

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CONHECENDO AS NECESSIDADES DE APOIO À FAMÍLIA  
DO ADULTO HOSPITALIZADO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA  
UTILIZANDO O CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM**

Porto Alegre, Julho de 2001.

BIBLIOTECA  
Esc. de Enfermagem da UFRGS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: ESTÁGIO CURRICULAR- ENF 99003**

**CONHECENDO AS NECESSIDADES DE APOIO À FAMÍLIA  
DO ADULTO HOSPITALIZADO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA  
UTILIZANDO O CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM**

Trabalho apresentado para Conclusão da  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Acadêmica: Daniela Teresa Meine Biondi

Professora Enfermeira Orientadora: Erica Rosalba Malmann Duarte

Porto Alegre, Julho de 2001

## RESUMO

Minhas experiências enquanto acadêmica de Enfermagem fizeram-me deparar com mudanças na filosofia de atendimento das Instituições Hospitalares, visando a busca pela qualidade dos serviços prestados.

Estas mudanças fizeram com que o “paciente”, termo que tradicionalmente referia-se a doentes, passasse a ser chamado de “cliente”, alterando a ênfase do conceito de atendimento, uma vez que implica em direitos e, ao mesmo tempo, amplia a atuação para a família da pessoa que atendemos, uma vez que o doente e sua família formam um binômio que não pode ser separados.

Esta família também possui necessidades e anseios, que devem ser conhecidos pela equipe de enfermagem.

Então, com a intenção de qualificar o atendimento prestado a família, surgiu o questionamento: quais são as necessidades de apoio a família do adulto hospitalizado? Com o objetivo de compreender as necessidades de apoio que os familiares de clientes adultos internados precisam durante o período de hospitalização.

Para esta compreensão utilizou-se uma revisão bibliográfica, onde foram ressaltadas a informação/comunicação; orientação; apoio emocional; hábitos e rotinas da família alterados;

estrutura física e ambiente; apoio financeiro; apoio espiritual e necessidade de estar perto como aspectos a serem enfatizados no atendimentos as necessidades dos familiares.

A equipe de enfermagem, por fim, deve estabelecer um planejamento e atividades que englobem estas necessidades dos familiares e, também, sentirem-se responsáveis pelo acompanhamento e apoio dos familiares em todo o processo patológico de um membro da família.

### **Agradecimentos**

Aos meus pais, por possibilitarem a realização deste sonho. Ao meu namorado, Fabrício, pela ajuda, apoio, carinho e compreensão. A professora Erica, por sua disponibilidade, paciência e atenção. As enfermeiras Isabel, Magda, Andréia P., Andréia e Fabiana, assim como a equipe de enfermagem da UTI do Hospital Santa Rita, por possibilitarem colocar em prática meus conhecimentos; pelo respeito e profissionalismo.

De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar. Fazemos da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro.

Fernando Sabino

## INTRODUÇÃO

Há alguns anos atrás, quando ouvíamos falar em qualidade lembrávamos, principalmente, de produtos, de bens materiais com boa qualidade, durabilidade e que fossem economicamente viáveis, se possível. Atualmente a concepção de qualidade vem expandindo-se a outros tipos de “produtos”, tornou-se objetivo de um sistema administrativo aperfeiçoado no Japão, no final da II Guerra Mundial, a partir de idéias norte americanas (Matsuda; Évora & Boan, 1998).

As origens deste sistema administrativo visavam atender as necessidade de produtividade e lucro de empresas industriais, porém, com o passar dos anos viu-se a possibilidade e necessidade de estendê-lo à instituições prestadoras de serviços, onde, no caso, incluem-se instituições de saúde.

Durante os estágios acadêmicos curriculares e extracurriculares e a vivência profissional em atendimento domiciliar na área de enfermagem pude observar algumas das mudanças implementadas para possibilitar qualidade do atendimento ao nosso, agora, cliente.

No início de minha graduação era praticamente senso comum chamar as pessoas doentes (internadas, em atendimento ambulatorial ou domiciliar) de paciente, o que, segundo Ferreira et al (1986, p.1244), significa resignado, tranqüilo, aquele que espera serenamente um resultado, ou seja, um conceito passível de compreensão como sendo uma pessoa sem muitos direitos. Atualmente, visando a filosofia de qualidade, temos clientes o que, segundo

Smeltzer & Bare (1996, p.6), denota uma aliança, interdependência, a figura central do atendimento, ou seja, a quem devemos dirigir todos os esforços organizacionais para atendimento de suas necessidades, sejam elas de cura, de tratamento, de preparo para a morte, de apoio, de orientações, ou outras.

Ao meu ver o atendimento das necessidades de clientes de instituições de cuidado a saúde é algo difícil, uma vez que, além da pessoa que está diante de nós existe todo um contexto em que esta insere-se.

*“O paciente chega (...) com um ou mais problemas de saúde (...) também chega como uma pessoa, um membro da família e um cidadão da comunidade” (Smeltzer & Bare, 1996, p.10).*

Faria & Cruz (1996), reforçam dizendo que a família é a célula básica da sociedade, sendo a instituição social que influencia o indivíduo de forma a determinar o fracasso ou sucesso da vida deste; são um binômio que não deve ser separado.

Se a família e o doente são um binômio que não podem ser separados, por consequência podemos considerar ambos como nosso cliente, necessitando terem suas necessidades atendidas, ou seja, os enfermeiros e todos os profissionais da saúde devem estar preparados para, além dos cuidados direto aos pacientes, propiciar apoio e atendimento a seus familiares em todas as situações.

A motivação para a realização deste trabalho provém de minhas vivências profissionais e acadêmicas onde pude constatar que, durante a internação domiciliar geralmente o estado do doente é menos grave, o ambiente é conhecido, a estrutura hospitalar necessária é levada para a casa do doente e, apesar destes aspectos, a família passa por situações de tensão, medo, ansiedade, mudança de hábitos, ou seja, uma série de fatores que necessitariam ser trabalhados por um profissional da área da saúde. Já no hospital, por sua vez, observa-se que, além do processo patológico de um ente querido, há o ambiente

hospitalar, a distância de casa, pessoas estranhas “invadindo” a privacidade do doente, exames físicos, exames invasivos, aparelhagens, entre outros, fazendo com que a qualidade do atendimento tenha seu foco principal sobre o cliente (paciente/família) à medida que atitudes de exploração e trabalho das necessidades sejam realizadas por enfermeiros.

Castro (1999), em sua tese sobre estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico, concluiu que as necessidades mais importantes para os familiares são as relativas a informação, segurança, infra-estrutura, sentimentos, emoções e estrutura física, em ordem de maior para menor importância. Já Curry (1995) coloca ansiedade, informação, estar próximo ao doente, necessidades pessoais, de apoio e de ser útil. Outros estudos também foram realizados, porém com ênfases e conclusões parcialmente similares. Autores que tratam temas como a família e o paciente terminal, com câncer; humanização do cuidado; visitas em áreas restritas, que também serão levantados neste estudo, ampliam a compreensão do assunto, uma vez que colocam outros aspectos a serem valorizados em relação aos familiares

Com a finalidade de qualificar os serviços oferecidos a nossos clientes (família/doente), subsidiando ações de enfermagem para o atendimento às suas necessidades e, com vistas imediata ao desenvolvimento do estágio curricular do curso de graduação em Enfermagem, assim como o futuro profissional, surge o questionamento: **quais são as necessidades de apoio a família do adulto hospitalizado?**

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Compreender as necessidades de apoio que os familiares de clientes adultos internados precisam durante o período de hospitalização.

### **2.2 Objetivo Especifico**

- Contribuir com o conhecimento dos enfermeiros quanto às necessidades sentidas por famílias de doentes hospitalizados;

### 3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica.

Para alcançar os objetivos deste trabalho as fontes de informações, previamente definidas como sendo constituídas por teses-dissertações e periódicos nacionais produzidos por enfermeiros, foram localizadas nos sistemas informatizados das bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e no banco de dados da BIREME. O período definido como sendo nos últimos cinco anos, como era o proposto, necessitou ser ampliado para vinte anos (1981-2001), pois não houve um número expressivo de referências bibliográficas sobre o tema.

Após a localização das fontes bibliográficas procedeu-se a leitura do material, utilizando a metodologia de Gil (1989): as informações constantes do material impresso foram identificadas; relacionou-se estas informações e o problema do estudo e foi realizado a análise dessas informações.

Para a análise das informações optou-se em realizar uma leitura analítica que seguiu os seguintes passos: leitura integral dos textos selecionados, identificação das idéias chaves e hierarquização dessas idéias. A hierarquização definida pela autora foi por ordem de maior a

menor frequência das necessidades dos familiares nos textos lidos. Além de artigos/teses que limitam-se as necessidades da família buscou-se, com o objetivo de ampliar a visão do assunto, temas como: família e paciente terminal, visita em Unidades de Tratamento Intensivo, câncer, humanização do cuidado e outros.

Por fim, após as etapas de localização e leitura do material seguiu-se a redação final do trabalho, onde o conteúdo do relatório (introdução, contexto e conclusões), estilo (impessoal, claro e conciso) e aspectos gráficos (utilização de normas técnicas) foram considerados, de forma a permitir uma leitura agradável e de fácil compreensão.

#### **4. DESENVOLVIMENTO**

Após a leitura e hierarquização das idéias dos textos selecionados pude constatar que os familiares de pacientes adultos hospitalizados possuem as necessidades a seguir, que serão apresentadas da maior a menor frequência de aparecimento nas bibliografias pesquisadas. É importante salientar que não entendemos que essa classificação valorize uma necessidade em relação a outra, pois todas devem ter um apoio da equipe assistencial.

##### **4.1 Em primeiro lugar a informação e comunicação**

Segundo Ferreira (1996) comunicação significa, entres outras coisas: “ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos...” e informação: “comunicação trazida ao conhecimento de uma pessoa; acerca de alguém ou algo”.

Os familiares, após hospitalizarem um ente querido, seja de forma programada, em vistas a uma cirurgia eletiva, por exemplo, ou devido a um processo patológico agudo (trauma, piora de quadros patológicos crônicos, apendicite...) passam a “lutar” por informações, principalmente se esta internação der-se a nível de Centro de Tratamento

Intensivo, que, desde a internação é percebido pelos familiares como um ambiente dotado de recursos humanos e materiais capazes de atender às necessidades dos pacientes em estado crítico, com risco de vida e para qual a vigilância contínua é fundamental mas é, ao mesmo tempo, um ambiente onde se morre (Dias apud Echer et al, 1999; Castro, 1999; Oliveira, 1991).

As informações que os familiares procuram dizem respeito a **doença** e suas implicações clínicas, epidemiológicas, psicossociais; sobre a gravidade e complexidade da patologia; sobre o prognóstico do paciente e possíveis seqüelas ou morte; sobre o tratamento, seu tempo e efeitos colaterais, se houverem (Kamiyama & Chida, 1982; Veiga, 1984; Souza; Possari & Mugaiair, 1985; Takahashi; Silva & Guerra, 1990; Oliveira, 1991; Kalakun; Viegas; & Gerhardt, 1995; Echer; Onzi; Tomasi & Bruxel, 1996; Melo & Cortez, 1996; Carraro, 1998; Santos, 1998; Castro, 1999; Echer et al, 1999); **sobre o paciente**: se houve melhora ou piora no quadro patológico; informações corretas claras e objetivas sobre o estado de saúde; comunicações sobre transferências; aviso, em casa, sobre mudanças no quadro do paciente; que procedimentos e tratamentos estão sendo realizados e para que servem; o que o doente pode comer (Kamiyama & Chida, 1982; Souza; Possari & Mugaiair, 1985; Oliveira, 1991; Kalakun; Viegas & Gerhardt, 1995; Echer, Onzi, Tomasi & Bruxel, 1996; Carraro, 1998; Santos, 1998; Castro, 1999) **sobre a equipe**: a quem o familiar deve dirigir-se, para solucionar seus questionamentos (qual é o profissional mais habilitado para questões de dieta, por exemplo); quem é responsável pelo paciente, quem é quem na equipe multidisciplinar de atendimento ao paciente e, por fim, **sobre a estrutura física e rotinas** do Hospital ou Unidade de Internação: área física das Unidades, equipamentos, normas de visitas e/ou permanência de acompanhante, acomodações disponíveis para permanência de familiares, horários e possibilidades de conversar com os membros da equipe, o que é permitido levar para o paciente (comida, aparelhos elétricos, material de higiene),... (Kamiyama & Chida, 1982; Souza, Possari & Mugaiair, 1985; Branco; Rodrigues; Silveira; Miranda; Velho; Ritta,

1988; Curry, 1995; Echer, Onzi; Tomasi & Bruxel, 1996; Castro, 1999; Shiotsu & Takahashi, 2000).

Echer et al (1999) diz que informações adequadas podem reduzir a ansiedade da família, fato este que deve ser buscado, uma vez que o doente será beneficiado ao ter um acompanhante menos ansioso, que não o excite; Oliveira apud Castro (1999), em concordância, ressalta que os familiares esclarecidos sobre os aspectos envolvidos na hospitalização e na evolução clínica do seu parente lidam com menores demandas psicológicas e/ou físicas, o que poderá contribuir para redução do seu nível de estresse. Cabe observar que, ao mesmo tempo que as informações diminuem a ansiedade, segundo Estram; Kerwald & Echer (1996) o nível de ansiedade e estresse causa dificuldade em assimilar as informações, desta forma, o enfermeiro deve avaliar as condições do familiar em compreender o que está sendo dito, principalmente, a meu ver, se a internação deu-se devido a traumas (acidentes, atropelamentos, quedas), pois o impacto causado por esta hospitalização pode causar um grande choque para os familiares.

*“A quantidade de informação prestada à família variará em função da fase da doença, devendo ser repetida, pelo menos uma vez. Dar demasiadas informações a um familiar que pode ainda estar em estado de choque é inútil e injusto” (Curry, 1995)*

O familiar, além de receber informações, tem necessidade de saber se pode confiar nesta e se a informação é atualizada. (Shimizu & Guitierrez, 1997; Branco; Rodrigues; Silveira; Miranda; Velho & Ritta, 1998; Castro, 1999)

Estas informações devem ser dadas pela(o) enfermeira(o) e/ou outros membros da equipe de forma a possibilitar a compreensão por parte do familiar, ou seja, de maneira honesta, clara e compreensível, utilizando palavras simples, manuais impressos e outros artificios que estiverem disponíveis. Curry (1995) coloca como sugestão discutir os problemas

da família pessoalmente, usando a informação escrita ou folhetos para informações de caráter geral, permitindo, desta forma, que os conhecimentos sejam absorvidos de forma gradual, com acompanhamento do enfermeiro para avaliar se há dúvidas e esclarecê-las.

Camargo e Silveira apud Kamiyama & Chida (1982) e Moreira & Madeira (1998) dizem, também, que as enfermeiras devem procurar saber exatamente qual informação os familiares ou pacientes procuram, pois verifica-se discrepâncias entre o desejo de informação e aquilo que é dito. Veiga (1984) indica que a enfermeira deve saber, através do médico ou da própria família, o que sabem acerca do prognóstico do doente e avaliar as condições do receptor da notícia uma vez que, ao informar um familiar cardiopata, por exemplo, principalmente se a notícia não for boa, as consequências podem ser desastrosas.

A informação correta e o esclarecimento de dúvidas possui um caráter fundamental quando, por exemplo, através dela o familiar de um paciente inconsciente ou sem condições de julgamento deverá decidir acerca da realização autorizada de um procedimento ou tratamento para seu ente querido. A má compreensão da informação pode acarretar danos ou dificultar aspectos diagnósticos para o correto tratamento (Kalakun; Viegas; Gerhardt, 1995). Cabe ao enfermeiro esclarecer para possibilitar escolhas responsáveis (Paterson & Zderad apud Azevedo; Kantorski & Ornellas, 2000). Esta escolha implica que, quanto mais a família e o doente souberem acerca da patologia, suas implicações, tratamento, prognóstico e outros esclarecimentos fornecidos pelo enfermeiro, mais discernimento terão acerca de como agir; se irá tratar em casa ou no hospital? Implica numa série de variáveis que, se sabidas, facilitará a opção.

Para conseguir alcançar tal meta o enfermeiro deveria incluir, em suas atividades, o planejamento de intervenções que ofereça assistência e suporte aos familiares. Campbell e Acorn apud Castro (1999) recomendam o desenvolvimento de grupos de suporte, que aumentam o uso de estratégias de enfrentamento, utilizando os sistemas de suporte pessoal, profissional e/ou espiritual da família e Mirr apud Castro (1999), por sua vez, indica

intervenções de enfermagem no sentido de aumentar o contato do enfermeiro com a família, disponibilizando tempo para a educação.

A formação de grupos e as atividades de educação serão melhor aproveitadas e desenvolvidas se o enfermeiro estiver em contato permanente com outros profissionais, porém, cabe ressaltar a importância do coordenador do grupo, para que a assistência não seja fragmentada. (Curry, 1995)

O grupo ou conversa com a família de um paciente preferencialmente deve realizar-se em um ambiente privativo, com silêncio e com respeito a individualidade e cultura de cada pessoa. (Curry, 1995). A questão da cultura é colocada pelo autor visualizando um grupo de apoio a familiares nos Estados Unidos, que expressavam abertamente seus problemas; o autor inferiu a possibilidade que, se este grupo fosse realizado na Inglaterra, por exemplo, os britânicos poderiam querer que seus desgostos se mantivessem na privacidade. Provavelmente no Brasil, por ser um país de diversas culturas e formas de encarar a vida o resultado seria semelhante, a funcionalidade do grupo variaria conforme sua localização.

#### **4.2 Orientações para a educação**

Além de informações os familiares necessitam serem orientados quanto a como proceder quando estão ao lado do paciente e, para aqueles que permanecem no hospital, a como auxiliar na deambulação/locomoção, mobilização, alimentação de seu ente e prestar outros cuidados, para os quais não são profissionalmente habilitados. Lautert; Echer e Unicovsky (1998), no trabalho sobre o acompanhante do adulto hospitalizado, concluíram, entre outras coisas, que os familiares são pouco orientados para cuidarem do paciente e, se o fazem, é pelo desejo de serem úteis.

Echer; Onzi; Tomasi & Bruxel (1996) dizem que: “a família bem orientada contribui na recuperação do paciente na medida em que ela conhece o funcionamento da unidade e colabora para mantê-lo”. Curry (1995) e Oliveira (1991) indicam, como forma de orientação,

que, nas UTIs as enfermeiras possam acompanhar os familiares na primeira visita, explicando de forma simples o funcionamento e a finalidade básica dos inúmeros equipamentos, sondas, drenos, respiradores, que lá encontramos.

Os familiares necessitam, também, serem orientados acerca dos cuidados que devem ser tomados quando há proximidade de alta. Nos dias atuais o paciente recebe alta cada vez mais precocemente, em virtude da atual política de saúde, retornando para casa, muitas vezes, ainda necessitando de cuidados complexos, que devem ser compreendidos pela família, como a necessidade de tomar a medicação nos horários corretos, interações medicamentosas e/ou com alimentos, dieta especial,... (Lautert, Echer, Unicovsky, 1998; Souza; Kantorski; Bielemann & Ornellas, 2000). E, para complementar, é possível perceber que a dinâmica do sistema de saúde vigente, em muitos momentos, dificulta esta orientação durante a hospitalização e avaliação especializada dos cuidados prestados pelos familiares, uma vez que os níveis de atenção mostram-se desarticulados entre si (Ide, 1989).

No domicílio, no caso de doenças infecto contagiosas, o isolamento pode ser necessário, pois a doença propaga-se (Kamiyama & Chida, 1982); doentes com diabetes, hipertensão e outras patologias crônicas que permanecem no lar necessitam de familiares tenham conhecimentos dos sinais e sintomas de complicações, e no caso de pacientes terminais que os familiares optam por mantê-los nos últimos momentos em casa devem ter, além de orientações dos enfermeiros, apoio de uma equipe multidisciplinar (Takahashi; Silva & Guerra, 1990; Shimizu & Guitierrez, 1997; Souza; Kantorski; Bielemann & Ornellas, 2000).

A Organização Mundial de Saúde considera que as enfermeiras tem um papel fundamental de informar, aconselhar e educar os paciente e suas famílias, para facilitar a continuidade do cuidado entre a casa e o hospital (Schoeller & Marcelino apud Barreto & Gutiérrez, 2000).

A enfermeira, a meu ver, por estar diariamente em contato com o paciente tem condições de coordenar, entre as pessoas da equipe multidisciplinar, a prestação de orientações mais precisas às dúvidas dos familiares, como, por exemplo, no caso de um paciente com acidente vascular cerebral, ela poderia indicar uma fisioterapeuta, que ensinaria a movimentação passiva do lado afetado, quanto as formas de mobilização do doente e outros; uma fonoaudióloga, que indicaria exercícios para a fonação, com articulação lenta das palavras, entre outros profissionais.

### **4.3 O apoio emocional...**

A necessidade dos familiares relaciona-se ao apoio emocional, uma vez que a hospitalização e a doença de um ente querido desequilibra-os emocionalmente. Castro (p.6, 1999) cita, em sua tese, que vários autores constataram que “nas primeiras 24 horas de internação os familiares (...) experimentam reações psicobiológicas e emocionais que representam um verdadeiro estado de desequilíbrio. Este processo foi descrito (...) como uma experiência de natureza estressante, caracterizada por uma variedade de emoções e eventos estressores tais como medo, preocupação, insegurança, ansiedade, incerteza (...)”

Selye apud Castro (1999) diz que estresse é o denominador comum de todas as reações adaptativas que ocorrem no corpo e estressores são todos os agentes ou demandas que evocam reações de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional, ou seja, o estresse pode ser desencadeado por esforços, dor, fadiga e eventos emocionais como, no caso, a hospitalização de uma pessoa querida. O organismo, como consequência deste fator estressante, mobiliza-se para enfrentar o estressor, com o objetivo de restaurar seu equilíbrio. Este processo é chamado de síndrome de adaptação geral (S.A.G.) e dividi-se em três fases:

- 1- fase de alarme: o organismo tem uma excitação e uma reação de agressão ou fuga do agressor, que podem ser entendidas como comportamento de adaptação que possibilita o retorno ao equilíbrio. Caracteriza-se por hipo ou

hipertensão arterial; insônia, sudorese, taquicardia, tensão muscular, irritabilidade, incapacidade de desligar-se, fadiga crônica, sensação de esgotamento, e outros;

- 2- fase de resistência: desaparecimento de sintomas físicos e manifestação de sintomas de esfera psicossocial como: ansiedade, medo, queda de cabelo, isolamento social, oscilação do apetite, impotência sexual, entre outros;
- 3- fase de exaustão: o organismo encontra-se extenuado por excesso de atividades e pelo alto consumo de energia e manifesta-se sob forma de doenças orgânicas, os sintomas dependem do órgão afetado e da evolução, podendo até mesmo ocorrer a morte súbita.

Lazarus & Folkmann apud Castro (1999) definiram no sentido psicológico o termo estresse como sendo um conjunto orquestrado de defesas corpóreas contra várias formas de estímulos nocivos, incluindo as ameaças psicológicas. Os referidos autores conceituaram estresse psicológico como um relacionamento particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliado por ela como contribuindo ou excedendo seus recursos e arriscando seu bem-estar ou conforto. Lazarus apud Curry (1995), por sua vez, em seu estudo sobre familiares de pacientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) identificou três áreas de estresse relacionado com estas:

- interrupção da vida social (resultado de fatores como: restrição de visitas, dificuldades em comunicar-se com o ente inconsciente e o deslocamento para o hospital);
- perda de entes queridos ou preocupação com a possível morte ou incapacidade;
- incerteza quanto a capacidade de suportar o ambiente da Unidade.

Nos textos encontramos inúmeras expressões de emoções e sentimentos que caracterizam as fases do estresse acima (medo, angústia, aflição, desespero, solidão, agitação, tristeza, depressão, culpa, preocupação, receios, ansiedade, irritação, indecisão, estresse, insegurança, incerteza, choro, tensão, aflição) e, além destes, os familiares percebem a

hospitalização como sendo um episódio que gera cansaço, desconforto, fadiga e sentimentos conflitantes (Kamiyama & Chida, 1982; Veiga, 1984; Sousa, 1988; Takahashi; Silva & Guerra, 1990; Oliveira, 1991; Shimizu & Guitierrez, 1997; Carraro, 1998; Santos, 1998; Lautert; Echer & Unicovsky, 1998; Castro, 1999; Echer et al, 1999; Santos; Toledo & Silva, 1999; Shiotsu & Takahashi, 2000; Ide; Schneck & Paz, 2000).

Segundo Lautert, Echer & Unicovsky (1998): “a reação da família será proporcional a representação do doente dentro do sistema, portanto, quanto maior os laços afetivos e de dependência, maior será o choque emocional desta família”, fato este comprovado estatisticamente por Castro (1999), que concluiu que o nível de estresse da família é influenciado pela idade do paciente, sexo do familiar e grau de parentesco.

Este desequilíbrio emocional dos familiares acaba por refletir na recuperação/tratamento do doente. Branco; Rodrigues; Silveira; Miranda; Velho; Ritta (1988) dizem:

*“um aspecto de ansiedade que é largamente aceito é seu efeito contagioso. Laughlin (1967) definiu o contágio emocional como “ansiedade que cresce pela comunicação estreita de uma pessoa para outra”. Um indivíduo colocado em contato com uma pessoa altamente aflita pode vir a se identificar com ela e, deste modo, experimentar um aumento de ansiedade. O problema de transferência de ansiedade família-paciente é que o nível de ansiedade do paciente cresce (...) estes sintomas de ansiedade podem ser sérios e, talvez, trazer consequências fatais ao paciente”*

Isto reforça, também, o que foi dito no item de informação. E reforça a necessidade de manter o familiar informado sobre o que ele quer saber

Para que os familiares possam suportar a hospitalização, no entanto, não bastam seus recursos pessoais: são necessárias intervenções que dêem suporte e possam ajudá-los a desenvolver habilidades para enfrentar esta experiência.

A maioria dos pesquisadores (Kamiyama & Chida, 1982; Ghezzi, 1982; Veiga, 1984; Souza; Possari & Mugaiar, 1985; Takahashi; Silva & Guerra, 1990; Oliveira, 1991; Curry, 1995; Kalakun; Viegas & Gerhardt, 1995; Shimizu & Guitierrez, 1997; Santos, 1998; Castro, 1999; Echer et al, 1999; Castro, 1999; Ide; Schneck & Paz, 2000; Azevedo; Kantorski & Ornellas, 2000; Sousa; Kantorski; Bielemann & Ornellas, 2000; Tanji & Novakovski, 2000) indica os enfermeiros como candidatos mais prováveis para satisfazer as necessidades de apoio emocional à família, uma vez que, no ambiente hospitalar podem perceber manifestações de sofrimento e adequar respostas a estas demandas, não eliminando o estresse dos familiares, mas ajudando-os a administrar seus efeitos e enfrentar as experiências que virão.

Os familiares referem, as vezes, desejo para manifestar suas questões emocionais mas perceberem que o enfermeiro está sempre ocupado com outras atividades ou frequentemente muda de Unidade, o que dificulta o relacionamento interpessoal e a relação de ajuda; este apoio pode ser dificultado, também, pelos próprios enfermeiros, que não vêem como sua atividade o apoio ao aspecto emocional dos familiares, dando a seu cuidado uma abordagem meramente informativa acerca do paciente (prognóstico, tratamento). (Scarelli apud Castro, 1999; Curry, 1995)

Cada um dos autores referenciados coloca algumas considerações acerca do enfermeiro em relação à família/doente; o profissional deve mostrar-se acessível e disposto a ajudar desde o início, estabelecer uma relação de confiança com a família; desenvolver habilidades de observação e escuta, disponibilizando tempo para ouvi-los; demonstrar-se acolhedor; ter gestos e atitudes de apoio, paciência, dedicação, atenção e prontidão; ser sensível; ajudá-los a estabelecer metas e aceitarem a natureza da doença; envolvê-los nos cuidados ao doente; identificar e assinalar as atitudes de auxílio ao paciente que estes realizam; demonstrar afetividade e afinidades; compartilhar, discutir, envolver-se, ter interesse; encorajá-los continuamente; deixar os familiares “desabafarem”; ser aberto aos

problemas, interessado e humano; reforçar atitudes de apoio mútuo entre os familiares; atuar com zelo e empatia, mantendo compromisso consigo mesmo e com o outro; promover fé e esperança; utilizar recursos para resolução sistemática dos problemas na prestação de cuidado criativo; promover o ensino aprendido no cuidado; promover o atendimento humanizado, encorajá-los a expressar os sentimentos; transmitir aceitação empática e sem preconceitos;

Um dos aspectos relativos aos enfermeiros salientados por Ghezzi (1982), Veiga (1984), Oliveira (1991), Losekan (1999) e Silva (2000) é que estes devem compreender seus próprios sentimentos e comportamentos perante a morte/processo de morrer para que possibilitem um real atendimento às necessidades destes pacientes e sua família.

Para as famílias que atendem seus doentes em casa também haveria necessidade de suporte, uma vez que, além de alterar a dinâmica familiar a patologia afeta os relacionamentos, como indica Beltran; Barreto & Gutiérrez (2000), estudando famílias de pacientes com câncer, e precipita uma diversidade de sentimentos e comportamentos muitas vezes contraditórios, os familiares sentem-se impotentes por ser uma patologia potencialmente fatal, vivenciam dor, perda antecipatória, sensações de estarem sozinhos, entre outros inúmeros sentimentos extremamente desgastantes.

#### **4.4 Os hábitos e as rotinas da família são alterados...**

Com a hospitalização as rotinas e hábitos da família são alterados. Uma pessoa da família, em alguns momentos acaba por realizar o papel de acompanhante no hospital; geralmente aquela considerada pela família como a “mais qualificada” para tal função, o que, segundo, Shiotsu & Takahashi (2000) indica:

*“Ter disposição para ajudar mesmo durante a noite, ter com quem revezar, ter o domínio da língua do paciente, quando esta não falar o português, estar em boas condições de saúde, não ter filhos ou crianças pequenas, não trabalhar, ser do mesmo sexo do paciente, ter*

*um local para se arrumar, ser alguém da família, ter quem cuide dos filhos pequenos na sua ausência”*

Estas “qualificações”, no entanto, não são fáceis de atingir, uma vez que, muitas vezes os pacientes são de outras cidades, o que inviabiliza o revezamento de familiares; o familiar que acompanha estuda ou trabalha e, ao passar o período noturno no hospital dormindo em cadeiras ou poltronas desconfortáveis acaba por produzir menos no dia seguinte; o paciente acaba por ser solícito física e emocionalmente, o que desgasta seu familiar e muitos outros aspectos. Os familiares que permanecem ou passam alguma parte do dia no hospital acabam por modificar hábitos de higiene, fisiológicos, de alimentação e outros.

O estudo de Lautert, Echer & Unicovsky (1998), que desvelou quem é o acompanhante do paciente no hospital, indicou que 78,54% dos acompanhantes são mulheres, ou seja, o gênero que, desde os primórdios da humanidade tem o papel de “cuidar”, mas, ao mesmo tempo, são mais frágeis fisicamente e, segundo Castro (1999), possuem o maior nível de ansiedade e estresse. Estas mulheres, nestes momentos, necessitam assumir o papel de chefe da família.

Em Unidades cujo acesso ao paciente é possível somente em horários de visita (em Unidades de Terapia Intensiva, por exemplo) a família realiza uma mobilização no sentido de conseguir conciliar seus horários de trabalho/estudo com o preconizado pelo hospital, ou, até mesmo, permanece dia e noite da sala de espera, aguardando os poucos instantes que poderá vê-lo.

Como sugestões para ajudar a família a manter seus hábitos e rotinas e, ao mesmo tempo, visitar e permanecer junto a seu ente, coloca-se o uso de móveis cômodos e ambiente agradável no caso de permanência diária do acompanhante e salas de espera também com estes pressupostos, somados à flexibilização de horários de visita, realizando um atendimento personalizado aos familiares e que não dificulte o trabalho da equipe, Curry (1995) coloca como sugestão discutir com a família quem, quando e por quanto tempo será o horário de

visita, pois isto tornará mais fácil as restrições, se forem necessários; Souza (1988), por sua vez, coloca, a questão de adequar esta visita aos desejos do paciente, uma vez que, apesar da maioria dos pacientes que a autora entrevistou referirem a separação dos familiares como um problema, alguns destes colocam a visita como um momento de tensão, onde os familiares comportam-se de uma maneira que interfere o trabalho da equipe, a rotatividade provoca desgaste emocional e alguns realizam inúmeros questionamentos ao doente.

#### **4.5 Vamos alterar a estrutura física e o ambiente para o familiar...**

Diretamente relacionada à mudança de hábitos e rotinas da família está a necessidade de um estrutura física e ambiente que favoreça o bem estar, como já mencionado acima. Os familiares referiram esta necessidade como uma medida não de extrema importância, mas que soma-se aos outros fatores de ansiedade e estresse.

Sugere-se uma sala de espera com sanitários, máquinas de café, chá e refrigerantes, bebedouro, aberturas para ventilação, área para fumantes em separado, local para alimentações e/ou cantina, telefones visíveis e acessíveis; cores claras nas paredes; móveis confortáveis e outros, incluindo um local onde possam permanecer sozinhos (Nicklin e Kubler-Ross apud Branco; Rodrigues; Silveira; Miranda; Velho & Ritta, 1988; Curry, 1995; Lautert, Echer & Unicovsky, 1998; Castro, 1999; Santos, 1999).

A localização de outros locais dentro da Instituição, como banco, capela, lanchonete, revistaria possibilita que o familiar possa, em alguns momentos, sair de perto de seu ente para distrair-se.

Nos quartos dos pacientes, sejam individuais ou coletivos, um local confortável para dormir diminuiria o desgaste físico do familiar.

Na proximidade da alta do paciente o enfermeiro também poderia auxiliar no planejamento do domicílio, pois a acolhida a um doente pode necessitar de alguns ajustes na casa, como, por exemplo, transferi-lo para um local em que não necessite subir escadas,

colocar uma cama mais confortável, adaptar portas para passar cadeiras de rodas, colocar rampas,...

#### **4.6 O apoio financeiro vem como....**

Somando-se as necessidades de informação, apoio emocional, mudança de hábitos e rotinas e ambiente propício temos as necessidades de apoio financeiro para algumas famílias que vivenciam esta situação.

Castro (1999) concluiu que há uma relação significativa entre o nível de estresse dos familiares e a idade do doente, uma vez que a função e as responsabilidades profissionais que o paciente desempenhava no sistema familiar deixam de existir, momentaneamente, com a hospitalização e a família pode ter prejuízos financeiros.

Esposas de pacientes enfartados também levantaram como problema a preocupação quanto ao futuro, devido a condição econômica e ao fato de necessitarem assumir novas responsabilidades acerca da família, situação esta que está relacionada à produtividade do marido. “A qualidade de vida (...) advindas desta afecção acarretam preocupação (...) uma vez que a nossa sociedade está centrada em valores de produção” (Takahashi; Silva & Guerra, 1990)

Em casos de pacientes que não moram nas cidades de hospitalização a permanência ou visita acaba sendo condicionada por fatores financeiros, uma vez que, deslocar-se, alimentar-se e/ou alojar-se têm custos. Santos apud Lautert; Echer & Unicovsky (1998) diz, também, que a equipe responsabiliza a família pelo abandono do paciente, quando isto ocorre, e, ao mesmo tempo responsabilizavam-se pelo paciente mas nada faziam para resgatar essa relação familiar, ou seja, apesar da equipe não desejar que o paciente seja abandonado nenhum membro questiona os motivos deste abandono que, em muitos casos, dá-se por dificuldades financeiras.

A falta de recursos financeiros é um dos motivos que leva familiares a permanecerem em tempo integral junto ao doente, fato este que é comumente observado nos dias atuais. Muitos pacientes necessitariam apenas uma visita por dia e, até mesmo, dispensaria acompanhantes, porém, esta limitação e o desejo do familiar em permanecer junto acarreta este desgaste emocional e físico.

Muitas vezes os pacientes com doenças crônicas possuem dificuldades para conseguir um emprego, o que soma-se as dificuldades da família (Fernandes; Alves; Alves & Nogueira, 1998). Também o acompanhamento a domicílio é oneroso, por exemplo, no caso de uma pessoa da família envolver-se com drogas o retorno para casa após desintoxicação e o preparo dos familiares para lidar com a dependência acaba limitando a resolução dos problemas em relação ao doente, que geralmente estão associados a um transtorno mental, uma vez que o dependente químico provavelmente estará vinculado a um atendimento ambulatorial, mas seus familiares não tem este apoio (Souza; Kantorski; Bielemann; Ornellas, 2000). Outro fator que dificulta o tratamento no domicílio é o alto preço dos medicamentos (Fernandes; Alves; Alves & Nogueira, 1998)

A enfermeira deve observar ou conversar com os familiares acerca das condições financeiras e, se possível, encaminhá-los para a assistente social do hospital ou área responsável por estas situações.

#### **4.7 O sempre necessário apoio espiritual**

Os familiares de doentes possuem necessidade de ter um relacionamento dinâmico com Deus. (Estram; Kerwald & Echer, 1996).

“A fé em Deus é uma das expressões do espírito e o homem tem consciência de Deus através dele, são nas crises súbitas que ocorre uma penetração profunda em direção ao espírito” (Stalwood apud Estram; Kerwald & Echer, 1996); ou seja, quando há um evento que desequilibra o indivíduo o campo espiritual é acionado e isto pode dar-se tanto nos bons

quanto nos maus momentos, pois quando o prognóstico é favorável surge a esperança e a certeza de que Deus está ajudando e, quando o diagnóstico não é favorável, os familiares expressam esta situação como sendo a vontade de Deus, “entregando” o paciente em suas mãos.

Costa (1999) em sua pesquisa, observou que, no momento de crise e sofrimento, mesmo os familiares que responderam não pertencer a nenhuma religião referem ter fé em Deus, em um Ser superior, e recorrem a uma prática religiosa, pedindo pela recuperação do paciente.

Este relacionamento com Deus dá-se através de preces para que Ele ouça suas súplicas; de barganha, troca ou permuta, que ocorre de forma secreta, e o familiar oferece algo em troca à realização de seu pedido; é uma negociação e, por último, uma tentativa de ter respostas para o evento.

Nestes momentos de crise, então, o relacionamento com Deus é importante e, independente do credo da família a manifestação de fé deve ser permitida; no hospital deve-se ter uma capela ecumênica e um capelão, padre, frei ou rabino que, além de atender aos pacientes, converse com os familiares, se estes desejarem. (Kubler-Ross apud Branco; Rodrigues; Silveira; Miranda; Velho & Ritta, 1988).

Citado por Souza; Possari & Mugaiar (1985) o Concílio Ecumênico Vaticano II salienta que toda pessoa tem o direito de professar uma crença religiosas e de praticá-la.

Em áreas como UTIs já presenciei uma situação em que a família desejou fazer uma corrente de orações próximo ao leito do paciente. A meu ver, esta manifestação deve ser acordada e aceita pela enfermeira porém, tendo o cuidado quanto aos horários, uma vez que, neste dia especificamente, foi deixado entrar uma família inteira em um horário próximo ao de visitas, o que gerou desconforto e uma série de reclamações por parte dos familiares de todos os outros pacientes, que aguardavam para entrar.

#### 4.8 A necessidade de estar perto...

Um dos motivos que leva os familiares a ficarem junto ao paciente no hospital, ou aguardando os momentos em que pode vê-lo, além dos recursos financeiros, é a necessidade que estes possuem em estar perto do doente. Ghezzi (1982); Sousa (1985); Oliveira (1991) coloca que a recíproca é verdadeira.

Os motivos que levam o familiar a ficar junto do doente são porque desejam ser útil, ajudando no que for necessário, preocupa-se com a demora da equipe em atender os chamados do doente, deseja retribuir aquilo que a pessoa adoecida já fez por ele, necessita compartilhar esta etapa, ver, conversar, fazer-se presente; apoiar emocionalmente, diminuir queixas por parte do paciente, tem “obrigação” de ficar por ser o mais indicado para a tarefa (Souza; Possari & Mugaiar, 1985; Shiotsu & Takahashi, 2000; Echer et al, 1999; Lautert; Echer & Unicovsky, 1998; Ide; Schneck & Paz, 2000; Oliveira, 1991)

Entre muitos outros aspectos a enfermagem deve validar esta necessidade de estarem próximos, uma vez que:

*“A participação constante da família na hospitalização e tratamento do paciente proporciona reorganização, pois é necessária a reestruturação da família diante da doença e suas consequências: o sofrer, a possibilidade de morte eminente. É na família, igualmente angustiada e sofrida, desorganizada e impotente frente a doença, que se encontra o referencial do paciente e a sua ligação com a vida”*  
(Melo & Cortez, 1996)

Os familiares precisam sentirem-se seguros que o melhor tratamento possível está sendo dado e que o pessoal do hospital interessa-se pelo paciente.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão bibliográfica serviu para ampliar meus conhecimentos acerca de um atendimento com qualidade para os familiares de adultos hospitalizados. Não pretendi esgotar o tema, uma vez que há inúmeras questões a serem levantadas sobre as necessidades da família do adulto hospitalizado e muitas outras a serem descobertas sobre como atendê-los de forma efetiva, fatos estes que serão variáveis conforme a cultura de cada local e, até mesmo, peculiaridades de cada família.

Porém, ficou bem claro que as necessidades de apoio aos familiares desveladas, nesta revisão, incluem os processos de informações/comunicação, a orientação, o apoio emocional, quanto a hábitos e rotinas alterados, estrutura física e ambiente, apoio financeiro, espiritual e a necessidade que a família têm de estar perto do seu ente querido.

Todas estas relacionam-se entre si, uma vez que recebendo informações e orientações a família necessitará de um pouco menos de apoio emocional, estando perto do doente e recebendo apoio financeiro mudará hábitos, mas de forma menos drástica do que se não fosse possível estas necessidades e outras relações que podem ser realizadas, fazendo com que todas possuam similar importância.

Sugere-se a realização de novos trabalhos de levantamento de necessidades, uma vez que os autores possuem ênfases diferentes e, por consequência, surgem resultados diferentes;

pesquisas constantes sobre a satisfação da família em relação às suas necessidades e, principalmente, acerca de formas efetivas de apoio a esta família, tanto na vida acadêmica quanto no dia a dia das instituições devem ser estimuladas.

Com as leituras dos textos evidenciou-se uma série de questões a serem elaboradas pela equipe de enfermagem e multidisciplinar, de uma forma geral, uma vez que a família acaba não tendo atendimento, pois, como diz Oliveira (p. 144, 1991): “a equipe de enfermagem (...) não considera função sua assistir à família, apesar de percebê-la em situação crítica (...) as poucas ações (...) mostraram-se de caráter empírico e casual”, ou seja, reforça a necessidade de maiores investigações neste sentido e, também, de um trabalho com cada um dos profissionais de enfermagem, para que possam elaborar sentimentos e comportamentos perante doentes terminais, envolvimento, perspectivas, visão da equipe quanto aos familiares e outros fatores que implicam em uma compreensão de si mesmo para melhor cuidar.

As disciplinas curriculares, assim como os critérios de avaliações institucionais tem, nos últimos anos, buscado formas de desenvolver mais o conhecimento acerca do familiar, como consequência disso vemos, na área médica o retorno do médico de família. Espero que, ao ter desenvolvido este tema, possa estimular os estudantes de enfermagem, durante os seus estágios curriculares, também aproximarem-se mais dos familiares de seus pacientes, como uma forma de enriquecer seus conhecimentos sobre o cliente que estão atendendo e despertar o espírito de solidariedade entre as pessoas, sentimento esse tão necessário em nossa profissão.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ACKERMAN, Nathan W. Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- 2- AIDAR, Marcelo Marinho. Qualidade humana: as pessoas em primeiro lugar. São Paulo: Ed. Maltese, 1995.
- 3- AZEVEDO, Norlai Alves; KANTORSKI, Luciane Prado & ORNELLAS, Cleuza P. Prática assistencial à famílias de pacientes em tratamento quimioterápico baseada na teoria de Paterson & Zderad. Texto & Contexto enfermagem. Florianópolis, vol. 9, n.2, pt.1, p.17-27, mai./ago., 2000.
- 4- BELTRAN, Adriana Garcia; BARRETO, Silvana dos Santos; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero de. Cuidando de pacientes que faleceram por câncer de mama: a experiência dos familiares. Revista Brasileira de Cancerologia. São Paulo, vol.46, n.2, p.155-62, abr.-jun., 2000.
- 5- BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; DAL BEN, Luiza Watanabe; CAMARGO, Maria Nilda Vieira; PINHEIRA, Valdeci F. de Oliveira. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em Unidades de Tratamento Intensivo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.32, n.2, p.134-9 Ago. 1998.

- 6- BRANCO, Daniela dos Santos; RODRIGUES, Denise; SILVEIRA, Denise Tolfo; MIRANDA, Ionilce Schmidt; VELHO, Lisiane Fátima; RITTA, Silvana Tozzo. Familiares em sala de espera de unidade de bloco cirúrgico (UBC): percepção sobre informações recebidas. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v.9, n.2, p. 99-104, dez.,1988.
- 7- CARRARO, Vanderlei. O ser humano inconsciente: como o seu familiar o compreende. Tese de Mestrado apresentado a Universidade Federal de Santa Catarina- Expansão Pólo UFRGS, Porto Alegre, jan. 1998.
- 8- CASTRO, Denise Silveira de. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva. Tese de Doutorado apresentado a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 144 p. Rio de Janeiro, 1999.
- 9- CATARINO, Jorge; CASSIANO, José; SILVA, Rui Costa e. O respeito como princípio moral básico e principal princípio em enfermagem. Nursing. Lisboa, v.9, n.99, p.21-4, abr.1996.
- 10- COSTARDI, Cilene Aparecida. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. Revista da escola de Enfermagem da USP. vol. 23, n.1, abr. 1989.
- 11- CURRY, Stephen. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. Nursing. Lisboa, ano. 8, n.94, p.26-30, nov., 1995.
- 12- ECHER et al. Opinião de visitantes sobre a sistemática de visitação a pacientes internados em unidade de tratamento intensivo. Revista Gaúcha de Enfermagem. v.20, n.1 p. 57-68, jan.,1999.
- 13- ECHER, Isabel Cristina; ONZI, Mara Regina; TOMASI, Tania Maria Massutti; BRUXEL, Vera Maria. Orientações a familiares de pacientes de um Centro de Tratamento Intensivo-relato de experiência. Revista do HCPA Porto Alegre, vol.16, n.1, abril, 1996.

- 14-ESTRAN, Neida; KERWALD, Iara; ECHER, Isabel Cristina. Sentimentos vivenciados pelos familiares de pacientes internados numa UTI de um hospital de emergência. Revista do HPS, n.42, p.25-32, novembro, 1996.
- 15-FARIA, Anialcy Barbosa; CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Diagnósticos de Enfermagem em cliente com (TCE) e em seu familiar e/ou pessoa significativa. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.49, n.4, p.549-568. out./dez. 1996.
- 16-FERNANDES, Maria das Graças Melo; ALVES, Ana Célia de Almeida; ALVES, Audimar de Sousa & NOGUEIRA, Ilanna da Rocha. Diagnóstico de enfermagem de uma família com um membro portador de IRC. Enfermagem em Revista. Belo Horizonte, vol. 4, n.7 e 8, jul./dez., 1998.
- 17-FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- 18-GHEZZI, Maria Inês Leal. Assistência de enfermagem ao paciente em fase terminal de câncer. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, vol.3 n.2, p.119-125, jun., 1982.
- 19-IDE, Cilene Aparecida Costardi. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, vol.23, n.1, p.91-98, abr., 1989.
- 20-IDE, Cilene Aparecida Costardi; SCHNECK, Camilla Alexandra & PAZ, Meirielen de Oliveira. Compartilhando uma vivência limite: as representações de familiares acerca do processo de hospitalização. Mundo saúde. São Paulo, vol.24, n.4, p.278-83, jul.-ago., 2000.
- 21-KALAKUN, Luciane; VIEGAS, Maria Alice Vargas & GERHARDT, Luiza Maria. A ética, o cliente com câncer e o enfermeiro. Texto & Contexto enfermagem. Florianópolis, vol.4, n.2, p.38-47, jul/dez., 1995.

- 22- KAMIYAMA, Yoriko; CHIDA, Adélia Maya. Necessidade cognitiva de familiares de doentes contagiosos internados em unidades de isolamento. Estudo preliminar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.16, n.1., p. 53-65, 1982.
- 23- LAUTERT, Liana; ECHER, Isabel Cristina; UNICOVSKY, Margarita Ana Rubin. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.19, n.2, p.118-131, jul., 1998.
- 24- LOSEKAN, Maristela Vargas & SCHENATTO, Simone Maria. Visitas em emergência: a percepção dos enfermeiros com relação aos familiares dos pacientes. Tese apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem no Cuidado ao Adulto Crítico em Situação Crítica de Saúde, Porto Alegre, Escola de Enfermagem da UFRGS, 1999
- 25- MATSUDA, Laura Misue; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; BOAN, Flávio Souto. Inserção do método desdobramento da função qualidade (QDF) no planejamento do serviço de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.51, n.1, p.93-104, jan./mar.,1998.
- 26- MELO, Isabella de Aguiar & CORTEZ, Marta Santos Magalhães. A importância da família no dia de “paciente/equipe”. Enfermagem em Revista. Belo Horizonte, v.2, n. 5, p.33-35, dez., 1996.
- 27- MEZOMO, João Catarin. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo, 1995.
- 28- MOREIRA, Luzimar Rangel; MADEIRA, Lélia Maria. O enfermeiro e o paciente crônico hospitalizado: entre o real e o ideal. Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte, v.2, n.1, p.22-6, jan./jun., 1998.
- 29- OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante. Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades. Tese

- Mestrado apresentado a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 165 p. Rio de Janeiro, 1991.
- 30-ROBERTSON, Lynne. Informação é a chave para dar responsabilidades à família. Nursing. Lisboa, ano 9, n.99, abr.,1996.
- 31-ROCHA, Joceli P. S. da; BORGES, Juciqueli B. L.; INÁCIO, Kátia Lopes; BARCELLA, Raquel Cristine. Enfermagem: um serviço de qualidade? O paciente responde. Revista Brasileira de Enfermagem.Brasília, v.50, n.2, p. 153-162., abr-jun., 1997.
- 32-SANTOS, Cíntia Ramos dos; TOLEDO, Noeli das Neves & SILVA, Sandra Cristine da. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. Nursing. Ano 2, n.17, out. 1999.
- 33- SANTOS, Lia Cristina Galvão dos. Necessidades de familiares da pessoa internada em unidade de terapia intensiva: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar. Tese de Doutorado apresentado a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 116 p. Rio de Janeiro, 1998.
- 34-SHIMIZU, Helena Eri & GUITIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Participação dos enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, vol. 31, n.2, ago., 1997.
- 35-SHIOTSU, Celia Hiromi; TAKAHASHI, Regina Toshie. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.43, n.1, p.99-107, mar. 2000.
- 36-SILVA, Maria Júlia Paes da. A importância da comunicação nos processos de qualidade. Nursing. Ed. Brasileira, ano 1, n.1, jun., 1998.

- 37- SILVA, Mauro Antônio Pires Dias da. O cuidar do paciente terminal– questões éticas. O mundo da saúde. São Paulo, vol. 24, n.4, jul./ago., 2000.
- 38- SMELTZER, Suzanne C. & BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 39- SOUSA, Afra Suelene de; KANTORSKI, Luciane Prado; BIELEMANN, Valquíria de L. M. & ORNELLAS, Cleuza P. O ser humano com AIDS e a convivência em família. Texto & contexto enfermagem. Florianópolis, vol. 9, n.2, pt.1, p.186-196, mai./ago., 2000.
- 40- SOUZA, Márcia de; POSSARI, João Francisco & MUGAIAR, Ketric Helena B. Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. Revista Paulista de Enfermagem. São Paulo, v.5, n.2, abr.-mai.-jun., 1985.
- 41- SOUSA, Regina Marcia Cardoso de. Visitas em UTI: subsídios para reflexão Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, vol.36, n.1/3, p.24-9, jan.-mar., 1988.
- 42- TAKAHASHI, Edna Ikumi Umebayashi; SILVA, Carmem de Almeida da & GUERRA, Grazia Maria. Necessidades básicas das esposas de pacientes infartados, na fase aguda do tratamento. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, vol 24, n.1, p.177-193, abr., 1990.
- 43- TANJI, Suzelaine & NOVAKOSKI, Lourdes Emília Ruviaro. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. Texto & contexto enfermagem. Florianópolis, vol. 9, n. 2, pt. 2, p. 800-811, mai./ago., 2000.
- 44- VEIGA, Deborah de Azevedo. A enfermeira e o paciente que vai morrer. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, vol.5, n.1,p.113-118, jan., 1984.
- 45- WALSH, Froma; McGOLDRICK, Monica. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artes Médica, 1998.