

PROGRAMA DE ACOMPANHANTE HOSPITALAR PARA PACIENTE GERIÁTRICO

Jordelina SCHIER^aLúcia Hisako Takase GONÇALVES^bMaria Gliolanda de Oliveira LIMA^c

RESUMO

Relato de experiência de nove anos de Programa de Acompanhante Hospitalar para Pacientes Geriátricos, desenvolvido pela Enfermagem, no Hospital Universitário da UFSC, na Unidade de Clínica Médica II, desde 1993. Com o objetivo de integrar a família acompanhante desses idosos, trazendo-a ao hospital como parceira e cliente da enfermagem, o Programa visa ainda: proporcionar apoio psicossocial aos pacientes; desenvolver habilidades no acompanhante quanto aos cuidados nas atividades da vida diária, bem como aos controles específicos de saúde após alta hospitalar; e desenvolver práticas saudáveis de vida a todos os membros envolvidos na família, os quais manifestaram apreciação e reconhecimento desse Programa.

Descritores: empatia; cuidadores; idoso; pacientes internados; relações familiares

RESUMEN

Relato de experiencia de nueve años del Programa de acompañante hospitalario para pacientes geriátricos, desarrollado por enfermería, en el Hospital Universitario/UFSC, en la Unidad de Clínica Médica II, desde 1993. Tiene como objetivo integrar la familia cuidadora de ancianos hospitalizados, incorporandolos al hospital como acompañantes y ser al mismo tiempo compañero y cliente de enfermería. Para eso, el Programa intenta desarrollar habilidades en el cuidador en lo referente a apoyo en las actividades de la vida diaria y de cuidados y controles específicos de la salud del anciano, así como el desarrollo de prácticas saludables de vida en lo referente al envejecimiento por todos los miembros de la familia implicados. El programa ha tenido aceptación por parte de los implicados los cuales han apreciado positivamente su utilidad.

Descriptorios: empatia; cuidadores; anciano; pacientes internos; relaciones familiares

Título: Programa de acompañante hospitalario para paciente geriátrico

ABSTRACT

It is presented a report of nine years of experience with the Hospital Escort Programm for geriatric patients, carried out by nurses of a University Hospital (UFSC), at the Medical Unit II, since 1993. The goal is to integrate the family that cares for the elderly patient, bringing them to the hospital as a Nursing partner or client. The programm also seeks to give psychosocial support to the patients; to enhance the escort's skills to care for the elderly on their daily activities and also on specific health tasks after hospital discharge; to develop healthy life practices within the family, which had shown appreciation and recognition to the programm.

Descriptors: empathy; caregivers; aged; in-patients, family relations.

Title: Hospital escort program for the geriatric patient

^a Mestre em Enfermagem; Membro do GESPI/PEN/UFSC; Enfermeira do HU/UFSC.

^b Doutora em Enfermagem; Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, Uma das líderes do Grupo de pesquisa GESPI/PEN/UFSC.

^c Especialista em Gerontologia; Membro do GESPI/PEN/UFSC; Enfermeira do HU/UFSC.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo se refere a um relato de experiência de um programa de enfermagem desenvolvido desde 1993 na Unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (CM-II/HU/UFSC). O Programa de Acompanhante Hospitalar para Paciente Geriátrico vem sendo desenvolvido adaptando-se a uma realidade de serviço de saúde, a fim de contemplar as necessidades da pessoa idosa. Objetiva amenizar os efeitos da hospitalização sobre a pessoa idosa e facilitar a capacitação do familiar cuidador para a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar. Desta forma, o Programa envolve a equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde, o familiar acompanhante e a própria pessoa idosa na aprendizagem e familiarização do processo de cuidado, tratamento e recuperação.

Trata-se de uma experiência anterior à instituição da Portaria nº 280 de 7 de abril de 1999 do Ministério da Saúde⁽¹⁾, a qual torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a permanência do acompanhante hospitalar para pacientes maiores de 60 anos de idade. Tal Portaria estabelece que o hospital receberá do SUS diária de acompanhante quando devidamente formalizada pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Esta Portaria veio referendar a necessidade da prática do acompanhamento hospitalar pela família. A nossa experiência, portanto, só veio a ter o respaldo legal, e o referendo de uma experiência anterior positiva, com a aprovação da Portaria, em 1999.

Como enfermeiras, ao trabalhar com pessoas idosas doentes e fragilizadas, no contexto hospitalar, familiar e comunitário, temos presenciado circunstâncias difíceis e ouvido depoimentos de experiências estressantes, seja dos familiares cuidadores, seja das pessoas idosas cuidadas, os quais nos têm levado a discutir e repensar junto à equipe do Grupo de Estudos de Cuidados de Saúde de Pessoas

Idosas (GESPI/PEN/UFSC^d) acerca das tecnologias alternativas de cuidado do cliente idoso e seus familiares.

Observamos em nosso dia-a-dia que a família é ainda, em nossa cultura, o seio do cuidado humano. Esta observação é relatada em muitas literaturas⁽²⁻⁶⁾. E, esse cuidado é desenvolvido frequentemente pelas mulheres. Conforme bem historiou Collière⁽⁷⁾. Tal observação tem confirmação em nossos estudos locais como: Gonçalves, Silva e Pfeiffer; Denardin-Budó; e Alvarez⁽⁸⁻¹⁰⁾, entre outros.

O papel da mulher na família, como cuidadora principal ou primária, assim denominada na literatura estrangeira e revisada por Given e Given⁽¹¹⁾, tem sido frequentemente descrito em termos de características da pessoa do cuidador face às circunstâncias do cuidado e, de quem é cuidado, ou seja, a pessoa idosa em diferentes condições de vida e saúde.

Encontramos em nossa literatura uma pesquisa desenvolvida por Denardin-Budó⁽⁹⁾ em uma área interiorana do Rio Grande do Sul, junto às famílias descendentes italianas e, entre os seus resultados acerca do modelo de cuidado cultural, destacam-se as características próprias da cuidadora principal que costuma ser a mulher da família nuclear, ou seja, a mãe, filha ou esposa. Essa mulher ao cuidar de seus familiares, e de outros membros de sua comunidade, demonstra qualidades peculiares como de ser uma pessoa dedicada, decidida, que **toma conta de tudo** e que está sempre disposta. E, entre seus atos ou expressões do cuidar, a autora agrupou-os em categorias como de: a) fazer pelo outro; b) proteger a pessoa cuidada; c) ficar com a pessoa cuidada; d) preocupar-se com o outro; e) controlar (observando alterações, ficando atenta, olhando) a pessoa cuidada. Embora a mulher se mostre como elemento cultural do cuidado familiar, a autora descobriu que neste modelo cultural de **cuidando e sendo**

^d CNPq. Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil (versão 5.0). Grupo de Estudos de Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas. <<http://www.cnpq.br>>.

cuidado há a reciprocidade e a troca como expressão de reconhecimento e valorização. A reciprocidade é algo presente no cotidiano da comunidade, quando a mulher cuidadora oferece seus préstimos, estes são rapidamente reconhecidos e valorizados por meio de retribuições feitas por outros elementos da família receptora do cuidado, oferecendo doação de suas produções, ou substituindo em tarefas outras da cuidadora, ou trocando cuidados em momentos diferentes. Assim, nessa relação de reciprocidade, o ato de cuidar de outrem não se torna um peso maior porque outras tarefas da cuidadora são desenvolvidas por outros como numa relação de troca. Outra importante observação feita pela autora, refere-se não só à gratificação sentida pela cuidadora mas também ao sentimento positivo de auto-estima da pessoa receptora dos cuidados, na medida que se sente como alguém importante e por isso merecedor dos cuidados de outrem.

Traços semelhantes também foram observados nas pesquisas de Cartana⁽⁴⁾ e de Elsen, Santos e Gonçalves⁽¹²⁾ feitas junto às famílias descendentes açorianas, moradoras no litoral catarinense. É presente nessa cultura uma forte obrigação moral, de troca de cuidados e ajudas intergeracionais no contexto familiar e comunitário. Aqui, também, a mulher representa a cuidadora primária, e valem ressaltar algumas expressões de cuidado das mulheres mais velhas, as mães de filhos adultos, como: a) cuidar da filha gestante, dos netos e dos pais idosos; b) transmitir/ensinar sobre criação de netos, reconhecer e tratar de doenças comuns usando medidas caseiras; c) apaziguar brigas familiares. Outros membros da família, e sobretudo os homens, aparecem como cuidadores secundários e desempenham funções esporádicas, isoladas e específicas, geralmente externas ao lar, como levar o doente ao hospital/emergência, comprar remédios, tomar providências urgentes e outras ajudas requeridas pela cuidadora primária.

Esses dois exemplos de subculturas com padrões bem definidos, fazem-nos pensar em

famílias vivendo uma dinâmica estável, equilibrada em seu funcionamento diário. Mesmo considerando-as peculiares, não estão livres de influências das grandes transformações que vimos observando na sociedade atual⁽¹³⁾. Assim, já nessas mesmas pesquisas foram apontados indícios de preocupação de seus membros, ao externarem que não tão longe será possível as famílias viverem como viveram em gerações anteriores. A cultura da urbanização atual nem sempre tem favorecido modos saudáveis de cuidado em família, face à rapidez com que têm ocorrido as mudanças no mundo⁽¹³⁾.

Given e Given⁽¹¹⁾, revisando a literatura, destacaram estudos que apontavam situações de estresse na relação do cuidado familiar, embora os autores não tenham generalizado os seus resultados. As situações que as cuidadoras sofriam de mais estresse relatadas, foram: a) quanto mais os cuidados eram diretos, contínuos e intensos, de idosos fisicamente dependentes ou de idosos mentalmente acometidos, as cuidadoras se viam exauridas em função da necessidade de estar em vigilância sem pausas para folga ou respiro; b) o medo do desconhecido induzindo a um estresse maior. O desconhecido vai desde a inabilidade no desempenho de cuidados complexos, o não conhecer o que esperar de uma situação de cuidado, até o não saber interpretar/avaliar uma circunstância em evolução; c) a sobrecarga devido a um único cuidador. Tal situação de estresse ocorria por causa da realidade das famílias de único filho. Porém, há o caso de familiares que atribuem sobre uma única pessoa a função de cuidar, recaindo geralmente sobre a filha solteira, a mulher sem filhos pequenos, a viúva, a aposentada. Há ainda aquela cuidadora que se auto-elege, quase como se apossando do receptor do cuidado, impedindo que outros o cuidem. Comumente, quando se observou isto em cônjuges idosas cuidando do marido idoso, o seu estado de saúde tornava-se pior que a pessoa por ela cuidada; d) exacerbação ou eclosão dos conflitos prévios interacionais intrafamiliar, no momento do cuidar e ser cuidado que exige

relações mais íntimas, provocando no cuidador estresse dobrado; e) manejo difícil entre as demandas da situação de cuidado e os recursos disponíveis. Geralmente, esta função recai sobre um cuidador indireto, cujo encargo é administrar a situação, captando recursos extras e reavaliando plano de aplicação de recursos.

Em nossa prática diária temos observado situações semelhantes às acima apontadas e convém ainda acrescentar pelo menos outras duas situações: a) dadas as mudanças nos modos de subsistência das famílias, as mulheres tendo de sair em busca de trabalho, fora do lar, as avós têm se incumbido do cuidado da casa e dos netos pequenos. Esta é uma realidade peculiar de famílias pobres em nosso meio, onde a mulher idosa sobrecarregada, exaurida e doente, pede refúgio, mas não tendo para onde, aponta para o único recurso conhecido, o asilo; b) os preconceitos e mitos prevalentes em nossa sociedade acerca dos valores de família e de pessoas idosas têm produzido situações constrangedoras e estressantes. É comum, profissionais da saúde criticarem atribuindo falta de amor e de compromisso moral dos familiares de idosos hospitalizados, quando passam a não visitar mais o seu parente ao perceberem que se aproxima o dia da alta, sem antes investigar os reais motivos dessa ausência no horário de visitas. Por causa desta crítica tácita, os familiares não se encorajam para expor abertamente a situação precária ou impossibilidade de cuidado continuado no domicílio, e receber acolhida na busca de outras alternativas possíveis.

Outro preconceito prevalente é a idéia do asilamento ser sinônimo de abandono da família. O idoso, então, poderá sofrer abandono ou negligência em seu próprio lar, por falta de cuidador disponível, o suficiente, para cada dia. Sentimentos conflitantes e estressantes permanecerão enquanto não se desfizer preconceito, rever os valores e aprender a exercitar a cidadania, adquirindo a convicção de que a família tem direito a reivindicar, do poder público, condições para a continuidade do cuidado de seus membros idosos, onde quer que seja.

Alvarez⁽¹⁰⁾ constata em meio aos estresses, conflitos e desgastes do cuidador, também respostas positivas ao processo de cuidar e ser cuidado no contexto familiar, semelhantes às demonstradas na pesquisa de nosso meio cultural, como: Denardin-Budó; Franco; Lima, Schier e Gonçalves; e Creutzberg^(9,14-16), entre outros.

Por isso, considerando a demanda de cobertura de atenção à população idosa, inclinamo-nos favoravelmente pela dedicação de um esforço especial que propicie um processo de cuidar e ser cuidado, de modo salutar, livre de riscos, estresses e desgastes, o quanto possível. É o que a presente experiência tem demonstrado.

A pessoa idosa, à medida que envelhece e se fragiliza, exige cada vez cuidados mais contínuos e diretos. Esses encargos atribuídos quase sempre aos familiares cuidadores, são desempenhados solitariamente em função de nossa precária realidade dos serviços públicos e sociais que não oferecem às famílias recursos mínimos, tampouco a comunidade dispõe de uma rede suficiente de apoio.

Por isso é necessário que a sociedade, feita de cidadãos, profissionais ou não, reveja constantemente os pontos de desequilíbrio, para agilizar as retificações e/ou o aperfeiçoamento do sistema de atenção às populações específicas. E, falando especificamente do estrato idoso da população, urge colocar à disposição da sociedade uma rede de serviços e programas alternativos que dê cobertura a uma gama de necessidades das pessoas idosas, e represente ser co-partícipe da família cuidadora.

2 NOSSA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE FAMÍLIA ACOMPANHANTE

Considerando-se que aproximadamente 50% das pessoas hospitalizadas em unidades de adultos nos hospitais gerais, em nosso meio, sejam constituídos de pacientes idosos, e cuja percentagem tende ao aumento, devido a hospitalizações geralmente por agudizações freqüentes de condições crônicas, exige-se

encontrar outras alternativas inovadoras e criativas para dar conta dessa demanda observada.

A condição de agudização freqüente entre os idosos egressos, observados no HU/UFSC, tem tido como causas entre outras, a falta de continuidade de tratamento e cuidados adequados pós-alta, no lar. Na convicção de que é possível contornar essa falta, as enfermeiras autoras, implantaram o Programa em questão, cujo objetivo é a prática do atendimento ao familiar cuidador por ocasião da internação da pessoa idosa, mantendo-o como acompanhante no hospital, o maior tempo possível. Assim, esse programa de enfermagem, essencialmente educativo, considera o acompanhante um cliente da enfermagem, incluindo o apoio, a ajuda e os encaminhamentos no atendimento de cada familiar, por meio da aplicação do processo de enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas⁽¹⁷⁾, o mesmo adotado como metodologia de assistência de enfermagem aos pacientes atendidos no HU/UFSC.

As enfermeiras, responsáveis pela Unidade, emitem autorização para a permanência do acompanhante, após avaliar essa necessidade junto aos pacientes idosos internados e seus familiares. Além do atendimento personalizado do acompanhante, atuam no sentido de despertar em cada membro da equipe de enfermagem, a importância do acompanhante para o paciente geriátrico. Durante a passagem de plantão da equipe de enfermagem, são discutidos os aspectos positivos e as soluções para as dificuldades encontradas. As orientações, a supervisão e a atuação da enfermeira junto à equipe e ao acompanhante nos cuidados ao idoso hospitalizado vêm proporcionando, de modo informal, a assimilação da necessidade dessa prática bem como a visão dos benefícios tanto para o idoso quanto para a família.

Uma das dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem tem sido o maior tempo dispensado na prestação de cuidados ao paciente, pois o respeito às crenças, aos costumes e aos valores da família, bem como o trabalho

educativo de comportamentos de saúde necessários ao preparo do cuidador, interfere, de algum modo, na agilidade e na dinâmica das atividades desenvolvidas na Unidade. Contudo, tem havido um esforço em vislumbrar este gasto de tempo como um investimento para a participação efetiva dos acompanhantes e pacientes aos cuidados pós-alta.

Assim, no Programa, priorizamos e concentramos esforços para o atendimento das necessidades de aprendizagem relativas: a) aos cuidados do idoso, destacando o conhecimento das condições crônicas das comorbidades apresentadas, seus riscos de agudização, o tratamento e os cuidados de manutenção; b) as condições de vida e saúde do próprio familiar acompanhante, ajudando-o a descobrir em si os fatores desencadeadores de estresse e de outros acometimentos psicossomáticos e aprender os mecanismos de enfrentamento de modo antecipado.

Esse atendimento de educação para a vida e saúde constitui-se de os familiares tentarem manter-se saudáveis e fortalecidos e desenvolverem, em parceria com a equipe de enfermagem, os cuidados básicos nas atividades da vida diária do idoso, enquanto hospitalizado. Isto tem favorecido à enfermeira certificar-se de que o familiar está habilitado para continuar os cuidados pós-alta no contexto domiciliário. Por outro lado, tem-se percebido que os familiares se sentem mais confiantes, menos temerosos e apoiados na aprendizagem das funções de cuidador previamente à alta hospitalar.

Inclui, necessariamente neste Programa, sob modo informal de conversação, porém integrativo de troca de idéias entre enfermeiras, familiares e a própria pessoa idosa, os comportamentos de vida e saúde enquanto um processo de envelhecimento, onde a prática de cidadania relativa à busca pelos direitos ao atendimento das necessidades básicas para um viver condigno, seja encorajada.

Em síntese, as situações discutidas e/ou experimentadas pelos familiares têm delineado funções do familiar cuidador em âmbito hospitalar e pós-alta, quais sejam: a) ajuda à pessoa

idosa na locomoção e atividades físicas apoiadas como andar, tomar sol, movimentar articulações; b) ajuda na transferência da cama para a mesa/cadeira e voltar; c) ajuda no cuidado de higiene corporal; d) ajuda e estímulo na alimentação; e) promoção do lazer e recreação; f) promoção da comunicação e socialização; g) estímulo da memória e do intelecto de modo geral; h) estímulo e/ou manutenção do interesse pelo auto-desenvolvimento como a espiritualidade, auto-estima, revisão da vida; i) estímulo ao autocuidado pela adaptação do desenvolvimento de atividades da vida diária, segundo as possibilidades/capacidades; j) discussão sobre a busca de como acomodar as dependências domiciliares, a fim de diminuir os riscos de acidente; k) manutenção de ambiente favorável para repouso e sono reparador; l) prestação de cuidados elementares à pessoa idosa em tratamento no domicílio, sob a orientação profissional, como a troca de curativo simples, o manejo de sonda vesical, a alimentação por sonda; m) negociação do rodízio para os cuidados ou divisão de tarefas entre os membros familiares visando à manutenção da harmonia no lar e prevenção de estresses e conflitos; n) discussão de como manter-se fortalecido pela prática de revisão do processo saúde-doença, da vida e de comportamentos de enfrentamento; o) pedido de ajuda sempre que necessário e busca de fontes de apoio social na comunidade; p) prevenção de negligência, abandono e abuso contra idosos fragilizados e dependentes, e denunciar quando houver; q) reivindicação de direitos junto aos poderes públicos ao que é devido aos cidadãos, sem discriminações.

A experiência nos tem indicado testar e incorporar estratégias para que melhor, ou de modo mais variado, se possa desenvolver o Programa. Recentemente, uma das autoras⁽¹⁸⁾ testou uma tecnologia de educação aplicada à enfermagem adaptada da dinâmica de grupos de ajuda mútua, no âmbito da unidade hospitalar, envolvendo os familiares acompanhantes e seus respectivos parentes idosos hospitalizados. Designou como **Grupo Aqui e Agora**,

considerando a realidade vigente na dinâmica dos serviços de saúde, na qual torna-se quase impossível se formar grupo fixo e duradouro de pessoas. Assim, esse grupo de educação em saúde é constituído, no âmbito do serviço, reunindo pessoas interessadas, em um dia e horário da semana, considerando o momento oportuno na Unidade Hospitalar, por exemplo: quando livre de visitas médicas, de realização de exames complementares diagnósticos, de movimento intenso na unidade, sobretudo da enfermagem por ocorrência de doentes graves, entre outros. Esta tecnologia, recém-incorporada no desenvolvimento do Programa, tem sido uma estratégia socializadora de seus princípios.

3 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta experiência tem demonstrado, entre outros, um resultado não dimensionável, porém não menos importante, que é a manifestação evidenciada entre os familiares acompanhantes do quanto se sentem apoiados e confiantes no cuidado da pessoa idosa no contexto domiciliar, bem como mais livres, motivados e menos constrangidos em solicitar ajuda e exigir direitos de atendimento do sistema público de saúde.

Conclui-se que essa experiência acumulada de nove anos possa ser adotada nos programas que vêm sendo implementados, conforme a recente exigência da Portaria de acompanhante hospitalar do idoso⁽¹⁾, como uma tecnologia inovada de enfermagem para a educação em saúde e cuidado. A experiência do Programa nos faz concluir que o investimento das enfermeiras junto aos familiares cuidadores de idosos hospitalizados, faz diferença mormente no processo de viver envelhecendo mais saudável e de satisfação dos envolvidos no contexto domiciliar. De outra parte, a prática de promoção de mudança comportamental poderá, em prazo mais alongado, gerar contribuição de ordem administrativa na economia hospitalar, em futuro próximo.

Entendemos que o objetivo do Programa de Acompanhante Hospitalar para Paciente Geriátrico vem sendo alcançado por meio das ações educativas, as quais são construídas em conjunto: equipe de enfermagem, família e paciente idoso, durante a hospitalização. Cada vez mais a família está presente na internação, havendo, de modo geral, a colaboração da equipe de saúde e da Instituição. Desse modo, tem-se a compreensão do familiar cuidador como cliente e parceiro da enfermagem, requerendo a educação em saúde e envelhecimento necessária ao desenvolvimento de habilidades para o cuidado e autocuidado, e estratégias de enfrentamento do estresse que envolve o ato de cuidar de outrem e o preparar-se para os cuidados no domicílio após a alta hospitalar da pessoa idosa. Enfim, percebemos que neste processo de capacitação e integração, o ser humano idoso participa ativamente dos seus cuidados e tratamento, e aceita melhor sua internação, e o familiar cuidador se sente mais seguro durante a hospitalização do seu ente querido e preparado para a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1999 abr 8;(66-E) Seção 1:14.
- 2 Silva LF, Souza LJEX, Freitas MC, Queiroz MVO, Guedes MVC. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: Silva YF, Franco MC, organizadoras. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis (SC): Papa-livros; 1996. 118 p. p. 75-96.
- 3 Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Bup LIR, coordenadora. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis (SC): Ed. da UFSC; 1994. 195 p. p. 61-77. (Enfermagem, Repensul).
- 4 Cartana MHI. Rede e suporte social de famílias [dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1988. 207 f.
- 5 Bohes AE. Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família baseado na terapia transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família [dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1990. 190 f.
- 6 Gonçalves LHT, Grudtner DI, Fenilli RM, Nassar SM. A percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde e apoio familiar. Cogitare Enfermagem, Curitiba (PR) 1996 jan/jun;1(1):60-6.
- 7 Collière MF. Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989. 385 p.
- 8 Gonçalves LHT, Silva YF, Pfeiffer SA. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enfermagem, Curitiba (PR) 1996 jul/dez;1(2):39-47.
- 9 Denardin-Budó ML. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos [dissertação de Mestrado em Extensão Rural]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 1994. 221 f.
- 10 Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar [tese de Doutorado]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. 186 f.
- 11 Given BA, Given CW. Family caregiving for the elderly. Annual Review of Nursing Research, New York 1991;9:77-101.
- 12 Elsen I, Santos LLC, Gonçalves LHT. Significado do envelhecimento e da saúde para o idoso. Revista de Ciências da Saúde, Florianópolis (SC) 1988/1989 jan; 7/8(1/2):71-85.
- 13 Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré; c1994. 224 p.
- 14 Franco MC. Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em hospital geral [dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1988. 182 f.

- 15 Lima MGO, Schier J, Gonçalves LHT. O acompanhante do idoso hospitalizado: um cliente, um parceiro da enfermagem [resumo]. *Texto e Contexto: enfermagem*, Florianópolis (SC) 1997 maio/ago;6(2):387.
- 16 Creutzberg M. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000. 195 f.
- 17 Horta WA . Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 99 p.
- 18 Schier J. “Grupo Aqui e Agora”: uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. 190 f.

Endereço da autora/Author's address:

Jordelina Schier
Rua Recife, 54 - Bela Vista II
88.110-430 - São José - SC

Recebido em: 24/06/2002

Aprovado em: 04/10/2002
