

# Família e necessidades... revendo estudos

Maria Angélica Pagliarini Waidman<sup>1</sup> e Ingrid Elsen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá. <sup>2</sup>Universidade do Vale do Itajaí. \*Autor para correspondência. Av. São João, 628, ap. 302, Zona Sete, Maringá, Paraná, Brasil. fone: (55 44 ) 263 6642

**RESUMO.** Este estudo tem por objetivo analisar e discutir a produção do conhecimento de família à luz do processo de globalização e das necessidades humanas individuais. Constitui-se de um estudo bibliográfico voltado à análise de 17 publicações que tinham como objeto de estudo a família. Os resultados nos mostram que, apesar de as famílias vivenciarem problemas comuns, principalmente quando possuem um de seus membros afetado pela doença, cada uma delas possui peculiaridades específicas e suas necessidades estão baseadas em sua vivência. É isso que deve caracterizar a proposta de cuidado a ser oferecida pelo profissional. A nosso ver, tal proposta deve ser pautada na realidade e ter em vista a satisfação das necessidades familiares, em busca de uma melhor qualidade de vida de cada membro individualmente e da família como um todo.

**Palavras-chave:** necessidades, enfermagem, família.

**ABSTRACT. Family and needs... Study review.** This study aims at analysing and discussing the scientific production of the family based on globalization and on individual human needs. It is a bibliographical study. 17 publications on family study were analysed. Results show that, although families faced the same problem, especially when one of their members is affected by a disease, each family has specific peculiarities and their needs are based on their life experience. Thus, this is what should characterize the caring proposal to be offered by the professional nurse. In our point of view, such proposal should be based on the real world and mind the satisfaction of the family's needs, in their search for a better life quality of each member individually and of the family as a whole.

**Key words:** needs, nursing, family.

## Introdução

Nos últimos anos, a luta pela sobrevivência tem sido cada vez mais difícil para as famílias, especialmente para as mais pobres. Acreditamos que isso deva-se, principalmente, ao momento em que estamos vivendo, chamado globalização.

Como refere Arruda (1998), a globalização é intrínseca à natureza do capitalismo desde o séc. XV. A forma competitiva de globalização se expande em três linhas de crescimento: o aumento da competição entre as grandes empresas e bancos, o enfraquecimento do Estado na função de controlar e regular o fluxo do capital e o capital. Nesse processo, as mercadorias e os mercados estão sendo globalizados, mas não o trabalho ou os seres humanos. Como destaca o autor, nessa forma de globalização a classe trabalhadora é constituída de pessoas dependentes da venda de sua força de trabalho para sobreviver com suas famílias e esse “sobreviver” está cada dia mais difícil, devido as graves conseqüências da globalização, que são o desemprego e a acumulação de capital. Os ricos se tornam cada vez mais ricos e os pobres cada dia mais

pobres, chegando à miséria em muitas regiões, tanto do Brasil como de outros países.

Nesse contexto, observamos que o poder de compra está cada vez mais baixo, já que o controle não é mais interno e sim determinado pelos grandes poderes econômicos mundiais, a diminuição do poder de compra, associada ao desemprego, que também é resultado da globalização, têm tornado a vida em família cada vez mais difícil, de forma que as necessidades humanas são cada vez menos satisfeitas. Infelizmente a pobreza e o desemprego, comuns em países pobres e em desenvolvimento, chegam também aos países ricos, o que leva Chossudovsky (1999) a denominar esse processo globalização da pobreza.

As necessidades do ser humano para garantir a sobrevivência são inúmeras: alimentação, excreção, lazer, trabalho, higiene, saúde, entre outras. Vejamos. Para a satisfação da necessidade de alimentação, é preciso o alimento. Ora, qual o meio de adquirir alimentos? O principal, evidentemente, é a compra, e para comprar é preciso dinheiro. Este, porém, é

resultado da venda da força de trabalho; destarte, se não há emprego, não há dinheiro nem alimentos.

Nossa experiência em trabalhar com famílias nos fez constatar que as necessidades decorrentes de questões socioeconômicas são as mais comuns e ao mesmo tempo as mais difíceis de resolver, pois independem da vontade da pessoa e dos profissionais que se dispõem a oferecer assistência. Das diversas famílias atendidas em projetos do Nepaaf (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio às Famílias), nenhum dos membros possui vínculo empregatício, o que as faz viver a partir de doações informais da comunidade e de serviços municipais de assistência, ou então de instituições filantrópicas que têm por objetivo distribuir cestas básicas, roupas e outras doações. Dentro dessa perspectiva, segundo nos parece, quando falamos de necessidades é possível afirmar que uma necessidade não satisfeita quase sempre desencadeia a não-satisfação de outras.

É possível perceber, então, uma lacuna na área de saúde no que diz respeito às necessidades das famílias em situações de saúde e de doença, o que demonstra a importância deste estudo para os profissionais que têm a família como foco da assistência e da pesquisa.

Assim sendo, este trabalho tem por objetivo analisar e discutir a produção do conhecimento de família à luz do processo de globalização e das necessidades humanas individuais a partir da análise bibliográfica de alguns estudos que tiveram como objeto de pesquisa a família.

#### **Algumas considerações sobre necessidades**

O termo necessidades é discutido por vários autores, dentre os quais Leopardi (1992), a qual postula: “Nem sempre o que move o ser humano para a satisfação das necessidades é algo exclusivamente interno, é preciso haver disponibilidades externas”. Ou seja, é possível afirmar que a necessidade independe da vontade da pessoa, porém depende da possibilidade de conseguir meios para aquisição de formas para a satisfação das necessidades.

Acreditamos que, apesar de algumas necessidades serem comuns a todos os seres humanos, existem particularidades individuais. A quantidade de amor, roupa, alimentos e outros bens é diferente para cada um, tanto por uma questão individual, relacionada à própria fisiologia e ao ambiente onde se vive, quanto por uma questão cultural de cada ser humano/família. É importante destacar que, ao trabalharmos com famílias, muitas de suas atitudes estão embasadas em suas crenças e sua cultura. Isso é confirmado por Leopardi (1992), ao asseverar que as necessidades são diferentes para as pessoas,

principalmente por causa das diferenças existentes na cultura e nas várias classes sociais a que elas pertencem. Por exemplo, em uma família cujos membros estejam todos desempregados, o desejo a ser satisfeito é alguém conseguir emprego. Já em outra na qual todos trabalhem, a carência não é mais conseguir emprego, e sim melhorar o salário de cada um para que possa adquirir bens.

Dentro desse contexto, acreditamos que a pobreza leva o ser humano/família a determinadas carências, de modo que suas necessidades não são satisfeitas. Como pudemos perceber até agora, o termo necessidades é muito amplo; por isso, neste artigo, será discutido a partir das considerações de Liss (2001). Este afirma que na literatura há duas tradições a respeito do conceito de necessidade. A primeira a considera como estado de tensão: uma tensão no organismo que funciona como força motivadora e determinante da ação. O autor ressalta que esse conceito predomina na psicologia e nas ciências humanas e da saúde, as quais se interessam por “motivação” segundo a teoria da motivação de Maslow, que traz como exemplo a necessidade de alimentos, de amor, etc. Na segunda forma apresentada pela literatura, o termo necessidade está relacionado ao alcance de um objetivo, ou seja, a necessidade é uma lacuna entre um estado real e um objetivo. Nesses casos, o ser humano determina o que é necessário para preencher essa lacuna.

Dentro dessa última acepção, Liss (2001) descreve o objeto da necessidade como aquilo que é necessário para diminuir ou eliminar a lacuna. Para isso, é preciso saber a natureza da necessidade e o objetivo que se quer atingir. A esse tipo de necessidade o autor dá o qualificativo de teleológica, ou seja, uma necessidade por X existe quando há uma lacuna entre o real estado da pessoa e o objetivo. Assim, quando X é necessário para atingir esse objetivo, é determinada a necessidade.

Para o profissional levantar as necessidades do ser humano, Liss (2001) propõe um modelo composto de três elementos: 1- determinação do estado real da necessidade; 2- o objeto da necessidade, isto é, o alvo; e 3- como satisfazer essa necessidade. Refere que esses três elementos são a base para a classificação das necessidades.

O autor adverte ainda que uma necessidade não é o mesmo que uma demanda. Demanda, para ele, é um desejo expresso e não uma necessidade. Na sua percepção, a necessidade está associada à qualidade de vida. Ele a discute em duas circunstâncias: como uma idéia de boa vida e como uma medida dos resultados de intervenções de saúde. Neste sentido, a

necessidade pode ser definida em termos de qualidade de vida.

Nos dias atuais, é quase impossível falar de qualidade de vida sem discutir a pobreza. Por isso Liss (2001), além de associar necessidades com qualidade de vida, faz um paralelo com a pobreza, postulando que ser pobre é ter falta de “alguma coisa” e essa “coisa” pode ser caracterizada por recursos econômicos, condições de vida e inclusão social.

Na sua perspectiva, o significado de falta pode ser caracterizado de duas maneiras: 1- ter menos do que o estatisticamente normal (no caso do Brasil é viver com renda inferior a noventa reais por mês por pessoa) e 2- ter menos do que o necessário para sobreviver. Ele define pobreza como ter menos do que é necessário para ter qualidade de vida; ter menos recursos econômicos para satisfazer desejos; ter menos condições de vida e ter menos inclusão social para satisfazer desejos.

Como refere Leopardi (1992) ao citar Heller, a necessidade se define sempre para um objeto material ou imaginário que realize a satisfação do ser humano que a tem. Em se tratando de imaginário, ela pode ser uma necessidade concreta ou uma fantasia e ainda estar caracterizada pela quantidade ou pela qualidade do que se deseja. Ao falar sobre necessidades de saúde e cidadania, a autora faz um vínculo entre necessidades do ser humano e os meios de satisfazê-las através do exercício da cidadania. Ao falar de necessidades, coloca-as como carências específicas do sujeito, conceito que implica ligação imediata do sujeito ao objeto que possa satisfazê-las. Parece-nos que os dois últimos autores se complementam, ou até mesmo falam da mesma concepção, porém de formas diferentes.

Destro dessa perspectiva, é possível dizer que quem é pobre não tem qualidade de vida e ao mesmo tempo possui necessidades não satisfeitas. Mas o que poderia o profissional de saúde fazer nessas situações, visto que para cuidar integralmente do indivíduo precisa conhecer suas reais necessidades?

De nosso ponto de vista, para falar de necessidades da família é preciso antes falar de necessidades do ser humano. É o que faremos, tentando resgatar duas autoras da enfermagem que abordam o assunto: Virginia Handerson, americana e Wanda Horta, brasileira.

Henderson *apud* George (1993) trabalhou com a satisfação das necessidades básicas do ser humano para que, a partir dessa satisfação, o ser doente encontrasse a saúde. A autora descreve quatorze componentes básicos de cuidados que a enfermagem precisa oferecer ao indivíduo doente para satisfazer suas necessidades, de modo que ele recupere a saúde:

1- respirar normalmente; 2- comer e beber apropriadamente; 3- eliminar as impurezas do corpo; 4- movimentar-se e manter atitudes saudáveis e desejáveis; 5- dormir e descansar; 6- usar roupas adequadas – despir-se e vestir-se; 7- manter a temperatura do corpo normal, adaptando o vestir e modificando o ambiente; 8- manter o corpo asseado e bem-arrumado e a pele protegida; 9- evitar o perigo no ambiente; 10- comunicar-se com os outros, expressando emoções, necessidades, temores ou opiniões; 11- fazer seu culto de acordo com sua fé; 12- trabalhar de forma a ter uma sensação de realização; 13- praticar esporte ou participar de várias formas de recreação; 14- aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leve ao desenvolvimento normal e à saúde, e fazer uso das instalações de saúde disponíveis.

Horta (1979), com base em Maslow (teoria da motivação), descreve as necessidades humanas básicas fazendo uma análise do ser humano e de sua relação com o mundo. Descreve o ser humano como agente de mudanças no universo, no tempo e no espaço. Como agente de mudança, ele também causa desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Por sua vez, esses desequilíbrios geram necessidades, caracterizadas por estados de tensão conscientes ou inconscientes, os quais levam-no a buscar a satisfação das necessidades para manter seu equilíbrio. Destaca que as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto e que, se este for prolongado, pode provocar doença, seja ela de ordem física ou mental. Dentro dessa perspectiva, a autora coloca como função dos profissionais da enfermagem assistir o ser humano em suas necessidades básicas.

Horta (1979), ainda baseada em Maslow, definiu as necessidades dos seres humanos como universais, ou seja, comuns a todos os seres humanos; o que varia de um para outro é a sua manifestação, bem como a maneira de satisfazê-las. Quanto à classificação das necessidades humanas básicas, Horta (1979) apresenta cinco níveis: 1- necessidades fisiológicas; 2- de segurança; 3- de amor; 4- de estima; 5- de auto-realização. Apesar de basear-se em Maslow, propõe uma outra classificação, a de João Cartana: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Afirma que esta se adapta melhor à enfermagem. Observa que as duas primeiras são comuns a todos os seres vivos, enquanto a última é específica do ser humano.

É possível perceber que, de forma geral, ao descrever essas necessidades básicas a serem supridas, Henderson e Horta pensaram em todas as dimensões que envolvem o ser humano e deixaram claro, aos

profissionais de enfermagem, a preocupação que devemos ter por satisfazê-las e assim promover um viver melhor para o ser humano.

Atualmente, por mais que nos esforcemos, é difícil, enquanto profissionais, suprir essas necessidades, principalmente porque muitas delas independem da vontade das pessoas, seja dos profissionais, seja daquelas das quais cuidamos.

Apesar de muitos problemas dos seres humanos/famílias não serem resolvidos/satisfeitos pelo profissional de saúde, por questões maiores, já mencionadas anteriormente, é possível dizer que a identificação das necessidades individuais de cada ser humano possibilita oferecer-lhe uma assistência que lhe proporcione melhoria da qualidade de vida, principalmente se estiverem envolvidos nessa assistência profissionais de diferentes áreas do saber. Compreendemos serem muitas as necessidades dos seres humanos, e talvez não seja possível falar sobre todas neste trabalho. Tentaremos então discutir principalmente as que envolvem a saúde/doença. A nosso ver, todo ser humano deveria ter acesso ao exercício da cidadania, ou seja, ter direito a trabalho, salário digno, educação, liberdade de ir e vir e, acima de tudo, o direito à saúde.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, p. 9) define, no capítulo II - dos princípios, que *“a família é a unidade básica da sociedade e que como tal deve ser fortalecida”*. Além disso, reconhece a existência de diversas formas de família e os seus diferentes sistemas culturais, políticos e sociais. No capítulo V, em que destaca a família, seu papel, direitos, composição e estrutura, *“apela aos governos para que promovam meios que tornem a participação na força de trabalho, compatíveis com as responsabilidades parentais”*. Recomenda ainda que os governos formulem políticas sensíveis às necessidades das famílias e definam formas eficazes de amenizar os problemas socioeconômicos, de forma a prevenir a pobreza, o desemprego crônico, a violência doméstica e sexual, dentre outras formas.

### Material e métodos

Este é um estudo bibliográfico de natureza qualitativa, que analisou 17 trabalhos de enfermeiros, publicados no período de 1996 a 2002, sendo 6 artigos de revistas nacionais, 1 capítulo de livro nacional, 2 dissertações de mestrado, 1 tese de livre-docência e 7 teses de doutorado.

A busca foi realizada na biblioteca da UFSC, pelo sistema de busca computadorizada da própria

biblioteca, na qual se escreve o título/ autor ou o tema da busca – família – e automaticamente encontram-se os periódicos e ou exemplares existentes na biblioteca. A escolha do material do estudo foi baseada na leitura dos resumos dos trabalhos encontrados, mais de 40 (quarenta exemplares em português) que após selecionados foram escolhidos para a leitura mais apropriada e detalhada. A seleção e escolha do material foram baseadas nos objetivos do estudo.

No levantamento do material, verificamos uma grande concentração de trabalhos publicados após a década de 90, porém, devido aos critérios de seleção dos resumos dos estudos, que devia abordar o tema família e suas necessidades, as pesquisas selecionadas compreenderam o período de 1996 a 2002.

Optamos por esse método – de seleção de material – porque era o mais acessível no momento, pois tratando-se de um trabalho para conclusão de disciplina de doutorado, o tempo era limitado e não havia possibilidade de buscar outros estudos nas demais universidades/bibliotecas brasileiras.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2002. Utilizamos um roteiro contendo dados de identificação do estudo e uma questão aberta, qual seja: o que o autor revela, em seus resultados, a respeito das necessidades das famílias estudadas?

Para a análise das mensagens expressas nos resultados apresentados pelos autores, utilizamos a categorização de Bardin (1977), o que significa classificar os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo a analogia. Essas categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico. Esse agrupamento é efetuado por causa dos caracteres comuns destes elementos.

O critério de categorização usado foi o semântico, ou seja, foram agrupados em cada item todos os temas referentes àquela determinada situação. Para Bardin (1977), classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros.

### Resultados e discussão

#### A família e suas necessidades... Analisando os estudos

Vários autores, quando discorrem sobre família, referem que ela pode possuir várias necessidades e estas se intensificam quando há presença de doença em algum de seus familiares.

Para Elsen (2002), a família, em seu processo de viver, constrói um mundo de símbolos, significados, valores, saberes e práticas, em parte oriundos de sua família de origem e em parte decorrentes das interações cotidianas. Para a autora, o mundo de significados é próprio de cada família, embora muito disso esteja alicerçado no contexto no qual ela está inserida.

McGoldrick (1995), ao discorrer sobre as mudanças no ciclo de vida familiar, diz que as necessidades da família estão diretamente ligadas ao momento do ciclo de vida que elas vivem. Por exemplo, na família em que os filhos são pequenos, as necessidades são diferentes daquelas em que todos são idosos, assim como são diferentes de outras em que um dos cônjuges sustente a casa sozinho. Dando continuidade a esse assunto, o autor refere que o ser

humano tem outras necessidades, como, por exemplo, a amizade, o respeito e a independência e estas variam de acordo com a etnia e a cultura de cada família. Ressalta que as formas de as famílias valorizarem seus desejos e necessidades estão diretamente ligadas às suas raças ou descendências. Por exemplo, em uma família de italianos ou descendentes, a relação familiar é muito mais intensa: toque, presença constante dos membros juntos, festas em família, cerimônias de casamento e batizado; enquanto em outras raças ou culturas as necessidades são também outras.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos da análise dos estudos, eles estão apresentados no Quadro I e são discutidos separadamente em cada categoria.

**Quadro 1.** Número de estudos analisados, a situação vivenciada pela família e as necessidades percebidas pelas famílias e identificadas pela enfermeira.

Número de trabalhos	Situação vivenciada	Necessidades referidas pelas famílias	Necessidades identificadas pela(o) enfermeira(o)
4 Motta (1997) Ribeiro (1999) Bielemann (2000) Ângelo (1997)	Presença de um familiar com doença grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ expressar sentimentos de dor e sofrimento;</li> <li>➤ ser compreendida, amparada e apoiada;</li> <li>➤ comunicar-se com o profissional;</li> <li>➤ se reorganizar e se adaptar à nova realidade;</li> <li>➤ ser apoiada pela família, amigos e instituições de saúde e religiosas;</li> <li>➤ (re)aprender a cuidar da criança com câncer;</li> <li>➤ ser orientada, apoiada e amparada pelo profissional/instituição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ser ouvida, amparada, apoiada e ajudada pelo profissional;</li> <li>➤ ser compreendida e respeitada em sua crença e cultura;</li> <li>➤ ser orientada quanto à doença e ao tratamento;</li> <li>➤ compreender a doença;</li> <li>➤ preparar o profissional para cuidar da família.</li> </ul>
4 Andrade (2001) Alvarez (2001) Lima et al. (2001) Gonçalves et al. (1996)	Presença de um familiar idoso dependente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ lazer e atividades sociais;</li> <li>➤ emprego e salário;</li> <li>➤ cuidado à saúde;</li> <li>➤ cuidar dos outros membros da família;</li> <li>➤ receber ajuda da família para dividir responsabilidades referentes ao cuidado do idoso e receber ajuda financeira para cuidar adequadamente;</li> <li>➤ buscar apoio e ajuda para cuidar</li> <li>➤ de satisfazer suas próprias necessidades de ser humano;</li> <li>➤ de compartilhar a experiência e conhecimento;</li> <li>➤ comunicar-se para falar de si.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ser ouvida;</li> <li>➤ ser orientada quanto aos cuidados desenvolvidos no domicílio;</li> <li>➤ ser compreendida nas suas dificuldades e singularidades;</li> <li>➤ comunicação com a equipe de saúde;</li> <li>➤ receber uma assistência condizente com a realidade familiar;</li> <li>➤ ser orientada sobre a importância do relacionamento familiar para a saúde e união da família;</li> <li>➤ envolvimento com os profissionais da UBS;</li> <li>➤ um serviço especializado para atender idosos e suas famílias;</li> <li>➤ revisão das políticas públicas referentes aos idosos.</li> </ul>
5 Silva (1996) Waidman; Gusmão (2001) Oliveira (2000) Schneider (1999) Waidman et al. (1999)	Presença de um portador de doença mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ esclarecimento sobre a doença e o tratamento;</li> <li>➤ orientações sobre o relacionamento com o doente mental no domicílio;</li> <li>➤ necessidades de ordem financeira (alimentação, medicamento, moradia, vestimenta e etc...);</li> <li>➤ apoio de profissionais e instituições de saúde</li> <li>➤ diálogo e compreensão entre os membros familiares, mudanças nos hábitos familiares para se adaptar a realidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ser ouvida e compreendida;</li> <li>➤ de ser amparada e compreendida pela sociedade e pelo profissional de saúde;</li> <li>➤ ser orientada quanto à doença, ao tratamento e às condutas com o portador de doença mental;</li> <li>➤ De procurar e encontrar ajuda no serviço público de saúde.</li> </ul>
4 Marcon et al. (2002) Althoff (2001) Marcon (1998) Marcelino, et al (2000)	Vivendo em família – o cotidiano domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De dividir o cuidado na própria família e com o profissional;</li> <li>➤ comunhão de valores entre os membros familiares;</li> <li>➤ estabelecimento de relacionamento efetivo entre os membros familiares;</li> <li>➤ Ser respeitada em suas crenças, valores e diferenças;</li> <li>➤ desenvolver uma comunicação efetiva com o profissional, baseada na confiança e respeito;</li> <li>➤ privacidade, autonomia e interdependência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ de compartilhar a expectativa em relação à assistência recebida;</li> <li>➤ orientações sobre cuidados a serem realizados no domicílio;</li> <li>➤ esclarecimento de dúvidas sobre a doença e tratamento.</li> </ul>

### **A família enfrentando a doença grave em um de seus membros**

Em seu cotidiano, o ser humano enfrenta alegrias, tristezas, momentos bons e ruins, como parte de seu processo de viver. Como dito anteriormente, vários são os momentos de crise que a família vivencia e a doença já foi destacada como um daqueles que causam muito sofrimento e dor na família.

Motta (1997), ao pesquisar famílias de crianças com câncer, observa que, ao saber do diagnóstico, a família sofre profundo abalo emocional. O mundo e a vida ficam estremecidos e ela sente-se insegura, aterrorizada e um profundo estresse acomete todos os seus integrantes. A convivência com a possibilidade de morte produz sentimentos de dor e insegurança e, segundo esta autora, é nesse momento que o profissional de enfermagem deve estar atento à necessidade do doente de conhecer sua doença, seus sintomas e efeitos. Destarte, ele deverá oferecer à família as informações de que ela precisa para satisfazer sua necessidade daquele momento.

Assegura essa autora que, se houver uma comunicação aberta com a família, haverá diminuição dos sentimentos e complexos em relação à doença e, conseqüentemente, diminuirá o sofrimento da família, conquanto o tratamento seja longo, penoso, invasivo e agressivo para o doente e sua família, ou até por isso. A família sente a necessidade de comunicar, falar de suas inseguranças, incertezas, medos e apreensões frente ao tratamento. A preocupação em relação à perda do filho passa a ser uma constante na vida dessa família. Por isso ela se transforma, ou seja, organiza-se, procura compreender e interpretar o seu modo de existir e busca alternativas para articular-se com o mundo. Em suma, o enfrentamento da doença leva a família a redimensionar sua vida para conviver com a doença e suas possíveis implicações.

Dentro dessa mesma perspectiva, Ribeiro (1999) destaca que, além da importância da informação, como citado acima, a família sente ainda a necessidade de acompanhar a evolução do quadro, atenta a cada sinal de melhora ou piora e ressalta que, nesse momento, sua opinião e sugestões são muito importantes para a equipe. Observa também que o afastamento da família de sua residência a faz sentir necessidade de afeto, de aconchego e da proximidade dos componentes familiares. Destaca que os profissionais devem tentar ao máximo atender a essas necessidades, para que elas não interfiram na recuperação da criança e no relacionamento familiar.

Ainda referindo-se a necessidades, Ribeiro (1999) observa que a presença de doença grave em um dos filhos leva a família a ter necessidade de receber ajuda dos familiares, dos amigos e colegas e da instituição hospitalar e assistência religiosa. Essa ajuda contempla várias dimensões: social, econômica, emocional, religiosa. O autor discorre ainda sobre a necessidade da união do casal/família no enfrentamento dessa situação.

Ângelo (1997), ao desenvolver seu estudo com famílias de crianças com câncer, constatou que, ao vivenciar a crise familiar instalada pelo impacto do câncer, a família sente uma perturbação no seu equilíbrio e esta nova realidade impõe mudanças no ritmo de vida. Neste caminhar, cuidando da criança com câncer, elas sentem a necessidade de reaprender a cuidar da criança, devido às peculiaridades de cuidado exigidas durante o curso da doença. Isso fá-las sentir-se inseguras e confessar não estarem preparadas para cuidar e satisfazer as necessidades do filho, principalmente no caso de muita debilidade física. A família demonstrou também a necessidade de ser instruída quanto aos cuidados, de ser amparada e apoiada quando recebe alta e vai com a criança para casa. Ela refere viver um conflito, representado pela ansiedade em voltar à liberdade do domicílio, mas também pelo medo da realidade do mundo de fora.

Bielemann (2000), ao estudar famílias de pessoas com câncer, refere que o diagnóstico produz no seio da família, principalmente no primeiro momento, muita dor e sofrimento, porque essa patologia está impregnada de significações negativas, como, por exemplo, não ter cura, ser uma doença destruidora que vai se espalhando pelo corpo todo, entre outras. Alerta a autora quanto à importância de os profissionais oferecerem a essa família um cuidado centrado na satisfação de suas necessidades, seja pela compreensão de seus sentimentos, seja pelo respeito a suas crenças e cultura, ou até mesmo pelo desvelar de medos, curiosidades e fantasias respeitantes à doença e ao tratamento. Adverte também quanto à importância de o profissional ter uma visão ampliada das necessidades das famílias e assim ajudá-las a diminuir seus temores e aliviar o estresse.

Como podemos observar, nos três estudos que envolvem a criança com doença grave, a família sofre um impacto em relação ao diagnóstico. Isso impõe uma nova forma de vida, alterando suas rotinas, mexendo com suas crenças, valores e sentimentos, principalmente pelo medo da perda do filho.

É possível perceber que a vida familiar sofre graves alterações quando a família convive com um portador de câncer, por isso ela precisa ser

compreendida, apoiada e ajudada pela rede social que a cerca e pelo profissional que a assiste; porém, para que isso aconteça, é preciso detectar suas principais necessidades e juntos, profissionais e família, encontrarem caminhos para preencher as lacunas provocadas por essa realidade.

O profissional precisa compreender também que, além dos problemas referentes à doença, a família enfrenta um cotidiano difícil em relação à pobreza, ao desemprego e a miséria, que são produtos do processo de globalização. Além do mais, a presença da doença na família leva-a a outras despesas e mudanças no seu ciclo, como por exemplo, é muito comum um dos membros da família deixar de trabalhar para cuidar do outro que está doente, principalmente quando se trata de uma doença grave e/ou crônica.

#### **A família convivendo com um idoso dependente**

Andrade (2001), ao trabalhar com famílias de idosos no domicílio dentro de uma visão holística, coloca que o cuidado e o trabalho constituem duas essências humanas que permitem a transcendência e superação de suas necessidades e desequilíbrios. Destaca que o diálogo é essencial para compartilhar experiências, conhecimentos e sentimentos, e assim satisfazer as necessidades tanto da família como do pesquisador/cuidador. Ele ressalta que, no caso específico, ouvir os cuidadores ajudou a diminuir a ansiedade, a tensão e o estresse, demonstrando a necessidade de eles serem compreendidos e ajudados naquela situação de doença que envolvia todos os membros familiares, porém sobrecarregava o cuidador. Às vezes, não saber desenvolver corretamente cuidados simples, como a transferência e mobilização do idoso acamado, gerava na família grandes transtornos.

Alvarez (2001), ao desenvolver um trabalho com idosos e seus cuidadores, verificou que eles têm necessidade de compartilhar o cotidiano e suas dificuldades, de enfrentarem juntos as crises e os conflitos. Descreve algumas necessidades dos familiares, principalmente, do cuidador, quais sejam necessidades de ordem física, psíquica, econômica, social e emocional. Destaca a necessidade de receber apoio e ajuda da família e dos profissionais de saúde, de cuidar de sua própria saúde, de ter atividades sociais e de lazer e de satisfazer suas próprias necessidades como ser humano.

Gonçalves *et al.* (1996) identificaram várias necessidades nas famílias de idosos fragilizados no contexto domiciliar. Destacam que a família tem necessidades de ser orientada sobre as condutas

adequadas de cuidado no domicílio (uso adequado de medicamentos, mudança de decúbito, confecção de curativos, entre outros). Ressaltam também a importância dos relacionamentos interpessoais para diminuir os problemas familiares referentes ao cuidado do idoso e à necessidade de comunicação com a equipe da Unidade Básica de Saúde.

Lima *et al.* (2001), por sua vez, pesquisando famílias de idosos hipertensos, verificaram que a família sente a necessidade de ser envolvida no tratamento, de ser ouvida em suas dúvidas e respeitada em suas opiniões e observações. Precisa ser compreendida em sua totalidade. Para isso é necessário que o profissional de saúde esclareça seu papel no desempenho do cuidado; é preciso ajudá-la, orientá-la e compreendê-la, respeitando as necessidades do momento. As famílias relataram que consideram importante sua participação no tratamento, acompanhando as consultas, lembrando horários de medicamento, incentivando mudanças de hábitos ou até mesmo mudando o estilo de vida para fazer atividades junto com seus familiares. Citaram como exemplos fazer caminhadas, diminuir o sal da alimentação, deixar de fumar, entre outros.

É possível verificar que as necessidades das famílias são algumas vezes comuns, por exemplo, a necessidade de orientação sobre o cuidado a ser desenvolvido no domicílio e sobre o tratamento, de ser compreendida e respeitada pelos profissionais, de ser ouvida e apoiada em suas dificuldades. Porém, verificamos também algumas peculiaridades específicas de cada família, como, por exemplo, mudar o estilo de vida juntamente com seu familiar, estabelecer mudanças nas relações familiares para assim diminuir a sobrecarga de alguns membros. Isto por sua vez, vem confirmar que o cuidado à família deve ser personalizado; que pode ter alguns passos, pressupostos e direcionamentos, mas deve fundamentalmente estar alicerçado nas necessidades de cada família.

#### **A família convivendo com um portador de doença mental**

Conviver com um portador de doença mental não é uma tarefa fácil, afirmou Koga (1997) quando pesquisou famílias de portadores de transtornos mentais. A autora identificou que a elas são impostas três tipos de sobrecargas: a financeira, nas rotinas familiares e em forma de doença física ou emocional. Destaca que

*“... a sobrecarga financeira, existe de fato, na vida destas famílias, e isso é agravado devido à condição social das mesmas, ou seja, de classe mais baixa e, em sua maioria, com baixa renda, residindo na periferia da cidade, em locais*

*de difícil acesso, e dividindo quintais com outros” (Koga, 1997, p. 39).*

Ao analisar os conteúdos dos estudos encaixados nesta categoria, verificamos que a afirmativa de Koga se confirma, pois todos os autores alertaram sobre a importância do profissional estar ciente das necessidades da família, isto é, é preciso que o profissional a conheça e isto inclui suas crenças, valores, condição social e econômica, a dinâmica familiar entre outras.

Silva (1996), ao discorrer sobre famílias de alcoolistas, alerta sobre a importância de o profissional identificar as necessidades das famílias. Destaca a importância do viver em família, da crença, da cultura; das mudanças no cotidiano com a presença do alcoolista, em consumo da droga ou em abstinência; do relacionamento familiar; da concepção da família sobre o alcoolismo e o tratamento. Assegura que, se o profissional não estiver suficientemente informado das necessidades da família, sua assistência estará comprometida.

Waidman *et al.* (1999), ao discorrerem sobre famílias de doentes mentais, observaram que elas referiram a necessidade de esclarecimentos sobre a doença mental; de orientações sobre o relacionamento com o portador de doença mental no domicílio; sobre como enfrentar os problemas sociais e econômicos, como a falta de medicamentos, de alimentação e vestimenta; condições precárias de moradia; a presença do desemprego e a falta de atividade para o portador de doença mental no dia-a-dia. As famílias deste estudo destacaram que essas necessidades geravam outros problemas, como, por exemplo: a falta de confiança dos familiares e da comunidade no familiar doente; o preconceito com relação à doença mental; o rótulo de louco; o desprezo e o desrespeito ao doente mental por parte daqueles que o cercam e o estigma de incapacitado para o trabalho e para assumir responsabilidades. Elas destacam então a importância de o profissional ir ao domicílio para compartilhar os problemas e dificuldades enfrentados pela família para assim traçar cuidados específicos, pautados nas necessidades da família e condizentes com a realidade identificada.

Da mesma forma, Oliveira (2000) ao estudar famílias de doentes mentais, coloca que, no início da doença, na maioria das vezes, a família tem necessidade de ser apoiada e ajudada, devido ao impacto inicial. Ressalta que provavelmente isso acontece devido à desestruturação/desorganização causada pela presença de um portador de doença mental na família, principalmente pelo seu sofrimento e dor. Complementa dizendo que, se o

profissional de saúde estiver atento a isto, a vida em família tende a melhorar e aos poucos voltar à normalidade, a ter esperança para buscar o potencial de saúde existente em seu familiar doente.

Waidman e Gusmão (2001) destacam que, quando o profissional vai ao domicílio e observa *in loco* toda a problemática vivenciada pela família que convive com um portador de doença mental, torna-se possível a ele oferecer uma assistência diferenciada, baseada na real necessidade da família. Elas observaram que as famílias estudadas têm algumas necessidades específicas pela presença do portador de doença mental. Dentre elas destacam: a necessidade de aprender a relacionar-se com o doente mental de modo que as vontades deste não prevaleçam sobre os demais familiares; compreender a doença mental, suas manifestações e formas de controle; expor seus problemas e dificuldades; ser ouvida, compreendida, aceita e respeitada; a necessidade de alimentos, roupas, emprego – já que as famílias estudadas viviam abaixo da linha de pobreza, ou seja, com menos de noventa reais por pessoa.

Schneider (1999), ao realizar um estudo com familiares de esquizofrênicos, revela que, a partir do momento em que o familiar passa a perceber que seu parente está em sofrimento mental, começa a sentir transformações na vida. É levado a sentir-se em uma nova situação, manifestando a necessidade de atribuir causas à doença desse familiar, buscando ao seu modo, um sentido para esse acontecimento. Por essa razão, a família passa a viver em um mundo não escolhido por ela, porém sem condições de fugir a essa facticidade, caracterizada por mudanças nos hábitos da vida familiar, como, por exemplo, alterações alimentares e nos hábitos de sono, a convivência constante com o estresse.

Percebemos, a partir dos relatos dos autores que trabalharam com famílias de portadores de doença mental, que a presença de um familiar com esse tipo de doença provoca outras necessidades até então não manifestadas, como, por exemplo, mudanças nos hábitos familiares de sono e repouso, determinar um cuidador, conviver com momentos estressantes de crise, entre outras. Isto nos leva a dizer que a satisfação desta necessidade está diretamente ligada à recuperação da qualidade de vida em família, principalmente à melhora das relações familiares, já que estas se encontram abaladas por causa do comportamento do doente mental.

### **Vivendo em família – o cotidiano domiciliar com e sem a presença de doença**

A partir de nossa experiência em trabalhar com famílias, percebemos a importância da atenção dos profissionais para as necessidades daquelas que convivem com a presença de doença, principalmente no que concerne a orientações sobre a mesma doença, aos cuidados específicos como, por exemplo, uso de medicamentos e de técnicas adequadas (técnicas de curativos, de comunicação, de higiene, mudança de decúbitos, dentre outras). Quanto a isso, Marcon *et al.* (2002) destacam que muitas vezes o que mais aflige a família são pequenas coisas, resolúveis mediante simples orientações, as quais, depois de realizadas, deixam a família mais tranqüila e aliviada.

Ainda sobre a importância da identificação das necessidades das famílias pelo profissional, Marcon *et al.* (2002) referem que o trabalho no domicílio é importante, porque pode adequar a assistência às necessidades das famílias. Muitas questões referentes à realidade só serão levadas em consideração a partir do momento em que o profissional observar, discutir e compartilhar com a família o que ela espera da assistência. A nosso ver, este aspecto é de grande importância quando se trabalha com famílias no domicílio, pois muitas vezes o que é percebido pelo profissional como necessário para melhorar a qualidade de vida e saúde da família pode não ser percebido da mesma forma pela família.

Althoff (2001), ao discorrer sobre o conviver em família, coloca que as famílias indicam a necessidade de uma comunhão de valores para poderem conviver, destacando a honestidade e o respeito como essenciais para um convívio harmonioso. Arrolaram, ainda, às famílias outras necessidades para se viver bem como: a de estabelecer relacionamentos consigo mesmo, com a família e com os demais. Nessa relação, é fundamental o respeito à individualidade, o reconhecimento das diferenças, a compreensão e a confiança entre seus membros. É ainda necessário haver uma comunicação efetiva entre os membros familiares, cada um levando em consideração o outro como um todo. Ressalta a autora que conviver em família é viver de maneira conjunta, organizando as atividades diárias, participando das tarefas domésticas e estabelecendo as atribuições familiares de modo a atender às necessidades de cada membro e da família como um todo.

Althoff (2001) ainda adverte para a necessidade de o profissional entender o significado, para a família, das ações conjuntas pertinentes ao dia-a-dia. A partir da convivência, ela deve fazer as atividades

necessárias para alcançar êxito e preencher as lacunas provocadas pelas necessidades, seja individualmente seja nas atividades comuns a toda a família.

A família, para Althoff (2001), tem ainda a necessidade de privacidade, liberdade, autonomia e interdependência. Ao organizar sua vida cotidiana ela leva em consideração seus momentos, ou seja, as fases que está vivendo, como as de crise conjugal, de saída dos filhos da casa, do envelhecimento dos cônjuges, dentre outras.

Ainda sobre as necessidades das famílias em diferentes momentos da vida, Marcon (1998), ao realizar um estudo sobre a criação dos filhos nas famílias, verificou que a forma de criar, e até mesmo as exigências e necessidades, estavam embasadas na crença comum de cada época. Na primeira geração, por exemplo, as famílias percebiam como principal necessidade dos filhos o estudo (ser alfabetizado), a presença da mãe junto à criança e a preparação da criança para o trabalho. Na segunda geração, a questão do estudo, principalmente o de nível superior, ficou mais forte, já não bastava, como na primeira, que os filhos soubessem ler e escrever, era preciso terem uma profissão com formação superior. Além disso, essa geração sentia a necessidade de oferecer aos filhos uma formação básica pautada em valores e comportamentos, sendo o homem o principal responsável pelo sustento da família. Nessa geração, a mãe percebe a necessidade de preparar o filho para o convívio social.

A terceira geração estudada por Marcon mostra a necessidade de não mais a mãe, mas os pais prepararem os filhos no que diz respeito ao comportamento, e à valorização da criança enquanto ser humano. Essa geração enfatiza a questão dos limites, que devem ser impostos e os relacionamentos familiares. Percebemos que, a partir deste estudo, é possível pensar que as necessidades das pessoas e das famílias são relacionadas com o momento histórico em que vivem e também com as crenças, valores e comportamentos das pessoas que vivenciam a necessidade. Isso vem corroborar as observações de McGoldrick (1995).

Marcelino *et al.* (2000), ao fazerem uma reflexão sobre o cuidado domiciliar, colocam que o profissional que vai assistir a família precisa estar atento às suas necessidades, pois o cuidado contínuo a uma pessoa com doença crônica pode levar à síndrome do cuidador, com sintomas físicos e emocionais. Para evitar que isso aconteça, muitas vezes, o profissional precisa saber o que é melhor para a família, ou seja, se ela quer manter o doente em casa ou interná-lo. Asseveram que a família não deve sentir-se forçada a tomar decisões com as quais

ela não concorde, por não sentir-se preparada para assumir determinadas ações. Concordamos com essas autoras e acrescentamos que, nesse momento, é necessária uma avaliação cautelosa, que leve em consideração as necessidades e a realidade da família, sem julgá-la ou criticá-la em suas atitudes e comportamentos.

Como se pode observar, o que destacou essa categoria e o que a diferencia das outras se refere às diferenças das necessidades das famílias quando há presença ou ausência de doença. Verificamos que, na presença de doença, as necessidades giram em torno da busca de respostas para satisfazê-las, como, por exemplo, orientação, apoio, informações, ajuda para desenvolver o cuidado e todas as demais arroladas no quadro 1. Por outro lado, nas famílias que não têm nenhum de seus membros doente, como é o caso dos estudos de Althoff e Marcon, as necessidades giram em torno do bem-viver, ou seja, de bons relacionamentos, envolvendo respeito e confiança mútuos, privacidade, liberdade e autonomia, entre outros aspectos.

#### **Delineando caminhos para cuidar de famílias a partir de suas necessidades**

Ao finalizar este estudo nos remetemos a Elsen (1994) quando refere que o cuidar da família como unidade básica de saúde exige do profissional conhecer como essa família cuida, ou seja, é preciso identificar suas dificuldades e suas forças, para dessa forma atender às necessidades de cada um de seus membros e da família como um todo.

Acreditamos que cuidar da família não é uma tarefa fácil para os profissionais envolvidos com ela; porém boa vontade e a percepção de que a família tem sua própria maneira de cuidar e isto deve ser respeitado, podem ajudá-los a delinear seu trabalho de assistência. Conhecer as necessidades da família, suas crenças, valores e costumes facilita a construção de uma assistência digna e individualizada. É preciso também o profissional levar em consideração que algumas necessidades mudam de pessoa para pessoa, dependendo principalmente do contexto em que se vive, da cultura, dos valores e da etnia ou descendência da família. Apesar de as questões socioeconômicas serem de difícil resolução, devido ao momento em que vivemos, o da globalização, precisamos nos mobilizar enquanto cidadãos para ter nossos direitos garantidos. Cumpre defender principalmente o emprego, pois este confere dignidade e, respeitabilidade ao ser humano, e a partir dele é possível satisfazer nossas necessidades, sejam elas um desejo ou falta de alguma coisa, como diz Liss (2001).

Dentro das perspectivas discutidas neste trabalho e a partir de nossa experiência em trabalhar com famílias, recomendamos que, antes de propor uma assistência, o profissional determine o estado real das necessidades da família, o alvo dessas necessidades e as estratégias para sua satisfação. É claro que, para fazer isso, ele precisa envolver a família na assistência, compartilhar com ela os objetivos e metas, estabelecendo um diálogo efetivo, que possa oferecer dados imprescindíveis ao delineamento de sua assistência.

Vale ressaltar a importância da parceria, pois percebemos que muitas necessidades observadas pelo enfermeiro não foram expressas pela família (Quadro 1), o que não deixa de ter seu valor. Pelo contrário, a partir desses dados é possível inferir que o compartilhar dessas situações é a melhor estratégia a ser utilizada para satisfação das necessidades das famílias.

Para finalizar, remetemo-nos novamente à reflexão inicial sobre globalização e globalização da pobreza e má qualidade de vida. Alertamos que, enquanto profissionais, precisamos estar atentos à necessidade de políticas públicas que possam ajudar as famílias e seus membros a exercerem a cidadania. O cumprimento de acordos como os resultantes da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 fortalece a família, ameniza os problemas socioeconômicos, previne a pobreza, o desemprego crônico, a violência doméstica e sexual entre outros efeitos.

#### **Referências**

- ALTHOFF, C. R. *Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar*. 2001. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ALVAREZ, A. M. *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora, no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. 2001. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ANDRADE, O. G. *Suporte ao sistema familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística em saúde*. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- ÂNGELO, M. *Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem*. 1997. Tese (Livre Docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ARRUDA, M. *Globalização e desenvolvimento comunitário autogestionário*. In: BOFF, L.; ARRUDA, M. *Globalização: desafios sócio-econômicos, éticos e educativos*. Petrópolis: Vozes, 1998.

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70, 1977.
- BIELEMANN, V. de L. M. A família percebendo o adoecer com câncer e criando seus significados. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.5,n.2, p. 22-28, Jul/Dez. 2000.
- CHOSSUDOVSKY, M. *A globalização da pobreza*. São Paulo: Moderna, 1999. p. 26-35.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Resumo do programa de ação da conferência internacional sobre população e desenvolvimento*. Cairo. 5 a 13 de setembro, 1994. 32 p. Mimeo.
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I., R. et al. *Marcos para a prática de enfermagem com família*. Florianópolis: UFSC, 1994, p. 61-78.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA (org). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. cap. 1, p.11-24.
- GEORGE, J. B. Virgínea Henderson. In: GEORGE, J. B. et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Trad. R. M. Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.64-79.
- GONÇALVES, L. H. T. et al. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.1,n.2, p.39-47. Jul/Dez. 1996.
- HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- KOGA, M. *Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde e cidadania. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 1, n.1, p. 54-79, jan/jun. 1992.
- LIMA, F. E. T. et al. A família como suporte para o idoso no controle de pressão arterial. *Fam. Saúde Desenv.* Curitiba, v.3, n.1, p.63-69. 2001.
- LISS; P. E. *Necessidade e a questão da pobreza*. Palestra ministrada no programa de Pós-graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina em 27 de novembro de 2001. Mimeo.
- MARCELINO, S. R. et al. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção. *Texto e Contexto. Enferm.*, Florianópolis, v.9,n.3, p- 9-21, ago./dez. 2000.
- MARCON, S. S. *Criar os filhos : experiência de famílias de três gerações*. 1998. 283p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I. et al (Org). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá : Eduem, 2002. cap. 4, p.311-336.
- MCGOLDRICK, M. Mulheres e o ciclo de vida familiar. In. CARTER; B.; MCGOLDRICK, M. Org. *As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Trad. M. A. V. Veronese. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MOTTA, M. de G. de. *O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais*. 1997. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997
- OLIVEIRA, A. M. N. de. *Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família: um estudo fenomenológico e hermenêutico*. 2000. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- RIBEIRO, N, R, R. *Famílias vivenciando o risco de vida de seu filho*. 1999. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999
- SCHNEIDER, J. F. *Ser-família de esquizofrênico: hermenêutica de discursos fundamentada em Martin Heidegger*. 1999. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- SILVA, M., R. S. da. *Família e alcoolismo: em busca do conhecimento*. 1996. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996
- WAIMAN, M. A. P.; GUSMÃO, R. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 154-162, 2001.
- WAIMAN, M. A. P. et al.. Família e doença mental. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 27-32, 1999.

Received on June 24, 2003.

Accepted on December 03, 2003.