagem*. São Paulo 10(1): 2, 1991.

ASSINE E PARTICIPE DA REBE_n

**ENVIANDO TRABALHOS, RESUMOS DE TESES, RESENHAS DE LIVROS, EXPERIÊNCIAS E SUGESTÕES.
SUA COLABORAÇÃO É IMPORTANTE!**