



VISITA DOMICILIAR E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, PROMOVEDO QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

HOME VISIT AND HEALTH EDUCATION, PROMOTION OF QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGY PATIENTS

VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD, PROMOVINDO LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Marina Gomes dos Santos¹, Patrícia dos Santos Claro Fuly²

RESUMO

Objetivo: discutir a importância da educação em saúde como ferramenta para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Método:** pesquisa participante, com abordagem metodológica do tipo descritiva simples, desenvolvida com 30 pacientes da clínica médica feminina, masculina e hematológica. Os dados foram colhidos através de visita domiciliar e acompanhamento telefônico periódico e submetidos a análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 0391.0.258.000-11. **Resultados:** após a realização das atividades de visita domiciliar, em que foram implementadas ações de educação em saúde, obteve-se: redução de náuseas; melhora do apetite, humor e sono; e melhor disposição para a realização de atividades de vida diária e autocuidado. **Conclusão:** com base nos resultados alcançados, é possível inferir que as ações desenvolvidas foram pertinentes, uma vez que propiciaram aos participantes uma sobrevivência de qualidade por meio da redução do sofrimento e aumento do conforto. **Descritores:** Enfermagem; Visita Domiciliar; Educação em Saúde; Câncer.

ABSTRACT

Objective: to discuss the importance of health education as a tool for improving the quality of life of oncology patients. **Method:** participant research with simple descriptive approach, conducted with 30 patients of the female, male and hematology clinic. The data were collected through home visits and periodic telephone follow-up and subjected to content analysis. The research project was approved by the Committee of Ethics in Research, under certificate CAAE: 0391.0.258.000-11. **Results:** after the completion of the home visits, in which health education actions were implemented, it was possible to observe: reduction of nausea; improved appetite, mood and sleep quality; and enhanced willingness to perform daily life activities and self-care. **Conclusion:** on the basis of the results achieved, it is possible to infer that the actions performed were appropriate, since they provided quality of survival to the participants through the reduction of suffering and increased comfort. **Keywords:** Nursing; Home Visit; Health Education; Cancer.

RESUMEN

Objetivo: discutir la importancia de la educación para la salud como una herramienta para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. **Método:** investigación participante, con enfoque metodológico descriptivo simple, llevada a cabo con 30 pacientes de la clínica médica femenina, masculina y hematológica. Los datos fueron recogidos mediante visitas domiciliarias y seguimiento telefónico periódico y sometidos a análisis de contenido. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, con el certificado CAAE: 0391.0.258.000-11. **Resultados:** después de llevar a cabo las actividades de visitas domiciliarias, en las que fueron implementadas acciones de educación para la salud, se observó: reducción de náuseas; mejora del apetito, estado de ánimo y calidad del sueño; y mejor disposición para la realización de actividades de la vida diaria y autocuidado. **Conclusión:** con base en los resultados obtenidos, es posible inferir que las acciones desarrolladas fueron apropiadas, ya que proporcionaron a los participantes una supervivencia de calidad a través de la reducción del sufrimiento y aumento del confort. **Palabras clave:** Enfermería; Visita Domiciliaria; Educación para la Salud; Cáncer.

¹Enfermeira, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: marinagsantos@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: patriciafuly@enf.uff.br

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, a população e os profissionais da saúde vêm tornando-se cada vez mais reflexivos quanto ao tipo de assistência prestada no ambiente hospitalar. De modo geral, esta assistência apresenta uma abordagem tecnicista e descontextualizada da história de vida dos usuários. Há, por tanto, necessidade de ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada.¹ Nos serviços de saúde é fundamental a implantação de modelos de gestão cujo foco assistencial seja o usuário, com ações que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, principalmente em unidades de saúde de baixa e média complexidade. Desse modo, torna-se necessária a reversão do modelo de assistência hospitalar, ainda hegemônico, para que desta forma seja possível a assistência integral, equânime e que possa garantir a autonomia e a qualidade de vida de quem necessita de cuidados.^{2,3}

A visita domiciliar se traduz como estratégia de acompanhamento extra-hospitalar que tem por objetivo central a atenção às famílias e à comunidade. Estas últimas se entendem como entidades que influenciam no processo de adoecer dos indivíduos, que são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos.⁴ A visita domiciliar não representa somente um espaço para reconhecimento das condições de saúde e socioambientais, mas também um espaço para educação em saúde, no qual se destaca a relevância das orientações educativas que podem ser compartilhadas durante a visita.

A educação em saúde define-se a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida, seus valores e crenças. Esta prática é utilizada pela enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, na qual este último possa se conscientizar sobre sua situação de saúde-doença e perceber-se como sujeito de transformação de sua própria vida.^{5,6} Constitui-se como um instrumento para a promoção da qualidade de vida, articulando saberes técnicos e populares, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado. Logo, a educação em saúde deve ser compreendida como um processo complexo que une um conjunto de saberes e práticas diversas a fim de proporcionar o mais alto nível de saúde.

As ações de educação em saúde em ambiente domiciliar, particularmente oferecidas aos pacientes oncológicos, representam a estratégia de identificação de fatores extrínsecos (tabaco, álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, situação socioeconômica entre outros) e intrínsecos (idade, gênero, etnia ou raça e herança genética). Estes fatores afetam o estado geral de saúde destes indivíduos e contribuem para a redução do conforto e qualidade de vida. A sua identificação permite que o enfermeiro, em parceria com o indivíduo e familiares, realize modificações que serão significativas para o aumento do bem estar do paciente.

Desta forma, é indispensável que se reconheça a assistência domiciliar nas mais variadas ações, i.e., oferecendo aos indivíduos orientações sobre saúde, subsídios educativos, atendimento mais humanizado, dentre outros; tendo como objetivos a promoção e a manutenção da saúde. Ao mesmo tempo, esse tipo de assistência permite a permanência do indivíduo em sua residência, o que acaba por lhe conferir melhor qualidade de vida. Como resultado, possibilita-se em muitos casos uma melhora mais rápida, maior conforto ou mesmo um final de vida mais digno.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de trabalho que visa à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Atua no cenário domiciliar como forma de garantir uma assistência qualificada, otimizada, melhor adesão terapêutica e com isso obtenção de melhores resultados. Como consequência, há menor incidência de complicações e melhor qualidade de vida para o paciente e/ou familiares. Trata-se de um embasamento científico para a realização das práticas do enfermeiro, pois permite que este leve em conta o seu paciente de forma individualizada, humanizada e holística.

A Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, complementa todo o exposto. De acordo com o Art. 2º deste documento o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação.¹²

Logo em seguida o Art. 3º expõe que:

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de

diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

O uso das taxonomias de enfermagem tem como objetivo proporcionar interação dinâmica durante a execução do Processo de Enfermagem, sendo elas: os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*); classificação das intervenções de enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*); e classificação dos resultados de enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*). Os sistemas de classificação fornecem linguagem padronizada, utilizada no processo e no produto do raciocínio e do julgamento clínico sobre as respostas humanas aos problemas de saúde e processos vitais. Assim, facilitam a detecção, intervenção e avaliação dos cuidados, de acordo com o problema apresentado pelo indivíduo, organizando e orientando as ações de enfermagem para as necessidades individuais.¹⁴

O Processo de Enfermagem é fundamentado em um método sistemático do cuidar. Refere-se a um trabalho que é executado em termos sistematizados. É um trabalho organizado, planejado e científico no qual as quatro dimensões da enfermagem são atendidas: ensinar; fazer; pesquisar; e cuidar.¹³

O foco do atendimento de enfermagem é o bem estar e a autorrealização da pessoa. Pressupõe-se que os enfermeiros não deixam as pessoas saudáveis com seus diagnósticos e intervenções; são as próprias pessoas que ficam saudáveis mediante os próprios comportamentos. Assim, para que sejam obtidas mudanças nos comportamentos que influenciam a saúde, indivíduos e enfermeiros identificam juntos os diagnósticos mais exatos e com potencial para orientar o atendimento de enfermagem, para que deste modo sejam alcançados resultados positivos de saúde. As intervenções de enfermagem para os diagnósticos das respostas humanas oferecem meios adicionais, além do tratamento dos problemas médicos, a partir dos quais a saúde das pessoas pode ser promovida, protegida e recuperada.¹⁰

OBJETIVOS

- Discutir a importância da educação em saúde como ferramenta para melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa participante do tipo descritiva simples, que se caracteriza pelo envolvimento entre os pesquisadores e os pesquisados no processo de pesquisa. A ação foi desenvolvida inicialmente com a avaliação da clientela em potencial, internada no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). O objetivo foi o reconhecimento de possíveis sujeitos da ação, para acompanhamento após alta hospitalar em ambiente domiciliar. Esta pesquisa contou com uma amostra de 30 pacientes, dos quais cinco (16,6%) pertenciam à Clínica de Hematologia.

Para participar da pesquisa, os sujeitos tiveram que preencher os seguintes critérios de elegibilidade: domicílio; residir nos municípios de Niterói ou São Gonçalo; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter capacidade de autocuidado; e concordar em participar do estudo, com consequente assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A participação na pesquisa foi exclusivamente voluntária, conforme especificado no termo de consentimento livre e esclarecido. Este documento foi entregue ao paciente e/ou responsável pelo mesmo e assinado antes do início da pesquisa. Desta forma, todo paciente ou responsável pode recusar-se a participar ou interromper/excluir sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse nenhum tipo de prejuízo ou ônus para o paciente e/ou seus familiares e todos os dados coletados seriam prontamente excluídos da pesquisa.

Os dados foram colhidos através de visita domiciliar e acompanhamento telefônico periódico e, subsequentemente, foram submetidos a análise de conteúdo. Esta tem por objetivo expor a frequência, presença ou ausência de determinadas características avaliadas pelo pesquisador, tais como fatores de risco e determinantes sociais de saúde, para que posteriormente possa ser identificada a influência destes fatores na qualidade de vida de pacientes oncológicos.

Os dados foram analisados estaticamente através de suas variáveis e das características dos elementos estudados – que variam de elemento para elemento – e a estas foram atribuídos valores numéricos ou não numéricos. Após a análise destes dados e a validação dos mesmos, se obtiveram as informações desejadas, que foram tratadas estatisticamente por meio de uma análise multivariada com o objetivo de processá-las para, desse modo, simplificá-las e sintetizá-las.⁷

Seguindo a determinação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (HUAP), sendo aprovado em 02/12/2011 com o CAAE: 0391.0.258.000-11. Foi confeccionado um termo de consentimento livre e esclarecido lido, entregue e assinado por todos os participantes e/ou familiares/responsáveis. A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a março de 2012, com pacientes residentes nos municípios de Niterói e São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Os pacientes participantes desta pesquisa e oriundos da Clínica de Hematologia tiveram como características a prevalência do sexo feminino e uma média de idade de 55 anos. Os diagnósticos médicos mais frequentes foram: câncer de pulmão; câncer de mama; câncer de pele (melanoma); e leucemia mieloide aguda. Este grupo apresentou características denominadas complicadoras no seu tratamento, mas que previamente poderiam ser compreendidas como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer. Estas

características foram: tabagismo ativo e passivo; etilismo; sedentarismo; alimentação desregrada e de baixo valor nutricional; estresse; e hereditariedade no diagnóstico de câncer.

Com base nos diagnósticos médicos e com as informações colhidas de cada indivíduo durante a abordagem em ambiente hospitalar, domiciliar e posteriormente telefônicas, foram desenvolvidos os diagnósticos (NANDA), traçadas as metas do plano de cuidados – que possibilitaram a posterior avaliação do mesmo (NOC) – e elaboradas as intervenções de enfermagem (NIC). Além destes itens, o Quadro 1, abaixo, expõe os resultados alcançados (NOC).

Os diagnósticos de enfermagem têm como objetivo o julgamento clínico das respostas do usuário, família e comunidade, aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais e potenciais. No que se refere aos problemas, estes vão fornecer a base para a solução das intervenções de enfermagem, atingindo os resultados pelo qual o enfermeiro é responsável.⁸

NANDA	NOC	NIC	NOC
Dor Crônica; Nutrição desequilibrada, inferior às necessidades corporais; Ansiedade relacionada à morte; Baixa autoestima situacional; Conforto Prejudicado.	Controle da Dor (3-4); Nível de Conforto (2-3); Nível de Depressão (2-3); Nível de Dor (2-3); Bem-estar Pessoal (2-3); Sono (2-3); Apetite (2-3); Função Sensorial: Gustativa e Olfativa (2-3); Gravidade da Náusea e dos Vômitos (2-4); Aceitação: Estado de Saúde (3-4); Autocontrole de Ansiedade (3-4); Nível de Ansiedade (2-3); Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida (2-4); Autoestima (3-4).	Controle da Dor; Administração de Analgésicos; Controle de Medicamentos; Alimentação; Controle de Distúrbios Alimentares; Redução da Ansiedade; Manutenção do Processo Familiar; Melhora da Autoestima; Aumento da Socialização; Melhora da Imagem Corporal; Melhora do Papel.	Controle da Dor (4); Nível de Conforto (2-3); Nível de Depressão (3-4); Nível de Dor (3); Bem-estar Pessoal (2-3); Sono (3); Apetite (2-3); Função Sensorial: Gustativa e Olfativa (2-3); Gravidade da Náusea e dos Vômitos (3-4); Aceitação: Estado de Saúde (3-4); Autocontrole de Ansiedade (3-4); Nível de Ansiedade (3); Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida (3-4); Autoestima (3-4).

Figura 1. Principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos.

Logo, é possível inferir que as ações realizadas com este grupo foram satisfatórias, visto que, por meio de contatos telefônicos, foi possível obter importantes informações, tais como: melhora da qualidade do sono, do humor e do apetite; e melhor disposição para a realização de simples atividades, como higiene, autocuidado de um modo geral e preparo de alimentos. É importante esclarecer que todas as mudanças relatadas tiveram um desvio discreto em relação ao estado inicial. No entanto, em este grupo, qualquer mudança, mesmo que mínima, foi de extrema valia, pois demonstrava que as ações estavam gerando resultados positivos. Além dos

enfermeiros, os familiares e o pacientes conseguiram perceber as mudanças e sentiam-se melhor, demonstrando satisfação.

DISCUSSÃO

Ao pensarmos sobre as orientações e intervenções que teceríamos com nossos pacientes, foi necessário ter de antemão a compreensão de que as pessoas com doenças crônicas enfrentam mudanças permanentes no estilo de vida, ameaças à dignidade e à autoestima, o rompimento das transições normais da vida e a diminuição dos recursos. Trata-se de um enorme fator estressante que tem o potencial de deixar as partes envolvidas

(clientes e familiares ou pessoas significativas) desorganizadas e devastadas. No entanto, também pode proporcionar uma oportunidade para maior crescimento e coesão e o enfermeiro, enquanto educador e profissional de saúde, pode ser um instrumento na direção dos clientes e das famílias para o caminho do apoio mútuo e da autonomia individual.⁹

É condição *sine qua non* que o foco do atendimento da enfermagem seja o bem estar e a autorrealização do paciente. Com auxílio das intervenções do enfermeiro, os indivíduos tornam-se responsáveis pela mudança em seu estado de saúde devido à alteração de comportamentos. Estas intervenções são elaboradas com base no NANDA, NOC e NIC, vislumbrando alcançar resultados positivos de saúde, ou seja, promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos.¹⁰

A enfermagem tem sua visibilidade percebida em um espaço socialmente compartilhado, cujo compromisso social se revela de acordo com a continuidade no tempo e no espaço, conferindo reconhecimento à profissão. Esse reconhecimento decorre do desenvolvimento configurado por contínuas adaptações às crescentes demandas da sociedade, oriundas de um conhecimento que, por excelência, é de cunho científico e tecnológico. Sendo assim, a formação do enfermeiro, em pleno século XXI, deve vislumbrar uma contínua aquisição de conhecimentos de modo a atuar efetivamente na equipe de saúde e no interesse maior que é o paciente por ele assistido.¹¹

Para o desenvolvimento deste estudo, as principais limitações encontradas foram baixo número de pacientes que atendessem aos critérios de elegibilidade internados na Clínica de Hematologia do Hospital Universitário Antônio Pedro no período da pesquisa e a dificuldade de acesso a algumas residências, pois estas encontravam-se em áreas de riscos e/ou de complicado acesso. No entanto, é indispensável compreender que o ambiente domiciliar constitui-se como um excelente espaço para o atendimento em saúde, pois permite uma maior aproximação entre profissionais e usuários e uma maior compreensão da realidade dos pacientes, podendo com isso atuar de forma mais efetiva e eficaz de acordo com a necessidade de cada sujeito.

O desenvolvimento deste estudo mostra-se relevante à medida que contribui para expor a importância da visita domiciliar como forma de continuação do tratamento iniciado em ambiente hospitalar. A atuação do enfermeiro é indispensável, uma vez que por meio de

orientações em saúde fornece ao indivíduo informações suficientes para que este entenda o seu processo saúde-doença em suas mais variadas dimensões. Desse modo, estes sujeitos poderão alcançar a sua independência no cuidado em saúde, adquirindo assim autonomia e maior qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O objetivo proposto foi alcançado, uma vez que por meio da atividade de visita domiciliar e com as ações e orientações de educação em saúde realizadas ao longo da pesquisa, foi possível alcançar respostas satisfatórias, avaliadas com base nas mudanças dos hábitos de vida, ou mesmo na disposição para modificação e melhora da qualidade de vida e das relações/vínculos familiares. Com isso gerou-se um estreitamento dos laços e aumento ou criação de uma rede de apoio ao paciente. Ao mesmo tempo, foi possível ampliar o conhecimento sobre a patologia que atingia cada indivíduo, os tratamentos, os cuidados e os prognósticos.

Os materiais utilizados deram embasamento teórico à pesquisa, legitimando a sua relevância, tendo em vista que expõem os principais diagnósticos médicos encontrados, as intervenções de enfermagem, os fatores de risco e os resultados alcançados. Este estudo contou com um grupo amostral relativamente pequeno em relação ao número total de pacientes internados no HUAP; no entanto, este foi suficiente para comprovar e expor a importância da visita domiciliar e da educação em saúde como ferramentas para a melhora da qualidade de vida. O enfermeiro é de suma importância para efetivação dessas ações. Ele contribui para a promoção, prevenção, educação e reabilitação em saúde. Concomitantemente, incentiva o autocuidado, a autonomia e o envolvimento familiar, como forma de criar ou restabelecer as redes familiares de apoio tão importantes para o indivíduo doente.

REFERÊNCIAS

1. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Revista Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2011 Apr10];10:231-42, Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>.
2. Christovam BP. Isaura SP, Oiveira DC. Gerência do Cuidado de Enfermagem em Cenários Hospitalares: a construção de um conceito. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2012 June [cited 2010 Nov 10];46(3):734-41. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>.

3. Mazza MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* [Internet]. 1994 [cited 2011 Apr 10];4(2):60-8.

<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/38143/40877>.

4. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2010 Nov 12];60(6):659-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>.

5. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 30]; 16(1):319-325. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>.

6. Souza LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 30];18(1):55-60. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>.

7. Ponte VM, Oliveira MC, Moura HJ, Barbosa JV. Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. *Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação de Ciências Contábeis. I Congresso ANPCONT* [Internet]. 2007 [cited 2011 Oct 14]. Available from: <http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressol/03/EPC079.pdf>.

8. Rejane MBD, Maria GPA, Mayana CBG, Gabriela MM. Revisão de literatura sobre diagnósticos de enfermagem. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 03];4(esp):1023-30. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/883/pdf_83

DOI: 10.5205/reuol.883-8025-2-LE.0403esp201012

9. Carpenito LJ. Plano de cuidados e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Tradução Ana Maria

Vasconcellos Thorell. -2nd ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1999. 739p.

10. NANDA - North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA International*; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. 456p.

11. Andrea BR, Patrícia PO, Márcia WM, Renata GSB, Priscilla SCO, Paula H. Conhecimento de enfermeiros de uma unidade de oncologia sobre cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem UFPE online* [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 03];6(6):1280-8. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2453> DOI: 10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201203.

12. Brasil. Resolução nº. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 15]. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

13. Cartilha - SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), 2008. 12p.

14. Chianca TCM, Rocha AM, Pimentel MO. Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Sistema único de saúde. In: *Anais do 7º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem*; Belo Horizonte (MG), Brasil; 29 abr - 1 maio; 2004. Belo Horizonte (MG): ABEn; 2004. p. 24-52.

Submissão: 16/11/2012

Aceito: 29/01/2014

Publicado: 01/04/2014

Correspondência

Marina Gomes dos Santos
 Rua Doutor Constantino Nami Kalil, 179
 Bairro Santa Rosa
 CEP: 24240-800 – Niterói (RJ), Brasil