



ADMISSÃO HOSPITALAR DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: O papel da enfermagem¹

Hospital admission of women with breast cancer: The nurse's role

Ana Maria de Almeida^[a], Cintia Bragheto Ferreira^[b], Thais de Oliveira Gozzo^[c],
Marislei Sanches Panobianco^[d]

^[a]Professor associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP - Brasil.

^[b]Psicóloga, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), professora do curso de Psicologia do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP), Patrocínio, MG - Brasil, e-mail: cintiabragheto@hotmail.com

^[c]Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), São Paulo, SP - Brasil.

^[d]Professor associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), São Paulo, SP - Brasil.

Resumo

A admissão hospitalar para cirurgia por câncer de mama é um momento singular, com significados particulares na vida das mulheres que a experienciam e que envolve profissionais de enfermagem como os principais responsáveis na realização desse procedimento, que nem sempre estão preparados para realizá-lo de forma mais humanizada, o que motivou a realização deste trabalho, cujos objetivos foram: identificar e descrever o modo como os profissionais de enfermagem, responsáveis pela admissão hospitalar, admitiram mulheres com câncer de mama para a cirurgia. O estudo realizado foi do tipo qualitativo descritivo, sendo que os dados foram coletados em um hospital escola de um município paulista, com cinco profissionais da área de enfermagem, por meio de observações, utilizando um instrumento aberto-fechado construído numa fase anterior à pesquisa. Os resultados mostram que a admissão hospitalar, na instituição estudada, foi realizada por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, com divisão de trabalho entre essas categorias profissionais. Os sentimentos das mulheres admitidas foram pouco considerados no processo, o qual privilegiou a organização do espaço físico e a avaliação dos dados antropométricos, acarretando lacunas no acolhimento dessas mulheres. A partir disso, apresenta-se a humanização da assistência como um objetivo que pode ser alcançado através de práticas dialogadas e reflexivas.

Palavras-chave: Papel do profissional de enfermagem. Serviço de enfermagem. Neoplasias mamárias.

¹ Apoio financeiro do CNPq.

Abstract

The hospital admission for breast cancer surgery is a special moment, with particular meaning in the lives of women that experienced it, and it is a moment that involved nursing professionals as the mainly responsible to realize this procedure and they not always prepared to realize it in a humanized way, that is motivated this study. Its objectives were: identify and describe how nursing professionals responsible for hospital admission realize this procedure for women with breast cancer who will be submitted to surgery. The study done was qualitative descriptive type that data were collected from five professionals by means of observations, using an open-closed instrument built in a phase before this research. The results show that the study site, hospital admission was realized by nurses and nursing auxiliaries. Work was divided between these two categories, but both showed little consideration for the feelings of the women they admitted and emphasized the organization of the physical space they would occupy and the evaluation of anthropometric data, leading to gaps in the welcoming of these women. Besides humanization care is showed as an aim that can be achieved through dialogues and reflexives practices.

Keywords: Nurse's role. Nursing service. Breast neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama ainda é uma doença muito temida pelas mulheres por causa de sua alta frequência e principalmente pelos seus efeitos psicológicos. “Estatísticas apontam que ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente” (Brasil, 2008).

Estimativas do Instituto Nacional do Câncer indicam, para o ano de 2009, a ocorrência de 49.400 novos casos de câncer de mama (Brasil, 2009), dado que apresenta esta doença como um problema de saúde pública, o que mostra que cada vez mais mulheres são vítimas dela e, por isso, necessitam ser cuidadas pelos serviços de saúde.

A cirurgia é um dos procedimentos terapêuticos utilizados no tratamento do câncer de mama. Esse procedimento implica na internação da pessoa que recebeu o diagnóstico e sua consequente permanência por um período de tempo no hospital, que é um lugar estranho para a maioria dessas mulheres. Além disso, segundo Goffman (1992), a instituição hospitalar está organizada de forma a prestar um cuidado fragmentado que também não reconhece o paciente enquanto um indivíduo único. Portanto, o momento da entrada no hospital é muito singular na vida dessas mulheres e tem significados particulares para cada uma delas.

A internação ou a entrada de uma pessoa em um hospital é denominada admissão hospitalar, e ocorre quando há o consentimento do cliente, familiar, responsável ou autoridade legal, devendo o hospital fornecer permanentemente assistência médica e de enfermagem. Esse momento implica no afastamento da pessoa do ambiente que a cerca, e essa separação pode levá-la a sentimentos de medo e inutilidade (Sordi & Nunes, 1988).

Uma mulher que é admitida em um hospital para ser submetida à cirurgia por câncer de mama é colocada diante, não só das implicações que a própria hospitalização institui, mas também daquelas relacionadas à cirurgia com possibilidades de perda total ou parcial da mama afetada.

Estudos sobre as representações sociais de mulheres internadas para cirurgia por câncer de mama mostrou que elas dão significado a essa experiência principalmente como: perda da mama, medo da morte e a enfrentam sustentando-se, principalmente, na crença nos médicos e em Deus (Ferreira, 2003).

O ato da admissão está vinculado aos profissionais de enfermagem responsáveis por esse procedimento, sendo que esses trabalhadores podem ser capazes de compreender como mulheres significam seu câncer de mama e como o enfrentam (Almeida, Mamede, Panobianco & Clapis, 2001).

Assim sendo, centramos nossa indagação no modo como os profissionais de enfermagem lidam com as mulheres, no momento da admissão hospitalar, para realização da cirurgia por câncer de mama.

Considerando a admissão como um momento no qual a mulher está vulnerável e frágil em relação aos seus modos de enfrentamento, os profissionais de enfermagem responsáveis por esse procedimento podem estar atentos às experiências dessas mulheres e se instrumentalizarem para o acolhimento adequado, minimizando sentimentos negativos acerca das perdas emergentes, no caso, de parte ou da mama inteira.

Essas condições nos direcionam para a questão do cuidado humanizado, que na área de enfermagem parece ser um consenso entre seus profissionais (Collet & Rozendo, 2003) e um desafio almejado por grande parte de outras categorias profissionais.

O cuidado humanizado no contexto da área da saúde está assentado em quatro princípios fundamentais, definidos como: autonomia; beneficência; não maleficência e justiça (Martin, 2004).

A autonomia é um valor complexo pelo fato de estar relacionado à liberdade, que é uma das primeiras condições cerceadas do ser humano quando doente no contexto hospitalar, tornando-se assim uma das primeiras possibilidades a ser ofertada pelas equipes de saúde. Contudo, a autonomia restrita dos pacientes também é justificada pelas equipes em função da beneficência (fazer o bem) dos primeiros, o que abre a possibilidade da discussão sobre o conceito de saúde presente no âmbito hospitalar, o qual parece estar muito mais atrelado à ausência de doença do que ao bem-estar social, físico, mental e espiritual dos indivíduos internados. O fazer o bem ao paciente significa não fazer o mal, como preconiza o princípio da não-maleficência. Porém, o hospital é um local que geralmente faz mal às pessoas, como as infusões dolorosas e/ou os barulhos excessivos, dentre outros. Sendo assim, a possibilidade de construção de saídas para a amenização dessa dor seria primeiramente não causá-las, ou se for necessário algum dano, que este seja proporcional aos efeitos benéficos e desejáveis. Finalmente, o hospital precisa ainda ser um lugar onde a justiça seja praticada (respeito à dignidade do ser humano e tratamento igual de todos) (Martin, 2004).

O cenário, então delineado, apresenta-nos um contexto no qual profissionais e pessoas internadas se encontram para se relacionar, e é nesse universo de troca que princípios como da humanização do cuidado podem ser analisados.

Para ser concretizado, o cuidado necessita, portanto, de uma díade na qual algum tipo de relação mediada pela linguagem enquanto

promotora de relação entre profissional paciente e de enfrentamento de perdas emergentes (Barcelos & Alvim, 2003). Mas, para a humanização desse cuidado, outros fatores precisam ser assegurados.

A humanização da assistência de enfermagem não pode ser reduzida a um modismo, porque ela é uma necessidade construída social e historicamente, dependente de compromisso dos serviços de saúde, da gestão e criatividade da equipe, a qual fica impossibilitada de prestar um cuidado humanizado porque atua, muitas vezes, em um ambiente caracterizado, dentre outros fatores, pela falta de pessoal, o que leva esses profissionais a trabalharem de forma tecnicista e não-reflexiva (Collet & Rozendo, 2003).

Em um estudo recente, que também associa a humanização da assistência à qualidade da comunicação em saúde, ao investigar os elementos comunicacionais e interacionais da díade enfermeiro-paciente durante o procedimento de curativo, mostra que os profissionais, teoricamente, apresentam um discurso alinhado ao modelo biopsicossocial. Contudo, a prática assistencial deles ancora-se preferencialmente nos valores do modelo biomédico, fundamentado muito mais em informações do que no relacionamento humano (Martins & Araújo, 2008).

Assim sendo, sabemos que uma definição clara do conceito de humanização da assistência não existe, ela está associada a um jeito de fazer o trabalho, a um movimento de profissionais e gestores que visa à qualidade do cuidado, vinculado ao respeito dos direitos dos usuários, suas subjetividades e valores culturais (Deslandes, 2004).

Nesse sentido, os estudos citados sobre a humanização do cuidado e a experiência profissional das autoras foram utilizadas enquanto dispositivo teórico para a análise dos dados deste estudo. A experiência profissional das autoras foi considerada em função de seu longo envolvimento na assistência a mulheres com câncer de mama em um programa de reabilitação que, desde 1989, já prestou cuidado a cerca de 800 mulheres mastectomizadas.

OBJETIVOS

Identificar e analisar o modo como os profissionais de enfermagem se relacionam com as mulheres por eles admitidas para a realização da cirurgia por câncer de mama, no momento da admissão hospitalar.

MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como qualitativo-descritivo e foi realizado em um hospital-escola de um município paulista, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, nas enfermarias de ginecologia e obstetrícia do referido hospital, local onde mulheres com câncer de mama são internadas para tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

O procedimento de internação do hospital em estudo inicia-se com o comparecimento da mulher em data e horário previamente agendados para tal. O primeiro contato se faz na Seção de Controle de Leitos que confirma a admissão, solicita o prontuário da mulher ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e a encaminha para a unidade de internação.

Na unidade de internação, a mulher é colocada na sala de espera junto com outras que também aguardam o mesmo procedimento, até que a equipe médica libere e um profissional da enfermagem a chame para ser levada ao leito previamente definido para sua permanência no hospital.

Chegando ao leito, a mulher é convidada a colocar seus pertences em mesa de cabeceira individual que fica ao lado da cama. Depois, a enfermeira procede à anamnese de internação buscando identificar: 1) presença de doenças crônicas e medicamentos de uso diário; 2) o motivo de ter procurado o serviço de saúde; 3) a história do adoecimento e seu conhecimento acerca dos tratamentos propostos; e 4) possíveis alergias a medicamentos e outros alergênicos. Após a anamnese é realizado um exame físico específico complementado pela aferição de peso, estatura e sinais vitais, verificação de pressão arterial, pulso, temperatura e respiração. Em seguida, são coletadas amostras de sangue para tipagem sanguínea e contraprova que constam da rotina dessa instituição para todas as internações pré-cirúrgicas. Outros exames complementares já constam do prontuário e são realizados em regime ambulatorial, em caso de necessidade, são repetidos nesse momento.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais de enfermagem responsáveis pelas admissões hospitalares das mulheres com câncer de mama, que foram observados durante esse procedimento.

A amostra foi composta por cinco profissionais que realizaram ao todo dez admissões no período estudado, e para a coleta de dados utilizou-se um instrumento de observação, cujos

dados, posteriormente, foram analisados qualitativa e quantitativamente. Todos esses profissionais foram observados apenas após seus consentimentos formalizados via termo de consentimento livre e esclarecido. Os profissionais de enfermagem observados foram enfermeiras e auxiliares de enfermagem que trabalhavam na unidade de internação, no turno da manhã, período em que ocorrem as internações de rotina do serviço.

O instrumento constou de observações realizadas desde o momento da chegada da mulher na enfermaria até completar os procedimentos da internação incluindo: 1) o modo como o profissional convidou a mulher para ser encaminhada à enfermaria onde ficaria internada; 2) a maneira como lidou com ela ao chegarem à enfermaria; e 3) qual ou quais eventos foram mais evidentes durante todo o processo da admissão hospitalar.

A coleta de dados foi realizada por uma pós-graduada em enfermagem, formada em psicologia, que não era contratada do serviço. Sua estada na enfermaria citada foi precedida pela realização do PAE (Programa de Aperfeiçoamento de Ensino), da Universidade de São Paulo (USP), que visa ao treinamento do pós-graduando na docência, sendo que o mesmo ocorreu com os alunos do último ano do curso de graduação em enfermagem, proporcionando a consecução e teste do instrumento de observação utilizado neste estudo. Além disso, todos os profissionais foram observados várias vezes em dias diferentes.

RESULTADOS

O presente estudo apresenta um recorte de um estudo maior, no qual dez mulheres admitidas para realização da cirurgia por câncer de mama foram entrevistadas e os profissionais de enfermagem que as admitiram na enfermaria de ginecologia e obstetrícia estudada foram observados também. A partir desse recorte, apresentaremos então as observações dos cinco profissionais da área de enfermagem que realizaram ao todo dez admissões hospitalares.

As observações realizadas evidenciaram, nessa unidade de internação, que: as enfermeiras foram responsáveis por iniciar todo o processo de admissões das mulheres que se submetiam à cirurgia por câncer de mama; 80% delas não se apresentaram às mulheres; 100% mostraram-se preocupadas em assegurar que cada uma teria um espaço físico para si;

70% foram capazes de iniciar uma escuta atenciosa com as mulheres que ali chegavam; 60% das admissões hospitalares contaram com a presença de uma enfermeira e de uma auxiliar de enfermagem. Uma grande parte das admissões (80%) foi realizada pelas enfermeiras e pelas auxiliares de enfermagem de forma desvinculada.

No processo de trabalho observou-se uma diferenciação de ações entre as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, sendo que as primeiras foram responsáveis pelo acolhimento das mulheres que chegavam para ser admitidas para a realização da cirurgia por câncer de mama; pela apresentação do mobiliário e espaço físico que essas mulheres poderiam utilizar durante a estada no hospital, e dos procedimentos de anamnese e exame físico para os quais utilizavam um protocolo específico da unidade de internação.

Às auxiliares de enfermagem coube a verificação dos sinais vitais, do peso e estatura das mulheres com câncer de mama e, ainda, a coleta de sangue.

DISCUSSÃO

As observações das admissões hospitalares mostraram que todas as enfermeiras observadas tentaram estabelecer um vínculo positivo com as mulheres no ato da admissão quando as interpelavam na sala de espera. Os chamamentos eram realizados face a face e com a utilização dos próprios nomes das mulheres que seriam admitidas.

Percebe-se, assim, que o início da acolhida dessas usuárias ocorreu de forma protetora, proporcionando a elas segurança e, possivelmente, diminuindo o impacto causado pela estranheza do ambiente hospitalar.

Entretanto, no caminho até o quarto e dentro dele, somente 20% das enfermeiras responsáveis pelas admissões das mulheres com câncer de mama trataram-nas por seus nomes próprios, o que pode determinar um sentimento de despersonalização e uma forma de mutilação do eu (Goffman, 1992), além de possibilitar, no nosso entendimento, uma quebra no estabelecimento de vínculo positivo.

Todas as enfermeiras preocuparam-se em assegurar um espaço físico para as mulheres que admitiram, apresentando os mobiliários que poderiam ser utilizados por elas durante o período de hospitalização, bem como o *modus operandi*

deles, fato que pode ter despertado nas usuárias, em nosso entendimento, o sentimento de pertença ao grupo e, também, ao ambiente físico.

Essa preocupação dos profissionais com o ambiente físico, contudo, pode estar relacionada com a dificuldade deles em lidar com as reações emocionais das usuárias, em um momento de fragilidade dessas mulheres, em que prevalecem sentimentos de solidão, medo da morte, distanciamento da família, entre outros. Ressalta-se que no momento da admissão, o diálogo é uma ferramenta importante para a minimização do sofrimento, por isso, há necessidade de que o cuidado técnico e o expressivo estejam integrados, levando-se em conta a integralidade do sujeito cuidado (Barcelos & Alvim, 2003).

Neste estudo, 30% das enfermeiras não asseguraram esse espaço de escuta, o que impossibilitou que as participantes se reconhecessem como portadoras de uma identidade. Além disso, os profissionais não se apresentaram a elas e as mulheres não foram tratadas pelos seus nomes próprios após o chamamento na sala de espera.

A relação da díade profissional-usuário necessita do estabelecimento da escuta, ou seja, as palavras pronunciadas por um devem ser reconhecidas pelo outro, e este precisa ouvir palavras de seu reconhecimento (Oliveira, Collet & Vieira, 2006). É importante acrescentar que a linguagem hospitalar utiliza-se de um vocabulário próprio, que na maioria das vezes precisa ser decodificado para os usuários.

Sendo assim, na continuidade do procedimento de admissão, o acolhimento parece ter perdido seu foco, que é proporcionar segurança e até mesmo certa intimidade possível de ser vivenciada pela díade profissional-usuário no ambiente hospitalar, capaz de proporcionar ao usuário a expressão de seus sentimentos. Nesse sentido, deixou-se de considerar que as mulheres admitidas tinham necessidades específicas, identidades próprias, e eram portadoras de uma história de vida particular.

Reconhece-se que caso essas mulheres pudessem ser escutadas pelos profissionais, sentimentos como o medo da morte e a impossibilidade do câncer ser curado, na maioria dos casos, apenas com a realização da cirurgia, além dos temores relacionados à imagem corporal poderiam ser trabalhados no contexto hospitalar (Ferreira, 2003).

Nesse sentido, a humanização da assistência tem sido apontada como um caminho que pode contribuir para a mudança desse paradigma, mas sua concretização envolve uma complexidade de fatores como a formação dos profissionais (Barcelos & Alvim, 2003), a organização dos serviços, a política institucional, dentre outros.

Assim, a admissão das mulheres com câncer de mama em um hospital deve ser realizada, levando-se em conta a estranheza relacionada ao ambiente hospitalar, onde tanto os profissionais são desconhecidos, como é desconhecida a linguagem que utilizam. Este é um momento no qual essas mulheres formarão suas primeiras representações em relação a esse ambiente e isso pode influenciar nas estratégias de enfrentamento que serão utilizadas por elas durante o período de internação e até mesmo depois da alta hospitalar.

Cabe ressaltar que os profissionais envolvidos nesse momento podem estar atentos às demandas apresentadas pelas mulheres que chegam, exercitando assim um cuidado em que corpo, mente e espírito estejam integrados. Entretanto, essa forma de cuidar é algo ainda em construção, pelo fato desses profissionais enfrentarem, a cada dia, o desafio da constante negociação que a relação profissional-usuário demanda para que a humanização possa se estabelecer. Nesse processo, é importante o reconhecimento dos usuários enquanto cidadãos, fazendo com que se sintam respeitados e ouvidos (Gomes & Pinheiro, 2005) e, nessa medida, a prática profissional delinea-se de forma mais dialogada dentro das equipes.

Faz-se relevante também apontar a fragmentação no processo de trabalho entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem, o que parece mostrar que a mesma fragmentação que ocorre dentro dos hospitais com aquele que é cuidado, pode ser observada também entre os próprios trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo demonstra que os profissionais de enfermagem observados comportaram-se alternando momentos de cuidado humanizado para as mulheres a serem submetidas à cirurgia por câncer de mama, com outros de total desatenção.

Os fatores que contribuíram para a realização das admissões hospitalares, de forma a proporcionar um cuidado humanizado para as mulheres que ali chegaram foram: 1) tentativa do estabelecimento de um vínculo positivo no momento do chamamento; 2) garantia do espaço físico e, 3) o espaço da escuta, presente entre 70% das profissionais observadas.

Porém, nesse grupo de profissionais estudado, a escuta não foi capaz de identificar as estratégias de enfrentamento que cada mulher tentou utilizar. Por isso, apontamos a necessidade deles incentivarem as usuárias a utilizarem estratégias de enfrentamento, de forma a minimizar o impacto da admissão e facilitar o processo adaptativo ao ambiente hospitalar.

Os resultados apontam para a busca constante do exercício da humanização da assistência, delineado como um desafio para a díade profissional-usuário dos serviços de saúde, dependente da relação de ambos e das condições sócio-históricas que os constituíram e das características institucionais que os cercam.

Nessa medida, a humanização da assistência em saúde é multifatorial e um objetivo a ser alcançado, com possibilidades de ser atingida através de práticas dialogadas e reflexivas.

Propomos que o início, no caso da enfermagem estudada, poderia ocorrer com um adendo ao protocolo já utilizado para as admissões hospitalares, de questões que versassem sobre o estado emocional do doente, ou mesmo que mais de um profissional da área da saúde pudessem estar juntos realizando as admissões.

Entendemos que este estudo poderia apresentar dados mais aprofundados se tivesse utilizado outras abordagens metodológicas além das observações realizadas. Contudo, reconhecemos que este estudo também contribui para as discussões das áreas de saúde que buscam o desenvolvimento de práticas assistenciais humanizadas.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco M. S., & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-Am Enfermagem**, *9*(5), 63-9.
- Barcelos, L. M. S., & Alvim, N. A. T. (2003). Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, *56*(3), 236-241.
- Brasil. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. [online] acessado em 25 de novembro de 2008 em: <http://www.inca.org.br>
- Brasil. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência por câncer no Brasil**. [online] acessado em 25 de janeiro de 2009 em: <http://www.inca.org.br>
- Collet, N., & Rozendo, C.A. (2003). Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**, *56*(2), 189-92.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, *9*(1), 7-14.
- Ferreira, C. B. **Representações sociais de mulheres frente à admissão hospitalar para a realização da cirurgia por câncer de mama**. Ribeirão Preto, 2003. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Goffman, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4a ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.
- Gomes, M. C. P. A., & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, *9*(17), 287-301.
- Martin, L. M. (2004). A ética e a humanização hospitalar. In L. M. Martin. **Humanização e cuidados paliativos**. (pp. 31-50). São Paulo: Edições Loyola.
- Martins, B. M., & Araújo, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. **Psico Argum**, *26*(53), 109-116.
- Oliveira, B. R. G., Collet, N., & Vieira, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, *14*(2), 277-84.
- Sordi, M. R. C., & Nunes M. A. G. (1988). O paciente no ambiente hospitalar. In M. R. C. Sordi, & M. A. G Nunes. **Manual básico de enfermagem** (pp. 11-16). Campinas.

Recebido: 31/03/2009

Received: 03/31/2009

Aprovado: 29/05/2009

Approved: 05/29/2009

Revisado: 11/12/2009

Reviewed: 12/11/2009