

Elizabete Regina Araújo de Oliveira¹
Bruno Henrique Fiorin²
Marcos Vinicius Ferreira dos Santos²
Maria José Gomes³

**Reception health and challenges
of implementation: perception
of nursing students**

| Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem

ABSTRACT | *Introduction: Reception is a bond of solidarity and commitment among professionals and the public is a moment of closeness that characterizes the execution of their willingness to help, is a collective effort among all the professionals along with the demand. Objectives: This study aimed to analyze the reception at UBS in the metropolitan area of Vitória-ES. Methodology: This is a qualitative, observational, descriptive. For data analysis we used the technique of content analysis of the type thematic analysis based on Bardin. Results: The corpus was composed of 40 reports made by nursing students, after reading floating settled three themes: An ethical approach, listening and attention, technical-service model. And two subcategories within the category technical-assistance model: supply and demand, problem solving and risk assessment. We visited 24 UBS, and 23 in the metropolitan area of Vitória ES. Although some reports show that there was presence of an effective home health services observed, there are still challenges to achieve the implementation of the host as a link in an employment status and health service that facilitates a comprehensive care under the gaze of all professionals. Considerations: This study is perceived theoretical approaches on the host and that these need to be incorporated into the daily lives of students and health professionals so that manage specific attitudes and agendas in a health humane and comprehensive.*

Keywords | *User embracement; Primary health care; Humanization of assistance; Health public policy.*

RESUMO | *Introdução: Acolhimento em saúde é um vínculo estabelecido entre os profissionais e a população. Trata-se de um trabalho coletivo entre os diversos profissionais. Objetivo: Descrever a percepção do acadêmico de Enfermagem acerca do acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de municípios da Região Metropolitana de Vitória-ES e os desafios percebidos para a implementação desse modelo de assistência. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, observacional com abordagem qualitativa. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática baseada em Bardin. Resultados: O corpus foi constituído por 40 relatos redigidos pelos estudantes. Após a leitura flutuante, estabeleceram-se três categorias temáticas: postura moral, escuta e atenção, modelo técnico-assistencial, e duas subcategorias do modelo técnico-assistencial: oferta e demanda, resolutividade e avaliação de riscos. Foram visitadas 24 UBSs, 23 na Região Metropolitana de Vitória e uma no interior do Estado do Espírito. Apesar de alguns relatos revelarem que houve presença de um acolhimento efetivo nos serviços de saúde observados, ainda existem desafios para concretizar a implementação do acolhimento como elo de um vínculo profissional e serviço de saúde que facilita uma assistência integral, sob o olhar de todos os profissionais. Considerações Finais: Com este estudo, percebe-se que é preciso a inserção de abordagens teóricas e práticas sobre o acolhimento no cotidiano dos acadêmicos e profissionais de saúde para que corroborem a realização de uma assistência humanizada e integral.*

Palavras-chave | *Acolhimento; Atenção primária à saúde; Humanização da assistência; Políticas públicas de saúde.*

¹Professora Doutora Associada ao Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Ufes

²Acadêmico de Enfermagem e Obstétrica da Ufes

³Professora Doutora Associada do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica

INTRODUÇÃO |

Com o decorrer do tempo, torna-se maior a demanda e a procura de atendimento nos Serviços de Saúde e é cada vez mais necessário investir em serviços organizados e que satisfaçam às necessidades da clientela.

A saúde é um direito social, ou seja, é um direito ligado à igualdade, em que há a ação do Estado, direta ou indiretamente, para que seja possível uma condição de vida mais igualitária. Na Constituição de 1988, entre outros avanços, há o reconhecimento da saúde como um direito. Em nosso país, convivemos com a desigualdade socioeconômica e, de fato, essa realidade disponibiliza vários desafios para que a saúde, direito do cidadão, seja efetivamente garantida com qualidade¹².

Em 1988 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, indubitavelmente, esse marco está intimamente ligado à tomada de responsabilidade do Estado a fim de garantir saúde ao povo brasileiro, como também reforça a ideia de que saúde não é apenas ausência de doença. Pelos princípios desse sistema, temos a doutrina que norteia a política de atenção à saúde. O princípio da universalidade diz sobre o acesso de todo cidadão às ações de saúde realizadas e aos serviços oferecidos pelo sistema^{5,16}.

A partir do princípio da integralidade, ratificamos que o indivíduo deve ser visto como um ser humano dotado de sentimentos, história de vida, com uma rede social, entre outros aspectos. Partindo desse ponto, leva-se em consideração a necessidade e o nível de complexidade de cada indivíduo. Como a saúde é um direito social, é necessário diminuir as desigualdades com serviços e ações realizados pelo SUS, e isso é contemplado com o princípio da equidade¹⁵. De acordo com o Ministério da Saúde⁵, em mais de 20 anos de história do SUS, grandes avanços e modificações contemplaram os usuários e melhoraram a atenção à saúde da população, mas ainda há uma longa caminhada para a implementação definitiva do sistema. Partindo desse pressuposto, muitos desafios persistem e precisam ser superados, para melhor assistir essa crescente clientela. A realidade sugere a necessidade de mudanças, a fim de que o SUS possa garantir efetivamente serviços de saúde com qualidade para os cidadãos. Um resultado da necessidade de mudança é a Política Nacional de Humanização (PNH).

Como o próprio nome sugere, a PNH objetiva um SUS humanizado, portanto seu eixo é a humanização que guia todas as ações de saúde e trabalha com a subjetividade de cada sujeito, a história de vida dele e também seu meio coletivo. A implementação da PNH possui quatro marcas

de governo específicas e uma delas pretende a redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade. Na Atenção Básica, os serviços devem ter formas de acolhimento e inclusão de clientes de modo a dar fim às filas e promover o acesso aos demais níveis do sistema. O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância política, estética e ética da PNH⁵.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada dos usuários que buscam atendimento. Nesse primeiro contato, é essencial que o indivíduo encontre no serviço uma estrutura que possa atendê-lo humanamente e com eficiência conforme sua necessidade pessoal, propiciando resolutividade no atendimento. Uma forma para que isso aconteça concretamente é a realização do acolhimento ao usuário.

O Ministério da Saúde⁴ apresenta duas noções de acolhimento identificadas no campo da saúde. Uma delas concebe acolhimento como um espaço que se mostra como um ambiente repleto de conforto e a outra o identifica como triagem e encaminhamento de serviços. Portanto, não pode ser entendido somente como a recepção do usuário na UBS; é um conjunto de ações que caracteriza toda a assistência que será essencial para a concretização e efetivação do atendimento.

Apesar de a estratégia de acolhimento estar sendo implantada recentemente, estudiosos, como Miranda e Miranda, em 1983, propuseram acolhimento como o ato de receber calorosamente o ajudado, desde o início do encontro entre profissional e usuário¹⁴. Para Ferreira, acolher significa atender, receber, dar consideração, mostrar que a presença do usuário no serviço é importante e que o profissional de saúde trabalha com o intuito de satisfazer as necessidades físicas, psíquicas e sociais de toda a demanda⁸. O acolhimento não se faz somente na porta de entrada do serviço; ele é um vínculo de solidariedade e compromisso entre os profissionais e a população. É um momento de aproximação que caracteriza a efetivação de sua disponibilidade em ajudar, numa atitude voluntária de bondade em busca de um diálogo aberto e sincero com o usuário. Deve ser um trabalho coletivo entre os diversos profissionais e clientes.

Essa acolhida não é uma atividade privativa de uma determinada profissão, pois todos os profissionais que atuam no serviço de saúde, independentemente de sua área de atuação, devem estar comprometidos e capacitados para receber a população.

Em face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever a percepção do acadêmico de Enfermagem

acerca do acolhimento realizado nas unidades básicas de saúde de municípios da Região Metropolitana de Vitória-ES e os desafios percebidos para a implementação desse modelo de assistência.

METODOLOGIA |

Trata-se de um estudo descritivo, observacional de abordagem qualitativa, realizado nas unidades básicas de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Vitória.

Os dados foram coletados por estudantes de duas turmas distintas, seguindo os mesmos padrões em relação às orientações, a primeira no mês de agosto do ano de 2008 e a segunda no mês de abril do ano de 2009. O estudo constituiu-se de uma população composta por 40 acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

As etapas metodológicas previstas incluíram: a) orientação dos estudantes para a observação do acolhimento nas UBSs; b) elaboração dos relatórios de observação; c) análise desses relatórios, por meio da análise de conteúdo de Bardin³. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, registrado pelo protocolo 019/07, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de observação participante. As orientações dadas aos estudantes que fizeram parte da pesquisa foram as seguintes:

- a) escolhas aleatórias da UBS, ficando a critério dos acadêmicos;
- b) entrega de um roteiro prévio de observação aos participantes usuários da UBS escolhida;
- c) observação do acolhimento recebido na UBS;
- d) registro do acolhimento recebido.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática³. Seguiu-se o plano de análise, contemplando os seguintes passos sugeridos por Bardin: constituição do corpus, definição das unidades de sentido; leitura flutuante; agrupamento e subcategorização; categorização; tratamento dos resultados. Para eleger as unidades de registro significativas, utilizou-se a presença e frequência como regra de numeração. O corpus foi constituído pelos 40 relatos realizados pelos estudantes. Após a leitura flutuante, foram estabelecidas três categorias temáticas: postura ética, escuta e atenção, modelo técnico-assistencial, e duas subcategorias dentro da categoria

modelo técnico-assistencial: oferta e demanda, resolutividade e avaliação de riscos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Os relatos resultaram da observação de 24 UBSs, 23 na Região Metropolitana de Vitória e uma no interior do Estado do Espírito Santo. Dessas UBSs, 45% se localizam no município de Vitória, 25% em Vila Velha, 12,5% na Serra, 12,5% em Cariacica, 2,5% em Fundão e 2,5% em São Gabriel da Palha. Após a leitura flutuante, emergiram as categorias: postura ética, escuta e atenção e modelo técnico-assistencial, com duas subcategorias: resolutividade e avaliação de riscos e oferta e demanda.

Todo profissional que trabalha e lida com a população deve estar atento em manter uma postura moral diante dos clientes e de todas as outras pessoas. Pelos relatos, foi possível perceber um comportamento inadequado, antiético, entre profissionais que, apesar de não estar diretamente relacionado com o usuário, fez com que ele se sentisse agredido, conforme os depoimentos a seguir:

E18: Pude notar também uma falta de ética entre algumas profissionais, que, por motivo de conflito interno, começaram uma conversa em tom de fofoca na frente de todos [...]. Isso não é bom nem para elas, que ficam malvistas e nem para os pacientes que ficam sem jeito diante da situação.

E2: [...] os funcionários conversavam assuntos pessoais e alheios ao trabalho.

Evidencia-se que a falta de moral não ocorre somente entre profissional e usuário, mas também na relação interprofissional na instituição de trabalho. Um serviço deve ser estruturado nos princípios éticos e na harmoniosa relação entre os diversos profissionais. A preocupação com os aspectos éticos e morais na assistência à saúde não se restringe à simples normalização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, mas estende-se ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando o compromisso e responsabilidade diante da demanda^{7, 11}.

Segundo Austin, os Sistemas de Saúde não possuem suporte para promover uma boa relação usuário-profissional. Em muitos casos, essa relação é renegada em detrimento das tecnologias pesadas¹. Portanto, o domínio da ética prática é imprescindível para uma atenção especial aos que estão ao seu redor e deve ser mantido em todas as situações da assistência, preservando o respeito pelos companheiros de trabalho e pelos usuários.

A categoria escuta e atenção foi assim classificada, uma vez que as falas retrataram um modelo de assistência encontrado nas instituições, que revela insegurança e não resolutividade dos problemas referentes à saúde do usuário.

E12: Não me deram as informações de um jeito exato para facilitar meu cadastramento e meu entendimento de como funciona o serviço [...].

E39: [...] ninguém veio me oferecer qualquer tipo de ajuda, direcionamento ou ajuda [...].

Para que haja realmente um bom atendimento, é necessário o envolvimento e o comprometimento de todos os profissionais. Cecílio ressalta que, para a eficácia do atendimento, é essencial a participação do conjunto de trabalhadores para compreender e assimilar essa insegurança e intervir no sentido de garantir uma solução⁶. Para isso, é imprescindível que se desenvolva a capacidade de escutar e perceber as diversidades presentes na demanda.

Uma das grandes queixas notáveis nos relatos foi a falta de comprometimento com o usuário, que é tratado de forma impessoal, não sendo percebido e nem escutado. O atendimento nas unidades se mostrou muito mecânico e distante da necessidade psicossocial da clientela. Os estudantes, em seus relatos, revelaram a desmotivação ocorrida no momento da recepção:

E5: [...] durante todo período em que estive lá, nenhum profissional foi até mim para perguntar se eu precisava de algo, de alguma informação.

E14: Notou-se a presença de vários profissionais no local, mas nenhum deles orientou ou informou com paciência ou gentileza.

Esses fragmentos nos mostram que os profissionais têm a concepção de que o cliente deve ir ao encontro do serviço, como também pessoas capacitadas para receber a população e orientá-la de forma a satisfazer as suas necessidades e propiciar a resolutividade.

Percebeu-se, ainda, que atitudes simples, como a paciência e a gentileza, são instrumentos indispensáveis para a satisfação do usuário. Resultados similares foram encontrados por Fortes, que destaca a necessidade da reformulação das práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde, substituindo culturas institucionais que se baseiam no modelo médico-centrado⁹. Infelizmente, tal cultura ainda continua sendo disseminada nos serviços de saúde, trazendo, como consequência, a atitude de muitos profissionais de “coisificar” as pessoas.

Ayres ressalta a necessidade de se perceber aquilo que não é passível de ser falado, mas que é transmitido pelas expressões corporais². Para atender a esses critérios, vale

destacar o jeito de cuidar ampliando os conhecimentos científicos e aguçando o desejo de ouvir, compreendendo, assim, o próximo.

Outro fator que transfigura a falta de acolhimento é a impessoalidade com que muitos profissionais tratam os usuários. No momento em que não ouvem e não percebem o usuário, a sua assistência seguirá para a impessoalidade. Muitos profissionais agem dessa forma e não conseguem perceber os prejuízos e as consequências dessa ação sobre a qualidade da assistência. Semelhante situação observada por Uchoa mostra a necessidade de qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar, investindo em tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, por exemplo, acolhimento e vínculo, buscando, então, a integralidade do indivíduo⁷.

A escuta ativa e comprometida é fundamental para a concretização da política do acolhimento nos serviços de saúde, visto que, nos relatos, os usuários citaram a presença do ato da escuta. Percebe-se também a ocorrência do acolhimento.

E1: [...] me notou, foi em minha direção e perguntou se eu estava precisando de alguma coisa.

E6: [...] deu espaço para todas as minhas falas [...], foi muito simpática e atenciosa [...].

[...] ao entrar, fui logo abordado pelo vigilante que me perguntou o que eu estava procurando. Guiou-me até a recepção e me orientou [...].

Todos os profissionais devem estar dispostos a ajudar e receber toda a demanda. Isso vem validar o que foi proposto pelo Ministério da Saúde ao afirmar que acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de participar nesse processo de humanização⁴. A escuta é um dos instrumentos primordiais, é um dos alicerces do acolhimento. Esse fato também foi destacado por Rossi e Lima, que consideram a escuta como portal de entrada para a satisfação das necessidades dos indivíduos e, conseqüentemente, um elemento importante na consolidação do acolhimento¹⁴.

Em relação à categoria modelo técnico-assistencial, foi possível enquadrar duas subcategorias que foram significativas nos relatos, caracterizadas por oferta e demanda e resolutividade e avaliação de riscos.

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem conquistando espaço e provocando discussões significativas,

principalmente no que diz respeito aos modelos técnico-assistenciais de saúde. O Ministério da Saúde considera o acolhimento também como um aparato técnico-assistencial que permite refletir possíveis mudanças dos modos de operar a assistência. Salienta ainda que, para que o acolhimento seja colocado na prática como uma diretriz operacional, é necessária a reorganização dos serviços de saúde, mudanças estruturais na forma de gestão dos serviços de saúde⁴.

E22: [...] a UBS... deveria adequar o ambiente à demanda... os usuários permanecem em pé por falta de assentos, ou até mesmo aguardam fora da unidade [...].

E31: [...] o que incomodava era o espaço de espera de consulta, que era muito pequeno [...].

Quanto à categoria oferta e demanda, as unidades de registro que apresentaram significância foi o substantivo fila e o verbo esperar, em diversos tempos verbais.

É notório que a demanda dos serviços vem se tornando cada vez maior e, de uma maneira geral, o número de profissionais não está em constante aumento. Foi possível constatar que esse problema também está presente na maioria das unidades de saúde visitadas. Situação também percebida em vários serviços, onde há uma grande população para poucos profissionais^{10,14,17}. Tal falta é exemplificada em recortes dos relatos analisados:

E33: Cheguei às 6h30min da manhã e havia uma fila enorme.

E34: [...] os clientes não tem suas necessidades atendidas, são muitos usuários, existem problemas como em quase todos os serviços públicos.

E38: [...] havia uma fila que se estendia pela calçada da rua.

E39: Achei a sala um pouco tumultuada.

E40: [...] Havia duas filas embaralhadas [...].

A implantação do acolhimento como um modelo de técnico-assistencial que identifique e avalie os riscos é de grande importância e se aproxima do modelo utilizado em Betim-MG, em que os dados comparados de acessibilidade aos serviços demonstram um aumento extraordinário no atendimento geral da unidade após a implantação dessa política¹⁰.

Quando se tem uma demanda maior que a capacidade do serviço, é provável que muitos usuários fiquem sem resolução. Um indicativo são as grandes filas que se formam na procura de marcação de consulta, onde todos permanecem em uma mesma fila esperando atendimento, porém as necessidades são diferentes. Esse modelo de agendamento de consulta, sem uma classificação de riscos da população,

foi constatado em todas as unidades, não possuindo uma avaliação das reais necessidades da população, distanciando-se do princípio da equidade:

E37: Durante o tempo que permaneci na fila, a fim de marcarmos uma consulta, pude observar e até mesmo ouvir reclamações de usuários. Reclamavam que há tempos tentavam marcar uma consulta e não conseguiram.

Tal situação corresponde à encontrada no Nordeste do País, onde o acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios burocráticos, sem priorização de riscos¹⁷, totalmente contrário ao que o Ministério da Saúde propõe. O Ministério da Saúde, em sua proposta do acolhimento como modelo técnico-assistencial que auxilia a classificação de riscos, objetiva que ele possa proporcionar a melhoria do acesso, de modo a modificar a forma tradicional de entrada por fila e por ordem de chegada. Preconiza também que haja uma avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada^{4,5}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Apesar de alguns relatos revelarem que houve presença de um acolhimento efetivo nos serviços de saúde observados, ainda existem desafios para concretizar a implementação do acolhimento como elo de um vínculo profissional e serviço de saúde que facilite uma assistência integral, sob o olhar de todos os profissionais.

Dentre esses desafios, pode-se ressaltar a falta de postura de escuta e comprometimento com as ações de saúde de sua responsabilidade, serviços despreparados para receber e acolher uma grande demanda de usuários.

Constata-se, pelos relatos, que alguns dos serviços apresentavam uma estrutura física satisfatória em relação ao número de usuários. Isso nos encaminha a uma reflexão da organização dos serviços de saúde que devem estar preparados integralmente para acolher o usuário, o que inclui uma boa estrutura física.

Compreende-se o acolhimento não como ação isolada e privativa de determinado profissional, mas como um processo coordenado e organizado, que envolve toda a estrutura do sistema de saúde e todos seus profissionais e que serve de ferramenta para a melhoria do atendimento nos serviços, se concretizado.

Com este estudo, percebe-se que é preciso a inserção de abordagens teóricas e práticas sobre o acolhimento no coti-

diano de estudantes e profissionais de saúde, para que corroborem a realização de uma assistência humanizada e integral.

A proposta do acolhimento surge para auxiliar a mudança do modelo assistencial centralizado em ações curativas e no atendimento médico, em que todos são protagonistas dessa política, tendo cada um sua importância devido ao processo de inserção do usuário no serviço.

REFERÊNCIAS |

1. Austin W. Engagement in contemporary practice: a relational ethics perspective. *Texto Contexto - Enferm* 2006; 15: 135-41.
2. Ayres JR. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude Soc* 2009; 18 (supl 2):11-23.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: Ed. 70; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Cecilio LCO. Inventando a mudança na saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Diretrizes para organização da atenção primária à saúde no Espírito Santo/ Secretaria de Estado da Saúde no Espírito Santo. Vitória: Sesa; 2008.
8. Ferreira ABH. Mini Aurélio Escolar. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.
9. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc* 2004; 13(3): 30-5.
10. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):345-53.
11. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(1):106-10.
12. Lima N T (Org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
13. Mattos RA, Pinheiro Roseni. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005.
14. Miranda CF, Miranda ML. Construindo uma relação de

ajuda. Belo Horizonte: Crescer; 1983.

15. Rossi FR, Lima MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(3):305-10.

16. SUS: Sistema Único de Saúde [on-line]. [citado 2006 mar 11]. Disponível em: URL: <http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>.

17. Uchoa AC, Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 (Sup 1): 100-10.

AGRADECIMENTOS |

Agradecemos a todos os que colaboraram com este estudo, em especial, à turma de Enfermagem 2008/01 da UFES.

Correspondência para/ Reprint request to:

Elizabete Regina Araújo de Oliveira

Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico, Departamento de Enfermagem. Avenida Marechal Campos, nº 1468 Maruípe 29060-270 - Vitória, ES – Brasil

Telefone: (27) 3335728. E-mail: regina@npd.ufes.br