

IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS ESTRESSORES DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE CORONARIANA

Silva, F. A.¹; Souza, W.M.²; Teixeira, D. A.³; Machado, R. C.⁴

^{1,2,3,4} Universidade do Vale do Paraíba /Faculdade de Ciências da Saúde
Avenida Shishima Hifumi, 2911 – Urbanova São José dos Campos/SP CEP-12244-000
Fone: +55 12 3947 1000, Fax: +55 12 3947 1015
E-mail: biro_nursing@hotmail.com, wesley_zelhao@hotmail.com, araujo-sjc@hotmail.com, regimarcarla@ig.com.br

Resumo- No ambiente da Unidade Coronariana existem fatores que são considerados como estressantes e que podem agravar ou retardar a recuperação do doente. Nosso objetivo foi identificar os principais estressores de pacientes internados em uma unidade coronariana. Foram entrevistados 25 pacientes, utilizando uma escala validada de Estressores em Terapia Intensiva e adaptado 31 questões pelos pesquisadores. Utilizou-se uma escala do tipo Likert para avaliar a intensidade do estresse com três pontos: 1 pouco estressante, 2 estressante e 3 muito estressante. Os pacientes consideraram como mais estressante os fatores Estar em um ambiente muito quente e/ou muito frio; Conseguir dormir bem durante a noite; Escutar o gemido de outros doentes e Não saber quando as coisas serão feitas, quanto à intensidade consideraram a UCO muito estressante. Os resultados podem auxiliar o enfermeiro a reconhecer e identificar esses estressores para planejar a assistência com finalidade de minimizar ou anular os transtornos.

Palavras-chave: Estresse, Unidade Coronariana (UCO), Enfermagem.

Área do Conhecimento: Enfermagem

Introdução

O controle do estresse na UCO gera um ambiente menos traumático ao doente e permite melhores condições de recuperação, pois a internação nessa unidade é considerada uma experiência muito difícil para o doente e para sua família (MAROSTI & DANTAS, 2006).

Na visão dos profissionais que atuam na UCO os principais estressores para os pacientes, são aqueles relacionados ao procedimento cirúrgico: dor, tubos no nariz e/ou boca e não conseguir dormir (GOIS & DANTAS 2004).

O estresse apresenta-se como um resultado de respostas físicas e mentais a reação do organismo, podendo levar uma enfermidade orgânica provocando uma disfunção expressiva na vida do ser humano (Revista Inspirar 2009).

O estresse mental está presente no dia-a-dia do homem, sendo reconhecido como causador de diversos agravos à saúde. Sua ação pode provocar alterações no organismo, sendo o sistema cardiovascular profundamente afetado (LOURES et al, 2002).

Um ambiente estressante pode gerar uma resposta fisiológica ao estresse que é influenciada pela quantidade de estressores, sua intensidade e duração. As alterações induzidas pela exposição ao estresse mental referem-se, principalmente, à isquemia miocárdica e à presença de arritmias (LOURES et al, 2002).

A identificação dos estressores é de extrema importância, pois possibilita atuar nesses fatores, aplicando medidas, e assim promovendo a humanização do ambiente da UTI (BITENCOURT et al 2007).

Em uma situação de estresse, o organismo humano redistribui suas fontes de energia, antecipando uma agressão. Entretanto, se esse estado prosseguir por muito tempo, o agravo será inevitável (LOURES et al, 2002).

O enfermeiro é o grande responsável pela qualidade no atendimento direto ao coronariopata na UCO, é necessário que esse profissional tenha um amplo conhecimento sobre as necessidades dos doentes, sobre os recursos técnico-científicos que essa unidade dispõe e saiba atuar nas mais diversas situações, visando oferecer um atendimento eficiente e eficaz no tempo adequado (NEVES & TAPIA).

O enfermeiro é o profissional que permanece vinte e quatro horas assistindo o doente, por isso deve ter competência suficiente para reconhecer as alterações e tomar decisões apropriadas, em tempo hábil. Desta forma, o profissional que atua nessa unidade deve realizar um atendimento de maneira contínua e abrangente, fornecendo elementos que auxiliam sua atuação, incluindo o conhecimento sobre exames diagnósticos específicos, como alterações eletrocardiográficas que evidenciam isquemia miocárdica (GALLANI et al 1996).

Apesar de todos os cuidados da equipe multiprofissional, existem fatores que interferem negativamente no atendimento como, a desorientação de tempo, a ventilação não-invasiva (VNI), a frequência de procedimentos pelos profissionais e a presença de dispositivos conectados em seu corpo, levando a uma situação de estresse físico e/ou mental que implica negativamente na recuperação do indivíduo, causando desconforto, ansiedade, angústia de não recuperar a saúde ou medo da morte iminente (PINTO et al, 2008).

A internação em uma UTI gera sentimentos de insegurança e sofrimento para o doente. A comunicação apresenta-se como um artifício do cuidado, que existe como forma de transmitir segurança, respeito e carinho, muito além das ações e explicações técnicas sobre o seu estado de saúde (BARLEM et al ,2008), (BARBOSA, 2008).

Muitas vezes os recursos tecnológicos e científicos levam a um atendimento desumanizado, ao se realizar uma anamnese o profissional se prende a dados técnicos, importante não se questiona, mas acaba se perdendo na objetividade da ciência e excluindo o lado humano, usando o doente como simples objetos de intervenções técnicas, deve se valorizar as queixas e as opiniões do doente (Manual da PNHAH).

A robotização nas ações das pessoas que prestam assistência ao doente nas unidades crítica prejudicam o processo de interação, deixando de perceber e reconhecer a si mesmo e ao doente nas suas condições de ser humano (ORDAHI 2006).

A visita de enfermagem é o momento em que o profissional tem a oportunidade de conhecer o doente e identificar suas necessidades e seus problemas, aplicando o

processo de enfermagem e implementando cuidados de forma integral e individualizada, desta forma observa-se a importância de se trabalhar estratégias de relacionamento interpessoal que favoreçam a comunicação terapêutica (Pontes et al 2008).

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com pacientes internados em uma Unidade Coronariana no interior do Estado de São Paulo, no período de 10/03 a 29/04/2010. O projeto foi aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba sob o Protocolo número 196/96. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra é constituída por 25 pacientes internados na UCO, os participantes foram escolhidos aleatoriamente, tendo como critérios de inclusão estar internados em um período superior 48 horas, com idade acima de 30 anos e em condições clínicas que permitem responder o questionário do estudo e de exclusão pacientes que estejam sob uso de algum tipo de droga que causa algum tipo de rebaixamento do nível de consciência e estado geral do paciente. Para a coleta dos dados foram realizadas visitas na Unidade Coronariana em dia e horário determinados pela instituição, agendando-se previamente com os Enfermeiros responsáveis pelo setor.

O instrumento de coleta dos dados foi aplicado pelos pesquisadores, que teve a função de ler para os entrevistados cada uma das questões e de assinalar respectivamente as respostas dos mesmos. Havendo o caso de um entrevistado não compreender a questão, fica também como função dos pesquisadores explicarem o significado, para que a questão possa ser respondida. Marosti & Dantas 2006, direcionaram a elaboração deste estudo, e para a identificação e classificação dos fatores estressores será utilizada a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI) na versão traduzida e validada para o português (NOVAES et al 1997). Foram selecionados alguns itens desta escala para a extração dos dados pertinentes a este estudo e a elaboração de um questionário de múltipla escolha auto-explicativo com 31 questões adaptado pelos pesquisadores que abordam diversos fatores geradores de estresse na unidade de terapia intensiva oferecendo livres opções de respostas ao participante. Utilizou-se uma escala

do tipo Likert de 3 pontos para avaliar a intensidade do estresse considerando: 1 pouco estressante, 2 estressante e 3 muito estressante.

Os resultados foram digitados e tabulados eletronicamente, analisados quantitativamente e representados tanto na forma de discussões quanto de tabelas, representados por uma tabela de distribuição de frequência.

Resultados

Amostra constituída de 25 pacientes internados na UCO, a tabela apresenta a caracterização sócio-demografica dos participantes, onde 36% (9) estudaram acima de 12 anos; 60% (15) são do sexo masculino; 64%(16) são casados e 32% (8) são aposentados.

Tabela 1 - Caracterização socio-demografica dos participantes. São Jose dos Campos, 2010. n =25.

Variável	Media	D.P.	n	%
Idade (anos)	62	10,81	25	100
Escolaridade				
Ate 4 ano			13	52,0
De 5 a 8 anos			2	8,0
De 9 a 11 anos			1	4,0
Acima de 12 anos			9	36,0
Total			25	100
Sexo				
Feminino			10	40,0
Masculino			15	60,0
Total			25	100
Estado civil				
Casado (a)			16	64,0
Solteiro (a)			3	12,0
Viúvo (a)			3	12,0
Desquitado/divorciado (a)			3	12,0
Total			25	100
Situação profissional				
Ativo			7	28,0
Aposentado			8	32,0
Aposentado com Atividade Remunerada			3	12,0
Do lar			4	16,0
Desempregado			1	4,0
Afastado por Problema de Saúde			2	8,0
Total			25	100

Quanto às condições clinica dos participantes, foram considerados os diagnósticos de internação e procedimentos cirúrgicos primário, descartando diagnósticos adquiridos durante o período de internação ou derivado de complicações.

A tabela mostra que com 28% (7) Revascularização do Miocárdio foi o diagnóstico que apresentou maior frequência na amostra; seguido por Infarto Agudo do Miocárdio com 20% (5) dos participantes.

Tabela 2 – Condição clinica dos participantes. São Jose dos Campos, 2010. n = 25

Variável	n	%
Revascularização do Miocárdio	7	28,0
infarto Agudo do Miocárdio	5	20,0
Angina Instável	3	12,0
Insuficiência Coronariana Obstrutiva	2	8,0
Derrame de pericárdio	1	4,0
Bloqueio Atrioventricular Total	1	4,0
Transplante com Cateterismo	1	4,0
Angioplastia	1	4,0
Troca de Valva Mitral	1	4,0
Troca de vala aórtica	1	4,0
Cardiopatia Congênita	1	4,0
Insuficiência Cardíaca	1	4,0
Total	25	100

As questões foram elaboradas de forma que o entrevistado pudesse opinar se o fator apresentado era considerado como estressante ou não, caso o fator fosse considerado como estressante o mesmo classificaria quanto a sua intensidade, considerando os valores (1) pouco estressante, (2) estressante ou (3) muito estressante.

Para avaliar a intensidade dos fatores estressantes, foram analisadas as respostas de acordo com sua intensidade, somadas todos os pontos de cada grau de intensidade, e dividindo pela quantidade de questões (31), chegando ao seguinte resultado: pouco estressante obteve valor de 3,09; estressante obteve a valor de 4,25 e muito estressante obteve valor de 10,93.

Os resultados mostram que os doentes internados consideram a UCO como ambiente muito estressante.

Os pacientes consideraram como fator mais estressante Estar em um ambiente muito quente e/ou muito frio com media 5,33; consideraram com media de 4,33 igualmente os fatores Conseguir dormir bem durante a noite; Escutar o gemido de outros doentes e Não saber quando as coisas serão feitas.

Tabela 3 – Resultado dos fatores estressantes na UCO conforme amostra. São Jose dos Campos, 2010. n =25.

Estressores	Posição	Media	D.P.
Estar em uma ambiente muito quente e/ou muito frio	1	5,33	1,23
Conseguir dormir bem durante a noite	2	4,33	1,25
Escutar o gemido de outros pacientes	2	4,33	1,25
Não saber quando as coisas serão feitas	2	4,33	2,87
Tem a sensação de não ter controle de si mesmo	3	4,00	0,81
Escutar o alarme do monitor cardíaco disparar	3	4,00	0,81
Escutar o barulho e alarme dos equipamentos	3	4,00	2,16
Não ter explicação sobre o tratamento	4	3,67	0,94
Sentir sede	4	3,67	1,25
Ter que usar oxigênio	4	3,67	1,25
Sons e ruídos desconhecidos	4	3,67	1,70
Ter que ficar olhando para o teto	5	3,33	1,67
Sentir cheiros estranhos	6	3,00	0,00
Enfermagem e medico falando muito alto	6	3,00	1,41
Não saber que horas são	6	3,00	2,45
Ser furado por agulhas	7	2,67	0,45
Sentir dor	7	2,67	0,94
Ser acordado pela equipe de enfermagem	7	2,67	0,94
O enfermeiro não se apresenta pelo nome	7	2,67	1,25
Não conseguir mexer mãos e braços devidos vias intravenosas	7	2,67	1,53
Não ter privacidade	7	2,67	1,54
Aferir a pressão Arterial muitas vezes	7	2,67	1,63
Ter maquinas estranhas ao redor	8	2,33	0,47
Não saber que dia é hoje	8	2,33	0,94
Cama e/ou travesseiros são confortáveis	9	2,00	0,81
Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça	9	2,00	0,81
Ter a equipe falando termos desconhecidos	9	2,00	2,16
Ter homens e mulheres no mesmo ambiente	10	1,67	0,94
Ser cuidado por médicos desconhecidos	10	1,67	1,25
Escutar o telefone tocar	11	1,33	0,47
Assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros paciente	12	1,00	1,41

Discussão

O fator estressante Estar em um ambiente muito quente e/ou muito frio foi classificado como o mais estressante destacando-se na primeira posição na opinião dos participantes deste estudo, fato que vem de encontro com outros estudos (DANTAS, 2006; GOIS, 2004).

O segundo fator considerado como estressante foi conseguir dormir bem durante a noite, fator também relevante no estudo de Stumm et al. (2008), em que os doentes atribuíam a perda do sono por ruídos gerados pela unidade, excesso de iluminação e barulho gerado pelos funcionários. Almondes (2003) relata que indivíduos com traços de ansiedade têm influência direta no padrão de sono-vigia.

A elevada quantidade de equipamentos que são utilizados nas unidades de tratamento intensivo colabora intensamente para o aumento dos ruídos. (MACEDO 2009). Essa informação vem de encontro com os resultados obtidos nesse trabalho e confirmando nos trabalhos de Gois (2004) e Marosti (2006) no qual os fatores Escutar o barulho dos equipamentos, Sons e ruídos desconhecidos e Escutar o alarme do monitor cardíaco disparar apresentaram alta relevância como geradores de estresse. Ruídos causam desconforto e fadiga, afetando o sistema nervoso, digestório e circulatório, causando um desequilíbrio nas funções do organismo. (ANVISA)

Classificado como também o segundo maior fator estressante, o escutar o gemido de outros doentes. Embora os doentes estivessem passando por problemas de saúde de um órgão vital, a preocupação com a pessoa no leito ao lado foram observados, alguns doentes chegavam a perguntar se o estado da pessoa era muito grave. Segundo Stumm et al. (2008) escutar o gemido de outros doentes, potencializa o sentimento de medo de morrer.

O fator não saber quando as coisas serão feitas, também classificado como segundo fator estressante neste trabalho, foi definido por Stumm et al. (2008), da seguinte forma “estar orientado quanto ao tempo e espaço é uma forma do doente de se reorganizar e de reestruturar”.

Outro fator que apresentou relevância nos resultados desse estudo e se enquadra nessa linha de raciocínio é Ter que ficar olhando para o teto. Nesses casos foi percebido que a ansiedade nos doentes durante a entrevista poderia ser um desencadeador desse fator estressante. No trabalho de Haddad et al. (2005) os autores

ressaltaram que uma visita do paciente a UTI durante o período pré-operatório poderia minimizar a visão negativa, promovendo familiarização com a unidade.

O fator Tem a sensação de não ter controle de si mesmo obteve posição relevante neste estudo. Tais achados são similares aos dos estudos de Gois e Dantas (2004); Marosti e Dantas (2006) e Stumm et al. (2008), no qual citam que quando o doente perde suas referências, pode desenvolver um sentimento de perda do auto-controle. O fato de que o doente deveria manter repouso, seguir as orientações, ser acompanhado e monitorado a todo o momento, causa certo transtorno, sentimento de impotência e total abatimento, chegando a ocasionar momentos estressantes.

O estudo de Castro e Scatena (2004) vem de encontro com os resultados obtidos neste trabalho, pois define que o estresse desencadeia desconfortos emocionais como distúrbio do humor, ansiedade, dificuldade para relaxar, distúrbio do sono entre outros.

Barbirato et al. (2010) ressalta que a presença do estresse mental é um fator que desenvolveu isquemia em 40% dos pacientes. Embora exames possam apresentar alterações, dor no peito com irradiação, pode não se tratar de uma crise coronariana e sim de uma síndrome de Tako-Tsubo. (GARZÓN et al 2008). O tratamento é fornecer suporte para controlar organismo, pois a síndrome é transitória. (LEMOS et al 2008)

Joel e Dismale (2008) relataram que o estresse mental associado a outros fatores de risco cardiovascular podem gerar dano ao coração, portanto, depende do tempo de exposição a esses fatores estressantes, mesmo porque alguns fatores podem ser modificáveis. A concentração, relaxamento, exercício e sono são formas de controlar fatores estressantes em pacientes cardiovasculares. (KHAZALI e SHAMSE 2006).

Conclusão

Os achados deste estudo permitiram concluir que existem fatores predominantes ao estresse a pacientes internados na unidade coronariana, portanto, verificou-se a predominância dos seguintes estressores: estar em um ambiente muito quente ou muito frio; não conseguir dormir bem durante a noite; escutar o gemido de outros doentes; não saber quando as coisas serão feitas, escutar o barulho dos equipamentos, sons e ruídos desconhecidos.

Observou-se que o nível de estresse relacionado ao sentir frio ou calor foi mais relevante do que sentir dor. Entretanto, ressalta-se que, cabe aos profissionais de saúde proporcionar um ambiente humanizado quanto a temperatura adequada, controle de ruídos, comunicar os procedimentos e talvez assim, até mesmo melhorar o padrão de sono afim de favorecer a recuperação do paciente.

Referências

ALMEIDA, AM; AGARENO, A; TELES, JMM; FARIAS, AMC; MESSEDER, OH; Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva. vol.19 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2007.

ALMONDES, KM; ARAUJO, JF. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. Estud. Psicol. (Natal) vol.8 no.1 Natal Jan./Apr. 2003.

BARBOSA, MA; Boletim Informativo em UTI: Percepção de Familiares e Profissionais de saúde, Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008; 10(1): 261-262.

BARLEM, ELD; ROSENHEIN, DPN; LUNARDI, VL; LUNARDI Filho, WD; Comunicação como Instrumento de Humanização do Cuidado de Enfermagem: Experiências em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):1041-9.

BARBIRATO, GB; FELIX, R; AZEVEDO, JC; CORRÊA, PL; NOBREGA, ACL; COIMBRA, A; VOLSCHAN, A. MESQUITA, ET; DOHMANN, HFR; MESQUITA, CT. Prevalência de isquemia induzida por estresse mental. Arq. Bras. Cardiol. vol.94 no. 3 São Paulo mar. 2010

BITENCOURT, AGV; NEVES, FBSC; DANTAS, MP; ALBUQUERQUE, LC; MELO RMV; ALMEIDA, AM; AGARENO, A; TELES JMM; FARIAS AMC; MESSEDER, OH; Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. ter. intensiva. vol.19 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2007

BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Aspectos de Segurança no Ambiente Hospitalar. [acesso em 21/02/2010 disponível em

<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/seguro.pdf> .

BRASIL. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar [home Page na Internet]. [acesso em 20 Fev 2009]. Disponível em: <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>.

CASTRO, A.P; SCATENA, MCM. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso Rev. Latino-Am. Enf. vol.12 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2004

GALLANI, MCBJ; COLOMBO, RCR; CINTRA, EA; RIGACCI, SB. Coleta de dados: A Avaliação de Um Modelo Piloto. Rev. Latino-Am. Enf. v.4 n.2 Ribeirão Preto jul. 1996.

GARZÓN, S; NAVAS, MV; HERRERA, SS; ELBAL, LM. Síndrome de Tako-Tsubo (discinesia apical transitoria). Un síndrome que simula un infarto de miocárdio. An. Med. Interna (Madrid) v.25 n.1 Madrid ene. 2008

GOIS, CFL; DANTAS, RAS. Estressores em uma Unidade pós- Operatória de Cirurgia Torácica: Avaliação da Enfermagem. Rev. Latino-Am Enf. 2004 janeiro–fevereiro; 12(1):22-7.

HADDAD M.C.L; ALCANTARA C; PRAES, CS. Sentimentos e Percepções do Paciente no pós-operatório de Cirurgia Cardíaca, Vivenciados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringa v.4,n.1, p.65-73, jan/abr.2005.

JOEL, E; DIMSDALE, MD. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. ; J Am Coll Cardiol; 51(13):1237-1246. © 2008 Elsevier Science, Inc. 2008.

LE MOS, RCA; ROSSI, LA. O Significado Cultural Atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por Clientes e Seus Familiares: Um Elo Entre a Beira do Abismo e a Liberdade. Rev. Latino-Am Enf. maio-junho; 10(3):345-57; 2002.

LOURES, DL; ANNA, IS; BALDOTTO, CSR; SOUSA, EB; NÓBREGA, ACL. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. vol.78 no.5 São Paulo May 2002.

MACEDO I, CS; MATEUS, DC; COSTA, EMGC; ASPRINO, A.C.L; LOURENÇO, EA. Avaliação do ruído em Unidades de Terapia Intensiva. Braz. j.

otorhinolaryngol.(Impr.) vol.75 no.6 São Paulo Nov./ Dec. 2009

MAROSTI, CA; DANTAS, RAS. Avaliação dos Pacientes sobre os Estressores em uma Unidade Coronariana. Acta Paul Enf. 2006;19(2):190-5.

MAROSTI, CA; DANTAS, RAS. Relação entre Estressores e Características Sociodemográficas e Clínicas de Pacientes Internados em uma Unidade Coronariana. Rev latino-Am enf. setembro-outubro; 14(5); 2006.

MARTINO, MMF; MISKO, MD. Estados Emocionais de Enfermeiros no Desempenho Profissional em Unidades Críticas. Rev Esc Enferm USP;38(2):161-7; 2004.

NOVAES, MAFP; Stressors in ICU: Patients evaluation. Int. Care Med.; 23:1282-85; 1997.

ORDAHI, LFB. Comunicação Entre a Enfermagem e Clientes em um Centro de Terapia Intensiva com Base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad. UFCS/PEN, 2006.131p. CD-ROM

PINTO, JMS; SILVA, SF; SAMPAIO, AP; MAGALHÃES, MS. A Humanização da Assistência na Unidade de Terapia Intensiva na Visão dos Usuários. RBPS, 2008;21(2):121-127.

PONTES, AC; LEITÃO IMT; RAMOS IC; Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 312-8.

REVISTA, I; Revista Inspirar-Curitiba: Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde, 2009. Bimestral, v.1, n.1, jun/jul.2009. Disponível em www.inspirar.com.br.

STUMM, EMF; KUHN, DT; HILDEBRANDT, LM; KIRCHNER, RM. Estressores Vivenciados por Pacientes em UTI. Cogitare Enferm Out/Dez; 13(4):499-506; 2008.