CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DE MÉDICOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Alexandra Petrilli Bavaresco Martins de OLIVEIRA[a]
Maria Cecília Cardoso BENATTI[b]
Neusa Maria Costa ALEXANDRE[b]

RESUMO

Este trabalho avaliou as condições de vida e trabalho de médicos que trabalhavam em um hospital universitário. Utilizou-se um questionário contendo dados ocupacionais e o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36).* Participaram 91 cirurgiões e 95 clínicos, predominantemente do sexo masculino. A média da idade dos cirurgiões foi de 44,5 e dos clínicos, de 46 anos. A carga horária média total de trabalho foi 51,8 para cirurgiões e 44,1 horas/semana para clínicos. Referiram trabalhar em outros locais 87,9% dos cirurgiões e 51,6% dos clínicos. O domínio Aspectos Físicos apresentou diferença estatística significante, sendo menor entre os clínicos.

Descritores: Qualidade de vida. Médicos. Medicina ocupacional.

RESUMEN

Este trabajo evaluó las condiciones de vida y trabajo de médicos que trabajaban en un hospital universitario. Se utilizó un cuestionario conteniendo datos ocupacionales y el Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). Participaron de la pesquisa 91 cirujanos y 95 clínicos, predominantemente del sexo masculino. La edad media de los cirujanos fue de 45,5 y de los clínicos, de 46 años. La carga horaria media total de trabajo fue de 51,8 entre los cirujanos y entre los clínicos, de 44,1 horas/semana. Refirieron trabajar en otros locales 87,9% de los cirujanos y 51,6% de los clínicos. El dominio Aspectos Físicos presentó diferencia estadística significante, siendo menor entre los clínicos.

***Descriptores**: Calidad de vida. Médicos. Medicina ocupacional.*
***Título**: Condiciones de vida y de trabajo de médicos en un hospital universitario.*

ABSTRACT

This paper evaluated the life and working conditions of physicians who worked in a university hospital. Two questionnaires, one for occupational data and the Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) were applied. 91 surgeons and 96 physicians, mainly of the masculine sex, participated in the inquiry. The average age among surgeons was 44.5 and among physicians, 46. The average of weekly working hours was 51.8 hours among the surgeons and 44.1 among the physicians. 87.9% of the surgeons and 51.6% physicians also mentioned working in other hospitals. Only in Physical Aspects there was a significant statistical difference between the groups, with lower rates among physicians.

***Descriptors**: Quality of life. Physicians. Occupational medicine.*
***Title**: Life and working conditions among physicians at a university hospital.*

---

[a] Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
[b] Professora Associada do Departamento de Enfermagem da FCM da UNICAMP.

Oliveira APBM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Condiciones de vida y de trabajo de médicos en un hospital universitario [resumen]. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 mar;27(1):53.

Oliveira APBM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Life and working conditions among physicians at a university hospital [abstract]. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 mar;27(1):53.

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos despertou o interesse na área da saúde recentemente, não só em relação aos usuários do sistema de saúde como também em relação aos trabalhadores[1-2]. Os médicos são submetidos, muitas vezes, a condições de trabalho inadequadas, longas jornadas de trabalho, *stress*, a necessidade de realizar procedimentos de precisão, entre outras situações que podem desencadear sintomas físicos.

É fato que o trabalho médico, assim como diversas categorias de trabalhadores, vem sofrendo modificações ao longo dos anos, o assalariamento, o multi-emprego, os baixos salários, as super-especializações, a tecnologização do cuidado médico e a intensificação da jornada de trabalho trazendo conseqüências diretas na relação médico-paciente, tornando-a cada vez mais impessoal, sem resolutibilidade e centrada em sintomas. Aliando a esta realidade o fato da atividade médica em si mesmo ser desgastante, torna o trabalho médico potencialmente gerador de morbidades, sofrimento psíquico e desgaste profissional[3].

A organização do trabalho repercute sobre a saúde mental dos trabalhadores, podendo ocasionar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas. O trabalho é um elemento fundamental para a saúde das pessoas, se o trabalho não é fonte de prazer, este passa a ser perigoso à saúde[4].

Uma organização de trabalho com relações pouco maleáveis, com situações geradoras de tensão emocional, pode funcionar como fator desencadeador para a ocorrência de agravos à saúde[5].

Considerando a importância e o número reduzido de pesquisas relacionadas ao tema, decidiu-se discutir o trabalho do médico cirurgião e do médico clínico visando à descrição de questões relacionadas às condições de vida e trabalho e suas conseqüências.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo avaliar as condições de vida e trabalho de médicos cirurgiões e clínicos de um Hospital Universitário.

Este trabalho foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado, "Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em médicos de um hospital universitário", apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)[6].

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada será descrita a seguir.

2.1 População e local

O presente estudo foi realizado em um hospital universitário com capacidade de atendimento de 403 leitos, integrado à rede de saúde da região como referência terciária para o Sistema Único de Saúde (SUS). A população foi constituída por médicos cirurgiões e clínicos, contratados e docentes, com mais de dois anos em atividade neste hospital. Foram excluídos da pesquisa aqueles indivíduos que estavam em licença saúde não relacionada ao sistema osteomuscular, em licença administrativa durante o período de coleta de dados e os que se recusaram a participar da pesquisa.

2.2 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário abordando dados de identificação e ocupacionais e o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)* que aborda a qualidade de vida.

Para coleta dos dados gerais foi desenvolvido um instrumento específico que foi submetido à apreciação de quatro juízes para ava-

liar a validade de conteúdo. Três juízes foram docentes dos Departamentos de Cirurgia, Clinica Médica e de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O último juiz foi uma socióloga pesquisadora da UNICAMP. O critério utilizado para a alteração das questões foi um especialista ter considerado a questão inadequada. O instrumento foi adaptado e corrigido segundo as sugestões feitas, modificando o conteúdo de algumas questões de acordo com o objetivo da pesquisa. Obteve-se a versão final do instrumento que foi submetido a um pré-teste em um hospital privado da cidade de Campinas com características semelhantes ao local onde foi desenvolvida a pesquisa.

Para avaliar a qualidade de vida dos médicos foi utilizado o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36).* É um instrumento de avaliação genérico, de fácil administração e compreensão validado no Brasil em um estudo de pacientes com artrite reumatóide[7]. Trata-se de um questionário composto por 36 itens, englobados em oito escalas: **capacidade funcional** (avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física); **aspectos físicos** (avalia limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho); **dor** (avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária); **estado geral da saúde** (avalia como a pessoa se sente em relação a sua saúde global); **vitalidade** (itens que consideram o nível de fadiga e de energia); **aspectos sociais** (analisa a integração do indivíduo em atividades sociais); **aspectos emocionais** (avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar da pessoa) e **saúde mental** (inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico). Apresenta uma pontuação final de zero a 100, onde zero corresponde a pior qualidade de vida e 100 a melhor possível[8].

2.3 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho dos sujeitos, durante os meses de fevereiro e março de 2004. Foi realizado um contato prévio com os participantes, esclarecendo os objetivos e métodos da coleta de dados. Os questionários foram entregues ao responsável do setor de trabalho, indicado pelo próprio voluntário, por um período de uma semana. Cada questionário foi identificado com um número cuja correspondência com o nome do sujeito era de conhecimento apenas das pesquisadoras. A devolução do questionário em branco e a não devolução deste configurou-se como recusa. A participação da pesquisa foi voluntária.

Os dados obtidos através dos questionários foram transferidos para uma planilha do programa *EXCEL®*, e analisados sob a orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis dos instrumentos utilizados: Dados Gerais e Ocupacionais e *SF-36.* Para análise estatística, comparou-se os grupos de médicos cirurgiões com médicos clínicos. Para verificar se existia associação entre os grupos com relação as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Quiquadrado. Quando os valores esperados foram menores que cinco (5), utilizou-se o teste exato de Fisher, sendo considerada significativa a associação quando o p-valor = 0,05. As variáveis contínuas foram analisadas pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney, por abordagem metodológica quantitativa. O programa computacional utilizado para a análise estatística foi o *The Statistical Analysis System for Windows*, versão 8.02.

2.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição tendo sido aprovado sob parecer n° 335/2003. Foi garantido o sigilo profissional e pessoal bem

como o caráter confidencial das informações prestadas. Todos os participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos serão apresentados a seguir.

3.1 Dados de identificação e ocupacionais

Participaram da pesquisa 91 (48,9%) médicos cirurgiões e 95 (51,1%) médicos clínicos, totalizando 186 médicos, representando uma taxa de participação de 84,6%. A idade média dos cirurgiões foi de 44,5 anos e dos clínicos foi de 46 anos. O sexo masculino representou 70,4% e o sexo feminino 29,6% dos participantes. A distribuição por sexo apresentou variação estatística significativa quanto ao número de médicos do sexo feminino sendo este maior entre os clínicos. O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), constatou a presença de uma obesidade leve a severa em 60,4% dos cirurgiões e uma obesidade leve a moderada em 54,7% dos clínicos. Quando questionados sobre a pratica, freqüência e a modalidade de atividade física realizada, os grupos apresentaram características semelhantes. Dos participantes, 36,6% não praticam atividade física regularmente.

O tempo de atuação destes profissionais na instituição foi de 14,8 anos entre os cirurgiões e 16,2 anos entre os clínicos. A média da carga horária trabalhada apresentada pelo cirurgião foi de 51,8 e o clínico foi de 44,1 horas semanais, este dado apresentou variação estatística significativa quando comparados os grupos. Observou-se que 87,9% dos cirurgiões e 51,6% dos clínicos referem trabalhar em outros locais desenvolvendo a mesma atividade da instituição pesquisada, verificando-se variação estatística significativa entre os grupos.

3.2 Qualidade de vida

Comparando-se os domínios que compõem o *SF-36*, verificou-se que apenas o domínio "Aspectos Físicos" apresentou diferença estatística significante (Teste de Mann-Whitney) (p = 0,0228), sendo este valor menor entre os clínicos. Os resultados podem ser analisados na Tabela abaixo.

Os clínicos apresentaram comprometimento particularmente dos domínios referentes a "Vitalidade e Saúde Mental". Os domínios mais comprometidos em relação aos cirurgiões foram "Vitalidade e Dor".

Tabela – Resultados médios dos Domínios do *SF-36* dos Cirurgiões e Clínicos. Campinas, 2004.

Domínios *SF-36*	Média das respostas dos Cirurgiões (Desvio Padrão)	Mediana das respostas dos Cirurgiões	Média das respostas dos Clínicos (Desvio Padrão)	Mediana das respostas dos Clínicos	P (Associação)
Capacidade Funcional	89,6 (±12,3)	95,0	88,8 (±13,6)	95,0	1
Aspectos Físicos	94,0 (±18,4)	100,0	86,8 (±27,0)	100,0	0,0228*
Dor	76,5 (±17,9)	74,0	78,1 (±22,5)	84,0	0,3692
Estado Geral de Saúde	78,9 (±16,7)	82,0	77,5 (±16,9)	82,0	0,5152
Vitalidade	70,1 (±17,6)	75,0	67,3 (±19,4)	70,0	0,2313
Aspectos Sociais	83,8 (±17,7)	87,5	83,2 (±18,8)	87,5	0,9569
Aspectos Emocionais	88,3 (±24,0)	100,0	83,9 (±28,3)	100,0	0,3310
Saúde Mental	77,0 (±13,5)	80,0	74,7 (±15,9)	80,0	0,4473

Fonte: Oliveira, APBM. Campinas, 2004[6].
*Associação estatisticamente significante.

4 DISCUSSÃO

O estudo procurou avaliar a qualidade de vida em médicos cirurgiões e médicos clínicos trabalhadores de um hospital universitário.

Na análise geral dos resultados pôde-se observar uma maior prevalência de médicos do sexo masculino (70,4%). Porém, houve variação estatística significativa, indicando que os clínicos apresentaram uma maior ocorrência do sexo feminino quando comparados aos cirurgiões. Há tendência sócio-demográfica da feminilização da mão-de-obra médica com um crescimento constante ao longo dos anos[9].

Quanto a pratica regular de atividade física, verificou-se que 40,7% dos cirurgiões e 32,6% dos clínicos não praticam atividade física. Numa pesquisa realizada entre ortopedistas e cirurgiões gerais descreveram que 53,7% dos ortopedistas e 50,8% dos cirurgiões gerais referiram não praticar atividade física[10].

O Índice de Massa Corporal (IMC), obtido através da relação entre o peso corporal pela altura do indivíduo ao quadrado é comumente utilizado para avaliar o peso e o grau de obesidade. Na população adulta do interior do estado de São Paulo, 44% apresentou-se com excesso de peso[11]. Neste trabalho observou-se que 60,4% dos cirurgiões e 54,7% dos clínicos apresentavam excesso de peso, um valor acima do encontrado na população adulta do interior do estado de São Paulo. Esta obesidade pode estar relacionada a alimentação irregular e inadequada, a falta ou prática irregular de atividade física e decorrente do estilo de vida destes trabalhadores.

Nos resultados obtidos sobre a carga horária total de trabalho desenvolvida semanalmente por estes profissionais observou-se uma variação estatística significante entre os grupos. Os cirurgiões apresentaram uma carga horária semanal maior com um valor médio de 51,8 horas semanais. A carga horária de trabalho pode ser considerada um fator de risco importante para os sintomas e desgastes físicos e psicológicos uma vez que, 93,4% dos cirurgiões e 80% dos clínicos referiram trabalhar mais que 40 horas semanais.

Observou-se que 87,9% dos cirurgiões e 51,6% dos clínicos referiram desenvolver em outros locais a mesma atividade de trabalho que a realizada na instituição pesquisada, sendo que houve uma variação estatística significante entre os grupos e os cirurgiões apresentaram um índice maior. O fato de estes profissionais desenvolverem suas atividades em diversos locais sugere a busca por uma complementação da renda, acarretando um aumento da carga horária aumentando assim o desgaste físico e mental. Pesquisa realizada com enfermeiros que a dupla jornada de trabalho pode causar estresse físico e mental[12].

As alterações estruturais ocorridas na economia brasileira ao longo da década de 90 tiveram importante impacto no mercado de trabalho sobre a qualidade dos empregos e à queda da participação relativa da renda trabalho no conjunto da renda brasileira no setor da saúde[13].

As intensas mudanças tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais que acompanharam a municipalização da saúde repercutiram de forma significativa sobre as dimensões ocupacionais do setor saúde e na distribuição da força de trabalho[14].

5 QUALIDADE DE VIDA

Observou-se uma realidade preocupante ao analisar o perfil dos médicos no Brasil, onde 80,4% dos médicos sentiam-se desgastados em suas atividades, acumulando vários empregos e desenvolvendo uma carga horária extensa, vivenciando um processo de assalariamento e perda da autonomia no trabalho, e mais da metade dos médicos viam o futuro da profissão com pessimismo e incerteza[9].

Os efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores não são facilmente evidenciados, decorrentes de sua diversidade e por não se considerar as conseqüências do processo de produção sobre o processo saúde-doença[3].

A percepção da qualidade de vida tem sido considerada um instrumento adequado de avaliação para pesquisas científicas e epidemiológicas[7]. O impacto negativo na qualidade de vida das pessoas pode levar a incapacidades nos aspectos físico, social e emocional deste individuo[14].

Os resultados do questionário sobre qualidade de vida *(SF-36)* são mostrados em escores de zero a 100 onde, 100 indica a melhor qualidade de vida possível e zero a pior[7]. O domínio "Vitalidade", que considera o nível de energia e fadiga, apresentou a menor pontuação média entre cirurgiões e clínicos, o que sugere um comprometimento do bem-estar físico gerando fadiga. O domínio "Dor", que avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária, também apresentou uma pontuação menor entre os cirurgiões, reforçando as queixas de dores apresentadas em dados anteriores. O domínio "Saúde Mental", que observa a presença de ansiedade, depressão e alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico, apresentou a segunda pontuação mais baixa entre os clínicos, sendo este o terceiro índice mais baixo entre os cirurgiões. O domínio "Capacidade Funcional", que avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física, apresentou a maior pontuação entre os grupos.

O domínio "Aspectos Físicos", que avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho e quanto estas dificultam a realização das atividades da vida diária e do trabalho, apresentou diferença estatística significante sendo esta pontuação menor entre os clínicos.

O Quadro a seguir compara os resultados médios dos domínios do *SF-36* em diversos grupos de indivíduos apresentando diferentes condições de saúde com os resultados médios apresentados nos grupos de cirurgiões e clínicos.

Domínios *SF-36* \ Média das Escolas	A	B	C	D	E	F
Capacidade Funcional	66,5	84,6	84,4	87,7	89,6	88,8
Aspectos Físicos	59,5	79	77,1	83,3	94	86,8
Dor	63,7	37,4	40,7	73,8	76,5	78,1
Estado Geral de Saúde	68,2	51,1	51,6	75,1	78,9	77,5
Vitalidade	66,3	49,1	47,2	67,6	70,1	67,3
Aspectos Sociais	87	48	48,2	78,5	83,8	83,2
Aspectos Emocionais	66,5	74,1	76,5	77,1	88,3	83,9
Saúde Mental	70,3	58,6	55	73,4	77	74,7

Quadro - Distribuição dos resultados médios das escalas dos Domínios do *SF-36* em grupos com diferentes condições de saúde. Campinas, 2004.
Legenda: A - Artrite Reumatóide[7]; B - Trabalhadores de Enfermagem com Lombalgia Crônica[1]; C - Cirurgiões Dentistas com Dor Osteomuscular[2]; D - População Normal do Município de São Paulo[15]; E - Cirurgiões[6]; F - Clínicos[6].

No domínio "Aspectos Sociais", que analisa a integração do indivíduo em atividades sociais, verificou-se que as médias encontradas em pacientes com artrite reumatóide possuem valores superiores aos encontrados entre os clínicos e cirurgiões.

Observou-se uma pontuação menor nos grupos que apresentaram sintoma de dor sendo este um fator importante na determinação da qualidade de vida dos indivíduos.

Verificou-se que os médicos deste estudo apresentaram índices de qualidade de vida superiores aos da população do município de São Paulo.

6 CONCLUSÕES

Os médicos devem ser avaliados e observados como trabalhadores da área de saúde que apresentam sobrecarga de trabalho, com uma carga horária elevada, desenvolvida em diversos locais. O desenvolvimento de estratégias de prevenção e o reconhecimento de que estes profissionais também estão sujeitos a riscos

ocupacionais e comprometimentos de sua qualidade de vida tornam-se necessários neste momento.

REFERÊNCIAS

1 Gurgueira GP, Alexandre NMC, Corrêa Filho HR. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de Enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 2003 set/out;11(5):608-13.

2 Gobbi GB. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões-dentistas [dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003. 163 p.

3 Silva MMA. Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação [dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001. 186 p.

4 Introdução. *In*: Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 3ª ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1988. 215 p. p. 11-26.

5 Asmus CIRF, Ferreira HP. Epidemiologia e saúde do trabalhador. *In*: Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. 493 p. p. 391- 8.

6 Oliveira APBM. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em médicos de um hospital universitário [dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004. 97 f.

7 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia, Campinas (SP) 1999 maio/jun;39(3):143-9.

8 Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa KM, Cevasco G, Pedreira IS, Machado LAM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do "medical outcome survey 36 item short – form study". Revista Brasileira de Reumatologia, Campinas 1999 nov/dez;39(6):312-6.

9 Machado MH, coordenador. Perfil dos médicos no Brasil: relatório final: médicos em números. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. 247 p.

10 Mirbord S, Yoshida H, Miyamoto K. Subjective complaints in orthopedists and general surgeons. International Archives of Occupational and Environmental Health, Berlin 1995 Spring; 67(3):179-86.

11 Araújo S. Obesidade: excesso de peso atinge 44% no interior de SP. Correio Popular, Campinas (SP) 2004 dez 19;(Cidades):6-7.

12 Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo 2004 jan/fev;38(2):152-60.

13 Silva PLB, Costa NRC. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. *In*: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002. 430 p. p. 276-85.

14 Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. *In*: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002. 430 p. p. 221-56.

15 Kimura M, Gouveia Santos VLC, Amendola F, Góes Salvetti M, Gonzaga STG, Sallimbeni T. Validação do questionário de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short From Health Suervey (SF-36) for the general population of the São Paulo City – Brasil. *In*: Livro de Resumos do 2° Encontro Internacional de Enfermagem; 2002 fev 20-25; Águas de Lindóia (SP), Brasil. São Paulo: Modena; 2002. 220 p. p. 193.

Endereço da autora*/Author´s address:*
Alexandra Petrilli Bavaresco Martins de Oliveira
Rua Dr. Sampaio Ferraz, 385/21
13.024-431, Campinas, SP
E-mail: cooley@uol.com.br

Recebido em: 28/04/2005
Aprovado em: 26/09/2005