

ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES ENTRE
ENFERMEIRAS E FAMILIARES DE DOENTES
CONTAGIOSOS RECÊM-HOSPITALIZADOS

POR

ANA PALMA SOUZA CAMARGO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - S.C.

1980

ANA PALMA SOUZA CAMARGO

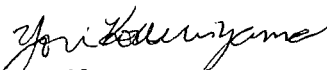
ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES ENTRE ENFERMEIRAS E FAMILIARES DE DOENTES CONTAGIOSOS RECEM-HOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre.

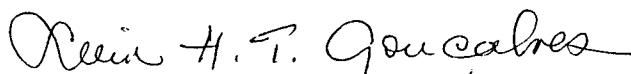
FLORIANÓPOLIS - S.C.

1980

Esta dissertação foi julgada .A.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, .A.provada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.

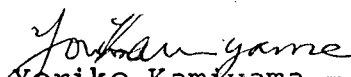

Dr.^a Yoriko Kamiyama

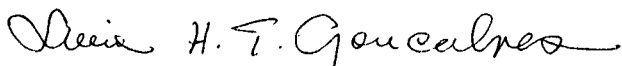
(Orientadora)


Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves

(Coordenadora do Curso)

Apresentação perante a banca examinadora composta das professoras:


Dr.^a Yoriko Kamiyama - Presidente


Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Examinadora


Dr.^a Aracy Witt de Pinho Spinola - Examinadora

A
meu esposo
João
e
a nossos filhos

RICARDO
GUILHERME
LETÍCIA
GABRIEL
CAROLINA

AGRADECIMENTOS

Agradecemos sinceramente

- Ao PICD, CAPES, UFSC, pelo apoio financeiro que facilitou a realização deste trabalho.
- À Dr^a Yoriko Kamiyama, pela orientação constante e segura.
- À Dr^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pela compreensão e sugestões valiosas.
- À Mestre Alacoque Lorenzini, pelo estímulo e ajuda sempre presentes.
- Ao Professor Evaristo Manuel Pereira, pela assessoria estatística.
- À Dioceli Souza Bolsani e Salete Gasperin, minhas irmãs, pela correção ortográfica e tradução da literatura inglesa.
- À Marli e Vitor Mayer, minha irmã e cunhado, pelo apoio e estímulo proporcionados.

- À meu filho Ricardo, pela ajuda na tabulação dos dados.
- Às acadêmicas de Enfermagem, Mércia e Rosângela, pela valiosa colaboração na coleta de dados.
- À Teresinha Mendes Brito, pela dedicação e interesse na execução do trabalho datilográfico.
- Ao Hospital Nereu Ramos, ao Serviço de Enfermagem e ao Serviço Social do Hospital Nereu Ramos, pelo apoio e facilidade proporcionados.
- Aos familiares e Enfermeiras componentes do estudo, pela disponibilidade e colaboração.
- Às Mestras Inez Maria Oro e Lidvina Horr pela presteza em ajudar.
- À minha família pelo apoio sempre presente.
- À todos os que, de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

R E S U M O

ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÕES ENTRE ENFERMEIRA E FAMILIARES DE DOENTES CONTAGIOSOS RECÊM-HOSPITALIZADOS

Trata-se de um estudo comparativo entre as informações consideradas mais importantes por enfermeiras e familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados com relação ao tratamento, doença, rotina e equipe de saúde.

Foram entrevistados 54 familiares e 27 enfermeiras.

Para a coleta de dados utilizaram-se dois formulários específicos aplicados aos familiares e enfermeiras, respectivamente.

Os resultados obtidos, por peculiaridades da amostra, foram submetidos a teste de estatística não-paramétrica, evidenciando que existe concordância entre enfermeiras e familiares quanto ao grau de importância atribuído às informações propostas para estudo.

As duas populações deram grande importância às informações sobre tratamento, doença, rotina e equipe de saúde não havendo a discordância encontrada em estudos semelhantes, entre enfermeiras e pacientes, em que algumas informações foram muito valorizadas pelas enfermeiras e pouco pelos pacientes.

O grau de importância atribuído pelos familiares foi relacionado com sexo, escolaridade, ocupação, parentesco e patologia, verificando-se que o mesmo independe dessas variáveis.

A B S T R A C T

COMPARATIVE ANALYSIS OF INFORMATION AS PROVIDED BY THE NURSE AND RELATIVES OF RECENTLY HOSPITALIZED CONTAGIOUS PATIENTS.

This is a comparative study on the pieces of information as provided by the nurses and relatives of recently hospitalized contagious patients regarding their treatment, disease, procedures and medical staff.

Fifty-four relatives and twenty-seven nurses were interviewed for this purpose.

Two specific forms were utilized for this data survey.

According to the characteristics of the sample, the results obtained were analysed based on non-parametric statistical tests, supplying evidence of agreement between nurses and relatives as to the degree of relevance given to the pieces of information subject to study.

Both groups have given importance to the pieces of information on treatment, disease, procedure and medical staff and there were no divergencies between the information provided by nurses and patients in similar studies, in which some pieces of information were overestimated by the nurses and underestimated by the patients.

The degree of importance given by the relatives was connected to sex, education, occupation, relationship and pathology and it such degree does not depend on these variable items.

S U M Á R I O

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	OBJETIVOS	6
III.	HIPÓTESES	7
IV.	MATERIAL E MÉTODO	8
	1. Variáveis estudadas	8
	1.1. Variável dependente	8
	1.2. Variáveis independentes	9
	2. Caracterização da instituição	12
	3. População	14
	3.1. Familiares	14
	3.2. Enfermeiras	15
	4. Coleta de dados	16
	4.1. Instrumentos e técnicas	16
	4.2. Procedimentos operacionais	18
	5. Tratamento dos dados	19
V.	RESULTADOS	20
VI.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
VII.	CONCLUSÕES	77
VIII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
IX.	ANEXOS	

ÍNDICE DAS TABELAS

TABELA 1	- Enfermeiras segundo o Grau de Importância Atribuído às Informações	26
TABELA 2	- Familiares dos Pacientes segundo o Grau de Importância atribuído as Informações	27
TABELA 3	- Enfermeiras e Familiares de Doentes segundo o Posto do Grau de Importância das Informações sobre Tratamento	30
TABELA 4	- Enfermeiras e Familiares de Doentes Segundo o Posto do Grau de Importância das Informações sobre Doença	32
TABELA 5	- Enfermeiras e Familiares de Doentes Segundo o Posto do Grau de Importância das Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina	34
TABELA 6	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância Atribuído às Informações sobre Tratamento e o Sexo	37
TABELA 7	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Tratamento e a Escolaridade	38

TABELA 8	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Tratamento e a Ocupação	40
TABELA 9	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Tratamento e a Patologia	43
TABELA 10	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído ao Tratamento e o Parentesco	44
TABELA 11	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre a Doença e o Sexo	46
TABELA 12	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doenças e a Escolaridade	48
TABELA 13	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e a Ocupação	50
TABELA 14	- Familiares Segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e a Patologia	51
TABELA 15	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e o Parentesco	53
TABELA 16	- Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre equipe de Saúde e Rotina e o Sexo	55

TABELA 17 -	Familiares segundo o Posto do Grau de <u>Im</u> portância atribuído às Informações so- bre Equipe de Saúde e Rotina e a Escola- ridade	57
TABELA 18 -	Familiares segundo o Posto do Grau de <u>Im</u> portância atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e a Ocupação	59
TABELA 19 -	Familiares segundo o Posto do Grau de <u>Im</u> portância Atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e Patologia	60
TABELA 20 -	Familiares segundo o Posto do Grau de <u>Im</u> portância atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e o Parentesco	62

I - INTRODUÇÃO

Como parte integrante da natureza humana, todo homem tem necessidades básicas que são estados de tensões resultantes dos desequilíbrios homeo-dinâmicos dos fenômenos vitais. Em condições de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam; porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado²⁰.

A doença é uma ameaça ao equilíbrio. É a quebra da harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende à pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária. Ela cria a ansiedade e o medo⁴⁸. Em muitas situações as necessidades da família estão determinadas pelo estado de saúde de seu familiar³⁷.

Pelas interações entre seus membros e a dependência mútua que existe entre eles, a família funciona como uma unidade; os fatores que influem sobre um dos elementos, afetam a todos os demais em maior ou menor grau^{18,41}. É um sistema em que cada um tem seu determinado papel.

A doença pode surgir alterando temporária ou permanentemente esses papéis. Uma vez que os papéis são recíprocos, quando uma pessoa deixa o sistema, todos os membros são afetados^{18,30}.

O estado de saúde de um membro da família e sua reação frente à doença influenciam nos mecanismos físicos e psicológicos de sustentação que atuam dentro da família, e recebem por sua vez a influência destes mecanismos⁴¹. A doença é uma ameaça à integridade da família e aos seus sentimentos de invulnerabilidade e segurança. Independentemente do grau de gravidade, ela lembra a cada familiar que a morte pode ocorrer às pessoas a quem ele está mais ligado emocionalmente¹⁸.

A doença transmissível, por seu caráter infeccioso produzirá, sem dúvida, maiores desequilíbrios podendo levar os familiares de pacientes acometidos por afecção dessa natureza a situações de crise, quando da internação do familiar²⁴.

Os membros da família estão sujeitos aos mesmos sentimentos, com a mesma reação emocional dos pacientes³⁰. Percebem que o familiar foi internado com afecção de natureza contagiosa, doença interpretada por muitos dos próprios pacientes como "uma das piores", "aquela que todos temem e que produz na comunidade "receio", "temor referente ao contágio", "medo" e "afastamento"^{12,27}. Estes fatos ocorrem pela falta de esclarecimentos acerca do assunto, não só por parte do paciente como também de sua família e da comunidade^{9,12,28,50}.

Por esta razão, vários autores consideram a informação à família do doente contagioso, como uma das metas prioritárias na profilaxia das doenças transmissíveis^{2,3,9,12,15,16,23,24,25,26,28,33,43}

AMATO NETO³, diz que uma das medidas mais importantes na profilaxia das doenças transmissíveis é a educação para a saúde.

PIOVESAN⁴⁷, em pesquisa sobre o conhecimento da população a respeito da varíola, objetivando campanha de erradicação, en

controu muitos conhecimentos errôneos, confusos, além de ignorância mesmo em relação às doenças com disponibilidade de recursos profiláticos, o que torna indispensável a orientação sobre medidas de prevenção.

Muitos preconceitos persistem acerca dessas doenças, e a comunidade tende a rejeitar os pacientes contagiosos egressos de Unidades de Isolamento, fatos estes que exigem da enfermeira ênfase à função educativa²⁵.

CUNHA⁷ adverte que uma das mais sérias consequências sociais da doença transmissível é a rejeição pela sociedade, e que é necessário a orientação do público sobre o assunto e um melhor preparo dos profissionais para atuação nessa área.

KAMIYAMA²³, referindo-se a pacientes de hepatite por vírus diz que, tanto estes quanto suas famílias sentem problemas emocionais inerentes à afecção de natureza contagiosa e de evolução demorada, como receio de novos casos na família, dúvidas acerca dos mecanismos de transmissão e dos meios de prevenção, preocupação econômica e estresse emocional. Diz ainda, que a maioria quase nada sabe sobre a moléstia. Quando surge oportunidade para expressarem seus sentimentos e preocupações, tanto pacientes quanto familiares manifestam grande interesse em obter informações sobre a doença, mecanismo de transmissão, tratamento, profilaxia e isolamento.

Os pacientes e suas famílias carecem de uma compreensão segura dos fatos epidemiológicos pertinentes à situação e de como devem tomar as precauções específicas necessárias. O que precisa ser particularmente enfatizado é que o indesejável é o organismo patogênico, e não o paciente. Uma vez que a má compreensão pode gerar a desconfiança, o ressentimento e o medo, é de extrema importância para a enfermeira certificar-se de que o paciente e sua família têm uma compreensão segura da situação¹⁵.

Para HENDERSON¹⁹, o cuidado de enfermagem é uma atividade individualizada e global, que abrange os aspectos físicos, psicológicos e sociais da pessoa assistida. Portanto, a atenção dada à família do paciente é decorrência lógica da assistência de enfermagem a ele prestada, qualquer que seja o tipo de instituição de saúde de onde emane.

O profissional de enfermagem é um comunicador por excelência. A comunicação é seu instrumental de trabalho e deve ser lembrada como meio de atingir a família do doente contagioso como instrumento para propiciar mudanças comportamentais⁴⁸.

Entretanto, para que se efetue essa comunicação é necessário que as informações sejam úteis aos familiares, que vão de encontro às necessidades sentidas por eles. As pessoas só assimilam a informação de que sentem necessidade e/ou que lhes seja inteligível. Para falar com WIENER⁵³... " não é a quantidade de informação emitida que é importante para a ação, mas antes a quantidade de informação capaz de penetrar o suficiente num dispositivo de armazenamento e comunicação de modo a servir como gatilho para a ação".

BERLO⁴, considera a comunicação como um processo mediante o qual transmitem-se mensagens destinadas a gerar conhecimentos para a tomada de decisão. No caso específico do familiar do paciente recém-hospitalizado, o papel da informação é minimizar dúvidas e incertezas, proporcionando segurança e auxiliando na resolução dos problemas que se originaram da enfermidade do paciente⁵⁰.

O caráter infeccioso das doenças transmissíveis faz com que os familiares se mostrem altamente motivados em obter esclarecimentos sobre a doença, sua profilaxia e medidas gerais para promoção e manutenção da saúde²³.

Sabe-se que a motivação exerce influências sobre os proces-

so cognitivos ou seja, dirige para a meta a ser atingida. A meta é uma necessidade não atualizada. É o fim para o qual a motivação da pessoa está dirigida. Se a aprendizagem se efetua, significa que houve satisfação do que estava sendo percebido como necessidade¹⁵.

MURRAY³⁶, diz que outros fatores influem na percepção seletiva de um determinado estímulo, entre aqueles que se impõem a um indivíduo em qualquer momento particular e na maneira como esse estímulo é interpretado.

Para o êxito no atendimento dos familiares é imprescindível o fornecimento das informações consideradas por eles como mais importantes e não somente aquelas qualificadas como prioritárias pelas enfermeiras.

Segundo PIGNATARI⁴⁶, a idéia de informação está sempre ligada à idéia de seleção e escolha. Só pode haver informação onde há dúvida e dúvida implica na existência de alternativas - donde a escolha, seleção, discriminação. Assim, informação pode ser entendida como "instrução seletiva".

Para os familiares, quais seriam essas informações? Quais as informações que a enfermeira considera importantes para esses familiares?

Diante do exposto, parece ser evidente a necessidade de explorar esse aspecto da comunicação, procurando saber quais as informações consideradas prioritárias pelos familiares de pacientes recém-hospitalizados e pelas enfermeiras.

Analisando os pontos de concordância entre ambos, deseja-se obter subsídios para descobrir meios de ações eficientes no atendimento das necessidades cognitivas dos familiares, na fase inicial de hospitalização do doente.

II - OBJETIVOS

Selecionaram-se para este estudo, os seguintes objetivos:

1. Verificar se o grau de importância atribuído pelos familiares de doentes contagiosos às informações relativas a tratamento, doença, equipe de saúde e rotina, difere daquele atribuído pelas enfermeiras.

2. Verificar se existe relação entre o grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre tratamento, doença, equipe de saúde e rotina e:
 - sexo
 - escolaridade
 - ocupação
 - patologia
 - grau de parentesco

III - HIPÓTESES

1. O grau de importância atribuído pelos familiares às informações relativas ao tratamento, doença e equipe de saúde e rotina, não difere daquele atribuído pelas enfermeiras.

2. Existe relação entre o grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre tratamento, doença, equipe de saúde e rotina e:
 - sexo
 - escolaridade
 - ocupação
 - patologia
 - grau de parentesco

IV - MATERIAL E MÉTODO

1. Variáveis estudadas

De acordo com os objetivos propostos foram estudadas as seguintes variáveis:

1.1. Variável dependente

- Grau de importância atribuído às informações relativas a tratamento, doença, equipe de saúde e rotina.

Com base nas informações colhidas nas entrevistas preliminares e em bibliografia disponível, determinaram-se os aspectos a serem avaliados.

O grau de importância às informações sobre tratamento foi medido pelos seguintes itens:

- tempo de hospitalização
- esclarecimentos sobre o tratamento
- duração de tratamento
- caráter doloroso do tratamento
- exames e resultados
- continuação do tratamento em casa

O grau de importância às informações sobre doença foi avaliado pelos aspectos:

- Isolamento
- Agente etiológico
- Sinais e sintomas
- Transmissão
- Sequelas
- Profilaxia
- Desinfecção terminal no domicílio

O grau de importância às informações sobre a equipe hospitalar e rotinas foi avaliado através de itens sobre:

- Equipe hospitalar
- Médico responsável
- Enfermeira-Chefe
- Assistente Social
- Acompanhante
- Horários e rotinas de visita
- Horários de cuidados e tratamentos.

1.2. Variáveis independentes

- Respondente. Os respondentes foram: a enfermeira e o familiar do doente contagioso. O status de cada um e o desempenho de papéis correspondentes poderiam determinar resultados diferentes frente à importância das informações.
- Sexo: foram incluídos ambos os sexos por se acreditar que as diferenças sexuais poderiam influir no grau de importância das informações.

- Patologia: Selecionou-se esta variável para se verificar se os diferentes tipos de doença transmissível influem no grau de importância das informações.

As diversas patologias foram assim agrupadas:

- Doença Infecciosa Aguda Respiratória - DIAR.
 - Tuberculose - Tb
 - Outra
-
- Grau de parentesco: O traço mais importante da família é a dependência emocional entre seus membros. Entretanto nem todos percebem a doença do familiar da mesma maneira. Supõe-se que o grau de parentesco possa influir na avaliação da importância das informações.

Os diversos graus de parentesco foram agrupados na classificação seguinte:

- Cônjuge
 - Pais
 - Irmãos
 - Outros
-
- Ocupação: FONSECA¹⁴, conceitua a ocupação como sendo o exercício de uma função em que o indivíduo realiza tarefas definidas usando outros conhecimentos formais ou adquiridos através da experiência. Com base nessa classificação SILVEIRA⁵⁰ estabeleceu as categorias abaixo relacionadas:

- NÍVEL I - Cargo de ocupação não especializada.
- NÍVEL II - Cargo de ocupação manual especializada
- NÍVEL III - Cargo de supervisão e outras ocupações não manuais, incluindo-se aqui estudantes na fase final do 1º grau.

NÍVEL IV - Cargo de gerência e técnico de nível médio, inclusive estudantes do 2º grau.

NÍVEL V - Profissional liberal e cargos de alta administração, incluindo-se estudante universitário.

O reduzido número de familiares enquadrados nos Níveis IV e V, fez com que os mesmos fossem agrupados ao Nível III.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O trabalho foi realizado em um Hospital da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, especializado em Doenças Transmissíveis (ANEXO 1).

Possui 187 leitos, sendo 150 destinado à Tisiologia e 37 à Moléstias Infecto-Contagiosas.

O percentual de ocupação no período de janeiro a junho de 1979 foi de 43,25 para Tisiologia e 42,36 para Infecto-Contagiosa. A média diária de paciente no referido período foi de 70,9% e 15,5%, respectivamente (ANEXO 2).

A equipe de enfermagem é constituída de 4 Enfermeiras, 9 Técnicos de Enfermagem, 1 Auxiliar de Enfermagem e 38 Atendentes.

O critério de seleção exigido para a internação é a comprovação da moléstia não havendo discriminação quanto a faixa etária, situação sócio-econômica e previdenciária.

O atendimento ao paciente pelo Hospital, se dá normalmente, através de encaminhamento por algum serviço de saúde, quando há suspeita de doença transmissível.

Ao chegar ao Hospital, o paciente passa pelo Setor de Re

gistro geral para fazer a ficha de identificação. Em seguida é encaminhado ao médico para a consulta. Os pacientes em estado grave são imediatamente atendidos pelo médico.

Uma vez comprovada a moléstia, faz-se a internação do paciente. O responsável pelo mesmo é encaminhado ao Serviço Social para que, através da entrevista, seja feita a ficha social do paciente.

Realizada a entrevista, são fornecidas as primeiras informações quanto ao funcionamento do Hospital: normas hospitalares, dias e horário de visita e medidas de prevenção relacionadas com a patologia adquirida pelo paciente.

3. POPULAÇÃO

3.1. Familiares

Foi estudado o universo dos familiares de pacientes com doença transmissível internados no Hospital Nereu Ramos, no período de 18 de Novembro a 18 de Dezembro de 1979 e que preencheram os seguintes critérios:

- familiar de paciente de primeira internação no referido hospital;
- paciente que teve o informante da admissão até a primeira visita;
- informante capaz de manter entrevista e,
- informante que fosse o representante familiar isto é, a pessoa tida como responsável pelo paciente. Em princípio, o pai ou a mãe. Na ausência deles, o responsável.

3.2. Enfermeira

Em virtude do reduzido número de enfermeiras que trabalha no Hospital campo do presente estudo, 4 no período da pesquisa, essa população foi constituída por estas e por todas as enfermeiras dos dois Hospitais Gerais da cidade de Florianópolis, utilizados como campo de estágio pelos alunos de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXOS 3 e 4).

A população amostral das enfermeiras ficou assim, constituída de 27 elementos.

4. COLETA DE DADOS

A obtenção dos dados foi feita através de dois formulários, (ANEXOS 5 e 6) destinados respectivamente à entrevista com o familiar do paciente hospitalizado e com as enfermeiras.

4.1. Instrumentos e técnicas

Para os familiares, inicialmente foram feitas entrevistas informais com perguntas abertas relacionadas às quatro categorias de informações propostas na metodologia: tratamento, doença, rotina e equipe de saúde.

Essas entrevistas foram realizadas com familiares de pacientes internados no Hospital Nereu Ramos, nos dias e horários de visita.

As respostas obtidas nessas entrevistas e os formulários utilizados por SILVEIRA⁵⁰, serviram de base para estruturar perguntas fechadas. As perguntas fechadas segundo WITT⁵⁷, são mais fáceis para o público entender.

O formulário com essas perguntas foi testado várias vezes. Para compor o formulário definitivo, foram selecionadas respostas cuja frequência estivesse acima de 10%.

Além dos tipos de informações consideradas importantes buscar-se-ã o grau de importância atribuído pelos familiares de doentes contagiosos e pelas enfermeiras a essas informações.

Para tanto, utilizaram-se os graus adotados por SILVEIRA⁵⁰ em um estudo sobre a importância das informações ao paciente recém-hospitalizado.

Assim, as respostas sobre a valorização da importância das informações poderão variar entre os graus: "muito", "regular", "pouco" e "nenhum".

Segundo a mesma autora⁵⁰, foi incluído o grau "nenhum" para não induzir os indivíduos a responderem afirmativamente a todas as questões, o que faria com que o instrumento de coleta não proporcionasse precisão, fidegnidade e validade pela anterior suposição de que todas as informações seriam inportantes.

Para as enfermeiras elaborou-se formulário semelhante sô que, com linguagem técnica na redação das perguntas.

KAMIYAMA²², em um estudo sobre a assistência de enfermagem centrada na identidade social do paciente, atribuiu valores numéricos para categorizar a intensidade dos problêmas sentidos pelos pacientes.

Neste estudo, adotou-se a mesma atribuição de valores. A categoria da intensidade das informações consideradas importantes por familiares e enfermeiros, ficou então, da seguinte maneira:

- 0 (não é importante)
- 1 (é pouco importante)
- 2 (é de importância regular)
- 3 (é muito importante)

4.2. Procedimentos operacionais

As entrevistas com familiares de pacientes foram realizadas pela pesquisadora e por duas m^onitoras estudantes de enfermagem previamente treinadas.

Através das três, foi mantido um plantão permanente para que, todos os familiares de pacientes que fossem hospitalizados no espaço de tempo determinado para a pesquisa e que preenchessem os critérios já mencionados, fossem entrevistados.

Se o paciente não tinha familiar na internação, este era entrevistado quando da primeira visita; o mesmo sendo válido para as internações noturnas. O controle foi feito através do Livro de Admissão de Paciente.

As entrevistas das enfermeiras foram realizadas após a coleta de dados da população de pacientes, pelas mesmas entrevistadoras.

5. TRATAMENTO DE DADOS

Para a análise dos resultados encontrados, utilizaram-se testes de estatística não paramétrica (distribution-free test), os quais são apresentados a seguir.

V - RESULTADOS

1. Procedimentos estatísticos de análise dos dados

1.1. - Testes de Hipóteses

As variáveis independentes envolvidas no presente estudo, como se descreve no capítulo específico, são medidas em escala nominal (respondente, sexo, patologia e grau de parentesco) ou ordinal (escolaridade e ocupação).

As variáveis dependentes - grau de importância atribuído às informações sobre tratamento, doença, equipe de saúde e rotina - medem-se em escalas por soma que, apesar da aparência numérica, são, também, escalas ordinais, pois, como bem aponta PHILLIPS⁴⁵, apenas ordena os indivíduos.

A medida das variáveis - expressas em escalas menos complexas que aquelas de intervalo ou razão - ou o não conhecimento prévio da forma por que se distribui a população objeto de pesquisa e, ainda, o trabalho com amostras de tamanho reduzido determinaram a utilização de testes de estatística não-paramétrica.

ca (distribution - free test) que encontram larga aplicação nas ciências do comportamento³⁴.

Assim, foram selecionadas a prova de Mann-Whitney, quando a variável de interesse é dicotomizada e a prova de Kruskal-Wallis se a variável de interesse é classificada em mais de duas categorias.

1.2 - Teste de Mann-Whitney:

A hipótese nula testada é que os dois grupos, em que está dicotomizada a amostra, não diferem na média de suas medidas.

Estuda-se, no caso, a estatística U, definida⁴⁹ pela expressão:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

ou:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

em que:

n_1 é o número de observações do menor grupo;

n_2 é o número de observações do grupo maior;

R_1 é a soma dos postos atribuídos às observações do grupo menor; e

R_2 é a soma dos postos atribuídos às observações do grupo maior (reunidos os dois grupos para fixação dos postos).

Para grandes amostras - assim considerados os casos em que $n_2 > 20$ - a distribuição de U é normal com média igual a :

$$U = \frac{n_1 \cdot n_2}{2}$$

e desvio padrão:

$$U = \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{N(N-1)} \left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum T \right)}$$

sendo:

$T = \frac{t^3 - t}{12}$ onde t é o número de observações empatadas em determinados postos; e

$$N = n_1 + n_2.$$

A significância de um valor U observado é, então, examinada na tabela da normal padronizada¹³, considerada a seguinte transformação:

$$Z = \frac{U - \mu_u}{\sigma_u}$$

Comparada à prova paramétrica correspondente - o teste t de Student - o poder - eficiência³⁵ da prova de Mann - Whitney tende para 95,5% quando N cresce.

1.3 - Teste de Kruskal-Wallis:

Testa-se, no caso, a hipótese nula da inexistência de dife

rença entre os escores médios de cada grupo que constitui a partição da amostra selecionada.

Estuda-se a estatística H definida por:

$$H = \frac{\frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^c \frac{R_i^2}{n_i} - 3(N+1)}{1 - \frac{\sum T}{N^3 - N}}$$

onde:

c é o número de grupos da amostra;

n_i é o número de observações no grupo i ;

$N \sum_{i=1}^c n_i$ é o número total de observações;

R_i é a soma dos postos atribuídos às observações do grupo i (reunidos todos os grupos para fixação dos postos); e

$T = t^3 - t$ sendo t o número de observações empatadas em um mesmo posto.

Para $n_i \gg 3$, H distribui-se ³⁴ aproximadamente χ^2 com grau de liberdade ¹ igual a $c-1$.

Quando comparado à prova paramétrica correspondente - o teste F - a prova de Kruskal-Wallis apresenta poder-eficiência de , aproximadamente, 95,5%.

1.4 - Nível de Significância:

Trabalha-se em todos os casos com:

a) testes bicaudais; e

b) nível de significância - correspondente à probabilidade de ocorrência do erro tipo I - de 5% ($\alpha = 0,05$).

2 - IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS INFORMAÇÕES POR ENFERMEIRAS E FAMILIARES DE PACIENTES.

2.1 - Dados:

A Tabela 1 registra a distribuição das enfermeiras segundo o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento, doença e equipe de saúde e rotina.

O grau de importância, atribuído aos mesmos tipos de informações pelos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados, é mostrado na Tabela 2.

2.2 - Relação entre o grau de Importância Atribuído às Informações sobre Tratamento pelas Enfermeiras e os Familiares de Pacientes.

Consigna-se na Tabela 3 a distribuição dos postos correspondentes aos graus de importância atribuídos, pelas enfermeiras e familiares de pacientes recém-hospitalizados. (considerados em conjunto), às informações sobre tratamento.

Para testar a hipótese nula - não há diferença entre o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento pelas enfermeiras e pelos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados - aplica-se o teste de Mann-Whitney, como definido no item 1.2, aos elementos da Tabela 3.

Tabela 1 - Enfermeiras segundo o Grau de Importância Atribuído às Informações

Grau de Importância	Tipo de Informação		
	Tratamento	Doença	Eq. de Saúde e Rotina
9	-	-	1
11	-	-	1
12	-	-	1
13	-	1	-
14	-	-	1
15	-	-	2
16	2	-	2
17	-	-	1
18	2	2	2
19	4	3	3
20	3	2	4
21	7	3	2
22	3	3	2
23	4	4	4
24	2	9	1

Tabela 2 - Familiares dos Pacientes segundo o Grau de Importância Atribuído às Informações

Grau de Importância	Tipo de Informação		
	Tratamento	Doença	Eq. de Saúde e Rotina
7	-	-	1
11	2	-	-
12	-	-	1
13	-	-	4
14	2	3	3
15	-	1	5
16	1	1	3
17	4	2	1
18	2	-	2
19	1	1	2
20	7	2	2
21	4	5	3
22	5	10	5
23	9	7	4
24	17	22	18

A estatística U vale, portanto:

$$U = 27 \times 54 + \frac{27 \times 28}{2} - 944$$

$$U = 892$$

Sua média é:

$$\mu_u = \frac{27 \times 54}{2}$$

$$\mu_u = 729$$

e o desvio padrão:

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{27 \times 54}{81 \times 80} \cdot \left(\frac{81^3 - 81}{12} - 1.009,5 \right)}$$

$$\sigma_u = 98,670$$

Testando-se a significância de U, vem:

$$Z = \frac{892 - 729}{98,670}$$

$$Z \cong 1,652$$

Como o valor calculado de Z é menor que o tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento pelas enfermeiras é

igual àquele manifestado pelos familiares dos pacientes.

2.3 - Relação entre o Grau de Importância Atribuído às Informações sobre Doença pelas Enfermeiras e pelos Familiares dos Doentes.

A hipótese nula - não há diferença entre o grau de importância atribuído às informações sobre doença pelas enfermeiras e pelos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados - é testada, como no item anterior, pela prova de Mann-Whitney.

Os dados utilizados são os da Tabela 4, que discrimina as enfermeiras e familiares de doentes segundo os postos correspondentes aos graus de importância atribuídos às informações sobre doença.

A estatística U mede:

$$U = 27 \times 54 + \frac{27 \times 28}{2} - 1.031$$

$$U = 805$$

distribuindo-se, normalmente, com média (item 2.2):

$$\mu_u = 729$$

e desvio padrão

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{27 \times 54}{81 \times 80} \left(\frac{81^3 - 81}{12} - 2.827 \right)}$$

$$\sigma_u = 96,576$$

A significância de U é dada por:

Tabela 3 - Enfermeiras e Familiares de Doentes segundo o Posto do Grau de Importância das Informações sobre Tratamento.

Posto	Respondente		T
	Enfermeira	Familiar	
1,5	-	2	0,5
3,5	-	2	0,5
6,0	2	1	2,0
9,5	-	4	5,0
13,5	2	2	5,0
18,0	4	1	10,0
25,5	3	7	82,5
36,0	7	4	110,0
45,5	3	5	42,0
56,0	4	9	182,0
72,0	2	17	570,0
	R ₁ : 944	R ₂ : 2.377	Σ T: 1.009,5

$$z = \frac{805 - 729}{96,576}$$

$$z \approx 0,787$$

Sendo o Z calculado menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é, pois, pela inexistência de diferença entre o grau de importância atribuído às informações sobre doença pelas enfermeiras e pelos familiares dos doentes.

2.4 - Relação entre o Grau de Importância Atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina pelas Enfermeiras e pelos Familiares dos Doentes:

Para testar a hipótese nula - inexistência de diferença entre o grau de importância atribuído às informações sobre equipe de saúde e rotina pelas enfermeiras e pelos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados - utiliza-se, como nos dois itens anteriores, a prova de Mann-Whitney.

A Tabela 5 mostra a distribuição das enfermeiras e familiares de doentes segundo os postos correspondentes aos graus de importância atribuídos às informações sobre equipe de saúde e rotina. A estatística U, definida no item 1.2, calculada com esses dados é:

$$U = 27 \times 54 + \frac{27 \times 28}{2} - 934,5$$

$$U = 901,5$$

A estatística U distribui-se normalmente com média (item 2.2):

$$\mu_u = 729$$

Tabela 4 - Enfermeiras e Familiares de Doentes Segundo o Posto do Grau de Importância das Informações sobre Doença

Posto	Respondente		T
	Enfermeira	Familiar	
1,0	1	-	-
3,0	-	3	2,0
5,0	-	1	-
6,0	-	1	-
7,5	-	2	0,5
9,5	2	-	0,5
12,5	3	1	5,0
16,5	2	2	5,0
22,5	3	5	42,0
33,0	3	10	182,0
45,0	4	7	110,0
66,0	9	22	2.480,0
	R ₁ : 1.031	R ₂ : 2.290	Σ T: 2.827,0

e desvio padrão:

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{27 \times 54}{81 \times 80} \left(\frac{81^3 - 81}{12} - 731,5 \right)}$$

$$\sigma_u = 98,987$$

Para verificar a significância de U, tem-se:

$$z = \frac{901,5 - 729}{98,987}$$

$$z \approx 1,743$$

Como o valor calculado de Z é menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%, a hipótese nula não pode ser rejeitada.

Conclui-se, assim, pela inexistência de diferença entre o grau de importância atribuído às informações sobre equipe de Saúde e rotina pelas enfermeiras e pelos familiares dos doentes contagiosos recém-hospitalizados.

Tabela 5 - Enfermeiras e Familiares de Doentes Segundo o Posto do Grau de Importância das Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina

Posto	Respondente		T
	Enfermeira	Familiar	
1,0	-	1	-
2,0	1	-	-
3,0	1	-	-
4,5	1	1	0,5
7,5	-	4	5,0
11,5	1	3	5,0
17,0	2	5	28,0
23,0	2	3	10,0
26,5	1	1	0,5
24,5	2	2	5,0
34,0	3	2	10,0
39,5	4	2	17,5
45,0	2	3	10,0
51,0	2	5	28,0
58,5	4	4	42,0
72,0	1	18	570,0
	R ₁ :	R ₂ :	Σ T:
	934,5	2.366,5	731,5

3 - GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO PELOS FAMILIARES ÀS INFORMAÇÕES SOBRE TRATAMENTO.

3.1 - Relação com o Sexo:

Para testar se (hipótese nula) o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento por familiar do sexo feminino é igual àquele manifestado por familiar do sexo masculino, construiu-se a Tabela 6, a cujos dados foi aplicada a prova de Mann-Whitney, como definida no item 1.2.

Tem-se para medida da estatística U:

$$U = 20 \times 34 + \frac{20 \times 21}{2} = 535,5$$

$$U = 354,5$$

A média da distribuição de U é:

$$\mu_u = \frac{20 \times 34}{2}$$

$$\mu_u = 340$$

e o desvio padrão:

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{20 \times 34}{54 \times 53} \left(\frac{54^3 - 54}{12} - 517,5 \right)}$$

$$\sigma_u \approx 54,715$$

verificando a significância de U, vem:

$$z = \frac{354,5 - 340}{54,715}$$

$$z = 0,265$$

Como esse valor é menor que o valor tabulado de z (1,96) para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento independe do sexo do familiar do doente.

3.2 - Relação com a Escolaridade:

A Tabela 7 registra os familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados segundo o posto do grau de importância atribuído ao tratamento e à escolaridade do familiar.

Aplica-se aos elementos da tabela, para testar a hipótese de nulidade - o grau de importância atribuído ao tratamento é o mesmo para os diferentes níveis de escolaridade do familiar do doente - a prova de Kruskal-Wallis.

Como se define em 1.3, a estatística H tem por medida:

$$H = \frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(148,5)^2}{6} + \frac{(471,0)^2}{19} + \frac{(350,5)^2}{11} + \frac{(141,0)^2}{7} + \frac{(374,0)^2}{11} \right] - 3 \times 55$$
$$1 - \frac{6.210}{54^3 - 54}$$

$$H \cong 5,208$$

Este valor é menor que o χ^2 tabulado (9,488) para 4 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, assim,

Tabela 6 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância
Atribuído às Informações sobre Tratamento e o
Sexo

Posto	Sexo		T
	Masculino	Feminino	
1,5	1	1	0,5
3,5	2	-	0,5
5,0	-	1	-
7,5	1	3	5,0
10,5	-	2	0,5
12,0	-	1	-
16,0	3	4	28,0
21,5	3	1	5,0
26,0	2	3	10,0
33,0	1	8	60,0
46,0	7	10	408,0
	R ₁ :	R ₂ :	Σ T:
	535,5	949,5	517,5

Tabela 7 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Tratamento e a Escolaridade

Posto	Escolaridade					T
	Analfabeto	Primário Incompleto	Primário Completo	Ginásial Incompleto	Ginásial Completo e mais	
1,5	1	-	-	1	-	6
3,5	-	-	-	2	-	6
5,0	-	1	-	-	-	-
7,5	-	1	2	1	-	60
10,5	-	2	-	-	-	6
12,0	-	-	1	-	-	-
16,0	1	4	-	-	2	336
21,5	-	3	1	-	-	60
26,0	2	1	1	-	1	120
33,0	1	3	-	1	4	720
46,0	1	4	6	2	4	4.896
	R ₁ : 148,5	R ₂ : 471,0	R ₃ : 350,5	R ₄ : 141,0	R ₅ : 374,0	ΣT: 6.210

rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, portanto, que o grau de importância atribuído ao tratamento pelos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizado independe da escolaridade do familiar.

3.3 - Relação com a Ocupação:

Tem-se na Tabela 8 a distribuição dos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados segundo o posto do grau de importância atribuído ao tratamento e a ocupação do familiar.

Pode-se testar então ~ mediante o emprego da prova de Kruskal-Wallis (definida em 1.3) - a hipótese (nula) de o grau de importância atribuído ao tratamento ser o mesmo entre os diferentes grupos de ocupação dos familiares.

Usa-se a estatística H, cujo valor é:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} \left(\frac{1.060^2}{40} + \frac{213^2}{6} + \frac{212^2}{8} \right) - 3 \times 55}{0,960.548.9}$$

$$H \cong 1,817$$

Sendo o valor de H menor que o do $\chi^2(5,991)$ para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é, portanto, que o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento é independente da ocupação do familiar.

3.4 - Relação com a Patologia

No caso, a hipótese nula a ser testada é: o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento pelo familiar

Tabela 8 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Tratamento e a Ocupação.

Posto	Ocupação		
	Nível I	Nível II	Nível III e mais
1,5	2	-	-
3,5	2	-	-
5,0	1	-	-
7,5	2	1	1
10,5	2	-	-
12,0	1	-	-
16,0	5	-	2
21,5	2	1	1
26,0	4	-	1
33,0	8	-	1
46,0	11	4	2
	R ₁ : 1.060	R ₂ : 213	R ₃ : 212

de doente contagioso não se diferencia relativamente à patologia.

Para tal aplica-se, como definido em 1.3, o teste de Kruskal-Wallis aos dados da Tabela 9.

Tem-se, então:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(483,5)^2}{19} + \frac{(682,0)^2}{23} + \frac{(319,5)^2}{12} \right] - 3 \times 5 \times 5}{0,960.548.9}$$

$$H \cong 0,823$$

O valor da estatística H é menor que o do χ^2 (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento pelos familiares independe da patologia.

3.5 - Relação com o Parentesco:

Para verificar se o parentesco influi sobre o grau de importância atribuído pelo familiar às informações sobre tratamento (a hipótese nula, testada, é pela independência), utiliza-se, ainda, a prova de Kruskal-Wallis.

Calculando-se a estatística H (item 1.3) a partir dos dados da Tabela 10, vem:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(220,0)^2}{8} + \frac{(800,5)^2}{29} + \frac{(218,0)^2}{8} + \frac{(246,5)^2}{9} \right] - 3 \times 5 \times 5}{0,960.548.9}$$

$$H \cong 0,004$$

Por ser o valor da estatística menor que o valor do χ^2 (7,813) para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%, a hipótese nula não pode ser rejeitada.

A conclusão é que o grau de Importância atribuído pelo familiar às informações sobre tratamento independe do parentesco.

Tabela 9 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Tratamento e a Patologia

Posto	Patologia		
	D I A R *	Tuberculose	Outra
1,5	1	1	-
3,5	-	2	-
5,0	-	-	1
7,5	2	1	1
10,5	-	-	2
12,0	1	-	-
16,0	4	2	1
21,5	2	2	-
26,0	2	3	-
33,0	2	3	4
46,0	5	9	3
	R ₁ : 483,5	R ₂ : 682,0	R ₃ : 319,5

* Doença Infecciosa Aguda Respiratória

Tabela 10 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído ao Tratamento e o Parentesco

Posto	Parentesco			
	Cônjuge	Pais	Irmãos	Outro
1,5	-	1	-	1
3,5	1	-	1	-
5,0	1	-	-	-
7,5	-	3	1	-
10,5	-	1	-	1
12,0	-	1	-	-
16,0	-	5	1	1
21,5	1	2	-	1
26,0	2	2	-	1
33,0	-	5	3	1
46,0	3	9	2	3
	R ₁ 220,0	R ₂ : 800,5	R ₃ : 218,0	R ₄ : 246,5

4 - GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO PELOS FAMILIARES ÀS INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇA

4.1 - Relação com o Sexo:

A Tabela 11 registra a distribuição dos familiares segundo o posto do grau de importância atribuído às informações sobre doença e o sexo.

A hipótese nula estudada é: o grau de importância atribuído por familiares do sexo masculino é igual ao grau de importância atribuído por familiares do sexo feminino.

A prova estatística empregada é o teste de Mann-Whitney. Conforme definido em 1.2, tem-se:

$$U = 20 \times 34 + \frac{20 \times 21}{2} - 543,5$$

$$U = 346,5$$

cuja distribuição é normal com média (3.1):

$$\mu_u = 340$$

e desvio padrão igual a

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{20 \times 34}{54 \times 53} \left(\frac{54^3 - 54}{12} - 1.009 \right)}$$

$$\sigma_u \cong 53,637$$

Tabela 11 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre a Doença e o Sexo

Posto	Sexo		T
	Masculino	Feminino	
2,0	3	-	2,0
4,0	-	1	-
5,0	-	1	-
6,5	-	2	0,5
8,0	-	1	-
9,5	1	1	0,5
13,0	4	1	10,0
20,5	2	8	82,5
29,0	-	7	28,0
43,5	10	12	885,5
	R ₁ :	R ₂ :	Σ T:
	543,5	941,5	1.009,0

Para verificar a significância de U, faz-se:

$$Z = \frac{346,5 - 340}{53,637}$$

$$Z \cong 0,121$$

Sendo o valor calculado de Z menor que o valor tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se que o grau de importância atribuído às informações sobre doença por familiares do sexo masculino não difere do dos familiares do sexo feminino.

4.2 - Relação com a Escolaridade:

Para testar (hipótese de nulidade) se o grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre doença não difere conforme a escolaridade, aplica-se a prova de Kruskal - Wallis (item 1.3) aos dados da Tabela 12.

Tem-se, então, para valor da estatística H.

$$H = \frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(128,0)^2}{6} + \frac{(536,0)^2}{19} + \frac{(330,5)^2}{11} + \frac{(103,0)^2}{7} + \frac{(387,5)^2}{11} \right] - 3 \times 55$$
$$1 - \frac{12.108}{54^3 - 54}$$

$$H \cong 9,236$$

O valor de H é menor que o valor de X^2 (9,488) para 4 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, por conseguinte, rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é que o grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre doença independe da escolaridade.

Tabela 12 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e a Escolaridade

Posto	E s c o l a r i d a d e					T
	Analfabeto	Primário incompleto	Primário Completo	Ginásial Incompleto	Ginásial Completo e mais	
2,0	-	-	-	3	-	24
4,0	-	-	-	1	-	-
5,0	-	-	1	-	-	-
6,5	1	1	-	-	-	6
8,0	1	-	-	-	-	-
9,5	-	1	1	-	-	6
13,0	-	2	2	-	1	120
20,5	2	5	-	1	2	990
29,0	1	3	1	1	1	336
43,5	1	7	6	1	7	10.626
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :	R ₄ :	R ₅ :	Σ T.
	128,0	536,0	330,5	103,0	387,5	12.108

4.3 - Relação com a Ocupação

Para verificar se a ocupação influencia o grau de importância atribuído pelo familiar às informações sobre doença, utiliza-se a prova de Kruskal-Wallis, testando-se a hipótese (nula) de independência entre as variáveis.

A estatística H (definida no item 1.3) é calculada a partir dos elementos da tabela 13. Obtém-se, assim:

$$H = \frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(1.055,0)^2}{40} + \frac{(196,5)^2}{6} + \frac{(233,5)^2}{8} \right] - 3 \times 55$$

0,923.079.9

$$H \cong 1,045$$

Sendo o valor de H menor que o do χ^2 (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, portanto, que o grau de importância atribuído pelo familiar às informações sobre doença independe da ocupação.

4.4 - Relação com a Patologia:

Tem-se na Tabela 14 a distribuição dos familiares segundo o grau de importância atribuído às informações sobre doença e a patologia do paciente.

Sobre esses dados aplica-se a prova de Kruskal-Wallis para testar a hipótese de nulidade: o grau de importância atribuído às informações é o mesmo para as diferentes patologias.

Tem-se, conforme definição do item 1.3:

Tabela 13 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e a Ocupação

Posto	Ocupação		
	Nível I	Nível II	Nível III e mais
2,0	3	-	-
4,0	1	-	-
5,0	1	-	-
6,5	2	-	-
8,0	1	-	-
9,5	1	1	-
13,0	1	1	3
20,5	9	-	1
29,0	7	-	-
43,5	14	4	4
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	1.055,0	196,5	233,5

Tabela 14 - Familiares Segundo O Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e a Patologia

Posto	Patologia		
	D I A R *	Tuberculose	Outra
2,0	-	3	-
4,0	1	-	-
5,0	1	-	-
6,5	1	-	1
8,0	1	-	-
9,5	-	1	1
13,0	2	2	1
20,5	4	2	4
29,0	4	2	1
43,5	5	13	4
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :
	465	706	314

* Doença Infecciosa Aguda Respiratória

$$H = \frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{465^2}{19} + \frac{706^2}{23} + \frac{314^2}{12} \right] - 3 \times 55$$
$$0,923.079.9$$

$$H \cong 1,883$$

O valor de H é menor que o do $\chi^2(5,991)$ para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode rejeitar, portanto, a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído às informações pelos familiares é independente da patologia.

4.5 - Relação com o Parentesco:

Os dados da Tabela 15 são utilizados para testar a hipótese (nula): o grau de importância atribuído às informações sobre a doença pelos familiares é o mesmo, qualquer que seja o parentesco com o doente.

Na aplicação da prova de Kruskal-Wallis (item 1.3), determina-se a estatística H.

$$H = \frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(190,5)^2}{8} + \frac{(765,5)^2}{29} + \frac{(231,0)^2}{8} + \frac{(298,0)^2}{9} \right] - 3 \times 55$$
$$0,923.079.9$$

$$H \cong 1,937$$

Como H é menor que $\chi^2(7,815)$ para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído às informações sobre a doença pelos familiares não é diferenciado em razão do parentesco.

Tabela 15 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Doença e o Parentesco

Posto	Parentesco			
	Conjuge	Pais	Irmãos	Outro
2,0	1	-	1	1
4,0	-	1	-	-
5,0	-	1	-	-
6,5	1	1	-	-
8,0	-	1	-	-
9,5	1	1	-	-
13,0	1	2	2	-
20,5	-	9	-	1
29,0	1	3	1	2
43,5	3	10	4	5
	R ₁ : 190,5	R ₂ : 765,5	R ₃ : 231,0	R ₄ : 298,0

5 - GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDO PELOS FAMILIARES ÀS INFORMAÇÕES SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE E ROTINA

5.1 - Relação com o Sexo:

Testa-se a hipótese nula - o grau de importância atribuído às informações sobre a equipe de saúde e rotina por familiares do sexo masculino é igual àquele atribuído por familiares do sexo feminino - mediante a prova de Mann-Whitney, como definido em 1.2.

Utilizando-se os dados da Tabela 16, vem:

$$U = 20 \times 34 + \frac{20 \times 21}{2} = 536$$

$$U \approx 354$$

A distribuição de U é normal com média (3.1):

$$\mu_u = 340$$

e desvio padrão:

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{20 \times 34}{54 \times 53} \left(\frac{54^3 - 54}{12} - 522 \right)}$$

$$\sigma_u \approx 54,705$$

Para verificar a significância de U, faz-se:

Tabela 16 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e o Sexo

Posto	Sexo		T
	Masculino	Feminino	
1,0	1	-	-
2,0	-	1	-
4,5	2	2	5,0
8,0	2	1	2,0
12,0	2	3	10,0
16,0	-	3	2,0
18,0	-	1	-
19,5	1	1	0,5
21,5	-	2	0,5
23,5	-	2	0,5
26,0	-	3	2,0
30,0	3	2	10,0
34,5	3	1	5,0
45,5	6	12	484,5
	R ₁ :	R ₂ :	Σ T:
	536	949	522,0

$$z = \frac{354 - 340}{54,705}$$

$$z = 0,256$$

O valor calculado de z é menor que o tabulado (1,96) para o nível de significância de 5%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído pelo familiar às informações sobre equipe de saúde e rotina independe do sexo.

5.2 - Relação com a Escolaridade:

Tem-se, na Tabela 17, a distribuição dos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados segundo o grau de importância atribuído às informações sobre equipe de saúde e rotinas e a escolaridade.

Para o teste da hipótese nula - o grau de importância é o mesmo para os diferentes níveis de escolaridade dos familiares - emprega-se a prova de Kruskal-Wallis, como descrita no item 1.3.

Tem-se, então:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(136,5)^2}{6} + \frac{(487,5)^2}{19} + \frac{(340,5)^2}{11} + \frac{(146,0)^2}{7} + \frac{(374,5)^2}{11} \right] - 3 \times 55}{1 - \frac{6.264}{54^3 - 54}}$$

$$H \cong 4,676$$

Como o valor de H é menor que o do $X^2(9,488)$ para 4 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Tabela 17 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e a Escolaridade

Posto	Escolaridade					T
	Analfabeto	Primário Incompleto	Primário Completo	Ginasial Incompleto	Ginasial Completo e mais	
1,0	-	-	1	-	-	-
2,0	-	1	-	-	-	-
4,5	-	2	-	2	-	60
8,0	-	1	-	2	-	24
12,0	-	4	-	-	1	120
16,0	2	1	-	-	-	24
18,0	1	-	-	-	-	-
19,5	-	-	2	-	-	6
21,5	-	-	2	-	-	6
23,5	-	-	-	-	2	6
26,0	2	1	-	-	-	24
30,0	-	2	1	1	1	120
34,5	1	-	-	-	3	60
45,5	-	7	5	2	4	5.814
	R ₁ : 136,5	R ₂ : 487,5	R ₃ : 340,5	R ₄ : 146,0	R ₅ : 374,5	Σ T: 6.264

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre equipe de saúde e rotina independe da escolaridade.

5.3 - Relação com a ocupação:

Registra-se na Tabela 18 a distribuição dos familiares segundo o posto do grau de importância atribuído às informações sobre equipe de saúde e rotina e a ocupação.

A hipótese nula - o grau de importância é o mesmo para as diferentes espécies de ocupação dos familiares - é testada pela prova de Kruskal-Wallis (item 1.3). Assim:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} + \frac{(1.064,5)^2}{40} + \frac{(187,0)^2}{6} + \frac{(233,5)^2}{8} - 3 \times 55}{0,960.205.8}$$

$$H \approx 0,568$$

Sendo H menor que o χ^2 (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

A conclusão é pela independência entre o grau de importância atribuído às informações sobre equipe de saúde e rotina e a ocupação do familiar.

5.4 - Relação com a Patologia:

Para testar (hipótese nula) se o grau de importância atribuído às informações sobre equipe de saúde e rotina pelos familiares é o mesmo para as diferentes patologias do paciente, aplica-se aos dados da Tabela 19 a prova de Kruskal-Wallis, como explicado em 1.2.

Tabela 18 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e a Ocupação

Posto	Ocupação		
	Nível I	Nível II	Nível III e mais
1,0	-	1	-
2,0	1	-	-
4,5	4	-	-
8,0	3	-	-
12,0	3	-	2
16,0	3	-	-
18,0	1	-	-
19,5	-	1	1
21,5	2	-	-
23,5	2	-	-
26,0	3	-	-
30,0	3	1	1
34,5	2	-	2
45,5	13	3	2
	R ₁ : 1.064,5	R ₂ : 187,0	R ₃ : 233,5

Tabela 19 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância Atribuido às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e a Patologia

Posto	Patologia		
	D I A R	Tuberculose	Outra
1,0	1	-	-
2,0	1	-	-
4,5	3	1	-
8,0	1	2	-
12,0	1	1	3
16,0	1	2	-
18,0	1	-	-
19,5	-	2	-
21,5	2	-	-
23,5	-	1	1
26,0	1	-	2
30,0	-	4	1
34,5	1	3	-
45,5	6	7	5
	R ₁ : 447	R ₂ : 669	R ₃ : 369

A estatística H é dada por:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} \left(\frac{447^2}{19} + \frac{669^2}{23} + \frac{369^2}{12} \right) - 3 \times 55}{0,960.250.8}$$

$$H \cong 2,039$$

O valor de H é menor que o do χ^2 (5,991) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, assim, que o grau de importância atribuído às informações sobre equipe de Saúde e rotina, pelos familiares, independe da patologia do paciente.

5.5 - Relação com o Parentesco:

A Tabela 20 mostra a distribuição dos familiares segundo o posto do grau de importância atribuído às informações sobre equipe de Saúde e rotina e o parentesco.

Aplica-se aos dados da tabela a prova de Kruskal-Wallis - como descrita em 1.3 - para testar a hipótese (nula) de independência entre as variáveis:

Tem-se assim:

$$H = \frac{\frac{12}{54 \times 55} \left[\frac{(232,5)^2}{8} + \frac{(751,5)^2}{29} + \frac{(241,0)^2}{8} + \frac{(260,0)^2}{9} \right] - 3 \times 55}{0,960.205.8}$$

$$H \cong 0,694$$

Como o valor de H é menor que o valor de χ^2 (7,815) para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Tabela 20 - Familiares segundo o Posto do Grau de Importância atribuído às Informações sobre Equipe de Saúde e Rotina e o Parentesco

Posto	Parentesco			
	Cônjuge	Pais	Irmãos	Outro
1,0	-	1	-	-
2,0	-	1	-	-
4,5	-	3	-	1
8,0	1	1	1	-
12,0	1	2	-	2
16,0	1	2	-	-
18,0	-	1	-	-
19,5	-	-	1	1
21,5	-	2	-	-
23,5	-	1	1	-
26,0	-	3	-	-
30,0	2	1	1	1
34,5	-	2	2	-
45,5	3	9	2	4
	R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :	R ₄ :
	232,5	751,5	241,0	260,0

Conclui-se, portanto, que o grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre equipe de saúde e rotina independe do parentesco.

VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Importância atribuída às informações por enfermeiras e familiares de doentes contagiosos.

Os resultados obtidos evidenciam que o grau de importância atribuído pelas enfermeiras e pelos familiares de doentes contagiosos às informações, é o mesmo, o que se verifica nas tabelas 1 e 2.

A concordância entre as duas populações amostrais foi verificada nas categorias: tratamento, doença, e equipe hospitalar e rotina.

Uma vez que o familiar nessa fase inicial de hospitalização do doente aproveita apenas as informações que percebe como de real interesse, é indispensável que haja certa concordância na percepção entre ele e a enfermeira quanto às informações consideradas mais importantes, o que constitui requisito primeiro na comunicação entre ambos⁵⁰.

Somente através de uma interação efetiva com a família do doente contagioso é que a enfermeira toma conhecimento de suas necessidades para poder satisfazê-las.

Assim agindo, evitarã emissão de mensagens desnecessãrias ou daquelas que não serã decodificadas pelo familiar, ambas, sem efeito na reduçã do estresse emocional e na satisfaçã de suas expectativas. Estas, por sua vez, deverã servir de orientaçã para o trabalho da enfermeira, uma vez que o equilíbri^o no seu relacionamento com o doente e sua família depende do grau de complementariedade que deve existir no desempenho de seus papéis⁵⁰.

A respeito da importãncia dos efeitos emocionais da satisfaçã da necessidade de informaçã, é sabido que, as pessoas que fornecem informaçõs claras, precisas e satisfatõrias, representam fonte segura de contato interpessoal⁵¹.

Cabe à enfermeira grande responsabilidade nesse sentido, principalmente quando se sabe que o atendimento dessa necessidade poderã ser requisito prãvio para satisfaçã das demais necessidades dos pacientes e familiares³¹.

No decurso de suas atividades profissionais, ela tem potencial para uma interaçã construtiva com os pacientes e suas famílias e, conhecendo suas expectativas, poderã dar contribuiçã independente e eficiente à equipe hospitalar e desempenhar o seu prõprio papel²².

Para que essa interaçã seja positiva é necessãrio que, não sã a enfermeira, mas os demais participantes da situaçã reconheçam seus status e desempenhem seus papãis correspondentes, dinãmica essa que decorre da percepçã situacional de cada pessoa²².

Alguns trabalhos realizados mostram que entre enfermeiras e pacientes há acentuada discordãncia quanto às informaçõs sobre o tratamento e a doença os quais sã altamente valorizados pelos pacientes e pouco pelas enfermeiras. Estas, por outro lado, dão importãncia a aspectos como ambiente, equipe e rotina que para o paciente nada significam^{11,50}.

Tal discordância não foi encontrada entre enfermeiras e familiares, quanto às mesmas informações, como ficou demonstrado neste estudo.

Isto talvez, se deva ao fato de que cada uma das identificações: paciente, familiar e enfermeiro, constitui um status e carrega consigo expectativas de comportamento mais ou menos definido⁶.

Os papéis e status segundo CHINYOY⁸, se constroem sobre vários tipos de alicerce. Certas características biológicas são às vezes tomadas como base de status e papéis distintos. Para PARSONS⁴⁴, a pessoa doente ocupa uma posição definida que permite, estimula e até requer certos tipos de comportamento.

Familiares e enfermeiras são tidos como pessoas sadias. Seus status são construídos sobre outras bases, o que poderá esclarecer a semelhança existente entre o grau de importância atribuído por ambos às informações.

Paciente, familiar e enfermeira têm que se conscientizar de seus status e dos papéis correspondentes, ou seja, o paciente de compreender a situação em que se encontra; o familiar de assumir as mudanças trazidas pela doença de um membro da família e a enfermeira procurando estabelecer interação com o paciente com o objetivo de identificar os problemas decorrentes das alterações no seu estado de saúde, para ajudá-lo no ajustamento a essas modificações.

A seguir, discutem-se os resultados, na mesma ordem em que foram apresentados.

1.1. Relação entre o grau de importância atribuído às informações sobre tratamento pelas Enfermeiras e familiares de doentes contagiosos.

Observa-se na tabela 3 a distribuição dos postos correspondentes às informações sobre tratamento. Aplicado o teste de Mann-Whitney a estes elementos conclui-se que o grau de importância atribuído pelas enfermeiras é igual àquele manifestado pelos familiares.

Dos níveis de resposta às diferentes variedades de informações relativas ao tratamento, avaliadas pelos familiares, a 'instrução sobre a continuação do tratamento em casa', foi a mais qualificada no grau "muito importante".

A capacidade do familiar em participar do tratamento do doente é muitas vezes subestimada. No entanto, ficou claro o seu interesse em receber orientação sobre o assunto.

Por outro lado, em estudo sobre a assistência centrada na identidade social do paciente, KAMYIAMA²² observou que os problemas sentidos pelos pacientes por ocasião da alta, em relação à necessidade de informação, são esclarecimentos que eles gostariam de ter tido, mas que não lhes foram ministrados de forma suficiente.

BRUNNER & SUDDARTH⁵ dizem que, no período que precede a alta, é comum o doente sentir incertezas, ambiguidades e dúvidas principalmente quando o tratamento precisa ser continuado no domicílio. Assim ocorre com o doente de hepatite infecciosa que, após a alta, além de manter o tratamento médico indicado, necessita de cuidados específicos pertinentes ao isolamento que deve ser improvisado no domicílio²².

Por tais razões, é de suma importância que o enfermo, ao deixar o hospital tenha sido preparado para assumir gradativamente as posições das quais havia se afastado ao ser hospitalizado²², e o familiar tenha recebido orientação de como auxiliá-lo.

Em boletim da Organização Mundial da Saúde³⁹, encontra-se recomendação aos profissionais para que, frente a um diagnóstico de tuberculose, pacientes e familiares sejam esclarecidos sobre a doença e, em ocasiões posteriores, sobre a natureza da quimioterapia, a duração do ciclo terapêutico e a necessidade de segui-lo regularmente. Faz-se ainda, sugestões para que a supervisão do paciente que auto-administra seus medicamentos seja feita por um membro da família.

As enfermeiras, reconhecendo a necessidade de 'dar instruções aos familiares sobre a continuação do tratamento' do familiar em casa, estão conscientes do papel que estes devem desempenhar no plano terapêutico do doente. A totalidade das entrevistas atribuiu o grau "muito importante" a este item.

A tarefa de ensinar é considerada como uma das funções primordiais da enfermeira e a Enfermagem em Doenças Transmissíveis, uma das áreas em que tal atividade é de extrema importância^{24,38}.

É necessário que os hospitais dessa especialidade procurem facilitar o desenvolvimento dessa função. O Hospital Emílio Ribas, especializado em Doenças Transmissíveis, possui um Setor de Enfermagem de Saúde Pública cujo programa engloba atividades de orientação a pacientes e familiares. Sendo o principal campo de estágio dos estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na disciplina em pauta, desenvolve desde 1975 um trabalho integrado Hospital - Escola com programação formal das atividades discentes na orientação à saúde e destinadas aos familiares de pacientes internados. A experiência tem sido considerada válida do ponto de vista assistencial²⁴.

A necessidade da ação educativa da enfermeira junto ao paciente e familiares deve levar o docente da disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis a mobilizar os recursos da escola e da comunidade a fim de capacitar o futuro profissional a executar com eficácia a atividade de orientação para a saúde.

Embora as enfermeiras reconheçam a necessidade dessa informação, não a põem em prática possivelmente por fatores diversos, como falta de determinação das funções da enfermeira, acúmulo de funções delegadas e burocráticas e ainda, o não estabelecimento de prioridade nas atividades desempenhadas⁵⁰.

O 'tempo aproximado de hospitalização' parece constituir uma das grandes preocupações para os familiares. Muitos estão solicitando da enfermagem esclarecimentos a respeito, certamente porque, a doença de um membro pode trazer mudanças profundas no lar às quais todos terão que se adaptar.

As 'informações sobre o caráter doloroso ou não', foram as menos requeridas no grau "muito importante" tanto por familiares como por enfermeiras. Tal fato talvez se justifique com a afirmação de HORTA & KANNEBLEY²¹, de que a dor é necessária e é um dos mais importantes sinais de defesa orgânica, mas é, concomitantemente, indesejável pelo ser humano por causa do desconforto que produz, da ansiedade que gera e por ser essencialmente desagradável.

Na 'necessidade de apoio ao paciente' os índices mais elevados no grau "muito importante" recaíram para as enfermeiras, sugerindo maior valorização por parte delas, do que por parte dos familiares. Estes, provavelmente não sentem necessidade de informação quanto ao que consideram um seu papel familiar, enquanto que a percepção das enfermeiras está influenciada pela educação profissional que receberam.

Os resultados encontrados parecem indicar objetivamente o alto valor que os dois grupos atribuem às informações relativas ao tratamento.

1.2. Relação entre o grau de importância atribuído às informações sobre doenças pelas enfermeiras e pelos familiares de doentes.

Analisando os diversos tipos de informações que se enquadram nesta categoria, observamos a inexistência de diferença entre a valorização feita pelas enfermeiras e pelos familiares, como pode ser verificado na tabela 4.

Os familiares, de maneira geral atribuíram muita importância a todas as informações. Entretanto, o prognóstico, o esclarecimento sobre seqüelas, os mecanismos de transmissão e a profilaxia foram os mais requeridos no grau "muito importante".

As indicações das enfermeiras recaíram nesse mesmo grau, apenas que, colocando em ordem de prioridade: profilaxia, informação sobre isolamento, desinfecção terminal no domicílio e mecanismo de transmissão.

O enfoque difere, principalmente, quanto ao prognóstico, ao esclarecimento sobre seqüelas e à profilaxia da doença. Os dois primeiros são considerados de grande valia pelos familiares e menos enfatizados pelas enfermeiras. Já a profilaxia, mereceu papel de destaque por parte das enfermeiras e foi menos qualificada pelos familiares.

Nota-se a preocupação das enfermeiras com a atitude preventiva enquanto os familiares ainda estão preocupados com as consequências da doença do familiar, sentindo o seu sofrimento, as suas angústias e as suas incertezas.

Apesar de as enfermeiras deixarem claro que 'informar os familiares sobre a doença' é muito importante, fi-

zeram restrições quando avaliaram cada tipo de informação se paradamente. Assim, etiologia, sinais e sintomas, foram considerados pela metade da população das enfermeiras, como de importância regular.

Os familiares, da mesma forma que os pacientes estudados por SILVEIRA⁵⁰, confirmaram suas afirmações de que 'esclarecimentos sobre a doença' são importantes, o que sugere grande preocupação em busca de conhecimentos relacionados com a sobrevivência e segurança psico-biológicas.

A doença é um acontecimento cheio de tensão para o indivíduo e sua família. Essa tensão aumenta mais ainda, quando o doente precisa ser hospitalizado¹⁸.

Dependendo da interpretação que a família faça do fato e dos seus mecanismos de defesa para lidar com o mesmo, poderá entrar em crise¹⁸.

Esta situação pode ser evitada se as enfermeiras entenderem a situação dos familiares, descobrirem a causa da tensão e procurarem auxiliá-los a encontrar maneiras de lidar com ela¹⁸.

É relevante o papel da família durante o tempo da doença de um de seus membros, e suas reações contribuirão muito para a reação do paciente⁴².

Espera-se que a enfermeira no desempenho de seu papel expressivo, estabeleça uma interação produtiva, não só com os pacientes mas também com os familiares, para que a comunicação voltada para os seus interesses represente instrumento eficaz para iniciar esse processo²².

Os familiares sentem-se considerados quando compreendem que alguém está realmente interessado na promoção de seu bem

estar.

O público de hoje, sabe que está recebendo melhor assistência médica, reconhece as vantagens do desenvolvimento tecnológico e científico no diagnóstico e tratamento, mas existem áreas de insatisfação. Deseja receber atenção especial semelhante àquela dada pelo médico da família, no passado.

Muitas vezes, os familiares, por timidez ou por medo de parecerem ignorantes, deixam de fazer perguntas sobre os assuntos que os angustiam. Uma explicação dada pela enfermeira sobre doença, é um meio de manifestar interesse pessoal pelo paciente, esclarecer o familiar e garantir a sua cooperação durante o tratamento^{15,50}.

- 1.3. Relação entre o grau de importância atribuído às informações sobre equipe hospitalar e rotina pelas enfermeiras e pelos familiares dos doentes.

No estudo das diferentes variedades de informações relativas à equipe hospitalar e rotina, avaliada por familiares e enfermeiras, a valorização encontrada é a mesma como se vê na tabela 5.

Os familiares esperam, em primeiro lugar, conhecer o médico responsável pelo tratamento de seu doente, em segundo, a enfermeira, diminuindo o interesse em relação aos demais membros da equipe.

A enfermeira indicou ser muito importante apresentar-se aos familiares, informar o médico responsável e a equipe hospitalar. Julga ainda ser de grande valia para o familiar, conhecer a assistente social e saber de suas funções.

O fornecimento de informações sobre a 'equipe hospitalar' tem por finalidade esclarecer os familiares sobre a existência de diferentes membros na equipe que têm determinadas funções, as quais poderão ser solicitadas quando se fizer necessário.

Os papéis desempenhados pelos membros que compõem a equipe hospitalar são reconhecidos pelas enfermeiras como de grande significância para o paciente e sua família.

Das informações referentes às rotinas, as três que interessaram aos pacientes em estudo feito por SILVEIRA⁵⁰, foram as mesmas que, neste estudo, mereceram destaque pelos familiares na classificação "muito importante". São elas: 'horário de visita do médico', 'rotina de visita' e 'esclarecimentos sobre acompanhante'.

O isolamento é ambiente desconhecido, estranho para as pessoas, com significado negativo para a maioria delas²⁷, sendo até interpretado como ambiente semelhante a uma prisão¹⁷. Por esse motivo, o isolamento é considerado um dos ambientes mais traumatizantes²⁹ tanto para o paciente como para a família.

A sensação de deixar o familiar preso e a rigidez das normas e regulamentos da Unidade de Isolamento deixam a família tensa e angustiada²².

Pacientes e familiares necessitam de apoio e reafirmação em relação às precauções e aos sentimentos que se podem desenvolver neles¹⁵.

A falta da família e a preocupação com a mesma, são os desconfortos mais comumente apontados por doentes contagiosos²². Consciente disso e do valor da visita de familiares para o conforto do paciente e sua recuperação, as enfermeiras consideram

indispensável orientá-los quanto aos regulamentos pertinentes.

O médico representa para os familiares a pessoa de quem depende o êxito terapêutico do doente⁵¹. É com êle que irão buscar informações sobre a doença e o tratamento de seu familiar. Daí, a valorização da rotina referente à visita médica.

Ao contrário dos pacientes⁵⁰, que consideram pouco válidas as informações sobre a maioria das rotinas, pelos resultados encontrados, nota-se que, todas são bastante valorizadas pelos familiares.

Isto talvez, se deva ao fato de que o paciente se mostre pouco motivado por assuntos que não vão contribuir na compreensão de sua condição ou do seu plano de vida¹⁰, enquanto que os familiares valorizam tudo o que possa proporcionar conforto, bem estar e rápida recuperação ao doente.

2. Grau de importância atribuído pelos familiares às informações, em relação com o sexo, escolaridade, ocupação, patologia e grau de parentesco.

Aos dados registrados nas tabelas de 6 a 20 foram aplicadas as provas estatísticas previstas onde, através dos resultados obtidos verifica-se que o grau de importância atribuído pelos familiares às informações em estudo, independe do sexo, escolaridade, ocupação, patologia e grau de parentesco.

Familiares homens ou mulheres, alfabetizados ou analfabetos, trabalhando em ocupações diversas, com doentes de variadas patologias e independentemente do grau de parentesco, todos valorizam de forma semelhante a orientação sobre tratamento, doença, equipe hospitalar e rotina.

A doença e principalmente a doença transmissível é tida como ameaçadora à vida do homem, o que leva as pessoas a agir em função desse estímulo negativo.

Para MURRAY ³⁶, um motivo pode ter amplos efeitos sobre o comportamento social e emocional de um indivíduo se for bastante poderoso.

Uma pessoa é motivada em qualquer momento para uma série de fatores internos e externos. A força de cada motivo e o padrão de motivos influem na maneira como se vê o mundo, nas coisas em que se pensa e nas ações em que se empenha. Considera ainda, que a motivação é importante para determinar quais as informações que uma pessoa percebe e retém. Ela é um dos principais fatores determinantes do modo como uma pessoa se comporta.

O reconhecimento desse fator por parte das enfermeiras possibilitará tomadas de decisões adequadas no atendimento de enfermagem: investigar, identificar as necessidades de informação dos pacientes e familiares bem como a sua motivação e áreas de interesse. Essas condutas levarão, sem dúvida, à melhoria da qualidade da assistência ministrada.

Esperava-se que variáveis como patologia e grau de parentesco influíssem na percepção das informações consideradas necessárias: a primeira pelo maior ou menor risco a que expõe o doente e a segunda, pela afinidade existente entre o paciente e familiar.

Com relação às variáveis sexo e escolaridade os resultados deste estudo diferem daqueles encontrados por ABDELLAH & LEVINE¹ e DODGE¹⁰, onde tais variáveis mostram-se associadas às necessidades dos pacientes.

Para os familiares, não interferiram. Parece que, em situação de doença, esta surge como um motivo mais forte, sobrepujando diferenças sexuais, culturais e até ocupacionais.

De qualquer maneira, deve-se ter em mente que, o paciente é parte de uma família. Os membros da família têm problemas que se originam da enfermidade do paciente e, devem então ser incluídas no planejamento, interrogados sobre as reações do paciente, e informados a respeito do plano de cuidados de enfermagem e dos resultados esperados no tratamento.

A família pode fazer observações pertinentes e oferecer importantes sugestões.

O paciente e sua família fazem parte do programa de avaliação. Seus comentários, elogios e críticas devem ser ouvidos e considerados. O "bom tratamento" para eles nem sempre é baseado em conhecimento científico, mas o paciente e sua família compreendem intuitivamente se ele está sendo atendido e seus problemas resolvidos. Um paciente ou família insatisfeitos indica que o cuidado de enfermagem é ineficiente.

VII - CONCLUSÕES

Os dados obtidos levaram a concluir que:

1. Existe concordância entre enfermeiras e familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados quanto às informações relativas ao tratamento, doença, equipe de saúde e rotina.
2. O grau de importância atribuído pelos familiares às informações sobre tratamento, doença, equipe de saúde e rotina independe: do sexo, da escolaridade, da ocupação, da patologia e do parentesco.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABDELLAH & LEVINE, E. Better patient trough. Nursing Research. 4.ed. Canadá, Macmillan, 1967. 732p.
2. ALVARIZ, F.G. In: KAMIYAMA, Y. Conduas básicas de enfermagem e paciente com hepatite por vírus. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 4(4):225-30, 1978.
3. AMATO NETO, V. Assistência hospitalar a doente contagioso. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica, São Paulo, 3(5):11-12,1954.
4. BERLO, D. O processo da comunicação. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1972.
5. BRUNNER, L.S. et alii. A doença como experiência humana. In: _____. Enfermagem médico cirúrgica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977, 1269p. cap.7,p.108-22.
6. CHINOY, E. SOCIEDADE: uma introdução à sociologia. 3.ed. São Paulo, Cultrix, 1967. 731 p.

7. CUNHA, M.L.M. A situação sócio-econômica da clientela do Hospital Emílio Ribas e seu conhecimento acerca da doença. São Paulo, USP, 1978. 106 p. /Dissertação de Mestrado/.
8. CONDRAU, G. O paciente que está morrendo um desafio para o médico. Diálogo Médico, Rio de Janeiro, 1(3):516, s.d.
9. DU GAS, B.W. et alii. Tratado de enfermagem pratica. 2.ed. México, Interamericana, 1974. 437 p.
10. DODGE, J.S. Factors related to patients perceptions of their cognitive needs. Nursing Research, New York 18(6):502-12, 1969.
11. ERNSTENE, A.C. Explaining to the patients; a therapeutic tool and a professional obligation. In: SILVEIRA, G.C. S. Importância dada ao paciente recém-hospitalizado. Salvador, UFBA, Escola de Enfermagem, 1976. /Tese de Livre Docência/.
12. FARIA, E.M. et alii, Percepção da comunidade do bairro Bela Vista - COHAB - Município de São José, Santa Catarina em relação a doenças contagiosas. Florianópolis, UFSC, 1977. 39 p. /Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Higiene, 1979; Congresso Paulista de Saúde Pública, 1979, São Paulo, out. 1977/.
13. FISHER, R. A. & YATES, Frank. Tabelas estatísticas para pesquisa em biologia, medicina e agricultura. São Paulo, EDUSP Polígono, 1971.
14. FONSECA, G.T. Modelo para uma classificação de ocupações. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, 47:274-312, 1967.

15. FUERST, E.V. et alii. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. 490 p.
16. FORRATINI, O.O. Epidemiologia geral. São Paulo, Edgard Blücher, USP, 1976. 191-200 p.
17. GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva, 1974. 315 p.
18. HALL, J. & WEAVER. Nursing of families in crisis. Toronto, V.B. 1974.
19. HARMER, B. et. alii. Tratado de enfermagem teórica e prática. 2.ed. México, Ed. Médica Mexicana, 1959. 139 p.
20. HORTA, W.A. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(5):266-8, 1975.
21. _____. & KANNEBLEY, Z.M. Avaliação da dor em paciente submetido à cirurgia de tireoide pela aplicação do método da escola diferencial semântica de Osgood. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 28(2):43-53, 1975.
22. KAMIYAMA, Y. Assistência centrada na identidade social: aspectos psico-sociais do cuidado de enfermagem ao paciente de hepatite infecciosa. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1979. 153 p. /Tese de Livre-Docência/.
23. KAMIYAMA, Y. Condutas básicas de enfermagem a pacientes com hepatite por vírus. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 4(4):225-30, 1978.
24. _____. et alii. Educação para a saúde: experiência de integração hospital-escola de enfermagem. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 3(5):300-5, 1977.

25. KAMIYAMA, Y. et alii. Ensino de enfermagem em doenças transmissíveis: experiência de integração. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 31(1):55-9, 1978.
26. _____ & NAKASAVA, C.K. Percepção do paciente contagioso sobre a sua doença e o isolamento: um estudo preliminar. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 3(1): 56-63, 1977.
27. _____. Problemas sentidos por pacientes de um hospital particular de São Paulo. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(6):354-9, 1976.
28. _____. & ROCHA, M.T. Uma experiência no ensino de enfermagem em doenças transmissíveis. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(3):101-4.
29. KORNFELD, D.S. The hospital environment: it's impact on the patient. In: KAMIYAMA, Y. Assistência centrada na identidade social: aspectos psico-sociais do cuidado de enfermagem ao paciente de hepatite infecciosa. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1979. 153 p. /Tese de Livre-Docência/.
30. KUBLER, R.E. Sobre a morte e o morrer: o que a morte pode ensinar a médicos e enfermeiras, padres e suas famílias. São Paulo, EDART/EDUSP, 1977. 172 p.
31. MASLOW, A.H. Motivation and personality. 2.ed. New York, Harper & Row, 1970. 369 p.
32. MAINARDI, G.O. O ensino de enfermagem em doenças transmissíveis. Revista da EEUSP, São Paulo, 3(1):212-6, 1969.
33. MATOS, A.V. Assistência primária de saúde: implicações para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 31(1):13-22, 1978.

34. MOSTELER, F. et alii. Study statistics. Addison/Wesley, Massachussets, 1973.
35. MOOD, A.M. On the assumptotic efficiency of certain non-parametric two-sample test. Ann. Math. Statist, 25:514-22, 1954.
36. MURRAY, E.J. Motivação e comportamento. In:_____. Motivação e emoção. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
37. NOGUEIRA, M^o.J. de C. Assistência de enfermagem à família. Enfermagem em Novas Dimensões. São Paulo 3(6):327-46, 1977.
38. _____. O hospital; sua função na comunidade e o papel da enfermagem de saúde pública. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 1(1):37-41, 1975.
39. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de la SALUD. Comité de expertos de la OMS em Tuberculose. Ginebra, 1974. p. (série de informes tecnicos, 552).
40. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Profilaxia das doenças transmissíveis. Washington, OPS, 1973.
41. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Enfermeria y salud de la comunidad. Ginebra, 1974. 31 p. (série de informes tecnicos, 558).
42. ORO, I.M. Doente grave e família: percepção de seus problemas. Florianópolis, UFSC, 1979. 80 p. /Dissertação de Mestrado/.
43. PARETA, T.M.M. et alii. Saúde da comunidade. São Paulo, MacGraw-Hill do Brasil, 1976. 295 p.
44. PARSONS, T. The social system. In: CHINOY, E. Sociedade: uma introdução à sociologia. 3.ed. São Paulo, Cultrix, 1967.

45. PHILLIPS, B.S. Pesquisa social. Rio de Janeiro, Agir, 1964.
46. PIGNATARI, D. Informação: linguagem comunicação. 7.ed. São Paulo, Perspectiva, 1976. 148 p.
47. PIOVESAN, A. Da necessidade das escolas de saúde pública elaborarem métodos simplificados de investigação social. São Paulo, USO, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1968. 166 p. /Tese de Doutorando/.
48. REZENDE, A.L.M. O processo de comunicação como instrumental de enfermagem. Enfermagem em Novas Dimensões, São Paulo, 2(2):98-111, 1976.
49. SIEGEL, S. Estatística não paramétricas para as ciências do comportamento. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350 p.
50. SILVEIRA, G.C.S. Importância das informações ao paciente recém-hospitalizado. Salvador, UFBA, Escola de Enfermagem, 1976, 101 p. /Tese de Livre Docência/.
51. SKIPPER Jr., J.K. et alii. What communication means patients. American Journal of Nursing, New York, 64(4):101-3, 1964.
52. WESSEN, A.F. On the scope and methodology of research in public health practice. Soc. Sci. Med., 6:469-90, 1972.
53. WIENER, N. et alii. O conceito de informação na ciência contemporânea. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1970.
54. WITT, A. Metodologia de pesquisa. 2.ed. São Paulo, Resenha Tributária, 1973. 142 p.

IX. A N E X O S



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA

A N E X O 1

HOSPITAL NEREU RAMOS

Ofício nº 131/79

Florianópolis, 21 de novembro de 1979

Senhora Coordenadora,

Atendendo solicitação contida no ofício nº 193/79, autorizamos a Mestranda Ana Palma de Souza Camargo a dar início ao seu trabalho nesta Unidade.

Na oportunidade reiteramos protestos de elevada estima, consideração e apreço.

Cordialmente,

Dr. Wilson Reblin

Diretor

Ilma. Sra.

Lucia Hisako Takase Gonçalves

Coordenadora Pós-Graduação em Enfermagem

Nesta

A N E X O 2

RENOTIMENTO HOSPITALAR SEGUNDO A CLÍNICA NO
HOSPITAL NEREU RAMOS NO PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO DE 1979

	PERCENTUAL DE OCUPAÇÃO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES
TISIOLOGIA	43,25	70,9
INFECTO C	42,36	15,5

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

T/1 - Of. nº 360/79

Florianópolis 12 de dezembro de 1979

DO: Chefia de Enfermagem do HGCR
PARA: Departamento de Enfermagem da UFSC

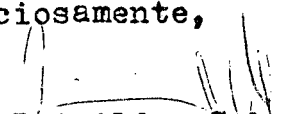
ASSUNTO: Coleta de dados

REFERÊNCIA: Coleta de dados pela Mestranda Ana Palma S. Camargo

Prezada Chefe,

Respondendo a solicitação da Mestranda Ana Palma Souza Camargo, colocamos a seu inteiro dispor esta Entidade para fazer a coleta de dados referente a sua Dissertação de Mestrado.

Atenciosamente,


Maria Rainildes Schweitzer
Enfermeira Chefe do Serviço de Enfermagem do HGCR
Coren SC nº 11.361

Ilma. Sra.

Lucia Hisako Takaso Gonçalves

DD. Coordenadora - Pós - Graduação em Enfermagem

Departamento de Enfermagem - U F S C

N E S T A

IRMANDADE DO SENHOR JESUS DOS PASSOS E HOSPITAL DE CARIDADE

FUNDADO EM 1765

Ofício Nº 177/80

Florianópolis, 09 de abril de 1980.

Prezada Senhora,

Em resposta a sua solicitação, autorizamos à
Mestranda Ana Palma Souza Camargo, a realizar neste Hospital
Pesquisa junto às Enfermeiras par sua Dissertação final.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente

HOSPITAL DE CARIDADE
Divisão de Enfermagem

CARMELA LONGO

DIRETORA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Ilma. Sra.

Lúcia Takase Gonçalves

DD. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Catarina

N E S T A

A N E X O 5

FORMULÁRIO PARA FAMILIAR

IDENTIFICAÇÃO

NOME.....
ESCOLARIDADE.....OCUPAÇÃO.....SEXO.....
GRAU DE PARENTESCO COM O DOENTE.....
NOME DO DOENTE.....REG.....
DATA DA INTERNAÇÃO.....
ENTREVISTA: DATA.....INÍCIO.....TÉRMINO.....
ENTREVISTADOR.....

Estamos procurando saber quais as informações que o Sr gos-
taria de receber ao internar no Hospital Ne-
reu Ramos. Vamos fazer a leitura de uma lista dessas informações
e o Sr vai dizendo o que acha de cada uma delas, com a seguinte
classificação:

Não é importante (0)
É pouco importante (1)
É de importância regular (2)
É muito importante (3)

1. Saber quanto tempo 0 1 2 3
vai ficar no hospital
2. Receber esclarecimentos sobre o tratamen- 0 1 2 3
to
3. Saber a duração do tratamento 0 1 2 3

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 4. Saber se o tratamento é doloroso ou não | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Receber esclarecimentos sobre os exames que fará e sobre os resultados destes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Obter informações sobre os cuidados e o tratamento que..... vai receber | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Receber informações sobre como dar apoio a | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Receber instrução sobre a continuação do tratamento em casa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Obter informações sobre o isolamento | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Saber que o indesejável é o micróbio causador da doença e não o doente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Obter informações de como começa e o que acontece nessa doença | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Receber informações sobre se a doença tem cura ou não | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Saber se a doença deixa defeitos depois do tratamento | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ser informado sobre o que fazer para evitar a doença | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Saber como a doença passa de uma pessoa para outra | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 16. Ser orientado sobre como desinfetar a moradia e os utensílios domésticos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Receber informações sobre as pessoas do Hospital que vão cuidar do.....
..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Conhecer o médico que está tratando do..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Conhecer a Enfermeira-Chefe | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Conhecer a Assistente Social e sua função | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Ser esclarecido sobre acompanhante | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Receber informação sobre o horário da visita do médico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Receber explicações sobre o horário e outras regras de visita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Informar sobre o horário dos cuidados e tratamentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Que outras informações o Sr gostaria de receber? | 0 | 1 | 2 | 3 |

OBSERVAÇÕES:

A N E X O 6

FORMULÁRIO PARA ENFERMEIRAS

NOME.....
HOSPITAL.....ENTREVISTA.....DATA.....
HORA: INÍCIO.....TÉRMINO.....

Gostaríamos de saber quais as informações que você considera importantes para serem dadas aos familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados. Leremos uma relação dessas informações e você vai dizer o que acha de cada uma delas com a seguinte classificação:

- não é importante (0)
- é pouco importante (1)
- é de importância regular (2)
- é muito importante (3)

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Informar sobre o tempo aproximado de hospitalização | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Esclarecer sobre o tratamento | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Dar informação sobre a duração média do tratamento | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Explicar se o tratamento será doloroso ou não | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Informar sobre os exames que serão feitos e resultados obtidos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Fornecer informações sobre os cuidados e o tratamento que o doente vai receber | 0 | 1 | 2 | 3 |

7. Informar sobre a necessidade de apoio a esse tipo de paciente 0 1 2 3
8. Instruir quanto à continuação do tratamento em casa 0 1 2 3
9. Informar sobre o isolamento 0 1 2 3
10. Esclarecer que o indesejável é o patógeno e não o paciente 0 1 2 3
11. Dar informações sobre a etiologia, sinais e sintomas da doença 0 1 2 3
12. Informar sobre o prognóstico 0 1 2 3
13. Esclarecer se a doença deixa sequelas 0 1 2 3
14. Orientar quanto à profilaxia da doença 0 1 2 3
15. Informar quanto aos mecanismos de transmissão 0 1 2 3
16. Dar informação quanto à desinfecção terminal no domicílio 0 1 2 3
17. Prestar informações sobre a equipe de saúde 0 1 2 3
18. Informar quem é o médico responsável pelo familiar 0 1 2 3
19. Apresentar a Enfermeira-Chefe 0 1 2 3

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20. Explicar sobre a função da Assistente Social | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Esclarecer sobre acompanhante | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Informar sobre o horário da visita do médico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Explicar sobre a rotina de visita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Esclarecer sobre os horários dos cuidados e tratamentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Que outras informações gostaria de dar | 0 | 1 | 2 | 3 |

OBSERVAÇÕES:
