

O ENFERMEIRO E O PACIENTE EM TRATAMENTO DE LONGA DURAÇÃO

Ana Lúcia Cumming e Silva *
Heloniza G. Costa *
Leda Maria Gouveia Rizzo *

ReBEn/06

SILVA, A.L.C. e Colaboradores — O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. Rev. Bras. Enf.; DF, 33 : 356-364, 1980.

1. INTRODUÇÃO

A enfermidade prolongada é sempre causada por uma alteração patológica irreversível, levando à incapacidade residual e à necessidade de reabilitação psicobiológica.

Há doenças crônicas que são relativamente estáveis, com pequenas mudanças, outras têm remissões agudas e degeneração vagarosa e há ainda aquelas que são terminais.

Em todas elas o paciente atravessa períodos de irritabilidade e autodepreciação. O processo de adaptação é lento e longo, dependendo do tipo de doença, do grau de incapacidade e da personalidade do indivíduo.

É importante ressaltar que acomete em qualquer faixa etária, porém, em decorrência das alterações fisiológicas observadas durante o envelhecimento, é nesta fase da vida em que se observa

a maior incidência de enfermidades, que necessitam assistência prolongada.

Independente dos aspectos patológicos do ancião, as naturais alterações de envelhecimento nos levaram a considerar as suas necessidades neste trabalho, ainda que na ausência de qualquer enfermidade.

Sabemos ser grande o número de deficientes físicos na nossa sociedade e, embora verificando que os profissionais de saúde e também as autoridades estão voltando suas vistas para os aspectos da atenção às necessidades desses indivíduos, total ou parcialmente incapacitados, os recursos ainda são limitados e a literatura, principalmente de enfermagem em língua portuguesa, ainda é muito pobre sobre o assunto.

Esperamos com este trabalho trazer alguma contribuição aos enfermeiros, no que concerne à assistência de enfermagem ao ser humano incapacitado.

* Autores do trabalho. Enfermeiras em exercício em Salvador-Bahia.

2. CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE EM TRATAMENTO DE LONGA DURAÇÃO

Será impossível abordar como o enfermeiro atende às necessidades do paciente em tratamento de longa duração, sem tentarmos caracterizá-lo, objeto central deste trabalho.

Segundo Leavell e Claril (1976), na sua abordagem sobre o processo saúde-doença e os seus diversos níveis de prevenção, o paciente acometido de enfermidade de longa duração estará situado predominantemente na segunda e terceira fases de prevenção, acentuadamente no quarto e quinto níveis, quando a incapacidade já se instalou, recomendam-se então medidas para diminuí-las e reabilitar o indivíduo a exercer sua vida ativa útil a si, à sua família e à comunidade, desenvolvendo toda a sua potencialidade física e psíquica que lhe resta.

Lembramos porém que, tanto quanto os indivíduos sadios e em algumas situações específicas mais do que estes, os indivíduos incapacitados necessitam das medidas primárias e secundárias de prevenção.

Esta afirmativa é importante se lembrarmos que as atenções da medicina preventiva, curativa e de reabilitação não possuem limites demarcados e as áreas entrelaçam-se de modo a que seja o indivíduo valorizado e a sua reabilitação seja total.

Referências ao paciente crônico não podem ser feitas, sem nos ocuparmos do ancião, ser humano mais sensível à doença devido à diminuição das reservas fisiológicas. Há autores que consideram a doença crônica como "companheira dos velhos" e estatísticas recentes mostram que 25% das mortes por acidentes, quedas principalmente, nos Estados Unidos, ocorrem em pacientes idosos, não só pelas diminuições sensoriais, co-

mo a visão e audição, mas também pelo alto índice de doenças do sistema músculo-esquelético e pela falta de adaptação, no ambiente familiar, a estas alterações.

No Brasil, para uma população de 93.204.379 habitantes em 1970, são encontrados 4.760.638 na faixa de mais de 60 anos, o que corresponde a 5,1%. Em 1960, este percentual era de 3,1%, mostrando um aumento de 2%. Estas cifras correspondem a um aumento de 66% no total da população de velhos (IBGE-1970). Estes dados começam a causar preocupação, porque o aumento global da população foi de 33%.

Cresce de importância o fato de que, 70% desses anciãos serem portadores de alguma patologia e 15% estarem incapacitados com dependência total ou parcial de outros (dados do Centro de Geriatria e Gerontologia do IASERJ. — ARS Curande — 1978).

Brunner & Suddarth (1977), citando Piersol e Bortz, afirmam: "A sociedade que incentiva pesquisa com o objetivo de preservar a vida humana não pode fugir à responsabilidade da vida assim prolongada. Cabe à ciência não apenas somar anos à vida, porém mais importante, somar vida aos anos".

Aos profissionais da saúde, é válido lembrar que a "chave da saúde é lutar e não evitar a luta pela vida". Isto é um alerta, não só para a atenção às necessidades dos velhos, mas de todos aqueles que, acometidos de alguma enfermidade crônica ou situação limitante, desenvolvem sentimentos de inutilidade, autodepreciação, dependência e poderão buscar na morte a solução para seus problemas.

Os estágios porque passa uma pessoa no contínuo saúde e doença são mais fáceis de definir e ultrapassar quando o indivíduo é acometido de um problema agudo que caminha para a franca e total reabilitação. "Ficar bom, significa sair da posição de dependên-

cia e regressão e assumir as responsabilidades de cidadão útil a si e aos outros”.

No paciente crônico, podemos encontrar mudanças de comportamento inajustáveis e destrutíveis que vão desde as queixas excessivas até reações de grande agressividade e autodestruição. O enfermeiro não pode fugir desta realidade, mas sim, enfrentá-la, para que possa ajudar o paciente a desenvolver a consciência da sua situação e serena e resignadamente possa admitir que tem uma enfermidade específica, reconhecer as mudanças impostas à sua vida e a importância de atuar na sua recuperação.

Os pacientes são muitas vezes presos de sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza, solidão, que geram angústia e pesar, sentimento que se segue à perda de alguém ou alguma coisa. Um paciente colostomizado, por exemplo, tem sentimento de mutilação nas primeiras tentativas de reeducação, devendo ser de inteira compreensão e aceitação a atitude do enfermeiro que inicia, neste paciente, o processo de reabilitação.

A negação é um mecanismo de defesa largamente utilizado por estes pacientes. A negação pode algumas vezes diminuir a ansiedade, porém, se muito utilizada, impede que o paciente procure ajuda.

É um sentimento presente também na família, que inconscientemente foge de perceber a gravidade do caso e a importância da sua atuação na reabilitação do paciente.

Algumas vezes são exigentes, mal-humorados, litigiosos, outras vezes são apáticos, há evidência de reações negativistas, que devem ser entendidas pelo enfermeiro e encaminhado o problema a outro profissional da equipe.

As reações de conversão também são observadas nestes pacientes. A hipcondria pode ser a resposta à sensação

de solidão que acomete estes pacientes, na busca de se fazerem notados.

Além das queixas constantes, a verbalização de sentimentos de inferioridade, desejo de morrer “para descansar os demais”, tornam-se evidentes nestes pacientes e também nos anciãos.

O enfermeiro, como membro imprescindível da equipe de saúde, deve reconhecer estas alterações e ter uma atitude positiva, para ajudar estes indivíduos a enfrentar a nova situação, mesmo que isto requeira deles grandes mudanças no trabalho, nas relações familiares.

3. A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE EM TRATAMENTO DE LONGA DURAÇÃO

A idéia de equipe para assistir o ser humano é muito válida, porém muito complexa, pela necessidade de que, cada profissional que a compõe, reconheça, em situações específicas, a liderança de um dos seus membros, mesmo que seja um elemento hierarquicamente inferior.

Segundo Epstein (1977), o ser humano é um complexo sistema psíquico e somático e uma só pessoa não poderá atendê-lo em todas as suas necessidades, se levarmos em conta que todas elas devem ser respeitadas e valorizadas, não como nós a vemos, mas como o indivíduo as vê, dentro da sua problemática existencial.

Ainda citando a autora, uma equipe formada por profissionais de áreas diferentes implica variedade de conhecimentos, de personalidade e sensibilidades, complementando as observações e anulando conceitos errôneos.

No atendimento a qualquer dos níveis de prevenção, o trabalho em equipe se faz imprescindível e eficaz, desde que todos os elementos tenham como objetivo a assistência ao indivíduo, sua cura, sua reabilitação ou uma morte digna.

Embora a equipe tradicionalmente formada pelo Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista e Auxiliar de Enfermagem seja capaz de identificar as necessidades básicas do ser humano, não é capaz de atender a todas elas.

Se isto é verdade num paciente acometido de uma enfermidade francamente curável, muito mais evidente se torna num paciente incapacitado, cujas alterações são de tal modo complexas que podem determinar mudanças radicais de comportamento, de fé ou de filosofia de vida.

Nesta situação, se faz indispensável, além dos profissionais já citados, o Psicoterapeuta, o Psicólogo e/ou Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, o Recreacionista, Fisioterapeuta, Enfermeiro de Saúde Pública, o Visitador Sanitário e o Orientador Espiritual.

Embora não seja aconselhável o atendimento a estes pacientes em hospitais gerais, mas em clínicas ou serviços apropriados, a nossa realidade é bem outra. A ausência desses serviços especializados faz com que, ousemos afirmar, que os hospitais gerais, único meio incontestável de que dispõe o paciente crônico, seja ele particular, previdenciário ou indigente, para o atendimento às suas necessidades de saúde, devam ser equipados com serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, salas para recreação, equipe de visita domiciliar e orientação psicológica para o paciente e a família.

Uma equipe tão complexa e uma assistente sofisticada não tornaria muito elevado o gasto assistencial? Acreditamos que sim e Leavell e Claril (1976) afirma isto, contudo o número de pacientes que retornam ao hospital para reinternamentos porque não são aceitos pela família (por considerá-los um peso morto, ou estorvo) ou porque sofreram acidentes no domicílio (por falta de orientação para possível adaptação no ambiente físico) diminuiria bastante. Bastaria que fossem orientados e trei-

nados a desenvolver todo o potencial que lhes resta e que seus familiares fossem orientados a recebê-los, acreditar neles e, conseqüentemente, participar efetivamente no plano de reabilitação.

O processo de reabilitação consiste em levar os pacientes incapacitados a enfrentarem novas situações, mesmo que estas venham a requerer deles grandes mudanças no trabalho e nas relações familiares e sociais.

Entendemos que as medidas de profilaxia, visando à diminuição da incapacidade e à realibitação, devam ser iniciadas com o paciente ainda hospitalizado, por uma equipe multiprofissional e abranger também o binômio família-comunidade:

— Atuar junto ao indivíduo no desenvolvimento das potencialidades físicas e intelectuais que lhe restam.

— Atuar junto à família na orientação efetiva a fim de receber um seu membro incapacitado para a execução de suas antigas tarefas, porém iniciado no desenvolvimento de outras atividades.

— Atuar junto à comunidade no despertar para a realidade de que o ser humano, na sua complexidade, não pode ser marginalizado por lhe faltarem condições de desenvolver as atividades até então vitais ao seu desempenho como cidadão útil, mas sim, que deve ser aceito com suas limitações, potencialidades a desenvolver.

4. O ENFERMEIRO E O PACIENTE EM TRATAMENTO DE LONGA DURAÇÃO — ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

4.1 — A assistência individualizada ao ser humano deve ser meta de toda a equipe de saúde e o enfermeiro, elemento integrante desta equipe não pode atuar diferentemente.

A atenção às necessidades humanas básicas norteará este trabalho. É nossa pretensão tecer alguns comentários so-

bre aquelas que mais freqüentemente, encontram-se afetadas, embora tenhamos consciência de que o número e a intensidade em que cada uma delas necessita de atenção variam com o indivíduo, sua doença, sua personalidade, sua percepção das situações, suas reações emocionais e sua integração na família e comunidade.

A identificação das necessidades afetadas e, conseqüentemente, o planejamento de enfermagem para atendê-las variará com a percepção do enfermeiro e com a sua capacidade de avaliar prioridades.

Esta tarefa não é simples porque deve haver harmonia entre paciente e enfermeiro no estabelecimento das prioridades de assistência, fazendo com que o indivíduo seja participante ativo do seu tratamento, o que certamente contribuirá para evitar conflitos.

A capacidade de escolha do paciente deve ser respeitada na medida em que isto não venha a interferir negativamente no seu tratamento.

As necessidades desses pacientes e anciãos não diferem da dos demais indivíduos, nem são independentes. As alterações emocionais observadas nesses indivíduos são de tal monta que as necessidades da esfera psico-social muitas vezes sobrepujam às da esfera biológica, notadamente afetadas, e interferem no plano de tratamento.

Os objetivos do planejamento de enfermagem na reabilitação devem ser:

1) Propiciar meios para que o indivíduo adquira independência a despeito de suas limitações.

2) Ajudar o ser humano a fazer os ajustamentos para que a vida valha a pena ser vivida.

4.2. ATENÇÃO AS NECESSIDADES DA ESFERA PSICO-BIOLÓGICA

Na esfera das necessidades psicobiológicas, parece-nos que muitas atingem prioridade.

INTEGRIDADE FÍSICA

É uma necessidade afetada em qualquer situação de enfermidade e são as conseqüências desse rompimento que vão definir o plano a ser adotado.

MECÂNICA CORPORAL, MOTILIDADE E LOCOMOÇÃO

O enfermeiro deverá promover meios para evitar deformidades, propiciar atividades físicas que vão desde a movimentação e bom posicionamento no leito até a deambulação.

Estas atividades devem ser orientadas quanto a sua importância, para que eles tenham o mesmo respaldo em domicílio.

OXIGENAÇÃO

As atividades físicas ao ar livre levam a melhorar a circulação e a expansão pulmonar e conseqüentemente a oxigenação.

Os pacientes que têm condições de andar devem ser acompanhados em exercícios programados de marcha e aos que não as têm, devem ser proporcionados passeios em suas cadeiras de rodas.

Lembramos que os pacientes com enfermidades crônicas do aparelho respiratório e os acamados devem ser colocados, sempre que possível, em quartos arejados e longe da poluição.

ATIVIDADE FÍSICA, SONO E REPOUSO

O enfermeiro deverá, além de propiciar meios para que os pacientes possam executar os exercícios, encorajá-los com palavras otimistas, lembrando sempre que os tratamentos fisioterápicos são lentos, mas eficazes, sendo, na realidade, o único meio de que dispõem para sua recuperação.

Devemos incentivar a realização de exercícios sistemáticos, lentos, não competitivos e progressivos na frequência, intensidade e duração.

Pacientes e familiares devem ser orientados para utilizar os recursos da comunidade após a alta.

As atividades no lar são importantes e os pacientes devem ser orientados quanto ao tipo e também quanto ao planejamento dos horários de atividade e repouso.

A necessidade de sono é vital para o ser humano e a vida ociosa pode levar a insônias rebeldes e o conseqüente uso de soníferos.

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

Indivíduos idosos e com limitação de atividades têm necessidades calóricas diminuídas e digestão mais lenta. Aqueles com alterações motoras dos membros superiores têm dificuldades em levar o alimento à boca. O enfermeiro deve orientar os familiares quanto à importância da supervisão do ato de alimentar-se, porém lembrar que os pacientes devem ser ajudados, mesmo que, após a refeição, o ambiente esteja precisando de uma limpeza bem maior do que se eles fossem alimentados por outra pessoa.

É importante explorar as preferências alimentares, a apresentação dos pratos, a variedade e consistência dos alimentos.

Devem ter sempre companhia às refeições e, quando possível, fazê-las à mesa, junto aos demais elementos da família.

A hidratação nesses pacientes, além de uma necessidade básica, vem a colaborar na profilaxia de obstipação intestinal e litíase urinária.

ELIMINAÇÃO

Ao nos referirmos à necessidade de eliminação, não podemos esquecer a

orientação que deve ser dada a estes pacientes, em geral, quanto à importância dos regimes alimentares para a manutenção de uma boa eliminação intestinal.

Há, no entanto, aspectos particularizados que gostaríamos de lembrar neste momento: a reeducação dos colostomizados e dos pacientes com bexiga neurogênica; a eliminação intestinal dos pacientes neurológicos e a orientação quanto ao controle médico e laboratorial, imprescindível aos pacientes portadores de derivações urinárias.

INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA E CUIDADO CORPORAL

A orientação quanto ao cuidado corporal e conseqüentemente a observação da integridade de pele e mucosa, não pode ser esquecida no plano de cuidado de enfermagem. Nos pacientes idosos não são aconselhados os banhos diários, mas sim em dias alternados, o uso de sabões glicerizados, bem como de cremes hidratantes.

Vale ressaltar os cuidados com unhas e pés, principalmente nos pacientes com dificuldades motoras, diabéticos, velhos e aqueles que fazem uso de aparelho ortopédicos.

Deve-se dar ênfase a que todas estas atividades sejam executadas pelo paciente com ajuda ou supervisão da enfermagem ou dos familiares.

SEXUALIDADE

A sexualidade é uma necessidade básica que permanece no ancião, principalmente quando o casal se mantém unido. Há preservação das sensações, libido e até procriação. Este é um aspecto muito importante na orientação de enfermagem aos familiares, sendo necessário chamar a atenção para o fato de que, um casal de velhos não deve ser afastado, mesmo que isto seja mais cômodo para os filhos.

Ressaltamos que há enfermidades que podem determinar impotência ou frigidez permanentes. Outras existem que mutilando o corpo, determinam alterações na percepção da imagem corporal, podendo levar a uma rejeição pelo ato sexual, evitando, assim, mostrar-se ao parceiro. Um exemplo muito gritante disto é o que ocorre com as pacientes mastectomizadas.

Ao planejar a assistência da enfermagem, o enfermeiro deve estar atento para estas ocorrências, de modo que possa fazer os encaminhamentos necessários e sempre que possível orientar.

PERCEPÇÃO SENSORIAL

Muitas enfermidades determinam profundas alterações na percepção sensorial.

Os pacientes cegos, por exemplo, têm condições e capacidade de exercer atividades variadas, bastando para tanto que sejam reeducados e largamente aproveitada a sua percepção tátil, por exemplo.

No plano de orientação para alta a família deve ser orientada para os recursos da comunidade, para medidas que devem ser tomadas em casa a fim de evitar acidentes e tornar o incapacitado visual um indivíduo independente.

4.3. ATENÇÃO AS NECESSIDADES DA ESFERA PSICO-SOCIAL

O atendimento às necessidades psico-sociais dos pacientes depende em grande escala dos familiares e da comunidade. De como estes vêem, avaliam, utilizam, aceitam e recebem de volta os pacientes.

SEGURANÇA

Parece-nos ser, de todas as necessidades afetadas, a que traz a maior profundidade de alteração nestes pacientes.

Implica em segurança física e emocional. O medo de perder o respeito, o "status", a estima dos familiares e amigos, o lugar que ocupa na constelação familiar, do retorno ao hospital, do afastamento dos familiares e da morte, torna-os, quase sempre, inseguros, dependentes e ansiosos.

O trabalho junto ao paciente feito pelos profissionais da equipe de saúde será ineficaz, se não contarmos com a família e a comunidade.

São inúmeras as reinternações motivadas pela ansiedade, resposta à rejeição que estes pacientes sofrem.

AMOR E ACEITAÇÃO

A necessidade de amar inclui os sentimentos de dar e receber.

É uma interação afetiva que envolve a tolerância, o respeito, a valorização do indivíduo como um todo.

O indivíduo é aceito pelos seus na medida em que ele é amado.

LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO

Liberdade de pensar e agir por si mesmo é um desejo de todo ser humano. Credo nisto, é que recomendamos aos enfermeiros evitarem as rotinas rígidas, os horários imutáveis, quando estes pacientes estiverem sob sua guarda.

Deixar que os pacientes façam para si ou para os outros tudo o que possam e queiram, sem apressá-los ou desencorajá-los, é uma atitude positiva e faz com que eles se sintam participantes e encorajados a continuar.

COMUNICAÇÃO

Há enfermidades que acarretam alterações profundas na capacidade de comunicação dos indivíduos. Podemos citar como exemplos os afásicos e laringectomizados. O trabalho da enfermagem deve estar voltado para as medidas que possam ser desenvolvidas, buscando

a aceitação do paciente e a orientação para o uso dos recursos da comunidade.

O contato com outros pacientes ajustados sempre funciona eficazmente.

A vida sem comunicação é impossível. Nesses pacientes, torna-se necessário adaptação tão profunda, que demanda tempo e aceitação da situação por parte do paciente e familiares.

Em qualquer situação, comunicar-se com alguém é muito importante; daí considerarmos aconselhável a valorização das visitas para os pacientes.

GREGÁRIA

O desejo de estar com alguém é comum a todos os indivíduos e a isto não fogem os que apresentam limitações de qualquer espécie.

As atividades em grupos familiares, em grupos comunitários, devem ser proporcionados e incentivados.

Quando hospitalizados, não devem ser colocados em quartos isolados ou enfermarias muito grandes, mas em pequenas enfermarias de três (3) ou quatro (4) leitos e, sempre que possível, respeitando as afinidades entre os pacientes.

As visitas são importantes e por isso devem ser liberadas, sempre incentivadas e até proporcionadas àquelas que não as recebe.

Os familiares podem ser, inclusive, utilizados na prestação de alguns cuidados.

RECREAÇÃO E LAZER

Atividades de recreação e lazer devem ser uma preocupação constante dos administradores hospitalares e de toda a equipe de saúde que atuam em clínicas especializadas e hospitais gerais.

Salas apropriadas com mesas e cadeiras onde os pacientes possam se reunir para jogar, conversar, ler, assistir televisão, ouvir música, costurar, bordar, fazer crochê e tricô seriam o ideal, bem

como a presença e orientação de um recreacionista.

Quando não se puder contar com todos esses recursos, pelo menos que se utilizem jogos mais simples e baratos, jornais, revistas. Visitantes e voluntárias também podem ajudar muito ao que se refere à recreação, participando ativamente sob orientação da equipe de saúde.

AUTO-REALIZAÇÃO

As limitações impostas pelas enfermidades de longa duração, muitas vezes entram em choque com a necessidade de auto-realização do homem.

Dentro dessas limitações, o indivíduo poderá desenvolver potencialidades que o levem a auto-realizar-se como pessoa humana.

AUTO-ESTIMA E AUTO-IMAGEM

A auto-imagem é o núcleo da auto-estima. O ser humano não está preparado para a quebra na harmonia da sua auto-imagem.

As enfermidades prolongadas e mutilantes determinam profundas alterações na percepção da auto-imagem e conseqüentemente alterações profundas na auto-estima.

A atenção da enfermagem é decisiva nas crises de imagem corporal, ajudando na reestruturação desta imagem. Podem ser assim resumidas: escutar o paciente, fortalecer as áreas sadias, encorajar movimentos, estimular interação com outra pessoa, envolver o paciente em seu próprio cuidado, expressar através do cuidado de enfermagem seu próprio cuidado, expressar através de cuidado de enfermagem seu interesse pelo corpo do paciente.

4.4. ATENÇÃO AS NECESSIDADES METAFÍSICAS DA ESFERA PSICO-ESPIRITUAL

As conotações metafísicas de existência humana também devem ser valorizadas.

Não caberia ao enfermeiro alcançar a dimensão dos problemas de fé e filosofia de vida.

Sua responsabilidade está em perceber a existência do problema e encaminhar o indivíduo ao seu orientador espiritual.

CONCLUSÃO

Tendo em vista número crescente de indivíduos idosos e de indivíduos incapacitados, concluímos pela necessidade de:

1. Mudança de visão do enfermeiro, administradores e demais elementos da equipe de saúde, frente à velhice e à enfermidade prolongada.

2. Valorização dos cuidados de enfermagem dispensados a estes pacientes, considerando-os intensivos à assistência de enfermagem.

3. Especialização dos enfermeiros para o cuidado desses pacientes.

O sucesso de toda reabilitação é proporcional ao grau de participação do próprio paciente, da família e da comunidade.

B I B L I O G R A F I A

1. AMORIM, A. G. — Reabilitação em geriatria. Rio de Janeiro. Publicação Merck S.A. — Editora de Publicações Científicas, 3: 1976.
2. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. — Enfermagem médico-cirúrgica. 3.^a ed., Rio de Janeiro. Interamericana, 1977.
3. BROOK, P. A. — Diabetic patients understand of their disiasen end its treatment. *Nurs. Times*, 21:1177, jul. 1977.
4. ESPTEIN, C. — Interação na enfermagem. São Paulo, EPU — Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
5. FORST, W. — Community Narsing and the physically handicapped. *Nurs. Mirror*, 20: 39, jan. 1977.
6. FERREIRA, P. C. A. — Velhice e hospitalização. *Ars Curandi*, 11: 42, março, 1978.
7. LEAVELL, H. & CLARIL, E. G. — Medicina preventiva. Rio de Janeiro, Fundação Nacional de Material Escolar, 1976.
8. MURRAY, L. M. — Wakerley Lodge — A Flexible Programe. *Nurs. Time*, 22: 694, maio, 1977.
9. PAIM, R. et alli — Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, União de Cursos Cariocas, 1977.
10. ROBINSON, W. — Experiment in geriatric care. *Nurs. Time*, 20: 39, jan. 1977.
11. SANTOS, A. C. S. — O velho e a família. *Ars Curandi*. 11: 11, março, 1978.
12. VIEIRA, T. — Importância da imagem corporal na prática de enfermagem. Salvador, 1976. Tese (livre doc.). Escola de Enfermagem Ana Neri, UFRJ.
13. WINTER, C. C. & BAKSER, M. R. — Nursing care of patients with Urologic Diseases. 3.^a ed. Saint Louis, C. V. Mosby Company.