

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PAULO EMERSON DE PAULA COLLAR

**SIGNIFICADO DA INTERNAÇÃO NO
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PARA
O FAMILIAR DO PACIENTE IDOSO**

PORTO ALEGRE

2003

Paulo Emerson de Paula Collar

**SIGNIFICADO DA INTERNAÇÃO NO
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PARA
O FAMILIAR DO PACIENTE IDOSO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem
apresentado à Disciplina de Estágio Curricular
como co-requisito para aprovação.

Orientadora: Enf.^a Prof^a. Margarita Ana Rubin Unicovsky

Porto Alegre, agosto de 2003.

Biblioteca
Esc de Enfermagem da JFRGS

À RAQUEL

Por estar caminhando junto comigo e por ser o
meu porto-seguro.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua graça e misericórdia;

A meu pai e minha mãe pelo amor e pelos ensinamentos dispensados;

A Professora Margarita A. R. Unicovsky pela solicitude e sabedoria;

Aos familiares-cuidadores e aos seus pacientes pela contribuição ao presente estudo;

Aos colegas graduandos pela paciência e pelo respeito;

Ao Corpo Docente pela dedicação e pelo estímulo;

Aos colegas da Equipe de Informação da Secretaria Municipal de Saúde pelos conselhos e pelo convívio de respeito e amizade;

Aos profissionais do Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas que tiveram contribuição decisiva na minha vida profissional e na minha formação;

Aos funcionários da Escola de Enfermagem pela convivência fraternal;

Ao meu amigo Antônio Sanzi pelo estímulo e pelo auxílio nesta jornada;

A todos aqueles que de alguma forma estiveram comigo neste aprendizado e nesta conquista.

✶

*“Combato para que os seus corações sejam consolados, e estejam unidos no amor, e enriquecidos da plenitude da inteligência, para o conhecimento do mistério de Deus – Cristo,”
(Colossenses 1:2)*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
1.1 A enfermagem e o envelhecimento.....	10
2 OBJETIVO	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 Tipo de Estudo.....	15
3.2 Campo de Pesquisa.....	15
3.3 Participantes do Estudo.....	15
3.4 Coleta de Informações.....	16
3.5 Instrumento.....	16
3.6 Aspectos Éticos.....	16
3.7 Análise dos Resultados.....	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4.1 Afetivo (Sentimento não-favorável).....	20
4.1.1 Sobrecarga física e ou emocional.....	21
4.1.2 Medos básicos.....	23
4.1.3 Isolamento Social.....	25
4.2 Afetivo (Sentimento favorável).....	26
4.3 Interdependência.....	28
4.4 Cognitivo.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
7 APÊNDICE A	37
8 APÊNDICE B	38
9 ANEXO	39

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento, na sociedade atual, vem sendo discutido em diferentes áreas, sejam elas humanas, sociais, jurídicas, comportamentais, tecnológicas e governamentais. Como o processo de envelhecimento é peculiar a cada ser, de que maneira podemos afirmar que um indivíduo a partir de uma certa idade possa ser considerado velho perante a sociedade.

Vários autores consideram a velhice como a fase das perdas, que podem atuar como desencadeantes de desequilíbrio psíquico e social no homem. A integração desse idoso no ambiente social é de fundamental importância, para que o mesmo sinta-se motivado a viver e produzir, bem como para superar as alterações, tanto físicas como psíquicas e sociais associadas ao envelhecimento.

Segundo Bowlby (1990), em nossa sociedade a velhice difere de outras faixas etárias, basicamente, no que se refere a inúmeras perdas, que podem ser de relacionamento afetivos, dificuldades no mercado de trabalho, proximidade da morte, batalha contínua contra doenças crônicas e debilidades orgânicas, ameaça à sexualidade, à inteligência e à integridade.

Social e culturalmente o envelhecer se relaciona com o modo como a sociedade olha seus anciãos e o modo como eles próprios vêm a sociedade. Uma das principais preocupações na reflexão sobre a condição do idoso, é a garantia de meios pelos quais as pessoas idosas possam ter assegurado suas formas de subsistência. Salgado (1982) refere que a desvinculação do mercado de trabalho, os baixos valores das aposentadorias e uma natural fragilização da saúde, são fatores que concorrem para prejudicar a condição de vida do idoso.

Esse quadro social poderia ser melhorado, caso houvesse empenho na

aplicação e cumprimento da Política Nacional do Idoso, instituída no dia 4 de janeiro de 1994 sob o número 8.842. Entretanto, o que se vê hoje em dia é o desconhecimento e descumprimento dessa lei, e para ilustrar transcreve-se parte da mesma.

Lei nº 8.842

Finalidade:

Artigo 1º - A Política Nacional do Idoso, tem por objetivo, assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e sua participação efetiva na sociedade.

Artigo 2º - Considera-se idoso, para todos os efeitos desta Lei, a pessoa maior de 60 anos de idade.

Princípios:

I - A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e direito à vida;

II - Processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano no Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação dessa Lei (BIANCHI, 1997, p. 37).

A explicação sociológica para o descaso infligido aos velhos é nascida da análise econômica. Declara que o velho é ignorado, porque não está mais em processo de produção e reprodução. Economicamente, ele não existe ou existe como uma criança que absorve recursos sem nada devolver, pois da criança espera-se que um dia "devolva" o que recebeu, enquanto que do velho sabe-se que ele "nunca pagará de volta" (FRAIMAN, 1995). Essa afirmação é reiterada por Forcilia

(1995) quando coloca que a marginalização do idoso ocorre porque o mesmo é considerado aquele que não produz, sendo impedido pela sociedade de fazê-lo, que na maioria das vezes tende a tratá-lo como enfermo e incapaz, provocando reações de dependência, insegurança, ausência de autoridade e poder nestes indivíduos.

Birman (1995) enfatiza que o tipo de papel que a sociedade impõe ao idoso pode levá-lo a ter dificuldade para se adaptar à velhice, bem como preferir o isolamento, que é uma forma de não se ferir em um ambiente que se torna hostil, representado pela redução sistemática do grau de interações sociais.

Esse tipo de conflito acontece principalmente na sociedade capitalista, onde o trabalho do homem é que o insere na sociedade. A característica central do trabalho humano é a sua vinculação a totalidade da produção social, pois só é possível conceber o homem vivendo e produzindo em sociedade (FRAIMAN, 1995).

Quando se fala em sociedade, é imprescindível mencionar a família, pois é nela que se originam as primeiras manifestações de sociabilidade e a qualidade das relações mais intensas.

A família tem papel fundamental no processo de envelhecimento de um indivíduo, pois muitas vezes, ela é o alicerce que sustenta o idoso frente todas as mudanças sofridas na velhice.

Uma das descobertas na gerontologia, nesses últimos anos, foi a importância do papel da família, vizinhos e amigos no dia a dia do idoso, pois muitas vezes um destes ou todos acabam por assumir o papel de cuidador do idoso (ARIÉS, 1962). Sendo assim, é de suma importância que esses indivíduos recebam suporte e orientação do governo e dos profissionais de saúde a fim de prestarem uma assistência de qualidade ao idoso.

Faz-se necessário que sejam oferecidas condições e estímulos para a permanência dos idosos no seio familiar, bem como informações sobre suas prioridades, afim de que os mesmos possam ser mantidos em seus lares e não se tornem fontes de preocupações e desajustes.

Existe a crença convencional de que a família e a comunidade aceitam grande parte da responsabilidade de seus membros idosos. Entretanto, essa realidade está se alterando à medida que a sociedade em si altera suas relações e lealdades tradicionais entre gerações (GAIARSA, 1993).

Outro fator social, que pode trazer constrangimentos ao idoso é o preconceito que se tem em relação ao velho, principalmente no que tange a sua sexualidade. Existe uma barreira que permeia essa necessidade fundamental do ser vivo, que na maioria das vezes é negada, com isso se torna estigmatizada.

Terhorst (1998) afirma que a sexualidade no idoso é vista de forma preconceituosa, pois a sociedade não aceita essa condição do idoso, e termina por condená-lo e dessa forma criando conflitos e desajustamentos que poderiam ser evitados.

A sexualidade tem uma dimensão inerente à pessoa, presente em todos os atos da vida. É determinante de um modo particular, individual de ser e se manifestar, se comunicar, sentir e se expressar. A sexualidade é a identidade explicitada que o homem estabelece na relação consigo e com o mundo, e está presente no indivíduo desde a vida uterina até a sua morte (BERGER, 1994).

Portanto, a sexualidade na velhice não deve ser encarada como algo feio ou proibido. As pessoas têm necessidade de se sentirem amadas e desejadas, independente da idade. O idoso não deve ser encarado como ser assexuado a quem é negado o direito ao prazer.

Diante do que foi descrito, é necessário, afirma Netto (1996), que seja proporcionado ao homem não somente o aumento dos anos de vida, como também sejam acrescidos a esses anos qualidade, para que o mesmo usufrua de maneira plena sua velhice. A manutenção da qualidade de vida se encontra vinculada a autonomia e independência, de um indivíduo, podendo funcionar como indicador de saúde de uma população.

1.1 A enfermagem e o envelhecimento

A enfermagem tem um grande papel na atenção ao idoso nos dias de hoje, pois a mudança do perfil epidemiológico da população decorrente dos avanços tecnológicos da ciência mudou não só no Brasil, como no Mundo. As doenças que mais acometem o homem na atualidade são as denominadas crônico-degenerativas, o que acarreta alterações no perfil da clientela que recebe assistência à saúde direta ou indiretamente.

A equipe de enfermagem, a família e a comunidade são três elementos fundamentais para a recuperação do idoso e sua reintegração ao meio ambiente. A enfermagem deve atuar como suporte técnico para que o idoso receba assistência integral em toda a sua plenitude (MENEZES, 1994).

A enfermeira que trabalha com idosos, deve estar apta a determinar os tipos de cuidados que devem ser dispensados aos seus clientes, e isso só pode ser feito, se o profissional entender a velhice como etapa do desenvolvimento humano e não uma fase de declínio, deterioração e de doenças.

Uma nova visão do idoso como indivíduo vem sendo formada, não só

pelos profissionais de enfermagem, bem como por outros profissionais de saúde. Com o aumento da sobrevivência do homem, já se faz presente em nossa sociedade um grande número de idosos formadores de grupos que lutam por seus direitos e seu espaço.

É nesse ponto que o enfermeiro exerce um importante papel na assistência, orientação, ajuda e capacitação do idoso, no sentido de auxiliar o mesmo a ultrapassar suas dificuldades e obter responsabilidades, sendo capaz de gerenciar sua própria saúde e independência (DUARTE, 1994).

Rodrigues (1996) ressalta que o idoso deve ser incentivado, pelos familiares, amigos e profissionais de saúde, a participar de atividades no meio familiar e na comunidade em que vive.

Para isso a enfermagem precisa também direcionar sua atenção a essa parcela da clientela que cresce a cada dia, pois com o aumento da longevidade do homem, novos e antigos problemas de saúde têm aparecido, devido à degeneração normal dos órgãos e tecidos. Problemas estes que até bem pouco tempo atrás não eram tão comuns e que podem ter um grande impacto social caso não seja discutido e trabalhado de maneira direcionada a solução dos mesmos. Dessa forma, se faz importante que o enfermeiro atue como orientador, educador, cuidador e facilitador no que tange à assistência ao idoso, seja esta na comunidade ou nas unidades prestadoras de assistência à saúde.

Segundo Bulla (2002), é muito difícil para o familiar perceber-se no papel de um *bom cuidador*. As dúvidas, os sentimentos conflituosos, o sofrimento, a sobrecarga de trabalho e responsabilidades, o sentimento de impotência à doença e, principalmente, à perda de um ente querido fazem parte do cotidiano.

Sabe-se que poucas são as perspectivas positivas para o ajustamento familiar sadio na velhice, criando-se mitos de que os idosos não tem família, que a família se relaciona pouco com eles e que os velhos são colocados normalmente em asilos. Segundo Carter (1995), a grande maioria dos idosos com idade superior a 65 anos vive com outros membros da família e mais de 80% vivem a cerca de uma hora de distância de um parente.

Sendo assim, deve-se cada vez mais dar suporte à família para que a mesma tenha condições de atender e cuidar do seu familiar idoso. Para que isso ocorra o profissional enfermeiro deve estar ciente de como funciona o sistema familiar e quais os princípios norteadores desta instituição elementar da vida.

Ao elucidar alguns aspectos constitutivos da família, Motta^o (1997, apud CARRARO, 1998) contribui afirmando que a conformação familiar tem como base a comunhão do “ser-com-o-outro”, onde ocorre uma dinâmica social permeada por crenças, valores e normas da sua raiz sócio-cultural e pelo momento histórico atual. As premissas básicas encontradas nesta relação são, geralmente, o afeto, a lealdade, a responsabilidade e solicitude.

A equipe de enfermagem, muitas vezes, também não reconhece no familiar que acompanha o paciente um aliado no processo do cuidado. Lautert et al (1998) afirma que o acompanhante do paciente é visto, muitas vezes, como um fiscal da qualidade do cuidado prestado e não como um colaborador, um aliado e, principalmente, um companheiro do paciente.

O cuidado de enfermagem é o ponto chave da hospitalização, uma vez que permite estabelecer intervenções terapêuticas centradas no cliente e, dessa

^o MOTTA, M. da Graça C. da. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e do hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais.** Universidade Federal de Santa Catarina / Centro de Ciências da Saúde (Tese). Florianópolis, 1997.

forma, torna possível o aprimoramento de uma relação interpessoal enfermeiro-cliente. A hospitalização pode tornar-se um processo difícil e, ao mesmo tempo, pode ser caracterizada como uma situação natural da vida.

Assim, o Centro de Terapia Intensiva (CTI), apesar de oferecer serviço médico e paramédico especializado, com observação constante e equipamentos tecnológicos avançados e de alta precisão, talvez seja o local que mais gera estresse nos clientes e seus familiares. A movimentação das pessoas e o barulho monótono dos aparelhos contribuem para essa situação, que, certamente, compromete tanto os profissionais que atuam na unidade, quanto o próprio cliente e sua família. Além da própria estrutura física e ambiental do CTI, a doença contribui e interfere na capacidade de adaptação e mudança do cliente.(KIMURA, 2003, apud LEMOS & ROSSI, 2003)*.

A família também sofre com a internação de um parente no CTI. Ela tem necessidade de informações relacionadas à internação, ao ambiente, ao risco de vida do seu ente, enfim, necessidades que geram estresse e que devem ser consideradas pelos profissionais durante toda a internação.

Em vista dos fatos apontados é que decidiu-se investigar o significado da internação para o familiar do idoso no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

* KIMURA, M. **Problemas dos pacientes de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros.** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1984.

2 OBJETIVO

Identificar o significado da internação no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para o familiar do idoso.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, o qual buscou identificar o significado da internação do idoso para o seu familiar em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital geral de Porto Alegre.

3.2 Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado junto ao CTI Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é um hospital-escola, considerado como um dos mais importantes pólos de assistência à saúde do país, dispondo à população uma ampla gama de profissionais especializados nas mais diversas áreas de assistência à saúde, 365 dias no ano, nas 24 horas.

3.3 Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram os familiares que acompanharam a internação de pacientes idosos no CTI do HCPA. Participaram do estudo cinco familiares, sendo escolhido um único familiar por idoso internado. Os participantes foram escolhidos aleatoriamente pelo pesquisador, apenas atendendo o critério de que o paciente tivesse mais de 55 anos¹ de idade e que estivesse sendo acompanhado em sua internação por um familiar.

¹ Para este trabalho foi escolhida a idade de 55 anos como critério de inclusão na velhice.

3.4 Coleta de Informações

As informações foram coletadas pelo autor, através de entrevista semi-estruturada, durante o período de 14 de julho a 25 de julho de 2003. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo após destruídas. A entrevista se deu de forma individual durante no máximo 30 minutos.

3.5 Instrumento

O instrumento de coleta de informações (apêndice A) foi uma entrevista semi-estruturada:

...aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

A questão norteadora deste estudo foi identificar qual o significado da internação em um Centro de Terapia Intensiva para o familiar do paciente idoso hospitalizado.

3.6 Aspectos Éticos

Seguindo a orientação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, realizamos uma pesquisa sem riscos, onde apenas as informações foram coletadas do familiar do idoso internado no CTI, sem probabilidade significativa de afetar o indivíduo. Para tanto, a autorização da população investigada se fez, impreterivelmente, necessária e foi realizada a partir

de um termo de Consentimento Livre Informado (apêndice B). O estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA e os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso para utilização de dados – modelo sugerido por Goldim (1997) e pelo GPPG (Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA) – comprometendo-se com a confiabilidade das informações coletadas bem como o uso exclusivo das mesmas para o presente estudo. A pesquisa foi aprovada no dia 09 de julho de 2003.(Anexo)

3.7 Análise dos Resultados

Neste estudo escolheu-se a análise de conteúdo, por tratar-se de um estudo de cunho qualitativo e pelas propriedades deste tipo de análise que segundo Bardin^α (1977, apud TRIVIÑOS, 1987), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações entre os homens, colocando ênfase no conteúdo dos discursos. Este método é utilizado, principalmente, para estudos sobre motivações, atitudes, valores, crenças e tendências.

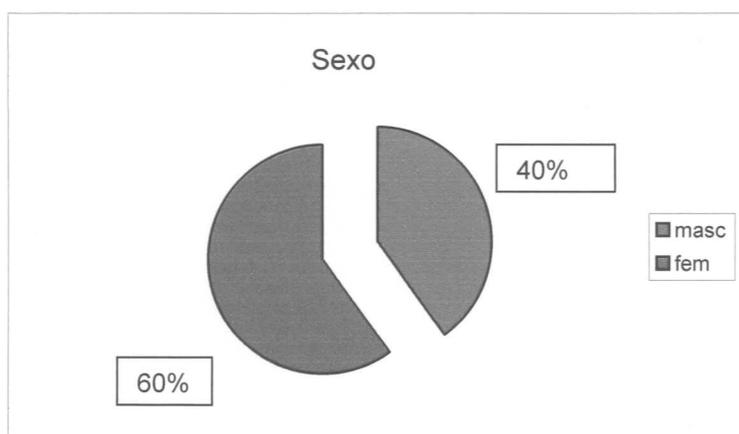
As informações serão analisadas conforme a proposta de Bardin (1977), procedendo-se as três etapas básicas do processo de análise de conteúdo: pré-análise – organização das informações coletadas; descrição analítica – inicia junto com a pré-análise, procedendo-se a codificação, classificação e categorização dos dados; interpretação inferencial – faz-se uso da reflexão, da intuição e do embasamento nos materiais empíricos, estabelecendo relações entre as informações coletadas e o que se encontra publicado sobre o tema.

^α BARDIN, Laurence. *L'analyse de contenu*. Paris, Presses Universitaires de France, 1977.

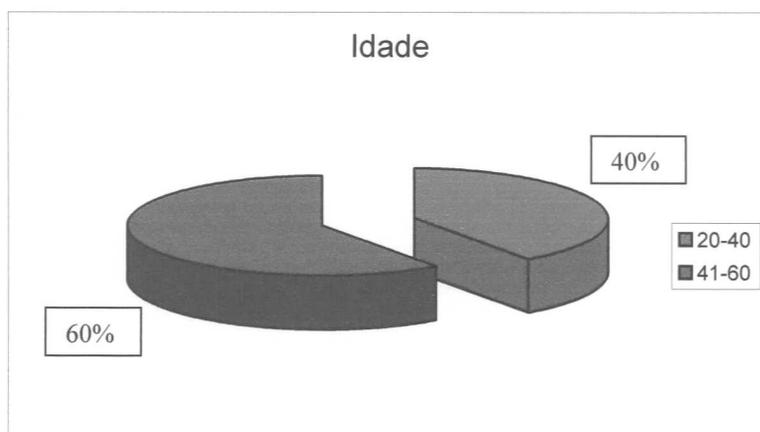
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações pessoais coletadas dos familiares serviram de embasamento para análise das situações apresentadas na fala dos sujeitos. Eles apresentam as seguintes características pessoais:

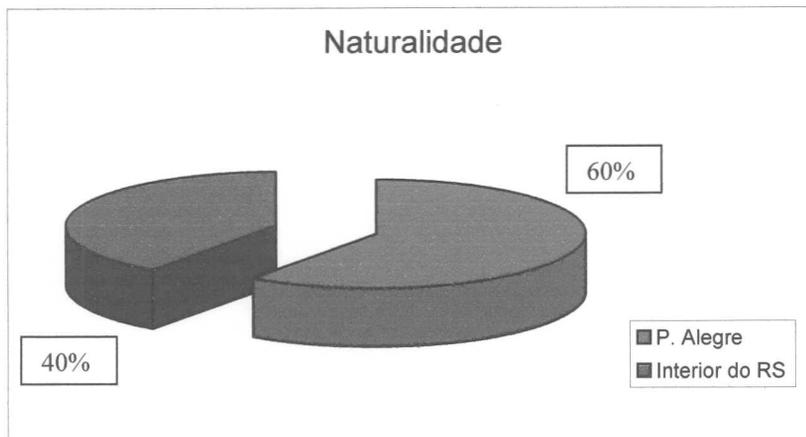
Sexo



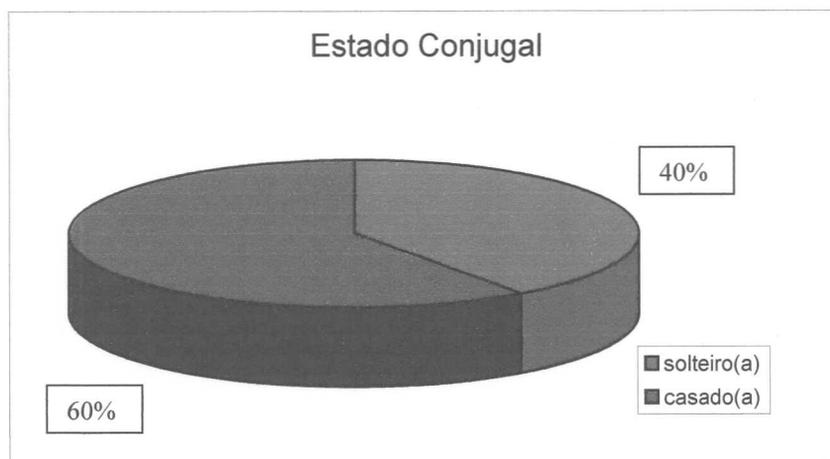
Idade



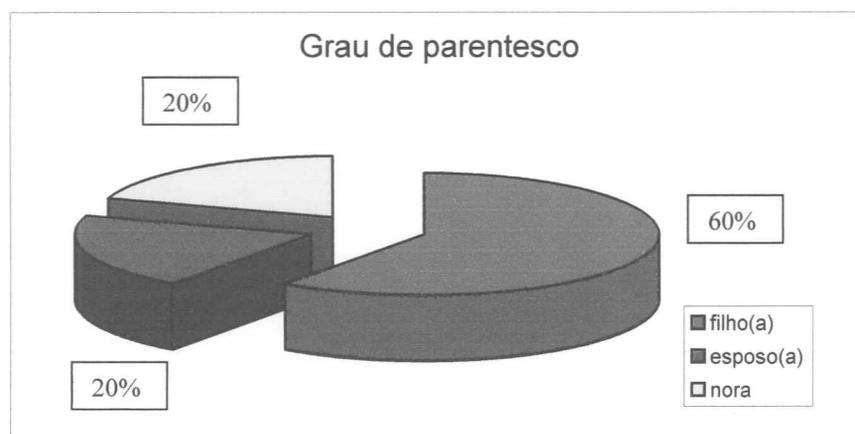
Naturalidade



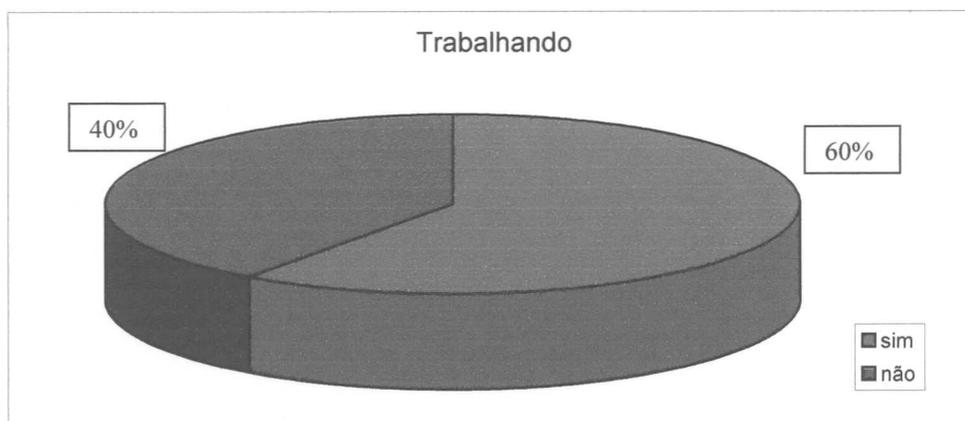
Estado conjugal



Grau de parentesco



Trabalhando



As informações coletadas nas entrevistas foram agrupadas em quatro categorias. Nessas categorias, são apresentados os depoimentos de familiares que expressam como foi vivenciar o CTI como acompanhante do paciente idoso e como um ambiente desconhecido e estigmatizado. As categorias principais: Afetivo (sentimento não-favorável); Afetivo (sentimento favorável); Interdependência; Cognitivo.

4.1 AFETIVO (SENTIMENTO NÃO-FAVORÁVEL)

Sentimento – disposição completa da pessoa, predominantemente inata e afetiva, com referência a um dado objeto (outra pessoa, coisa ou idéia abstrata), a qual converte esse objeto naquilo que é para a pessoa. O sentimento é simultaneamente identificado pelo objeto e por certas relações entre a pessoa e esse objeto. Tais relações implicam, além do afeto central, a influência de elementos mentais (ou psíquicos) consentâneos com as emoções englobadas nesse afeto. (CABRAL & NICK, 1997, p. 97).

O Afeto Depressivo ou Sentimento Não-Favorável, segundo Cabral & Nick (1997), pode ser caracterizado pela insatisfação e tensão das pulsões – instintos na

forma em que incita a ação. Sua tonalidade qualitativa é a mesma da dor, da angústia e da tristeza.

Nesta categoria, surgiram na fala dos entrevistados vários aspectos negativos, os quais interferem no relacionamento entre o paciente e o seu acompanhante, interferindo no cuidado prestado. Esta categoria pode ser subdividida em: **sobrecarga física e emocional, medos básicos e isolamento social.**

4.1.1 Sobrecarga física e ou emocional

Bulla (2002) afirma que a combinação entre sobrecarga de trabalho, encargos financeiros, responsabilidades, incertezas, cansaço físico, desencadeiam sentimentos de angústia, insegurança, culpa e desânimo, sendo que alguns autores consideram o conjunto destes últimos como uma verdadeira síndrome.

Muitas vezes, o familiar-cuidador se encontra na condição de único acompanhante disponível ao idoso, não havendo delimitação de carga horária para esse acompanhamento, desencadeando com isso uma sobrecarga insuportável. Assim, a procura de colaboradores é essencial, sejam eles netos, primos, tios ou até vizinhos, que possam dividir e amenizar o ato de cuidar e preservar o espaço do cuidador-principal.(BULLA, 2002)

Com isso, pode-se afirmar que a internação em CTI é uma fonte geradora de estresse para as pessoas que a vivenciam. Esses sentimentos são ressaltados pelo ambiente e por suas características físicas e estruturais que, na maioria das vezes, são desconhecidas dos clientes e de seus familiares.

Preocupação:

“(...) foi uma internação inesperada, ahahahah (suspiro) preocupado, sabe(...)”[entrevistado 1]

“(...) eu chego em casa cansada, um desgaste só, aí o telefone toca, é a família, todos querendo notícias, fico até meia noite e meia, falando(...)”[entrevistada 3]

Transtorno:

“(...) eu acho que seguro essa “cruzinha de isopor”, embora seja um transtorno em minha rotina(...)”[entrevistado 1]

Incapacidade:

“(...) sabe (...) faltando a dona da casa(paciente), empregadas novas também, tive que acabar com os almoços para os netos, porque não sei determinar um cardápio, um menu(...)”[entrevistado 1]

Sobrecarga de tarefas:

“(...) eu tenho que segurar tudo, cozinheiro, lavo, cuido dela(paciente), do sogro, corro pra lá e pra cá, os outros não ajudam em nada, e ainda cobram (...) eu quero que alguém me ajude, poxa! Tudo eu (...) é uma barra(...)”[entrevistada 2]

4.1.2 Medos Básicos

Osório (1986) afirma que todo processo de cura implica mudança e toda mudança pode ser enfrentada positiva ou negativamente. Frente a essas situações o indivíduo depara-se com os medos básicos: medo da perda (ansiedade depressiva) e o medo do ataque (ansiedade paranóide ou persecutória).

Essas ansiedades, quando muito elevadas, determinam a resistência à mudança, que no nosso caso caracteriza-se pela internação no CTI. O medo da perda pode ser evidenciado pelo medo de perder o que já se tem e o medo do ataque é o temor frente ao desconhecido, que aqui pode estar relacionado com a proximidade da morte, diante do qual, muitas vezes, nos sentimos despreparados.

Lemos & Rossi (2003) vem reforçar tal entendimento quando afirma que a cultura que permeia o entendimento dos clientes e sua família a respeito do significado da internação em CTI está diretamente relacionada à questão da morte, não explícita, mas implicitamente. A morte parece permear os pensamentos e sentimentos da família.

“Embora a morte dos idosos seja vista como uma parte integrante do ciclo de vida familiar, isso não acontece sem estresse”.(BROWN, 1995-p. 398)

O aumento da expectativa de vida desde meados do século passado, vem trazer uma realidade que talvez esteja mudando um pouco os parâmetros da sociedade de quando é aceitável com maior naturalidade o evento da finitude da vida. As pessoas, hoje, buscam viver mais e melhor, e esse sentimento é multiplicado pela cultura ocidental, onde a morte ainda é um tabu.

Lemos & Rossi (2003) afirma ainda que a falta de informação e de conhecimento prévio em relação ao CTI, bem como o tipo de cliente atendido e quais as suas principais finalidades são aspectos que geram insegurança e **medo**.

Portanto, mais uma vez a questão da informação e do conhecimento antecipado, por parte dos profissionais de saúde, a respeito das crenças e valores do cliente e da família, aparecem como fatores decisivos para o atendimento direto das necessidades básicas dos clientes de CTI. Dessa forma, o estigma de morte eminente, vinculado à internação em CTI, somente poderá ser desmistificado quando esses aspectos forem trabalhados com o cliente e com a família, durante o processo de hospitalização no setor.

Medo:

“(...) tá terrível né!? Tá uma barra, é uma semana boa, uma semana pior, vamo vê até onde vai né! Tava loca de medo que tudo voltasse, vai piorar, vai melhorar, é aquele pavor!(...)”[entrevistada 2]

“(...)eu só me sinto mais tranqüila, sem medo, se estou perto dela(paciente), é o que eu sinto né! (...) só não quero que ela sofra, esse é o meu maior medo(...)”[entrevistada 3]

Ansiedade:

“(...) mudou minha rotina! Não sei o que pensar, fico nervosa quando não sei o que se passa com ele(paciente). Ninguém me diz nada. Ando pra lá, ando pra cá, entra

gente, sai gente, e eu nunca sei nada. Fico olhando pra ele, e não vejo melhora, fico ansiada(...)"[entrevistada 5]

Perda:

"(...) mudou totalmente a minha vida, me desestruturo completamente com a hospitalização dela(paciente). Faço as coisas, mas sempre que posso, primeira coisa que eu penso é vir aqui! Não me imagino ficar sem ela, morro junto!(...)"[entrevistada 3]

4.1.3 Isolamento Social

As emoções negativas, que os cuidadores sentem, podem ser debilitantes, levando-os ao isolamento social e a possíveis reações psicobiológicas, como a depressão, a ansiedade e o estresse psicossocial.(BULLA, 2002). O isolamento social é uma das principais causas de ansiedade para o cliente de CTI e para sua família.

As ações que colaboram para que esse quadro possa ser minimizado, durante a internação, são: a proximidade e o envolvimento dos membros da família, o estabelecimento de vínculo e a orientação por parte da equipe de enfermagem, e, ainda, a permissão para que o cliente participe e opine sobre seu tratamento. (LEMOS & ROSSI, 2003)

A questão do isolamento social está diretamente relacionada com o afastamento do paciente e de seu familiar-cuidador dos seus hábitos rotineiros, do trabalho, da convivência social, fato esse que aparece nos relatos abaixo.

Saudade:

“Muda a rotina totalmente né (...) eu sinto saudade dos filhos né! Os filhos me ligam, é aquela saudade, mas agente se comunica a toda hora, por problemas até da empresa, mas (...) prá tu vê, eu fico loco pra tá com eles(...)”[entrevistado 4]

Solidão:

“(...) mudanças!? Muitas mudanças (...) eu me sinto só, solidão pura (...) eu quero ficar o maior tempo possível com ela(paciente), porque eu nunca sei o que vai acontecer no dia de amanhã, sabe!?(...)”[entrevistada 3]

Depressão:

“(...) claro que sim, mudou tudo, agente tem que abandonar o serviço, a família né! Tudo (...) prá ficá aqui na volta dele(paciente), então eu tô aqui sozinha, e com dificuldade né, de dinheiro, então, isso é que tá difícil agora, só choro, não durmo, não como, só choro (...) às vezes, tenho vontade de largar tudo(...)”[entrevistada 5]

4.2 AFETIVO (SENTIMENTO FAVORÁVEL)

Afeto Expansivo ou Sentimento Favorável é a expressão de júbilo ligado a satisfação das necessidades vitais e dos complexos pulsionais (desejos ou instintos libidinos). Sua tonalidade afetiva é o prazer, a esperança e a felicidade. (CABRAL & NICK, 1997)

Sabe-se que o alimento afetivo é tão indispensável para a sobrevivência do ser humano quanto o são o oxigênio que respira ou a água e os nutrientes orgânicos que ingere.(...) Esse alimento, contudo, é igualmente indispensável para a manutenção da homeostasia psíquica dos demais componentes da família e não apenas dos bebês, razão pela qual deverão seus membros dele prover-se reciprocamente através de mecanismos de interação afetiva(...)(OSÓRIO, 1996-p. 20)

Nesta categoria sobressaem os aspectos positivos como **carinho, amor, paciência, dedicação e solidariedade**, salientados na fala da maioria dos familiares, fatores esses contribuintes para o bom relacionamento interpessoal e para o cuidado na sua essência.

As aptidões necessárias, segundo Bulla (2002), para ser um bom cuidador, são fundamentalmente o carinho, a honestidade e a sinceridade. Estas são as qualidades necessárias para o cuidado ao idoso, moduladas por atitudes positivas, para que a tarefa de cuidar não resulte em esgotamento físico e psíquico do cuidador.

Carinho:

“(...) na minha rotina mudou tudo, eu tô de licença do trabalho e me dedicando inteiramente, ela(paciente) precisa do meu carinho nesta hora(...)”[entrevistado 1]

Solidariedade:

“(...) mudou também a responsabilidade diante da família. Ela(paciente) precisa de mim, a família confia em mim (...) eu não posso abandoná-la, eu tô solidaria com ela(paciente), com meu sogro, meu marido (...) somos muito ligadas, por isto, agora é a minha hora, tô do lado dela pra tudo, pra o que der e vier(...)”[entrevistada 2]

Dedicção:

“(...) eu abandonei tudo porque ele(paciente) precisa de mim (...) neste momento preciso me dedicar a ele, ele tá velho, só tem a mim. Vou dar tudo de mim, depois eu recupero o que precisar. Agora tenho que me dedica por inteiro pra que ele tenha vontade de viver(...)”[entrevistada 4]

Paciência:

“(...) mudou tudo em minha vida, mas eu tenho paciência, porque eu sei que vale a pena ficar com ela(paciente) e largar tudo nesta hora(...)”[entrevistada 2]

Amor:

“(...) embora ter largado tudo pra cuidar dela(paciente) e mudado tudo em minha vida, sabe(...) não tô triste, porque ela é tudo pra mim, ela só tem a mim e eu só tenho ela. É mais do que amor de mãe e filha, é amor sem interesse nenhum sabe, é amor eterno!”[entrevistada 3]

4.3 Interdependência

A dependência em psicanálise, conforme Cabral & Nick (1997) é a forma extrema de obliteração (=apagamento ou obstrução) do eu, em que se observa a necessidade compulsiva de entrega emocional e união total com a pessoa. A interdependência caracteriza-se pela reciprocidade deste sentimento.

Segundo Kaplan (1997), deve-se ajudar a família a expor seus

sentimentos, a conversar ao invés de discutir ou culpar-se mutuamente. Assim, deve-se estimular a comunicação entre o paciente e seus familiares.

Nesta categoria observa-se no discurso dos entrevistados a necessidade de estar junto ao paciente e a demonstração comportamental de alguns destes pacientes de ser verdadeira a reciprocidade do sentimento. Os principais aspectos emergidos nos discursos foram: **amparo, controle emocional, segurança, proteção e expectativa de vida.**

Amparo:

“(...) ela (empregada) é muito amiga, ela abandona a casa dela na Restinga pra vir de manhã cedo cuidar dela, ela (paciente) necessita de alguém para ficar com ela o tempo todo(...)”.

Controle emocional:

“(...)eu chego ali e ela(paciente) fica calma, bem quietinha, sabe (...) são muitos anos juntas, agente se conhece assim, até no olhar (...) acho que é por isso que ela fica diferente quando eu tô com ela sabe, são muitos anos juntas(...)”[entrevistada 2]

Segurança:

“(...)ela muda quando tá comigo, acho que mais a vontade, sabe(...) acho que é isso, ela não precisa esconder nada de mim, até porque ela é que nem chiclete comigo(...)”. [entrevistada 2]

Proteção:

“(...) eu sinto que ela sabe disso, ela(paciente) me passa um sentimento que tá protegida, quando eu fico perto dela parece que ela sabe que tem alguém(...) não só um médico, um enfermeiro, mas tem aquela pessoa que tem um sentimento por ela, é isso(...)”.[entrevista 3]

Expectativa de vida:

‘(...) Ah é sim, quando tô junto com ele(paciente) sempre fica melhor um pouco né, se acha mais acompanhado, fica menos solitário, tem mais vontade de viver, né!(...)’[entrevistada 5]

4.4 Cognitivo

Cognição, conforme SANTOS (2003) é a capacidade de processar informações. Em se tratando do homem, é a capacidade de adaptação a situações absolutamente diferentes em curto espaço de tempo. No entanto, vale explicar que a adaptação humana, em seus aspectos cognitivos, difere da adaptação biológica. Dizer que determinada espécie está adaptada a um nicho significa que sobrevive bem nesse ambiente. Afastada dele, entretanto, enfrentará sérias dificuldades de sobrevivência.

O ato de cuidar não é unilateral e, conseqüentemente, a qualidade desse cuidado está baseada na relação interpessoal do paciente e de seu cuidador, possuindo também uma história. Se esta relação não foi muito boa no passado, dificilmente haverá sucesso nessa relação, resultando em cuidado deficiente ou até

mesmo ausente. Entretanto se, ao invés disso, a relação familiar foi marcada por carinho, amor, amizade, confiança e respeito, apesar da complexidade que possa apresentar este ato de cuidar e da dor ou sofrimento do paciente, com certeza, será mais efetivo e eficaz este cuidado.

É importante ressaltar que os homens não só desenvolveram, ao longo da evolução, a capacidade de adaptar-se a determinadas condições: dentro de certos limites, são capazes de modificá-las. Por exemplo, são capazes de desenvolver meios de sobrevivência no espaço, onde não há oxigênio, e teriam condições de viver debaixo d'água, se isso fosse absolutamente necessário. É a essa imensa capacidade de adaptação que se dá o nome de cognição, de inteligência humana.

Esta debilidade pode ter várias causas. Segundo Bulla (2002), filhos que tiveram infâncias marcadas por sofrimento, ocasionado pela atitude dos pais, apresentam dificuldade para cuidar dos mesmos.

Outra causa provável seria a falta de informação sobre o estado de saúde do paciente e sobre os procedimentos, revelando uma situação onde o cliente está exposto às decisões assumidas por outras pessoas em relação a questões que lhe dizem respeito. Assim, ocorre a alienação dos clientes em relação ao seu tratamento, sendo esses desrespeitados no direito que têm sobre sua doença e seu corpo. Em respeito ou receio à equipe multiprofissional eles se tornam passivos, destituídos de autonomia e responsabilidade (LEMOS & ROSSI, 2003).

Nesta categoria, surge no discurso dos familiares os seguintes aspectos: **a necessidade de conhecimento científico, a disponibilidade sem formação profissional, a necessidade de capacitação técnica e a experiência profissional.**

Necessidade de conhecimento científico:

“(...) não, não, acho que as pessoas capacitadas são aquelas que tem formação (...) não tenho capacidade de intervir(...)”[entrevistado 1]

Disponibilidade sem formação profissional:

“(...) mais é claro que sim (...) se tivé que limpar, eu limpo, porque eu sempre fiz (...) eu levava pra dá banho, tudo eu fazia sozinho (...) não tem mistério pra mim, sabe(...)”[entrevistada 2]

Necessidade de capacitação técnica:

“(...) então qualquer coisa que tenha a haver com ela(paciente) para mim não é mistério, tudo dá, do quadro dela tudo eu sei, (...) tudo! Não tem mistério, eu cuido bem, mas não fiz nenhum curso(...)”. [entrevistada 2]

Experiência profissional:

“(...) sabe(...) mesmo quando ela(paciente) queixa-se de alguma dor, desconforto, eu chamaria sempre o pessoal de enfermagem, né!? Eu não tenho essa capacidade de intervir, eles sim têm(...)”. [entrevistado 1]

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi demonstrado e da análise feita, pode-se afirmar que a internação no CTI é um fato cultural com repercussões sociais e emocionais relevantes na vida daqueles que acompanham o paciente, uma vez que a estrutura familiar é afetada na sua dinâmica diretamente.

Com isso, entende-se que ações simples como o diálogo, a informação sobre o funcionamento da unidade, a informação a respeito do quadro clínico do paciente e suas complicações e a empatia da equipe interdisciplinar poderiam ser de grande auxílio ao familiar do paciente idoso, assim como dos demais pacientes.

Precisamos ajudar os familiares nessas condições a manterem sua saúde mental, promovendo o melhor ajustamento possível, sempre no sentido de fortalecer a auto-estima do familiar, e, com isso, promovendo uma melhor inter-relação entre o familiar-paciente, repercutindo também na relação com os outros integrantes da família e com os integrantes da equipe de saúde.

Pode-se dizer que para ser eficiente na intervenção de uma crise, o enfermeiro precisa desenvolver uma verdadeira autoconsciência dos próprios sentimentos e comportamentos no momento em que outros seres humanos estão vivenciando sentimentos negativos como tensão, ansiedade, medo entre outros.

O enfermeiro deveria ser o melhor preparado na equipe de saúde para ser capaz de manter uma relação interpessoal de ajuda que é a essência do ato de cuidar, tanto com o paciente quanto com seus familiares.

Se cada um de nós entender e aceitar quem somos e o que estamos fazendo, seremos capazes de lutar e agir para que essa mudança aconteça, nem

que, para isso, sejam necessárias décadas. O significado de humanizar: *amar ao próximo como a si mesmo*, que nada mais é do que uma forma de dar sentido a nossa vida, deixará de ser simplesmente um discurso para ser verdadeiramente vivenciado.

Portanto, considera-se extremamente relevante o entendimento do tema deste estudo, por parte dos enfermeiros intensivistas que possuem como objetivo de trabalho conhecer e fundamentar suas atividades no cuidado personalizado e individualizado ao cliente e à família que vivenciam o processo de internação em CTI, fundamentando-se no contexto cultural.

Uma proposta que venho apresentar neste trabalho é a implantação de grupo de interdisciplinar para trabalhar os sentimentos dos familiares que acompanham o paciente acompanhantes de paciente internado em serviços de Terapia Intensiva. Através deste trabalho poderia-se diminuir consideravelmente todos os sentimentos desfavoráveis ao relacionamento familiar e, com isso, aumentar as chances de recuperação dos pacientes em terapia intensiva.

O estudo aqui apresentado não teve propósito de esgotar o tema e nem de solucionar a problemática, mas sim apresentar à comunidade a necessidade de informação e de humanização em relação ao paciente idoso e seu familiar. No entanto, este trabalho vem contribuir para a realização de novos estudos e para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem no cenário atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÉS, R. **Centuries of Childhood**. New York: Knopf, 1962.
- BARDIN, Laurence. **L'analyse de contenu**. Paris, Presses Universitaires de France, 1977.
- BERGER, Mailloux D. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Portugal: Lusodidacta, 1994.
- BIANCHI, H. et al. **La cuestion del envejecimento: perspectivas psicoanalíticas**. Madri: Biblioteca Nueva, 1997.
- BIRMAN, Joel. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In.: VERAS, Renato(org.) et al. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- BOWLBY, J. A. **Apego e Perda**. São Paulo: Martins Fontes, v. 1; 1990.
- BROWN, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In.: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (Org.) **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BULLA, Leonia C. Ser cuidador: o importante papel da família. In.: TERRA, Newton L. **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Diccionario Técnico de Psicología**. São Paulo: Editora Cutrix, 1997.
- CARRARO, V. **O ser humano inconsciente: como o seu familiar o compreende**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem (Dissertação). Porto Alegre, 1998.
- CARTER, Betty. As mudanças no ciclo da vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. In.: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. (Org.) **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- DUARTE, M. **Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem**. Revista de Enfermagem da UERJ, Mai-1994; 2(1).
- FORCILIA, M.A. **Segredos em geriatria**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- FRAIMAN, A.P. **Coisas da idade**. São Paulo: Editora Gente, 1995.
- GAIARSA, J.A. **Como enfrentar a velhice**. São Paulo: Ícone, 1993.
- GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre:

Dacasa Editora, 1997.

KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria: ciencias do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAUTERT, Liana et al. **O acompanhante do paciente adulto hospitalizado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola De Enfermagem (Pesquisa). Porto Alegre, 1998.

LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. **O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade**. Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Dissertação). São Paulo, 2003. Disponível em: < <http://www.periodicos.capes.gov.br>>

MENEZES, A.K. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

NETTO, M.P. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

OSÓRIO, L. C. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

RODRIGUES, R.A.P. et al. **Como cuidar de idosos**. São Paulo: Papirus, 1996.

SALGADO, M.A. **Velhice uma nova questão social**. São Paulo: Hamburg, 1982.

SANTOS, C. G. **Drauzio Varella Entrevista** (site). Disponível em: <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/claudio_memoria_2.asp> acesso em 07 de agosto de 2003.

TERHORST, L.C. et al. A sexualidade feminina na terceira idade. In: CASTRO, O.P. (Org.) **Velhice que idade é essa? Uma construção psicossocial do envelhecimento**. Porto Alegre: Síntese, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR DO IDOSO

Formulário nº

Idade:

Naturalidade:

Sexo:

Profissão:

Ocupação: do lar

Estado conjugal:

Grau de parentesco com o paciente:

Possui algum tipo de trabalho atualmente? Sim() Não()

Em caso positivo, qual o tipo? Com remuneração ()

Sem remuneração ()

OBJETIVO

Identificar o significado da internação para o familiar do idoso no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. O fato do seu familiar estar hospitalizado na CTI causou alguma mudança em sua vida? Qual (is)?
2. A sua presença de companhia para o familiar é importante? Porquê?
3. Você percebe alguma mudança de comportamento no seu familiar quando você está junto a ele?
4. Você se sente capacitado para cuidar do seu familiar idoso?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Espero que o resultado desta pesquisa possa contribuir para uma reflexão sobre a importância dada ao tema nas instituições de ensino e sobre a forma como o mesmo é abordado.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar o significado da internação do idoso para seu familiar que acompanha o mesmo no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Será realizada entrevista semi-estruturada individual, a fim de coletarmos as informações necessárias ao objetivo da pesquisa.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconforto e benefícios do presente Projeto de Pesquisa, todos acima citados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável, orientador deste Projeto de Pesquisa é a Professora MARGARITA ANA RUBIN UNICOVSKY e o autor, o Acadêmico de Enfermagem PAULO EMERSON DE PAULA COLLAR, os quais poder ser contatados pelo telefone 3340-5146. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nessa instituição em/...../.....

Porto Alegre,dede 2003.

.....
 ASSINATURA DO FAMILIAR DO IDOSO
 INTERNADO

.....
 ASSINATURA DO PESQUISADOR



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-241

Versão do Projeto: 09/07/2003

Versão do TCLE: 09/07/2003

Pesquisadores:

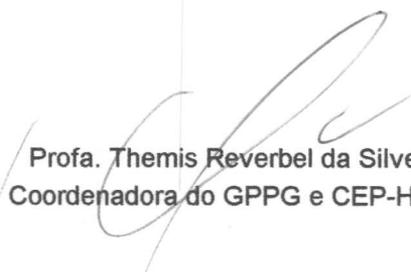
MARGARITA R. UNICOVSKY

PAULO EMERSON DE PAULA COLLAR

Título: SIGNIFICADO DA INTERNAÇÃO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PARA O FAMILIAR DO PACIENTE IDOSO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 09 de julho de 2003.


Profa. Themis Reverbél da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA