



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

EXPERIENCE REPORT ARTICLE

ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS: HEALTH CARE IN A BASIC UNIT

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS: ATENCIÓN A LA SALUD EN UNA UNIDAD BÁSICA

Julia Estela Willrich Boell¹, Betina Hörner Schlindwein Meirelles², Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³,
Juliana Cristina Lessmann⁴

ABSTRACT

Objective: to report the experience of a university extension activity in a basic health unit (BHU), aiming to provide health care to people with diabetes mellitus (DM) and systemic arterial hypertension (SAH) through the development and application of a model for nursing consultation and home visit. **Method:** this is an experience report based on the execution of the university extension project "Health care to people with arterial hypertension and diabetes mellitus in the Lagoa da Conceicao Basic Health Unit", in Florianopolis, Santa Catarina, Brazil. **Results:** 32 nursing consultations and 5 home visits to people with SAH and DM were carried out. The participants' average age was 61.18 years (SD: 12.21) and most of them were female (86.48%). **Conclusion:** the care to people with SAH and DM can be developed in a joint effort, with openness to dialogue, acknowledgement of experience, and connection of the health problem to the other domains of people's lives, with the possibility of a healthy living, even with a chronic disease. **Descriptors:** nursing; home visit; referral and consultation; hypertension; diabetes mellitus.

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de uma atividade de extensão universitária em uma unidade básica de saúde (UBS), com o intuito de prover atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) através da elaboração e aplicação de um modelo de consulta de enfermagem e visita domiciliar. **Método:** trata-se de relato de experiência baseado na execução do projeto de extensão universitária "Atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde da Lagoa da Conceição", em Florianópolis-SC. **Resultados:** foram realizadas 32 consultas de enfermagem e 5 visitas domiciliares a pessoas com HAS e DM. A idade média dos participantes foi de 61,18 anos (DP: 12,21), sendo a maioria do sexo feminino (86,48%). **Conclusão:** o cuidado a pessoas com HAS e DM pode ser desenvolvido em parceria, com abertura ao diálogo, reconhecimento da experiência e associação do problema de saúde aos demais âmbitos da vida das pessoas, com a possibilidade de um viver saudável, mesmo com uma doença crônica. **Descritores:** enfermagem; visita domiciliar; referência e consulta; hipertensão; diabetes mellitus.

RESUMEN

Objetivo: referir la experiencia de una actividad de extensión universitaria en una unidad básica de salud (UBS), con el fin de proveer atención a la salud de personas con diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial sistémica (HAS) a través de la elaboración y aplicación de un modelo de consulta de enfermería y visita domiciliar. **Método:** esto es un relato de experiencia basado en la ejecución del proyecto de extensión universitaria "Atención a la salud de personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus en la Unidad Básica de Salud de la Lagoa da Conceição", en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Resultados:** fueron llevadas a cabo 32 consultas de enfermería y 5 visitas domiciliarias a personas con HAS y DM. La edad media de los participantes fue de 61,18 años (DE: 12,21), la mayoría del sexo femenino (86,48%). **Conclusión:** la atención a personas con HAS y DM puede ser desarrollada en conjunto, con apertura al diálogo, reconocimiento de la experiencia y asociación del problema de salud a los demás ámbitos de la vida de las personas, con la posibilidad de un vivir saludable, aunque con una enfermedad crónica. **Descriptores:** enfermería; visita domiciliar; remisión y consulta; hipertensión; diabetes mellitus.

¹Educadora Física e Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde à Pessoas com Doenças Crônicas - NUCRON. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: juliaestela_8@hotmail.com; ²Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do NUCRON. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: betina@ccs.ufsc.br; ³Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NUCRON. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: denise@ccs.ufsc.br; ⁴Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista CAPES/REUNI. Membro do NUCRON. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: julianalessmann@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de transição epidemiológica vivenciado pela população brasileira desde as últimas décadas deflagra a influência do avanço tecnológico na assistência à saúde, na melhoria das condições de vida, de acesso ao saneamento básico, alimentação e bens de consumo. Estes fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida e, com isto, maior exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis.¹

Os agravos em saúde decorrentes das DCNT demandam cuidados contínuos que, para muitas pessoas são particularmente complexos, necessitam de atenção em saúde especializada, ações de educação em saúde, suporte emocional, apoio social, cuidado e tratamento específico visualizando o aumento na qualidade de vida e redução de danos.²

As DCNT vêm ocupando as primeiras posições junto às causas de mortalidade no Brasil, sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para complicações de maior gravidade como o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio e a doença renal crônica terminal.³

O surgimento da HAS ocorre com maior freqüência em adultos, durante a quinta década de vida, sendo que a baixa adesão ao tratamento desta doença está comumente relacionada com seu longo curso assintomático, bem como pelo tratamento freqüentemente negligenciado.⁴⁻⁵

Outra doença crônica bastante prevalente é o Diabetes mellitus (DM), caracterizado por um conjunto de alterações metabólicas e endócrinas que requer constante atenção à dieta, exercícios físicos, monitoramento da glicose e, em muitos casos, uso de medicação. Possui incidência crescente, apresentando alta morbi-mortalidade, sendo um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares.⁵

No Brasil, a HAS e o DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações e representam 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise.⁵

A atuação em saúde e enfermagem torna-se imprescindível para a melhoria da qualidade de vida, compreendida como um conceito subjetivo, inerente a cada indivíduo

e sua percepção acerca da sociedade, cultura e valores. Outro aspecto importante é a promoção da saúde, que busca fortalecer os conhecimentos, modos de agir, cuidar, controlar e conviver com as doenças, buscando o ser saudável da pessoa com condição crônica.⁶

O desenvolvimento de um projeto de extensão universitária com pessoas com diabetes *mellitus* (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi alicerçado na experiência e conhecimentos que o NUCRON (Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas) vem acumulando através de suas atividades de pesquisa, de ensino e de extensão, nos últimos 20 anos. O NUCRON é um grupo de pesquisa vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que focaliza seus estudos em pessoas com doenças crônicas.

Assim, apresentamos o relato da experiência, de parte do projeto que objetivou desenvolver a atenção à saúde de pessoas com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde da Lagoa da Conceição (UBS/LC) - Florianópolis/SC, enfocando o desenvolvimento de tecnologias de cuidado em enfermagem e saúde a pessoas com doenças crônicas atendidas num serviço de atenção básica e promover a saúde dessas pessoas por meio de consultas de enfermagem e visitas domiciliares, considerando sempre a articulação entre atividades de ensino, pesquisa e extensão. Assim, o objetivo foi desenvolver um modelo de consulta de enfermagem e visita domiciliar às pessoas com HAS e DM na Unidade Básica de Saúde da Lagoa da Conceição (UBS/LC) - Florianópolis/SC.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência da atividade de extensão universitária desenvolvida de maio de 2009 a maio de 2010 na UBS da Lagoa da Conceição, na cidade de Florianópolis/SC, sendo esta localidade selecionada por ser área de atuação do NUCRON em atividades de pesquisa e ensino.

Esta UBS é composta por uma equipe de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 14 micro-áreas, sendo que há a atuação de agentes comunitários de saúde (ACS) em apenas nove destas micro-áreas. Segundo dados da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a população da Lagoa da

Conceição, de acordo com o Censo demográfico 2010 do IBGE, é de 7.333 habitantes.⁷ O Sistema de Informação Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual/Relatório Ambulatorial de Atividades Coletivas (RAAI/RAAC) aponta que no ano de 2010, a UBS realizou uma média de 1.300 atendimentos ao mês, incluindo pessoas com diabetes e hipertensão.⁸

A metodologia utilizada buscou fortalecer os laços entre integrantes do NUCRON, acadêmicos e profissionais de saúde, envolvendo o reconhecimento das necessidades da UBS e da comunidade; elaboração e implementação de um plano assistencial de consulta e visita domiciliar; divulgação do projeto na comunidade; implantação de agenda de atendimento; realização de consultas e visitas domiciliares de enfermagem.

No desenvolvimento das atividades foi aplicado um primeiro esboço do modelo assistencial de consulta e de visita domiciliar de enfermagem, elaborados pelo NUCRON. Este modelo foi desenvolvido tendo como referência o reconhecimento de que as pessoas têm diferentes maneiras de compreender sua condição crônica, que realizam seus cuidados e tratamentos a partir da compreensão que têm dos mesmos e de como esses cuidados e tratamentos são integrados (ou não) ao seu cotidiano. Além disso, tivemos como orientação o reconhecimento de que o saber do profissional é apenas uma parte do conhecimento em saúde e que a tomada de decisões acerca do autocuidado cabe a pessoa em condição crônica. As ações de enfermagem desenvolvidas observaram a premissa de que relações horizontais, dialógicas e de respeito ao saber do outro podem contribuir para o avanço na construção de um viver mais saudável das pessoas com a HAS e o DM.

Este modelo também destaca como relevantes o reconhecimento dos sentimentos e formas de enfrentamento da doença crônica; a compreensão de que as pessoas precisam ser empoderadas para realizarem seu autocuidado de forma autônoma; da importância de negociar ações e estabelecer metas compartilhadas de cuidado. Além destes, os aspectos clínicos considerados relevantes incluíam a avaliação física geral e específica para a identificação precoce de agravos decorrentes do HAS e DM, na qual se priorizou a identificação de sinais e sintomas de alterações em membros inferiores.⁹⁻¹⁰

Assim, a avaliação neurológica, vascular e funcional dos membros inferiores foi reconhecida como imprescindível dada a

frequente existência de lesões que confluem no comprometimento irreversível e conseqüente amputação das estruturas afetadas.⁹

Os seguintes conceitos elaborados pelos integrantes do NUCRON foram tomados como referência: **condições crônicas** constituem-se em problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de anos ou décadas e mudanças no estilo de vida. Apresentam como ponto em comum a persistência e a necessidade de cuidados permanentes, trazem impacto pessoal, social e econômico. Abarcam diferentes condições, tais como: condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas; e **educação em saúde** como sendo o processo de promover condições para que a pessoa em condição crônica construa seu conhecimento, desenvolva habilidades para tomar decisões e fazer escolhas conscientes voltadas para o viver saudável. Envolve práticas pedagógicas que podem ocorrer em qualquer momento das interações entre profissional, pessoa em condição crônica e sua rede de apoio, valorizando os diferentes saberes e visando a autonomia das pessoas para que tomem decisões conscientes e façam escolhas que promovam o viver saudável. Favorece também a criação de espaços de reflexão e novas aprendizagens na perspectiva de assumir a responsabilidade individual e social intervindo favoravelmente na transformação de sua realidade.

A Consulta de Enfermagem é atividade privativa do Enfermeiro que se utiliza de componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Constitui-se como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população.¹¹ Neste caso, aborda especificamente pessoas com condição crônica: DM e HAS, visando a promoção da saúde e qualidade de vida destas pessoas.

Foi desenvolvido um roteiro de coleta de dados para a composição do histórico de enfermagem, contendo quatro partes realizadas sequencialmente, sendo: A) Tópico Introdutório, visando identificar as formas de cuidado e controle da doença crônica, além de proporcionar espaço para a exposição de

sentimentos e anseios que esteja envolvidos com o processo de viver/ser saudável; B) Exame físico; C) Identificar questões e debilidade de compreensão no cuidado, tratamento e controle da doença; D) Elaboração conjunta de um plano de cuidados, além de uma proposta para o registro das atividades.

A partir desse roteiro, foram identificados os elementos que poderiam dificultar o controle da condição crônica e o viver saudável dessas pessoas. Esse processo foi realizado em parceria entre o profissional enfermeiro e a pessoa com HAS e/ou DM.

Para a identificação do público alvo do projeto de extensão foram acessados os dados cadastrais contidos no software INFO SAÚDE da UBS/LC e dos participantes de um grupo de convivência da comunidade, sendo possível elaborar um levantamento sobre as pessoas com HAS e/ou DM: número de pessoas, local de residência, tempo de acompanhamento na UBS, dentre outros.

Para a divulgação entre as pessoas com HAS e/ou DM residentes na comunidade, foi elaborado um cartaz que ficou exposto nas dependências da UBS, além de serem convidadas as pessoas que integravam o grupo de convivência e aquelas que buscavam a UBS. Desta forma, foi possível iniciar o agendamento de consultas de enfermagem semanais, das quais participavam a enfermeira da ULS, a acadêmica bolsista de enfermagem e enfermeiras integrantes do NUCRON. Em todos os momentos houve respeito a individualidade e aos princípios éticos no cuidado a estas pessoas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas trinta e duas consultas de enfermagem, dessas, cinco foram retornos e cinco visitas domiciliares. A idade média dos participantes foi de 61,18 anos (DP:12,21), sendo a maioria do sexo feminino (86,48%). Apresentado apenas DM foram atendidas 15 pessoas, com HAS totalizaram seis pessoas, e com associação de ambas doenças 11 pessoas.

Inicialmente tivemos certa dificuldade para implementar o agendamento das consultas, pois a consulta de enfermagem não fazia parte da rotina da UBS. Buscamos apoio dos profissionais e dos agentes comunitários para realizar a divulgação das mesmas. Além disso, contatamos por telefone as pessoas cadastradas no serviço, em especial aquelas que pouco freqüentavam a UBS. Nestas ligações era reforçada a existência do serviço, a importância da participação para melhor

avaliação, controle da doença e qualidade de vida.

Observamos que as pessoas que melhor responderam ao chamado telefônico foram aquelas que se mostravam preocupadas com a interferência de sua condição de vida na doença crônica e que vinham desenvolvendo hábitos de vida e saúde condizentes com as demandas terapêuticas necessitando de ajustes específicos.

A abordagem das pessoas com HAS e com DM foi orientada pelo reconhecimento de que há múltiplos saberes e que a experiência de quem vive com a condição crônica é um saber que deve ser considerado como essencial no processo educativo. Esta abordagem favoreceu a interação com as pessoas com HAS e DM, o exercício da integralidade da assistência e o compartilhar das responsabilidades para a realização dos cuidados.

O foco das consultas e das visitas domiciliares foi, portanto, buscar a percepção das pessoas com HAS e com DM acerca de sua condição, de como percebia a realização dos cuidados e tratamentos e sobre o que poderia estar interferindo no controle de sua condição crônica. A partir da visão que tinham de sua realidade passávamos então a construir novas possibilidades, negociando metas. A cada consulta surgiam novos caminhos para a realização dos cuidados e tratamentos. A atuação do profissional era guiada pelo reconhecimento de que não havia um único caminho, mas que este caminho precisava ser construído em parceria. Flexibilidade com responsabilidade foram referenciais para a construção desses caminhos.

Destacamos que uma das principais dificuldades que consideravam como interferindo no controle da pressão arterial e da glicemia eram os problemas do dia a dia, especialmente os familiares. Esses os deixavam sem motivação para a realização da dieta e também promoviam alterações desses controles, mesmo se efetuassem a dieta e fizessem uso das medicações. O reconhecimento de que o estresse pode ser um elemento que efetivamente pode promover essas alterações, algumas vezes, os fez sentirem-se mais compreendidos e favoreceu o diálogo mais aberto.

Foi estabelecido vínculo entre profissional-cliente proporcionando melhora na qualidade da assistência prestada na atenção básica, fato evidenciado por relatos de maior entendimento acerca dos cuidados necessários, que foram reforçados em retornos subsequentes.

O resultado mais evidente obtido nessas consultas e visitas foi o reconhecimento de que havia modos de melhorar o controle da condição crônica de uma maneira mais realista, ou seja, considerando as possibilidades e limites de cada pessoa. Que a situação ideal de controle da pressão arterial e da glicemia existe apenas no imaginário do profissional da saúde e que, esta maneira radical de impor uma forma de controle, não tem repercussões favoráveis na saúde dessas pessoas. Estas seguem fazendo suas interpretações e tomando suas decisões de maneira autônoma, mesmo quando dizem que estão seguindo as orientações dadas pelos profissionais.

Com o desenvolvimento destas atividades foi possível avançar não só nos aspectos assistenciais como também trazer subsídios para a capacitação dos profissionais da UBS, bem como dos acadêmicos de enfermagem envolvidos no cuidado as pessoas com DM e HAS.¹² Propiciou o aprimoramento dos procedimentos básicos (aferição de pressão arterial, glicemia capilar, etc.); o desenvolvimento de uma visão prática e realista do funcionamento de uma UBS; a vivência na implementação de novas ações assistenciais dentro da UBS, a visualização e execução de consultas/visitas de enfermagem. Também foi evidenciada a importância da assistência de enfermagem no cuidado às pessoas com HAS e/ou DM, possibilitando uma abordagem mais completa do processo saúde-doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Projeto de Extensão Universitária na ULS da Lagoa da Conceição possibilitou uma aproximação com a equipe de saúde, facilitando a execução do projeto e fortalecendo a relação da ULS com a comunidade e com a Universidade. Promoveu a divulgação do conhecimento científico contribuindo para a modificação das práticas assistenciais e de promoção a saúde, além de proporcionar a devolutiva de parte do conhecimento científico produzido pelo NUCRON à comunidade.

A aplicação do modelo de consultas de enfermagem e visitas domiciliares possibilitaram uma visualização do contexto em que estão inseridas as pessoas com HAS e/ou DM, enfatizando o cuidado como algo que pode ser construído em parceria. Diferentes estratégias podem contribuir para que as pessoas realizem de maneira mais efetiva os cuidados e tratamentos de sua condição: abertura para o diálogo; reconhecimento da experiência das pessoas

como parte do conhecimento em saúde; compreensão da articulação do problema de saúde aos demais âmbitos da vida das pessoas; construção compartilhada de maneiras específicas de enfrentamento de obstáculos para adesão ao tratamento; e reconhecimento da possibilidade de um viver feliz e saudável mesmo tendo uma doença crônica.

Recomenda-se o contínuo desenvolvimento de ações voltadas para o aprimoramento da atenção à saúde de pessoas com HAS e/ou DM, enfocando a participação ativa da comunidade junto aos serviços de saúde, despertando o exercício da cidadania, a busca pelo viver saudável, o convívio harmonioso com as demandas das doenças crônicas e a articulação entre ensino, pesquisa e extensão.

A atividade realizada, com a implementação do modelo de consulta e visita domiciliar de enfermagem, traz subsídios para o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado para as pessoas com DM e HAS.

REFERÊNCIAS

1. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Cienc Saude Colet [Internet]. 2004 [cited 2010 Feb 14];9(4):833-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4.pdf>.
2. Edwards S, Gabbay M. Living and working with sickness: a qualitative study. Chronic Illness [Internet]. 2007; [cited 2010 Feb 14];3:155-66. Available from: <http://chi.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/155>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2008 [cited 2010 Feb 14]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de atenção básica: Diabetes mellitus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2011 Aug 12];2006. Available from: <http://www.scribd.com/doc/3381326/Caderno-de-Atencao-Basica-Diabetes-Mellitus>.
6. Meirelles BHS, Silva DMGV, Coelho MS, Francioni FF, Souza SS, Marchi CLA, et al. El

soporto social en el cuidado y tratamiento de la enfermedad crónica. Rev Panamericana de Enfermería. Mexico (DF), 2006; 3(2):214-8.

7. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Leste - População. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis; 2011. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2010_index.php

8. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Sistema de Informação da Atenção Básica. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis; 2010 [cited 2010 Dec 02]. Available from: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/index2.php?secretaria=siab>

9. Assumpção EC, Pitta GB, Macedo ACL, Mendonça GB, Albuquerque LCA, Lyra LCB, Timbó RM, Buarque TLL. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. J Vasc Bras [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 21];8(2):133-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a06v8n2.pdf>

10. Sandoval RCB. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético/UFSC. Avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus [Internet]. 2004. Available from: <http://www.hu.ufsc.br/~grumad/index.htm>

11. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993 - Dispõem sobre a consulta de Enfermagem. Available from: <portalcofen.gov.br/9tenovo/node/4241>.

12. Alves KYA, Salvador PTCOS, Almeida TJA, Iglesias R, Dantas CN. Profile of hypertensive and diabetic patients enrolled in a basic health unit. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 May [cited Oct 5];5(3):[658-69]. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1450/pdf_479.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/10/14

Last received: 2012/05/24

Accepted: 2012/05/24

Publishing: 2012/06/01

Corresponding Address

Julia Estela Willrich Boell
Avenida Desembargador Vitor Lima, 410, Bloco A4, Ap. 103 – Trindade
CEP: 88040-400 – Florianópolis (SC), Brazil