

INCIDENTES CRÍTICOS SEGUNDO OS FAMILIARES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

CRITICAL INCIDENTS ACCORDING FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED CHILDREN

INCIDENTES CRÍTICOS SEGÚN LOS FAMILIARES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

*Lourdes Maria Silva Andraus^I
Denize Bouttelet Munari^{II}
Ruth Minamisava Faria^{III}
Adenícia Custódio Silva e Souza^{IV}*

RESUMO: A legalização da permanência dos pais junto à criança/adolescente hospitalizado requer que os profissionais compreendam o novo processo de cuidar. Objetiva-se: analisar os incidentes críticos relatados por familiares de crianças hospitalizadas. Este foi um estudo descritivo exploratório envolvendo familiares de crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica pública em Goiânia, Brasil. Os dados foram coletados entre 2003 e 2004, por meio de entrevista usando a técnica dos incidentes críticos e categorizados por meio de análise de conteúdo. Resultados: 103 familiares foram entrevistados, sendo mãe a maioria deles. As categorias identificadas a partir dos incidentes críticos positivos foram: pronto atendimento; estratégias de apoio e constituição de vínculo. Todavia, prevaleceram os incidentes críticos negativos com as seguintes categorias: infra-estrutura da unidade; estar longe de casa; comunicação/interação; conflito e enfrentamento. Conclui-se que existem fragilidades no modelo assistencial ainda distante do atendimento humanizado preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chaves: Família; criança hospitalizada; técnica de incidente crítico; enfermagem.

ABSTRACT: Background: legalizing the stay of parents together with their hospitalized child calls for the understanding of the new care process by the hospital staff. Aim: to analyze critical incidents reported by family members of hospitalized children. Method: this is an exploratory descriptive study involving the family members of hospitalized children in a public pediatric unit in Goiânia, GO, Brazil. Data was collected through interviews by using the critical incidents technique, and was categorized through content analysis. Results: 103 family members were interviewed, most whom were mothers. Categories identified out of positive critical incidents were as follows: prompt service, support and bond-building strategies. However, negative critical incidents were the most prevalent under the following categories: unit infrastructure; being far from home; communication/interaction; conflict and coping. Conclusion: the results suggest existing fragilities in the model of assistance, still far from the humanized care proposed by the Unified Health System (SUS).

Keywords: Family; hospitalized child; critical incident technique; nursing.

RESUMEN: La legalización de que los padres permanezcan junto a los niños/adolescentes hospitalizados requiere que los profesionales comprendan el nuevo proceso de cuidar. Objetivo: analizar los incidentes críticos relatados por parientes de niños hospitalizados. Este fue un estudio descriptivo e investigatório envolvendo parientes de niños hospitalizados en una unidad de pediatría pública en Goiania, Brasil. Los datos fueron colectados, entre 2003 y 2004, a través de entrevista utilizando la técnica de los incidentes críticos y distribuídos por categorías por medio de análisis de contenido. Resultados: 103 parientes fueron entrevistados, siendo en su mayoría madres. Las categorías identificadas a partir de los incidentes críticos positivos fueron: atendimento rápido, estratégias de apoyo y constitución de vínculo. Aún así prevalecieron los incidentes críticos negativos con las siguientes categorías: infraestructura de la unidad; estar lejos de casa; comunicación/interacción; conflicto y enfrentamiento. Conclusión: Los resultados sugieren que existe fragilidad en el modelo asistencial, aun muy lejos del atendimento humanizado muy pregonado por el Sistema Único de Salud.

Palabras-clave: Familia; niño hospitalizado; técnica de incidente crítico; enfermería.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 90, a rede hospitalar redirecionou o modelo assistencial devido à exigência legal da presença de um familiar junto à criança

hospitalizada¹. Isso trouxe benefícios para a criança, mas surpreendeu a equipe de saúde, obrigando-a a se reorganizar operacionalmente. Todavia, poucas

^IFaculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Endereço: Rua 14 N. 551. Residencial Goiânia Tower, Apt. 702. Jardim Goiás. Goiânia – GO. CEP 74 810180. E-mail: lourdes@fen.ufg.br.

^{II}Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

^{III}Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

^{IV}Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

pesquisas aprofundam essa questão e o resultado é uma práxis fragmentada^{2,3}. Adicionalmente, a falta de condições organizacionais e de infra-estrutura dificulta ainda mais a operacionalização desta proposta⁴.

No entanto, a implementação de novos modelos de atenção à criança e sua família dependem não só da infra-estrutura e organização dos serviços, mas de fatores culturais⁵, indicando a necessidade de análises locais da realidade para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Na realidade brasileira, também há problemas decorrentes da inclusão da mãe ou do familiar não só como participante nos cuidados à criança, mas como alguém que necessita de cuidados⁶. Quando seus filhos internam, elas se preocupam com a doença, o tratamento, o prognóstico, a aparência de sua criança circundada por tubos e equipamentos, por não poderem cuidar de seu bebê e pela visão de outras crianças doentes⁷. Outros aspectos ainda podem estar presentes, como fontes estressoras dos pais não relacionadas com a hospitalização da criança⁸ e incapacidade dos mesmos em expressar seus desejos de participação nos cuidados à criança⁹.

Neste contexto, este estudo objetiva analisar incidentes críticos positivos e negativos relatados pelos familiares acompanhantes, relacionados à assistência prestada à criança em uma unidade de internação pediátrica (UIP).

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo compõe-se de duas partes: a primeira descreve o perfil da clientela da UIP e a segunda faz análise de conteúdo¹⁰ dos relatos de incidentes críticos relacionados à experiência do familiar acompanhante com a criança internada. Para coleta de dados, usou-se a Técnica de Incidentes Críticos proposta por Flanagan que consiste em solicitar relatos de situações e de fatos vivenciais críticos aos atores para serem avaliados pelo pesquisador. Ao invés de coletar opiniões, *palpites* e estimativas, faz-se o registro de comportamentos específicos para as observações e avaliações¹¹.

Incidentes críticos são situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivos ou negativos em função de suas conseqüências. Para cada incidente crítico identificaram-se situações, comportamentos e conseqüências. Nogueira¹² caracteriza situação como fato ou circunstância que levou o sujeito a emitir determinado comportamento, que é a conduta apresentada

pelo sujeito devido à circunstância. A conseqüência é o resultado do comportamento devido à circunstância. Neste estudo focalizou-se apenas a polaridade entre os incidentes críticos positivos e negativos, sendo que as situações, comportamentos e conseqüências serviram para assegurar a existência de incidentes críticos.

O estudo foi realizado em uma UIP de um hospital público no município de Goiânia, Goiás. Elegemos, de modo sistemático, familiares que estavam com a criança ou o adolescente hospitalizado há pelo menos três dias, entre fevereiro de 2003 a junho de 2004. Foram excluídos do estudo os familiares que eram índios e outros com problemas de comunicação.

A amostra constituiu-se de 103 familiares acompanhantes.

Na coleta dos dados, usou-se um formulário de entrevista com perguntas fechadas para descrever o perfil dos participantes e com perguntas abertas para análise de conteúdo dos relatos dos incidentes críticos. As citações literais das falas foram identificadas pela abreviatura de identificação do parentesco com a criança ou adolescente: M para mãe, P para pai, A para avó, I para irmão e V para vizinha e pelo número de ordem da entrevista. Ex. M1, P2...

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição e todos os familiares participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes do estudo foi de 32 anos. Cerca de metade (51,5%) era do interior do estado e 77,7% eram mães, 10,7% avós, 8,7% pais e 2,9% eram outros membros da família ou conhecidos; 49,5% referiram cultuar a religião católica, 39,8% a evangélica, 5,8% não tinham religião e os demais professavam outros credos. A maioria (85,4%) sabia ler e escrever, mas o restante não era alfabetizado. Em relação à ocupação, 50,5% eram do lar. Quanto ao tamanho da prole, 80,6% das mães tinham outro(s) filho(s), sendo 16,5% com mais de quatro.

A idade dos filhos internados variou de zero a 17 anos com média de seis anos, 58,2% eram meninos, 60,2% estavam internados pela primeira vez e 23,3% já tinham sido hospitalizado por três vezes ou mais. A duração média de hospitalização foi de 14 dias.

Sobre a assistência na UIP, apenas 35% dos entrevistados referiram conhecer as pessoas que cuidavam da criança. Mais de ¼ dos acompanhantes

(25,2%) relataram que não receberam nenhuma informação sobre diagnóstico, tratamento e rotinas da unidade. Apenas 36,9% disseram ter sido orientados sobre as rotinas da UIP pela equipe de enfermagem. A maioria dos profissionais, ao entrar na enfermaria, cumprimentava a criança (88,3%) e uma proporção menor, o acompanhante (74,7%). Alguns referiram descaso dos profissionais, mostrando que o foco da assistência no serviço é centrado na criança e sua patologia.

Sobre os incidentes críticos, foram identificadas 305 situações (87 positivas e 218 negativas), entre 1201 situações, comportamentos e conseqüências. Apenas 3,9% dos entrevistados relataram somente incidentes positivos e 31,1% indicaram exclusivamente incidentes negativos.

Incidentes Críticos Positivos

Foram identificadas três categorias extraídas dos incidentes críticos positivos: pronto atendimento, estratégias de apoio e constituição de vínculo.

- **Pronto atendimento:** nesta categoria destacaram-se a agilidade no atendimento e a rapidez no diagnóstico e no tratamento:

Fui chegando, dei entrevista para a assistente social e pronto. Trouxe encaminhamento. (M11)

- **Estratégias de apoio:** o trabalho da equipe da UIP, bem como de outras pessoas que possuíam outro tipo de vínculo com a instituição, foi reconhecido e valorizado. Com as do grupo Pronto Sorriso (promoviam atividades lúdicas e a auto-estima); professoras (ministravam aulas para crianças, adolescentes e acompanhantes); musicoterapeutas; acadêmicos de cursos da área da saúde e voluntários. Os exemplos abaixo retratam a importância destes grupos na promoção de apoio aos acompanhantes, crianças e adolescentes:

Uma coisa boa é a reunião com os alunos de enfermagem, participo, falo de mim e me sinto muito melhor. (M76)

Uma coisa muito boa é a visita dos palhaços. Eles brincam com ela, e eu entro na brincadeira, ela fica feliz e eu também. (M24)

- **Constituição de vínculo:** os relatos apontaram a constituição de vínculo com profissionais de saúde e outros acompanhantes como elementos terapêuticos. Os depoimentos mostraram reconhecimento pela atenção e carinho que os acompanhantes receberam de alguns profissionais:

Ao chegar no Pronto Socorro, conheci uma enfermeira e fiz amizade com ela, ela me dá segurança,

pois estou só. Ganhei sabonete, pasta de dente e fico feliz. (M14)

O dia que nós chegamos a Doutora X convidou minha filha para ir no cinema junto com outras crianças. Ela está radiante de felicidade que nem dorme direito. Eu também, por ver ela tão feliz. (M52)

Incidentes Críticos Negativos

As situações negativas foram agrupadas em quatro categorias de incidentes críticos: infra-estrutura da UIP, estar longe de casa, comunicação/interação e conflitos e enfrentamento.

- **Infra-estrutura da UIP:** a UIP contava com uma TV e um rádio. Não dispunha de refeitório, banheiros exclusivos para acompanhantes, sala de aula para as crianças e brinquedoteca. O parque era improvisado em área afastada e com poucos atrativos infantis. Na UIP havia poltronas reclináveis para repouso dos acompanhantes, mas com bastante tempo de uso. Algumas mães que usavam um leito desocupado ou deitavam no berço junto à criança eram repreendidas. Houve reclamações e relatos de desagrado feitos pela maioria dos entrevistados sobre uso da TV, alimentação e higiene do ambiente:

O lugar de dormir é péssimo, não durmo, passo a noite e sinto dor na coluna. (M15)

Aqui não tem lanche prá mãe, não pode sair para comprar comida nem trazer de casa, o que eu faço? Nada, passo fome. (M1)

Uma acompanhante de outra enfermaria, chega e muda o canal da TV sem consultar ninguém, as outras ficam chateadas e voltam para a enfermaria. (A99)

- **Estar longe de casa:** na fala dos acompanhantes, o fato da permanência longe de casa gerou preocupação, ansiedade, estresse e solidão:

Uma coisa muito ruim é a solidão, moro longe, sinto falta dos meus filhos, rezo, peço a Deus força. (M23)

O mais difícil é ficar todos esses dias longe dos outros filhos, um deles até adoeceu e eu não posso ir cuidar dele... [lágrimas], dias atrás, até adoeci, minha pressão subiu. (M101)

Vale registrar que uma parte do tempo de permanência dos acompanhantes no hospital é usada para compartilhar problemas e angústias, contar piadas e casos. Alguns se fecham, lêem e outros ficam perambulando pelo hospital, embora sejam recriminados por não estarem ao lado da criança.

- **Comunicação/interação:** a comunicação inadequada foi bastante referida, permeou todo o processo de interação, revelou indiferença, comunicação

verticalizada, desencontrada e até agressões verbais geradas pela falta de compreensão e reconhecimento das necessidades das mães e crianças:

Meu filho sentiu dor durante dois dias, reclamei e não adiantou, armei o maior barraco, joguei lençol e lixo, fiquei irritada, aí atenderam na hora. (M7)

O ruim é que a médica... responde todas as perguntas com falta de educação, eu saio do quarto quando ela entra, ignora. (M27)

Nossos resultados ainda apontaram problemas entre porteiros, auxiliares de nutrição, familiares e visitantes. Alguns abusaram do poder, tratando as pessoas com desrespeito e humilhando-as no momento de fragilidade:

Minha mãe quis entrar para ficar com meu filho e foi tratada com grosseria pelos guardas, que ameaçaram ela e a chamou de mentirosa. Ela ficou tensa e chorou. (M8)

A copeira trouxe a mamadeira errada. Reclamei, ela me tratou mal, disse que estava ali para servir a criança e não a mãe. Conte para a enfermeira que nada fez e a copeira me deixou sem lanche. (M45)

Desentendimentos entre os próprios acompanhantes foram comuns na UIP e até compreensíveis, uma vez que todos passam por momentos de ansiedade e sofrimento e compartilham o mesmo ambiente:

Outra coisa ruim aqui é ter que agüentar algumas mães, brigamos feio, prefiro nem dizer por quê. Isso me deixa chateada. (M80)

Uma queixa menos comum foi a de informações contraditórias entre médicos e enfermeiros a respeito de um mesmo cuidado. Esses relatos revelam falta de integração da equipe e de protocolos de cuidados, além de gerar confusão, dúvida e ansiedade:

Uma coisa ruim é receber informação desencontrada dos médicos e das enfermeiras sobre o lado de deitar a criança. O médico fala que é do lado direito, a enfermeira diz que é do lado esquerdo. Faço igual o médico manda, elas [enfermeiras] ficaram caladas. (P20)

- **Conflitos e enfrentamento:** Ansiedade e tristeza acompanharam situações de conflitos, expectativa e ou enfrentamento, geralmente relacionados ao diagnóstico, tratamento e ou cuidados:

Ela tem problema... [genitália ambígua] todos querem ver! [...] e não falam nada pra mim... isso me deixa triste e sem graça. (M6)

Não agüento mais ver eles furarem meu filho, as pessoas ficam punctionando ele nos braços, pé, cabeça várias vezes para fazer a medicação e nada. (M67)

Fiquei chateada por ela [filha] ficar vendo outra criança grave na mesma enfermaria, ficou com medo, aí eu pedi para tirarem a gente de lá e nada, elas disseram que o quarto dela era lá. (M26)

Situações indesejáveis do cotidiano da assistência foram causa de sofrimentos enormes para os pais e para as crianças:

Uma coisa muito ruim foi elas ter usado um esparadrapo fino e grudento. Uma enfermeira sem educação trocou o curativo sem óleo, puxou e machucou ele, saiu a pele e sangrou. Reclamei... tive vontade de agarrar ela pelo pescoço. Ela me deu a bandeja para eu trocar o curativo! Foi o que mais me doeu... a única coisa que me magoou mesmo! (M58)

DISCUSSÃO

A maioria dos relatos apontou incidentes críticos negativos, similarmente a outros trabalhos¹³⁻¹⁵. Este estudo ainda confirmou os achados de outros autores^{16,17} que os acompanhantes necessitam de ajuda tanto quanto as crianças.

O apoio recebido da equipe e de outros familiares que realizam visitas foi valioso no processo de enfrentamento das dificuldades, permitindo o fortalecimento/construção de vínculos e o desenvolvimento da confiança em si e nas pessoas, condição essencial para superação das adversidades^{18,19}. Particularmente o apoio de outros acompanhantes parece ser um instrumento de ajuda mútua no enfrentamento de seus problemas, promovendo cumplicidade e solidariedade. Esses resultados reforçam a proposta de estratégia grupal para potencializar as atitudes positivas dessas pessoas²⁰, que poderia além de reduzir o estresse, atenuar os conflitos entre os acompanhantes.

Os depoimentos revelaram falta de clareza sobre o papel dos pais e falta de comunicação efetiva. Investimentos institucionais no programa de humanização da assistência e qualificação de profissionais poderiam minimizar esses problemas. A melhora na comunicação entre profissionais e acompanhantes também poderia contribuir para suprir a necessidade de informações dos pais sobre as condições da criança, prognóstico, plano de tratamento e exames das crianças.^{21,22}

Observou-se que os pais sentem dificuldades para enfrentar o sofrimento e necessitam de mais informações médicas. Uma explicação possível para os relatos de transtornos, insatisfação e sofrimento associados à ausência do médico é a dinâmica do atendimento médico em hospital-escola. Outra hipótese refere-se à posição de alguns estudantes jo-

vens, que se distanciam do paciente e de sua família como um mecanismo de defesa contra situações nocivas – doença, dor, morte²³.

A presença da mãe não pode ser apenas tolerada em troca da função que elas exercem²⁴. Essas questões precisam ser discutidas pela equipe, pois o argumento freqüente de tempo insuficiente para ouvir e orientar a mãe pode mascarar a falta de disponibilidade para com a criança e sua família.

A saída da mãe ou de um membro da família para acompanhar a criança no hospital, parece resultar transtornos principalmente para as famílias residentes em outros municípios, com relatos de solidão, carência, insegurança, medo pelo desfecho desfavorável da doença do filho, preocupações com os que ficaram em casa e até falta de dinheiro para telefonar ou lanchar. Este estudo revelou que o acompanhante estar longe de casa deve ser um aspecto a ser incluído em atividades de acolhimento e no planejamento da assistência.

Por não oferecer todas as condições desejáveis, a UIP poderia obter melhores resultados melhorando a rotina de limpeza, capacitando o pessoal de apoio, flexibilizando normas internas, enfim, favorecendo uma assistência mais humanizada. Entre os métodos para ajudar o cliente e sua família a descobrir o significado da doença salienta-se o ouvir com receptividade²⁵, característica desejável em qualquer estratégias ou política de humanização.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu uma avaliação indireta do serviço prestado na UIP, bem como observar questões relacionadas aos aspectos de infra-estrutura que contribuíram na determinação de diversos problemas. Constatou-se que, apesar do discurso de atendimento humanizado na instituição e da visão de integralidade do ser humano, os participantes deste estudo retrataram uma assistência falha e fragmentada. Esse aspecto pode ser reforçado quando os profissionais focalizam sua atenção em cuidados técnicos, deixando a desejar os aspectos relacionais da assistência, fato muito relatado pelos entrevistados.

Na UIP estudada, observou-se que o tipo de abordagem assistencial está em fase de transição: tenta deixar de centrar na patologia da criança, para focar na criança como um todo. De qualquer modo, parece longe de realizar a abordagem centrada na criança e sua família.

A comunicação e o vínculo podem ser ferramentas importantes no fortalecimento das relações

humanas na UIP, da mesma forma que a escuta atenta e as atitudes de empatia na relação com a criança e sua família podem tornar a assistência humanizada como se pretende. Os resultados deste estudo indicam que apesar dos poucos recursos disponíveis, muito se pode fazer para melhorar a qualidade da assistência, especialmente no campo das relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

1. Congresso Nacional (Br). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado; 1990.
2. Collet N. Criança hospitalizada: participação das mães no cuidado [tese doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
3. Shields L. A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *Int Nurs Rev*. 2001; 48(1):29-37.
4. Cassete CJ, Corrêa AK. Humanização do atendimento: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2005; 13:105-11.
5. Shields L. The parent-staff interaction model of pediatric care. *J Pediatr Nurs*. 2002; 17:442-49.
6. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2004; 12:191-7.
7. Miles MS, Burchinal P, Holditch-Davis D, Brunssen S, Wilson SM. Perceptions of stress, worry, and support in Black and White mothers of hospitalized, medically fragile infants. *J Pediatr Nurs*. 2002; 17(2):82-8.
8. Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *J Pediatr Nurs*. 2003; 18(3):195-202.
9. Blower K, Morgan E. Great expectations? Parental participation in care. *J Child Health Care*. 2000; 4(2):60-5.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Po): Edições 70; 1979.
11. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psic Apl*. 1973; 25(2):99-141.
12. Nogueira MS. Incidentes críticos da passagem de plantão [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1988.
13. Sonobe HM. Conflitos da família no processo de reabilitação do laringectomizado [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
14. Pupulim JSL. Exposição corporal do cliente na assistência em unidade de terapia intensiva: incidentes críticos relatados por enfermeiras [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
15. Souza ACSa. Risco biológico e biossegurança no atendimento de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

16. Hallström I, Runesson I, Elander Gb. Observed parental needs during their child's hospitalization. *J Ped Nurs.* 2002; 17(2):140-48.
17. Shields L, Hunter J, Hall J. Parents' and staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an English perspective. *J Child Health Care.* 2004; 8:9-33.
18. O'Connor T. O poder de cuidar. *O Mundo da Saúde.* 2000; 24:328.
19. Adams P. O amor é contagioso. Rio de Janeiro: Sextante; 1999.
20. Ramalhão AB, Dupas G. Vivendo ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo. *Acta Paul Enf.* 2003; 16(3):41-50.
21. Balling K, McCubbin M. Hospitalized children with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise. *J Pediatr Nurs.* 2001; 16(2):110-19.
22. Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. *Pediatr Nurs.* 2001; 27:547-57.
23. Pedroso GM. Programas de mãe participante: uma reflexão. *Brazilian Pediatric News: UNIFESP;* 2002.
24. Jesus JG. Encontrando sentido no sofrimento: a vivência da família da criança com câncer [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
25. Remen RN. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus; 1993.

Recebido em: 11.07.2007
Aprovado em: 18.12.2007