

Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde

Possibility of insetion of coherent cultural care in pratices of humanization in health

Posibilidad de la inserción del cuidado cultural congruente en las praticas de humanizacion en la atención la salud

Cristine Pastoris Müller^I, Vivian Elizabeth Araujo^{II}, Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha^{III}

RESUMO

Este ensaio tem como objetivo refletir sobre a inserção do cuidado cultural congruente, dentro das práticas de enfermagem na atenção básica, tendo em vista a Política de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, busca-se contextualizar a Cultura, a Humanização e as práticas em saúde vigentes. Considera-se possível desenvolver abordagens culturalmente congruentes, sendo necessários uma responsabilização e comprometimento dos profissionais, uma abertura de olhar que promova a integralidade e a autonomia dos sujeitos.

Palavras chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Humanização da Assistência; Cultura.

ABSTRACT

This essay aims to reflect upon the coherency of insertion of cultural care within basic nursing practice, following the Health Ministry Humanization Policy. Therefore, looks for an insertion of Culture and Humanization in Health Care practice in force. It considers the possibility of development of culture coherency, being necessary the professional responsibility and compromise. A viewpoint that would promote one's integrity and autonomy.

Key words: Community Health Nursing; Humanization of Assistance; Culture.

RESUMEN

Este ensayo tiene como objetivo reflexionar sobre la inserción del cuidado cultural congruente, dentro de las prácticas de enfermería en la atención básica, teniendo en consideración la Política de Humanización pregonada por el Ministerio de Salud. En este sentido se busca contextualizar la Cultura, la Humanización y las prácticas de salud vigentes.

Se considera posible desarrollar abordajes culturalmente congruentes siendo necesarios una responsabilización y un comprometimiento de los profesionales, una abertura en el mirar (contemprar) que promueva la integralidad y la autonomía de los sujetos.

Palabras clave: Enfermería en Salud Comunitaria; Humanización de la Atención; Cultura.

^I Enfermeira, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialista e Saúde Pública em Comunicação em Saúde, bolsista CAPES. Porto Alegre/RS E-mail: cristine_pmuller@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialista em Administração Hospitalar, bolsista CAPES. Porto Alegre/RS. E-mail vica7@terra.com.br

^{III} Professora doutora, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. E-mail bonilha@enf.ufrgs.br

INTRODUÇÃO

Refletindo sobre a Política de Humanização, preconizada pelo Ministério da Saúde e fazendo uma revisão a partir de autores que vêm pesquisando criticamente o tema, percebe-se que o cuidado cultural congruente⁽¹⁾ pode contribuir como proposta de repensar as práticas profissionais e a interação com o usuário, nos serviços de saúde, compreendendo que a cultura permeia os relacionamentos humanos e define os cuidados em saúde. Este artigo visa refletir sobre a inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de enfermagem da atenção básica, tendo em vista as Políticas de Humanização preconizadas pelo Ministério da Saúde⁽²⁾.

O encontro entre a cultura dos profissionais de saúde e dos pacientes pode ser comparado com uma membrana cultural, em que desse contato se dá uma relação semipermeável com fluxos e visões de mundo diferentes, modelos, percepções e práticas de saúde oriundas de uma diversidade cultural e onde historicamente há uma frágil negociação entre as partes, pois o poder de se fazer cumprir a prescrição de cuidados é concedido somente aos profissionais, configurando um etnocentrismo, chamado de equicêntrico⁽³⁾.

Esse encontro, potencialmente, pode ser um espaço significativo de troca e intercâmbio de saberes, informações e práticas em saúde. No entanto, o que se observa freqüentemente na prática cotidiana é um desencontro, em que os profissionais ditam as normas e regras, sem considerar a escolha e a autonomia do usuário, especialmente no que diz respeito a sua herança cultural e forma de cuidar. A distância entre o saber profissional e as práticas de saúde da população parece estar crescendo a

cada dia, apesar do esforço político de humanização dos serviços.

Neste sentido, cabe salientar que a visão de Ciência que permeia a formação dos profissionais de saúde gira em torno da lógica do risco e da regulação do corpo e para a redução deste risco, afastando a complexidade do cotidiano, seus significados e representações, limitando a capacidade de ação e compreensão do mesmo⁽⁴⁾. Esta racionalidade de controle, priorizando a clínica e a epidemiologia, compartimentaliza as ações, fragmentando o ser e sua integralidade, limitando a autonomia do sujeito, no sentido contrário à humanização. O desafio lançado poderia ser encontrar os pontos de encontro, para a criação do cuidado culturalmente congruente e sócio-epidemiologicamente resolutivo.

Entende-se o Cuidado Cultural Congruente como a relação entre o saber do profissional e o popular, em que se levam em conta os atos de conhecimento e sensibilidade do profissional de saúde para a tomada de decisão nas ações do cuidado, harmonizando os valores, crenças e visões de mundo do usuário e da comunidade, visando a seu bem estar e autonomia. É expresso por meio da linguagem, experiências, crenças, hábitos, costumes e valores de determinadas culturas⁽¹⁾.

Fazendo-se uma revisão, procurando-se compreender o contexto dos serviços de saúde sob a ótica da humanização, com a atual política do Ministério da Saúde, o discurso oficial no Programa Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS⁽¹⁾ e trazendo-se o debate acadêmico acerca do tema, sua lógica dentro da construção do pensamento científico

e formação profissional, constata-se algumas questões que se tornaram norteadoras desta discussão: "Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência?"⁽⁵⁾.

Ao se contextualizar o atendimento em relação à saúde da mulher, especialmente à gestante, tem-se limitado à visão e atuação do enfermeiro⁽⁶⁾; no entanto, entende-se que seu questionamento permite uma leitura ampliada, considerando a dimensão do ser humano em todo o ciclo de vida, a comunidade e a equipe multiprofissional no campo da Saúde, buscou-se a contribuição de outros autores neste ensaio, no sentido de ampliar o debate sobre Cultura, desenvolvimento da Ciência e Humanização, em contraponto às políticas preconizadas, às práticas adotadas pelos serviços e à formação do profissional de saúde.

Entende-se que uma abordagem culturalmente fundamentada pode ser uma estratégia de atenção diferenciada, que aproxime o discurso da humanização dos serviços rumo à integralidade. No entanto, percebe-se que essa abordagem ainda tem pouca permeabilidade na formação dos profissionais de saúde; sua lógica está distante da demanda dos serviços e sua operacionalidade não atende ao discurso científico hegemônico vigente, sendo antagônico ao modelo clínico-epidemiológico.

CONTEXTUALIZANDO CULTURA

Compreende-se que a abordagem culturalmente congruente em saúde faz parte do contexto da humanização dos serviços, ampliando a dimensão e o entendimento do cuidado, no que tange à visão dos profissionais quanto à democratização da participação e prescrição de autonomia dos usuários da rede. Considera-se importante descrever o sentido de cultura.

Cultura pode ser conceituada como: compreender e compartilhar valores, crenças, regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração; cultura reflete valores, idéias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações⁽⁷⁾. A cultura inclui conhecimentos e práticas influenciados por fatores como: a visão do mundo, a linguagem, a religião, o parentesco, a etnohistória, além de fatores políticos, educacionais, tecnológicos e o contexto do meio ambiente, no qual ocorre⁽¹⁾. Esta pode ser uma influência importante no comportamento das pessoas porque é um conjunto de práticas que perduram através do tempo.

Com isso, entende-se que, numa abordagem culturalmente congruente, o profissional de saúde precisa compreender essa construção, no que diz respeito ao usuário, família e comunidade sob sua responsabilidade, assim como seu próprio desenvolvimento como sujeito social, inserido em um contexto cultural e histórico.

Sendo assim, é possível perceber que a cultura envolve aspectos que levam gerações para serem constituídas, impregnando as formas de agir e compreender o mundo dos grupos sociais. No entanto, essa mesma

construção demonstra que o desenvolvimento de uma cultura é vivo, em permanente e constante transformação e significação, o que possibilita o avanço de práticas, sua validação ou não, entre as diferentes gerações. Uma cultura nunca é estática, isso determinaria sua extinção; seus símbolos são reconstruídos com a participação de diferentes atores. Cabe aos profissionais de saúde desenvolver conscientemente seu papel, como preservador de valores e comportamentos culturais.

Uma cultura nunca pode ser analisada num vácuo, mas sim, como um componente de um complexo de influências que se refere àquilo em que as pessoas acreditam e ao modo como vivem. São elementos que se compõem de aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos que se modificam por meio das relações e interações no tempo ⁽⁸⁾.

Ao desenvolver o cuidado culturalmente congruente, o profissional de saúde precisa estar atento a todas essas questões, pois elas definem os modos de agir, as escolhas e as possibilidades dos sujeitos envolvidos no processo. Ao considerar a complexidade relacionada a uma ação ou prática de saúde, em seu contexto sócio-histórico, é possível compreender um pouco mais as dimensões subjetivas e objetivas que se fazem presentes no cotidiano dos usuários e da comunidade.

Verifica-se que existem diferentes padrões culturais para a expressão de cada patologia, com formas de manifestação definidas pelo sexo, idade, grau de incapacidade, escolaridade, status social, entre outras. O cotidiano dos sujeitos freqüentemente acaba sendo normatizado e previamente definido; forma-se um pré-conceito e no processo de cuidar, munindo-se

de estratégias e ações programadas, de acordo com a formação cultural recebida, para agir desta forma. As respostas parecem estar prontas, costumam ser imediatas e normatizadas. Os aspectos singulares da cada encontro característico do cuidado humanizado são negligenciados, no cotidiano dos serviços.

CONTEXTUALIZANDO HUMANIZAÇÃO

A superação desta aparente dicotomia, tecnologia versus fator humano, pode ser contemplada à medida que os profissionais de saúde agreguem as necessidades emocionais e culturais dos sujeitos, visando favorecer uma aproximação do humano, estabelecer novas e verdadeiras relações, promover os encontros-afetos-conversas, revelar o ser singular e digno, tão presente no discurso oficial no Programa Nacional de Humanização ⁽⁹⁾.

Há a necessidade de se construir saberes que possam responder às novas necessidades de conhecimento, atender às demandas dos regimes de verdades que regem os saberes envolvidos nas práticas de saúde. Cabe uma aproximação e o envolvimento de vozes silenciadas no desenvolvimento e na construção do atual modelo da atenção, buscando uma maior democratização do saber e apropriação cultural ⁽¹⁰⁾.

Para tanto, se faz necessário abrir espaços para algumas incertezas, permitir-se a dúvida e resignificar saberes e práticas consolidadas na constituição, de profissionais de saúde. Como exemplo, cita-se o conflito experienciado por uma autora com relação às vantagens e desvantagens ao uso da chupeta na primeira infância, contrário ao seu saber técnico e sua formação, gerando o choque cultural. É necessário que as instituições

deixem sua cegueira cultural dentro de quatro paredes, onde são definidas as normas e regras, e focalizem o olhar na diversidade que permeia o atendimento, na rede ⁽¹⁾. A real humanização se efetiva no cuidado cultural. Investir no profissional e nas tecnologias leves permitiria qualificar a humanização e o acesso do usuário aos serviços.

Destaca-se a necessidade de criar uma relação de cumplicidade, entre quem presta o cuidado e quem o recebe. Em caso de doença, os profissionais, ao serem procurados pelos usuários, ofereçam serviços que aproximem o usuário e acolham suas demandas, respeitando crenças, valores e cultura, legitimando os serviços ⁽³⁾.

Apesar de as discussões e debates sobre o tema da Humanização na saúde aparentemente serem relativamente recentes, o termo vem sendo utilizado há mais de quatro décadas. Um estudo revela a existência de artigos sobre a Humanização no âmbito da Saúde, principalmente na área da Enfermagem, datados no final da década de 50, envolvendo uma ampla e controvertida polissemia sobre o termo. Os sentidos atribuídos à humanização vão desde a perspectiva caritativa, até a interpretação mais recente, a partir dos anos 90, com os discursos dos direitos do cidadão em ter acesso a uma atenção de qualidade em Saúde Pública ⁽¹¹⁾.

Não é possível conceituar com precisão a humanização; os textos produzidos ao longo desses quarenta anos têm em comum a reflexão sobre modelos de atendimentos que poderiam ser considerados "desumanizantes" e cujas condições apontadas são: "a) as condições precárias de trabalho que levam ao estresse e falha dos profissionais, de um lado,

e dificuldade de acesso, longas filas e má acolhida aos pacientes, por outro; b) vertente positivista da racionalidade biomédica que ignora as necessidades subjetivas, pessoais e culturais dos pacientes, proporcionando um atendimento focado na patologia e não na pessoa que sofre, responsável por uma violência simbólica; c) substituição da comunicação e empatia profissional-paciente ao valorizar o uso de tecnologias em detrimento da relação interpessoal" ⁽¹²⁾.

Nos serviços de saúde é comum a redução das pessoas, sendo tratadas como objetos de intervenção. A desumanização dos serviços é um produto das relações estruturais e humanas, envolvendo o desequilíbrio e poder nas relações sociais e falta de democratização nas relações ⁽¹³⁾.

Ao ser analisado o discurso oficial do PNH, são destacados quatro eixos: 1) humanização como oposição à violência, "não reconhecimento" das necessidades emocionais e culturais dos usuários e imposição de certos valores morais e comportamentais; 2) humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, envolvendo tecnologia e bom relacionamento; 3) humanização com melhoria das condições de trabalho dos cuidadores e 4) o foco central no processo comunicacional ⁽⁵⁾.

Deslandes ⁽⁵⁾ ressalta a formação profissional nesta construção, quando coloca o conceito de "mudança cultural" tão pouco explicitado nos documentos oficiais. Sugere ampliação do olhar sobre a produção do cuidado em saúde, incluindo as tecnologias leves no arsenal dos saberes e competências, especialmente a proposta de uma maior capacidade comunicativa, essencial para uma

assistência humanizada. Ressalta a valorização das expressões, das expectativas e demandas dos usuários, reconhecendo sua autonomia e legitimidade simbólicas. Finaliza, pontuando que “para humanizar assistência é preciso humanizar a produção dessa assistência”. Esta autora reforça que: “Resgato aí a crucialidade da politização do estatuto de pessoa e de sujeito. A definição de pessoa passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais. A noção de sujeito nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões à luz das condições de gênero, posição social e etnia/raça. É sempre oportuno perguntar quem goza do status de pessoa e de sujeito nas práticas de assistência prestada nos serviços de saúde? Quais capitais de protagonismo e autonomia os diferentes atores usufruem? Quais as margens e mecanismos de negociação e ampliação destas fronteiras?”⁽¹⁴⁾.

Ao se debater o tema humanização nas Instituições, afirma-se que: “A humanização depende ainda da mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”. Propõe-se facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, como instrumentos poderosos para mudança. A construção de organizações que considerem que são pessoas que lidam com outras pessoas, durante todo o tempo e que, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se devem compor⁽¹³⁾.

Acredita-se que o cuidado cultural congruente, sendo entendido como um

posicionamento e uma atitude das equipes e profissionais, pode se constituir como prática de inclusão social, de democratização e cidadania, transformando a fria realidade dos serviços em espaços legítimos de produção de saúde.

CONTEXTUALIZANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE

Na prática dos serviços se tem a limitação da Epidemiologia, sem observar a subjetividade e a individualidade, acrescenta-se o aspecto da cultura, nas percepções determinantes do processo saúde-doença. Esta limitação orientada pela epidemiologia acaba justificando o modo de organização dos serviços, “a organização do serviço e suas ações estão pautadas pelas ações programáticas”, que muitas vezes visam impedir o acesso e o controle da demanda espontânea⁽¹⁵⁾.

Percebe-se que as ações em saúde são normatizadas, protocolares e reguladas. Observa-se que as ofertas de ações da atenção básica, são procedimentos rotinizados que visam responder às demandas externas, redução de consultas, grupos e visita domiciliar com baixa capacidade resolutiva, pouca criatividade e especialmente falta de co-participação dos usuários em sua definição de bem-estar. Questionam-se as ações na forma de programas, grupos de risco ou acometidos por danos, colocando o sujeito como aquele que deve sofrer uma intervenção. Pergunta-se que tipo de intervenção pode ser constituído nos serviços agregando aspectos da cultura? Sugere-se “quebrar o olhar cristalizado, duvidar de soluções óbvias, correr riscos de voar e descobrir novos horizontes”⁽¹⁶⁾.

Agregar as crenças, costumes e o conhecimento popular de forma harmônica e congruente com o saber acadêmico e formal, é uma viagem rumo a esse novo horizonte. Um vôo que pode possibilitar aos profissionais uma dimensão criativa e viva em seu processo de trabalho, fortalecendo vínculos e aprofundando relações.

O desafio proposto pela humanização visa a diminuir a violência cotidiana e a "desumanidade à brasileira" que vigora no atual modelo de atenção. É feita uma crítica à forma do atendimento dos serviços, quando a regra é ser mal atendido, mal tratado, esperar na fila e não obter respostas e resultados. São atitudes e práticas comuns nos serviços de saúde ⁽¹⁷⁾.

Em resposta a este modelo concorda-se com a fala de Teixeira ⁽⁹⁾, que se reporta à linguagem, às relações de confiança, aos laços, vínculos, acolhimento, cuidado, respeito, encontro, base para a construção do cuidado cultural. "Quando um campo de confiança se constitui entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularidade que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos fracos ou perdedores" ⁽⁹⁾. Assim, os profissionais devem humanizar-se, abandonar o confortável pedestal do distanciamento, conscientizar-se de que sempre têm muito para aprender e compartilhar com o outro, e desta forma podem resignificar sua prática.

Surge a necessidade de se repensar e reavaliar os conteúdos que estão sendo ministrados durante a graduação, quanto à qualidade do ensino e dos profissionais que estão sendo formados e encaminhados para o campo de trabalho, sendo imprescindível que

os graduandos recebam uma formação mais humanista ⁽¹⁸⁾.

Ao serem implantadas ações de cuidado cultural, ousou-se a valorização da cultura, de cuidado co-participante e as relações de comunicação e afetividade, envolvidas em uma abordagem humanizada ⁽⁴⁾. Assim reproduz-se a fala de Barrufi ⁽⁶⁾ ao referir-se que "o atendimento à saúde da mulher, ainda está permeado por uma cultura profissional que envolve o cumprimento de número de consultas exigidos, priorizando a quantidade em detrimento da qualidade. Percebemos crenças, valores, mitos e costumes familiares muito presentes no processo gestacional; entretanto no atual modelo de atenção que vigora no sistema de saúde, as orientações e as tomadas de decisões dos profissionais são unilaterais, valorizando o saber científico em detrimento do saber popular".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta reflexão aponta-se a existência de diversas barreiras e dificuldades para uma efetiva humanização da assistência. Essas barreiras perpassam a formação dos profissionais de saúde, assim como, a organização dos serviços que está centrada nas ações programáticas, no modelo clínico epidemiológico vigente e na falta de democratização e acesso dos usuários aos processos de definições de políticas e práticas da atenção básica.

Existe uma prática que centra as decisões e as ações no conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde, sem incorporar valores, crenças e costumes dos indivíduos e comunidade. Tem-se a opinião de que as práticas profissionais são rotinizadas e,

possuem resolutividade questionáveis, sob o ponto de vista do cuidado cultural congruente.

No entanto, a revisão de literatura e os exemplos trazidos, apontam uma abertura e uma contextualização sócio-histórica e cultural. Nesse sentido pode-se ter perspectiva de mudanças do paradigma de atenção atual, rumo a uma verdadeira humanização.

Cabe aos profissionais de saúde uma responsabilização neste processo, tanto no que se refere à formação, como na implementação de ações que contemplem a subjetividade e a individualidade dos sujeitos, alcançando vãos ao encontro da realidade vivida, produzindo saúde e autonomia.

Entende-se que existem diferentes formas de realizar uma intervenção e promover ações em saúde, em harmonia com o contexto sócio-cultural. O que se propõe é uma abertura, um olhar diferenciado que busque a integralidade e a participação dos sujeitos, respeitando seus limites e possibilidades.

REFERÊNCIAS

1. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher durante a gestação: uma contribuição para a humanização. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem/UFRGS; 2004.
2. Brasil. Política Nacional de Humanização [monograph on the Internet]. Brasília (DF); 2004 [cited 2006 jun 16]. Available from: URL: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390
3. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface: Comunicação, Saúde, Educação 2002 fev; 6 (10):63-74.
4. Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2004 mar-abr; 20 (2):447-455.
5. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9 (1):7-14.
6. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher na gestação. Passo Fundo (RS): Editora UPF; 2004.
7. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research e practices. New York: Mcgraw-Hill; 1995.
8. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
9. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (3): 585-597.
10. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (3):549-560.
11. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na Literatura Brasileira de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005 jan-fev; 13 (1):105-111.
12. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (3): 615-626.
13. Campos GWS. Humanização da saúde: um projeto em defesa da vida? Interface: Comunicação, Saúde, Educação 2005 mar-ago; 9 (17):389-406.
14. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface: Comunicação, Saúde, Educação 2005 mar-ago; 9 (17):389-406.
15. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10 (2):333-345.
16. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. Cadernos de Saúde Pública jan-fev 2001; 17 (1):233-241.
17. Gastaldo D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. Interface: Comunicação, Saúde, Educação 2005 mar-ago; 9 (17):389-406.
18. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2005 [cited 2006 agosto 31]; 7 (1): 118-127. Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_04.htm

Artigo recebido em 05.02.07

Aprovado para publicação em 13.11.07