

FAMILIARES EM SALA DE ESPERA DE UNIDADE DE BLOCO CIRÚRGICO (UBC): PERCEPÇÃO SOBRE INFORMAÇÕES RECEBIDAS ¹

Relatives in the waiting-room of a surgical unit in a hospital: perception of information received

Daniela dos Santos Branco (2)
Denise Rodrigues (2)
Denise Tolfo Silveira (2)
Ionilce Schmidt Miranda (2)
Lisiane Fátima Velho (2)
Silvana Tozzo Ritta (2)

RESUMO

Identifica as percepções evidenciadas pelos familiares de pacientes, durante a permanência destes na Unidade de Bloco Cirúrgico e na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Após a observação realizada junto aos familiares na sala de espera, foi elaborado um instrumento para coleta de dados da população alvo, através dos quais evidenciou-se o funcionamento do processo de transmissão de informações (equipe-informante-familiar), bem como os sentimentos demonstrados e relatados pelos acompanhantes.

Unitermos: *Percepção
Sala de espera*

ABSTRACT

This survey identifies the perception demonstrated by relatives of patients who stay in a recovery room after anesthesia. After observing the relatives in the waiting-room, an instrument was organized and applied to a given group of people for the collection of the data. The results show the functioning of the information transmission process (staff-informant-family) as well as the feelings shown and reported by the people who keep company to the patients in the hospital.

Key Words: *Perception
Waiting-room*

1 Introdução

Este trabalho foi motivado pela experiência vivenciada por um grupo de alunas da Disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto III, em campo de estágio na Unidade de Bloco Cirúrgico (UBC) de uma instituição hospitalar de ensino.

Devido à nossa preocupação em manter uma relação "Enfermagem-Familiar" que proporcione uma assistência simultânea ao cuidado dirigido ao paciente, tivemos a oportunidade de constatar, a partir de uma

observação assistemática junto à sala de espera da UBC, situações como: condições ambientais inadequadas da sala de espera, considerando a área física, corredores, número de familiares presentes na mesma, ventilação, iluminação, sanitários próximos, local para alimentação; espanto diante do grupo de alunos que trabalhavam com computador na mesma sala, e/ou a curiosidade expressada pelos familiares diante das peças anatômicas expostas no guichê de informações; ansiedade demonstrada pelos familiares enquanto em sala de espera; falta de informações prestadas no atendimento aos familiares.

Ao conversarmos com uma enfermeira da UBC, no que se refere às comunicações feitas aos familiares de pacientes que se encontram na UBC, foi-nos informado que não há uma rotina estabelecida, por parte da enfermagem. Usualmente, quem transmite as informações é a secretária ou quem estiver próxi-

(1) Trabalho apresentado para conclusão da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto III, orientado pela professora Maria da Graça Crosseti. Trabalho premiado no II Encontro de Enfermeiros em Centro Cirúrgico e I Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico.

(2) Alunas do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

mo no guichê da secretaria e, excepcionalmente, o médico, quando o estado do paciente é grave. Diante desta situação nos questionamentos se os familiares dos pacientes estavam recebendo atendimento adequado por parte da enfermagem, no que se refere à informação sobre o seu familiar, enquanto nas dependências da UBC e Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

Diante da experiência vivenciada, elaboramos a seguinte pergunta: Que percepções os familiares de pacientes submetidos à cirurgia evidenciam na sala de espera da UBC, acerca das informações que recebem, durante o período transoperatório e de recuperação do mesmo?

1.1 Objetivos

Identificar as percepções dos familiares do paciente cirúrgico em transoperatório e/ou na SRPA acerca das informações que recebe enquanto na sala de espera da UBC.

1.2 Definição de termos

— Percepção: ato, efeito ou faculdade de perceber (adquirir conhecimento de), por meio dos sentidos, formar idéia de, entender, compreender, conhecer, distinguir, (FERREIRA).

— Sala de Espera: compartimento qualquer onde se faz hora ou se aguarda o momento de ser atendido, (FERREIRA).

2 Revisão da Literatura

O que é um Bloco Cirúrgico? Para o leigo ele representa o tempo misterioso onde o sumo sacerdote preside um ofício consoante, um certo mérito. Para o doente, trata-se de um lugar insólito, do qual se acerca com um misto de esperança a temor. Para a equipe cirúrgica constitui um ambiente de trabalho especialmente equipado para operar com um certo conforto (FARGIER-BOULAND, 1986).

Sobre as funções da enfermeira na UBC, SANTOS (1981) cita que “. . . a função específica da enfermeira no sistema de saúde, reforçando a liberação deste profissional de serviços burocráticos e administrativos, delegando-os a outros elementos, poderá oportunizar o desempenho das atividades complexas e a atuação em todos os níveis de saúde, agindo como elemento integrador, coordenador e colaborador da equipe de saúde, voltado ao atendimento preventivo de diagnóstico com a participação do paciente, família e comunidade”. Além disso, o autor salienta que as necessidades pré-operatórias do paciente incluem: manejo da ansiedade, segurança do cliente, expectativas, suporte à família e conforto espiritual.

A ansiedade e a tensão nervosa fazem parte intrínseca da vida, são reações de auto-proteção que surgem diante de ameaças à segurança, bem-estar, felicidade e auto-estima. KAPLAN (1984) cita que “. . . ansiedade é o termo usado para descrever uma variedade de respostas afetivas, motoras ou fisiológicas às percepções não específicas de perigo, pelo organismo humano. É um estado de afeto ou sentimento de medo, apreensão, desconforto ou preocupação de que alguma coisa terrível está para acontecer. O sentimento de ansiedade ocorre em resposta a um perigo iminente, interno ou externo, que o organismo acredita não poder dominar. Os sintomas motores incluem irritabilidade, hipersensibilidade, hiperatividade, falta de energia, exigências de atenção e infelicidade. Os sintomas fisiológicos incluem sintomas respiratórios, cardiovasculares clássicos de sensação de estrangulamento, pulso rápido e hiperventilação. Além disso, ocorrem dificuldades para dormir, vômitos, dores gastrointestinais, dificuldades urinárias variando desde enurese até uma contínua urgência de vários tipos de respostas somáticas medianas através da pele, sistema músculo esquelético e de órgãos de sensação especial”.

Um aspecto de ansiedade que é largamente aceito é seu efeito contagioso. LAUGHLIN (1967) citado por DOERR & JONES, 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 e força-o a permanecer estabilizado; mais adiante, a ansiedade aumenta a irritabilidade cardíaca, causa afastamento e falta de cooperação secundária à depressão e cria um estado geal de agitação, com subsequente fadiga. Todos estes sintomas de ansiedade podem ser sérios e, talvez, trazer conseqüências fatais ao paciente.

Segundo BOWLBY (s.d.) “a experiência demonstra que o ser humano experimenta ansiedade e temor constante ante as possíveis ameaças a determinado círculo de pessoas, pertences ou lugares que transcendem sua própria pessoa e seu próprio corpo. Por tal razão, é possível incluir neste conceito de perigo real as ameaças de dano que afetam não só ao sujeito em si, mas a todo seu ambiente pessoal”. O medo pode ser produzido por perigos externos reais e a ansiedade inclui apreensão indefinidas subjetivas, acompanhadas de sentimentos de incerteza, desassossego e desamparo.

O medo, segundo COFER (1980), “é normalmente definido como uma reação a um perigo presente, real, enquanto que a ansiedade surge em antecipação a um perigo ou ameaça real ou irreal”. ROGERS

(s.d.), no capítulo referente às teorias da personalidade e conduta, cita entre outras proposições o seguinte:

a) todo indivíduo existe em um mundo de experiência da qual ele é o centro;

b) o organismo reage frente ao campo tal como o experimenta e o percebe. Este campo percentual é, para o indivíduo, a realidade;

c) o organismo reage como uma tonalidade organizada ante o seu campo fenomenal.

KUBLER-ROSS (1981) cita que "precisariam ser tomadas maiores providências quanto a acomodação dos familiares dos pacientes. Deveria haver salas contíguas onde os parentes pudessem descansar, comer, compartilhar a solidão e talvez se consolar mutuamente nos intermináveis períodos de espera. Os assistentes sociais e os capelões precisariam estar disponíveis, com o tempo suficiente para cada um, e os médicos e as enfermeiras deveriam visitar estas salas com frequência, pondo-se à disposição para solucionar problemas. Como estão as coisas agora, os parentes estão relegados a ficar sozinhos. Passam horas esperando nos corredores, nos bares, nas imediações do hospital, andando ao léu, para lá e para cá. Podem fazer tentativas tímidas na esperança de ver um médico, ou quando conseguem saber que este está ocupado na sala de cirurgia ou noutro lugar qualquer. Como há um número cada vez maior de responsáveis pelo bem-estar de cada paciente, ninguém o conhece muito bem, nem o paciente sabe o nome de seu médico".

Segundo NICKLIN (1979) "uma sala de espera que supre as necessidades básicas dos usuários, isto é, sanitários, máquinas de café e refrigerante, telefones visíveis e acessíveis, tendem a reduzir a ansiedade dos familiares e assim reduzir também a sua necessidade de informações. Este tipo de ambiente parece diminuir o desconforto. Além disso, a presença visível de uma enfermeira que possa dar informações também parece tranquilizador".

SANTOS (1981) afirma que "as ações de enfermagem devem ser orientadas no sentido de detectar precocemente os problemas e buscar soluções imediatas, a fim de evitar danos ao paciente". Diz ainda que "Deve ser definido com clareza o papel do cliente e dos familiares no processo cirúrgico, já que eles são os mais interessados no assunto e responsáveis pelo autocuidado, especialmente após a alta hospitalar. Assim, no programa de educação para a saúde, em termos de prevenção de complicações pós-cirúrgicas, as pessoas responsáveis pelo cliente devem ser incluídas nos grupos específicos de orientação sobre o processo cirúrgico, os quais vão colaborar com seu cliente na recuperação, estabelecendo-se, assim, uma ação conjunta entre equipe cirúrgica e família, falando a mesma linguagem e facilitando a comunicação para a pessoa que busca: o cliente".

MITCHEL (1976), citado por DOERR & JONES, propôs um plano para reduzir a quantidade de ansiedade vivida pelo membro da família. Primeiro, explicar para a família porque a equipe do hospital usa certos procedimentos. Depois, explicar os benefícios deste mecanismo de sustentação e como o paciente está sendo assistido por eles. Enquanto esses planos são comuns à equipe do hospital, eles representam um novo, eficiente método de incentivo à participação do familiar.

GARDNER & STUART (1978) citados por DOERR & JONES, referem que interações apropriadas com famílias podem levar ao decréscimo de ansiedade, aumento de confiança, maior cooperação, relação melhorada, entendimento mútuo e empatia, e ao autocuidado do paciente melhorado". Assim, na sua experiência, foi feito um grupo controle e um grupo experimental, ao qual foi entregue um manual de informações à respeito da unidade e dada a oportunidade para fazer perguntas à enfermeira. Com isso, foi presumido que a preparação da família diminuiria o nível de ansiedade dos familiares, comparado com as famílias não preparadas e, desta forma, a transmissão de ansiedade família-paciente seria menor.

Transmitir informações não é um processo que leva tempo. À medida que isto se torna parte integrante do tratamento vai se tornar tão impotente e automático como medir os sinais vitais. Quanto ao papel da família, é conveniente que seja aprofundada a compreensão e o envolvimento com estas pessoas tão importantes.

3 Material e Métodos

3.1 Campo de pesquisa

Foram sujeitos deste estudo familiares que frequentaram a sala de espera da UBC de um hospital de ensino de Porto Alegre. Esta sala não possui sanitários próximos, local para refeições nem aberturas externas; nela estão dispostas cinco bancas de madeira para cinco pessoas cada um. A sala de espera está em contato com a porta de entrada e saída de pacientes da UBC e SRPA, respectivamente, e com a secretaria da UBC, que possui um guichê para informações.

A população alvo deste estudo compreendeu familiares de pacientes submetidos a cirurgias e que permaneceram na sala de espera da UBC. Os dados foram coletados junto a 27 familiares de 27 pacientes que aceitaram fazer parte do trabalho. A amostra foi relacionada de forma aleatória.

O instrumento foi elaborado a partir da observação assistemática realizada pelas pesquisadoras na sala de espera da UBC. Para tal, foi escolhido um determinado dia, devido à disponibilidade do grupo e porque acreditava-se que haveria maior número de familiares

na sala de espera, tendo em vista a escala de cirurgias programadas para este dia. Visando colher subsídios para montagem do instrumento, as pesquisadoras fizeram-se passar por familiares de pacientes, permanecendo na sala de espera três (3) pesquisadores a cada três (3) horas. Neste período, foi observado que:

- havia, geralmente, 25 pessoas na sala de espera;

- a primeira impressão era de que algumas pessoas estavam nervosas, enquanto outras aguardavam normalmente;

- quando passava uma maca com paciente para a UBC, as pessoas pareciam agitar-se, observavam curiosamente;

- na maioria das vezes em que o familiar procurava informação era a secretária quem a fornecia;

- alguns familiares interpretavam informações dadas a outrem, de forma errônea. Ex.: “alguém está muito mal, ouvi dizer que vai para a CTI”;

- havia várias pessoas fumando na sala de espera, causando irritação aos não fumantes;

- as informações não eram dadas imediatamente;

- as informações eram fornecidas pelo guichê ou pela porta de entrada das macas na UBC, sendo que médicos e a secretária as prestavam.

A partir destas observações, elaboramos um formulário com nove itens, sendo sete perguntas fechadas e duas abertas, as quais foram formuladas visando atingir os objetivos propostos no estudo. Este instrumento foi submetido a um teste piloto junto a doze (12) familiares de pacientes enquanto na UBC e SRPA.

Em algumas questões foram necessárias reformulações de termos, visando melhor compreensão dos familiares. Os dados foram coletados no período de segunda a sexta-feira nos horários próximos ao meio-dia e ao fim da tarde; foram processados de forma manual e se apresentam sob a forma de tabelas com frequência absolutas e percentuais.

4 Apresentação e Discussão dos Resultados

No que diz respeito à importância atribuída ao fato de receber informações sobre o familiar enquanto na UBC e SRPA, observa-se que 88,8% dos entrevistados sentem necessidade de receber informação sobre seu familiar em transoperatório ou enquanto na SRPA. Verificou-se que 81,5% dos entrevistados dirigem-se ao guichê para obter informações. Como justificativa para o não comparecimento ao guichê, 18% referiram: preferir saber após o término da cirurgia; ter o privilégio de ser informado por alguém em especial; por ser uma cirurgia simples; por só confiar na informação médica ao término da cirurgia. Constatamos, assim, a importância de manter informado o familiar durante a permanência do paciente na UBC e SRPA. Geralmente, as pessoas obtêm informações dirigin-

do-se ao guichê, excluindo os casos apresentados anteriormente.

A UBC representa um local estressante ao paciente e aos familiares. A situação de enfrentar uma cirurgia envolve toda a família pela separação, pelo perigo de morte iminente e pelas mudanças que dela advirão. Todos estes sentimentos geram ansiedade no familiar que aguarda na sala de espera da UBC. A necessidade de informação, de orientação e de um ambiente que minimize a angústia deve ser atendida. NICKLIN (1979) enfatiza que “a presença visível de uma enfermeira que poderia dar informações também parece tranquilizador”.

Relacionando a necessidade de informações em proporção direta com o nível de ansiedade, continua que “obter informações através do médico ou da enfermeira é uma estratégia usada pelos familiares para baixar o nível de ansiedade”.

Constata-se, na maioria das vezes (82%), que o informante está presente no guichê. Dos entrevistados, 59,2% dizem não ter demora no atendimento. Entretanto, 27,2% referem o contrário.

Estes dados indicam a passagem da informação pelo processo equipe-informante-familiar. Partimos do princípio de que o guichê da secretaria da UBC é o ponto básico de comunicação entre o familiar do paciente e os elementos internos da Unidade. Portanto, torna-se indispensável a presença contínua de uma pessoa encarregada de conceder informações sobre o transoperatório do paciente, a duração da cirurgia ou até mesmo sobre as áreas de apoio da instituição, como sanitários, bares, elevadores, farmácia, capela, ou outras das quais a sala de espera em questão encontra-se distante. Indispensável também é a preparação deste informante pela enfermeira, orientando-o acerca de uma conduta tranquilizadora, da utilização de termos adequados e da postura prestativa ao chamamento do familiar, que encontra-se na expectativa de alguma notícia. KUBLER-ROSS (1981) cita que “os médicos e as enfermeiras deveriam visitar estas salas (de espera) com frequência, pondo-se à disposição para solucionar problemas.” Além disso, um familiar bem orientado no pré-operatório do paciente, tendo conversado com a equipe acerca do processo cirúrgico, da duração da cirurgia e da posterior permanência do paciente na SRPA, tem seu nível de ansiedade diminuído, pois está seguro e deposita confiança na equipe. A enfermeira é o profissional capacitado para fazer a orientação dos familiares, do paciente e dos elementos de ligação entre estes, ou seja, os informantes (quando não for ela própria o informante). Isto é reforçado por SANTOS (1981) que diz “a enfermeira poderá oportunizar o desempenho das atividades complexas e a atuação em todos os níveis de saúde, agindo como elemento integrador, coordenador e colaborador da equipe de saúde.

Cerca de 82% dos entrevistados revelam desconhecimento de quem lhe fornece informação sobre o familiar operado, embora 63% considerem importante a identificação do informante quando a ele se dirigem. Apenas 13,6% e 4,4% referem receber informações da enfermeira e da secretária, respectivamente.

Estes achados podem retratar um fator de importância para o aumento da tensão vivida pelo familiar do paciente enquanto na UBC e SRPA, pois não há identificação do elemento informante. Além da necessidade de receber uma informação clara e satisfatória, o familiar precisa confiar que a fonte desta informação é segura; sabendo quem é o profissional que acompanha o paciente e quem é o informante, o familiar tem sua segurança aumentada e não faz "fantasias" sobre o que ocorre. A identificação do informante demonstra uma atenção individualizada ao familiar, mostra preocupação com os seus medos e dúvidas. Sabendo quem lhe fornece a informação, ele passa da condição de expectador para participante do processo cirúrgico, principalmente devido à interação equipe+paciente+família.

Quanto ao nível de satisfação com a informação recebida, observa-se que 50% dos entrevistados referem satisfação parcial, 31,8% referem satisfação plena e 18,2%, insatisfação.

Considerando-se uma situação em que os familiares do paciente em transoperatório estejam interagidos com a equipe de cirurgia, cientes da natureza, da duração e das possíveis complicações deste processo, infere-se uma tendência a diminuir a ansiedade e preocupação destes familiares. Entretanto, para o familiar não orientado, uma informação incompleta ou com termos duvidosos obtida no transcorrer da cirurgia, pode gerar uma situação estressante e angustiante, podendo transferir esta ansiedade para a equipe e para as demais pessoas em contato com ele na sala de espera e, posteriormente, para o paciente. A informação considerada plenamente satisfatória inclui: situação do paciente no momento, duração prevista para a cirurgia, necessidade de prolongamento do tempo operatório e demais intercorrências que a equipe julgue conveniente informar neste momento. Os termos devem ser claros, sem oportunidade para dupla interpretação. O informante deve estar capacitado para o manejo verbal tranquilizador, quando a situação exigir. Deve estar ciente de que o familiar é o principal interessado no estado do paciente e que tem direito de perguntar e de receber respostas satisfatórias.

O quadro I retrata as percepções dos familiares segundo os termos referidos pelos mesmos, quando na sala de espera da UBC.

Durante o período de estágio e de observação junto aos familiares na sala de espera, pudemos evidenciar percepções que vieram a se confirmar durante

Quadro 1
Percepções evidenciadas na sala de espera da UBC durante o transoperatório do familiar (paciente) ou na sua permanência na SRPA

Percepções	f
Nervoso	11
Ansioso	5
Na expectativa	5
Preocupado	5
Desinformado	3
Tranquilo	3
Angustiado	2
Desorientado	2
Tranquilo por estar informado	1
Satisfeito com informações	1
Otimista no momento difícil	1
Confiante na equipe	1
Intranquilo	1
Com pouca informação	1
Sem saber o que fazer	1
Sufocado	1
Com mal-estar físico	1

a realização deste estudo. Quando um membro da família enfrenta a experiência de uma cirurgia, seus elementos ao mesmo tempo experimentam sentimentos de tensão, tais como: nervosismo, ansiedade e preocupação, durante a sua permanência na UBC. Tais sentimentos surgem em resposta a um perigo iminente, neste caso representado pela morte que poderá ocorrer ou pelas intercorrências traumáticas no processo cirúrgico e suas conseqüências. A ansiedade e a tensão nervosa são reações de autoproteção que surgem devido às ameaças à segurança, bem-estar, felicidade, como, por exemplo: o processo cirúrgico de um membro da família.

5 Conclusão

O levantamento das percepções dos familiares do paciente cirúrgico em transoperatório ou na SRPA, acerca das informações recebidas enquanto na sala de espera, demonstrou que:

— Dentre 27 familiares de pacientes diferentes entrevistados, 88,8% julgaram importante receber informações sobre seu familiar que se encontra em transoperatório ou na SRPA;

— 82,0% relatam que existem informantes no guichê da UBC;

— 59,2% referem não haver demora para receber informações;

— 63,6% consideram importante que a informação seja dada por alguém identificado;

— 31,8% consideram as informações recebidas plenamente satisfatórias.

6 Sugestões

Os dados encontrados neste estudo e as observações realizadas pelas autoras proporcionaram indicar algumas sugestões que no seu entender visam a otimização da assistência de enfermagem no setor, quais sejam:

1 Presença da UBC de um informante capacitado a conceder informações claras e satisfatórias aos familiares, de forma contínua;

2 Implementação da área física da sala de espera da UBC, incluindo áreas de apoio como sanitários próximos, bebedouro, bancos mais confortáveis, aberturas para ventilação, área para fumantes em separado, local para alimentação;

3 Modificação do sistema de transporte de pacientes da UI para a UBC, evitando a passagem destes pela sala de espera;

4 Visita periódica da enfermeira da UBC à sala de espera para conforto e esclarecimento dos familiares;

5 Utilização deste estudo como precursor de novas pesquisas que desenvolvam as variáveis não exploradas aqui.

Referências Bibliográficas

- 1 BERMUDEZ, José et alii. Analisis interactiva de los receiores de ansiedad: procesos cognitivos y medicaciones. *Revista de Psicologia General y Aplicada*, Buenos Aires, 40(2):209-20, 1985.
- 2 BOLL, Ana Maria et alii. Assistência de enfermagem aos familiares de pacientes de médio e alto risco na unidade de cuidados intermediários. *Revista do HCPA*, Porto Alegre, 4(1):119-24, jun. 1984.
- 3 BOWLBY, John. *La separacion afectiva*. Buenos Aires, Paidós, s.d. 444p.

- 4 COFER, Charles N. Alguns sistemas motivacionais no ser humano. In: _____. *Motivação e emoção*. Rio de Janeiro, Intera-Americana, 1980. cap. 7, p. 90-111.
- 5 DOERR, B.C. & JONES, J.W. Effect of family preparation on the state anxiety level of the CCU patient. *Nursing Research*, New York, 28(5):315-6, Sept./Ooct. 1979.
- 6 FARGIER-BOULAND, Françoise. Introdução. In: SAMANA, Guy. *Enfermagem no Centro Cirúrgico*. 1986, v.1, p.5-19.
- 7 FERREIRA, Aurélio Buarque de H. *Novo dicionário da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s.d., p. 1966.
- 8 KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin J. Outras perturbações da infância, meninice e adolescência. In: *Compêndio de psiquiatria dinâmica*, 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, cap.37, p.805-45.
- 9 _____. Psicoterapias. In: _____. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984, cap.28, p.644-82.
- 10 KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1981, 290p.
- 11 NICKLIN, W.M. The role of the family in the emergency department. *The Canadian Nurse*, Montreal, 75:40-3, Apr. 1979.
- 12 ROGERS, Carl R. Uma teoria da personalidade e da conduta. In: _____. *A terapia centrada no paciente*, São Paulo, Martins Fontes, s.d. 3.parte, cap.11, p.465-514.
- 13 SANTOS, Emilia da S. *Avaliação quantitativa do desempenho do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico, nos hospitais de Porto Alegre, RS*. Porto Alegre, UFRGS, Escola de Enfermagem, 1981, 140p. Diss. maestr.

Endereço do autor: Daniela dos Santos Branco
 Author's address: Rua São Manoel, 963 - 90.620 - Porto Alegre, RS.