

CUIDANDO DE FAMÍLIAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

TAKING CARE OF THE PATIENTS FAMILY WHILE THE PATIENT
IS IN INTENSIVE CARE UNIT

CUIDANDO LAS FAMILIAS DE PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

*Daniele Rodrigues Ferrioli**

*Lisiane Silveira Acosta**

*Giovana Calcagno Gomes***

*Wilson Danilo Lunardi Filho****

RESUMO: Ao adoecer e hospitalizar-se em uma UTI, o cliente é deslocado do seu meio ambiente, gerando uma situação de crise para todos os membros de sua família que, junto com a doença que ameaça a sua vida, compartilham o medo, o estresse, os sentimentos de perda e a preocupação com a morte. Assim, temos como objetivo identificar, junto aos familiares de pacientes internados em uma UTI, as suas principais necessidades, para criar um espaço de cuidado e de ajuda, de modo a auxiliá-los a vivenciar este momento de crise, da forma menos traumática possível. A partir de observações participantes e entrevistas com sete famílias de clientes internados em uma UTI Geral, pôde-se identificar percepções e sentimentos das famílias em relação à morte e ao adoecer, suas percepções acerca da visita hospitalar e da atuação

da equipe, suas reivindicações e situações em que se reconhece cuidada.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Unidades de terapia intensiva; Relações profissional-família

INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo surgiu de constantes observações de familiares de pacientes internados, na Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (UTI Geral do HU/FURG), que aguardavam o horário de visitas, na sala de espera e se apresentavam ansiosos e angustiados. Durante nossas vivências, nos campos de prática e de atuação profissional, percebemos que a hospitalização, freqüentemente, origina uma atitude de preocupação e angústia para os familiares de clientes hospitalizados, principalmente daqueles mais criticamente doentes, como é o caso dos que internam em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A partir daí, começamos a vislumbrar a sala de espera como um local sombrio e frio, no qual as famílias vivenciam solitárias as suas tensões, medos

* Acadêmica de Enfermagem, aluna do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

** Enfermeira da Unidade de Pediatria do HU/FURG, Mestre em Enfermagem, Aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde – NEPES. Orientadora.

*** Enfermeiro, Professor Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Docente do Curso de Enfermagem e Obstetrícia e do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde – NEPES, Co-orientador.

e fantasias sem que os profissionais de saúde dêem mostra de perceberem esta realidade por elas enfrentadas. A partir destas observações, surgiram alguns questionamentos, dentre os quais, se a família, neste momento, necessitaria ou não de cuidados? Como as famílias estão sendo cuidadas pelos que trabalham em uma UTI? Que tipo de assistência pode ser implementada para que estas famílias se sintam cuidadas pela equipe de enfermagem e pelos demais profissionais de saúde?

Ao adoecer e hospitalizar-se de forma súbita, o cliente é deslocado do seu meio ambiente, gerando uma situação de crise para todos os membros de sua família, pois, junto com a doença que ameaça a sua vida, vêm compartilhados o medo, o estresse, os sentimentos de perda e a preocupação com a morte. Consideramos que a assistência prestada, especialmente a assistência de enfermagem, deve estar direcionada à unidade familiar como um todo, sendo fundamental percebê-la como de extrema relevância, incluindo-a nas ações de cuidado.

Para assistir famílias, é preciso ter em mente que uma família é uma unidade formada por seres humanos unidos por laços de afetividade, interesse e/ou consangüinidade, que compartilham, dentre outros, crenças, momentos de alegria e de tristeza, bem como conflitos e crises⁽¹⁾. Portanto, mostra-se importante compreendê-las para poder melhor atender às suas necessidades.

Assim, este estudo teve como objetivo identificar junto aos familiares de pacientes internados na UTI Geral do HU/FURG quais as suas principais necessidades, para criar um espaço de cuidado e de ajuda, de modo a auxiliá-los a vivenciar este momento de crise, da forma menos traumática possível.

A INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMO GERADORA DE UM MOMENTO DE CRISE NA FAMÍLIA E DE NECESSIDADES DE CUIDADOS

A doença é um fator desorganizador, podendo ou não provocar uma ruptura significativa na vida das pessoas. É uma condição na qual, tanto o doente

como a sua família, necessitam redimensionar aspectos de sua vida e em que tanto a própria doença como uma possível hospitalização geram ansiedade e desorganização em aspectos de sua percepção, compreensão e emoção, podendo levar a uma crise.

A crise corresponde a uma alteração, um acidente repentino que sobrevém numa pessoa em estado crônico; uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio ou de sentimentos; um estado de dúvidas e incertezas; uma fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos fatos, das idéias; um momento perigoso ou decisivo⁽²⁾. A crise pode ser situacional ou do desenvolvimento. Esta última está relacionada com a impossibilidade das pessoas para se adaptarem a uma transição no ciclo da vida.

A internação hospitalar, especialmente em uma UTI, ocorre, geralmente, de forma inesperada, resultando em um momento de crise tanto para o cliente quanto para os seus familiares, necessitando receber ajuda para enfrentar este momento de forma menos traumática possível. Assim, a internação de uma pessoa em uma UTI representa um evento situacional, pois não ocorre sempre com todas as pessoas ou famílias, sendo, portanto, na maioria das vezes, inesperado. A crise situacional exige uma mudança de comportamento ou habilidades de enfrentamento necessárias para a sua resolução⁽²⁾.

A família que vivencia um momento de crise experimenta uma vasta gama de emoções, dentre eles: depressão, medo, ansiedade. Entretanto, esses sentimentos não são os elementos que desencadeiam a crise. O significado do evento para o indivíduo ou sua família e sua incapacidade para lidar com ele é que a produzem. Portanto, a crise não ocorre isoladamente, mas é um processo simultâneo com outros eventos, que podem potencializar a sua ocorrência. Uma situação de crise parece ser uma resposta a um evento percebido como nocivo, uma perda ou um desafio, mas que traz um potencial muito grande para o crescimento, uma conotação positiva que serve para elevar o nível de saúde mental dos seres humanos⁽³⁾.

Dessa forma, não é considerado o estado de saúde do cliente internado na UTI, mas a sua percepção ou de sua família sobre este estado, para conduzir uma situação que é sentida como perigosa para o equilíbrio da unidade familiar. Esse evento situacional é percebido pela família que, num primeiro momento, não dispõe de mecanismos de manejo adequados para evitar esta ameaça, ocorrendo, então, a crise.

Ao vivenciar um estado de crise, uma família pode atravessar uma série de fases distintas, embora sobrepostas. A negação é a sua fase inicial, caracterizando-se como um mecanismo de defesa que a mente usa inconscientemente para proteger-se do ataque súbito de intensa ansiedade. Nessa fase, há a necessidade de que seja transmitida confiança à família para que se estabeleça a aceitação da doença, de modo que seus membros se sintam mais confortáveis e esperançosos, controlando melhor suas emoções⁽³⁾.

Durante a fase de aumento da tensão, a família envolvida está mais ativa, fazendo um grande esforço para continuar suas atividades da vida diária, mas o faz enquanto tenta lidar com uma ansiedade sempre crescente. Sendo assim, mostra-se indicado, dentro do possível, também dar informações esperançosas e alegres às famílias, a fim de aliviar suas ansiedades e facilitar a compreensão da própria crise⁽³⁾.

O terceiro momento é um instante no qual a família parece “desmoronar”, tornando-se obsessivamente preocupada com aquele familiar hospitalizado. É como se a doença se incorporasse à vida da família. Durante essa fase, um olhar atento ao semblante dos familiares pode revelar sentimentos como angústia, abandono e/ou descaso. Portanto, a assistência à família deve incorporar uma maneira de auxiliar os seus membros a fortalecerem-se para organizar estratégias de enfrentamento da crise, pois cada momento vivido é novo e tem um significado próprio para eles³.

A próxima fase é caracterizada por uma tentativa de organização, com ou sem auxílio; a família reflete mais sobre a experiência vivida; é um

período de retomar as forças, a harmonia. Se as tentativas iniciais para sua reorganização fracassam, estrutura-se a próxima fase, caracterizada por uma tentativa para escapar do problema. Sem uma intervenção apropriada, durante esta fase, ocorre, habitualmente, o ato de lançar a culpa sobre outras pessoas, instituições sociais ou fenômenos sobrenaturais, como Deus ou o destino. Após, a família entra na fase de reorganização local, que antecede a última fase descrita como reorganização geral, em que, enfrentando uma situação de crise, mobiliza suas forças para conseguir sair fortalecida desta experiência. Assim, é possível, apesar das dificuldades, vivenciar esta situação de uma forma menos traumática⁽³⁾.

A INTERVENÇÃO NA CRISE

O momento agudo de crise é caracterizado pela interrupção de hábitos e padrões comuns da vida das famílias. As reações normalmente reveladas neste período são de revolta ou submissão a um adversário a ser combatido⁽²⁾. Este período, para alguns, é de medo, confusão e ansiedade, pois as estratégias anteriores bem sucedidas para lidar com o mundo e as defesas outrora eficazes, agora, tornaram-se insuficientes e, até mesmo, inúteis. Para outros, este período torna-se uma oportunidade de aprender a receber ajuda e desenvolver a confiança necessária⁽⁴⁾.

O objetivo principal da intervenção na crise, então, é ajudar as famílias a estabelecerem mecanismos adaptativos novos e úteis para superar o momento vivido. Para uma equipe acostumada ao imediatismo da urgência/emergência e do tratamento de clientes criticamente enfermos, voltada quase que exclusivamente para a cura, conviver com famílias e grupos exige um novo e contínuo aprendizado.

A intervenção na crise visa ajudar pessoas, essencialmente saudáveis que estão em estado de desequilíbrio, para que atinjam uma percepção cognitiva correta da situação e para que conquistem um manejo eficaz de suas emoções. A resolução

bem sucedida da crise resulta no desenvolvimento, pela família, de um repertório mais amplo de mecanismos adaptativos, o que possibilita maior manejo na sua solução⁽³⁾. A equipe de saúde, ajudando a família a compreender a crise, estará prestando uma assistência mais humanizada e fazendo com que se fortifique, aprendendo com a experiência, transformando e sendo transformada por ela, criando melhores formas de adaptação a esta situação crítica.

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo em que foram empregadas a observação participante e entrevistas com sete famílias de clientes internados na UTI Geral do HU/FURG, após serem informadas a respeito do tema, dos objetivos e da metodologia e de terem assinado o Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O anonimato foi garantido através de sua identificação pela letra "F e números romanos".

Como a observação é a forma mais indicada para se captar a realidade, principalmente, quando esta leva em consideração as situações naturais, através dela, pudemos captar o sentido encoberto da ação humana, pois as pessoas agem em função dos sentidos que o mundo circundante representa para elas⁽⁵⁾. Assim, no decorrer do processo de interação realizado nesta UTI, ficamos atentos às manifestações e comportamentos dos familiares, durante o tempo em que aguardavam o horário de visita e ao seu relacionamento com o doente e equipe, durante a realização da visita propriamente dita. Já as entrevistas foram realizadas com sete famílias, nas instalações da própria unidade. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e analisadas, a partir de elementos da técnica de Análise de Conteúdo⁽⁶⁾.

Os dados, após sucessivas leituras, foram organizados e categorizados, com vistas a possibilitar a realização da análise. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos

de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, com critérios previamente definidos. Em síntese, é o ato de recortar, classificar e ordenar idéias ou fatos, segundo as semelhanças. Representam classes que reúnem, sob um título genérico, um grupo de elementos, cujo agrupamento é feito, tomando por base os seus caracteres comuns. Desse processo, resultaram as categorias de análise a seguir apresentadas⁽⁷⁾.

RESULTADOS

A clientela que esteve internada na UTI, no período da coleta dos dados, foi bastante diversificada, com predomínio de adultos entre 35 e 75 anos, de ambos os sexos, permanecendo internados, geralmente, de 7 a 10 dias. O tempo prolongado de internação transforma a vida das famílias, em função da doença. Dessa forma, permanecer em vigília, estar na sala de espera, parece amenizar o medo da morte, aliviar o sofrimento e a angústia da perda, aproximando os familiares entre si e do paciente internado.

O convívio entre as famílias na sala de espera da UTI faz deste local um possível lugar de ajuda mútua, entre as pessoas que aguardam o horário de visita. Foi possível perceber que elas procuravam ajudar-se, compartilhar experiências, prever situações que poderiam vir a acontecer. Esta troca de experiências mostra-se fundamental para a intervenção na crise, visto que ajuda a dar suporte para enfrentar a situação, ao mesmo tempo, que se identificam em mundos semelhantes.

PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO À DOENÇA E À MORTE

A percepção da família relacionada à morte e ao adoecer é fortemente influenciada por suas vivências, conhecimentos e valores que norteiam suas condutas. A internação de um familiar em uma UTI apresenta-se como um momento crítico, especialmente, pela sua entrega aos cuidados de uma equipe de saúde, de uma unidade com o estigma

de ser um local para pacientes graves e terminais, podendo despertar na família vários sentimentos negativos: pessimismo, pavor, dor, medo do desconhecido e da morte, medo de tudo, impotência, choque, tensão, desesperança, tristeza⁽⁸⁾: *“Para mim, significa uma coisa muito triste. Muito triste mesmo! Ainda mais, sendo um filho... Um parente ou qualquer outra pessoa é muito triste... Um filho, para mim, é horrível!”* (F III).

Acompanhar o sofrimento, a dor e a morte de um familiar, implica conscientizar-se da sua própria finitude. Em algumas situações, as famílias reagem, negando a doença e a morte ou apresentando outras manifestações⁽⁹⁾, tais como: *“... e a gente sempre espera uma melhora, uma certa inquietação”*(F IV).

Desta forma, torna-se necessário que as famílias sejam assistidas neste momento. Outra área de competência do enfermeiro diz respeito ao seu papel enquanto elo de ligação entre o paciente e a família⁽¹⁰⁾. Os familiares, em geral, estão tensos, inseguros e com medo do que poderá ocorrer com o paciente, podendo a enfermagem assumir um papel crucial de ajuda neste momento.

MEDO E ESPERANÇA: SENTIMENTOS APRESENTADOS PELAS FAMÍLIAS

Algumas famílias descreveram sentimentos como esperança, segurança e expectativa pela melhora: *“É bastante dor ... mas, ao mesmo tempo, temos esperança que... Bastante fé que, seja lá o que ele tá passando, não sinta dor”* (F VI). *“A expectativa, agora, é que ela melhora e vá para o quarto”* (F III). *Eu acho que é seguro. Está aí com todos os recursos. Tem os médicos, as enfermeiras, na volta, e qualquer coisa que a pessoa piorar, eles avisam. Acho que estando, aqui na UTI, está seguro”* (F VII).

Apesar da grande expectativa que as famílias possuem em receber informações acerca de seu familiar, concomitantemente, apresentam um grande medo de que elas não correspondam à sua expectativa de melhora e que a notícia comprometa a sua esperança: *“O pior medo é que ele sai dessa*

porta aí e diga que vão desligar os aparelhos...que não tem mais remédio. Aí, seria um choque, o pior momento da gente”(F II). O que sustenta a família através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento, é a esperança. A esperança é a sensação de que tudo deve ter algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo⁽¹¹⁾. *“O meu pior medo, o medo pior que eu tenho é quando o médico vem lá de dentro dar notícia de como ele está passando, se está reagindo. O que nos sustenta é a esperança de que ele melhora.”* (F III).

A família tem esperança de que tudo não passe de um pesadelo irreal, de acordar com a notícia da descoberta de um novo medicamento ou de uma nova cirurgia que possibilite ao seu familiar continuar vivendo⁽⁸⁾. Observamos que, a cada visita realizada na UTI, a família renova as suas esperanças ou, se as informações recebidas são pessimistas, luta para que as mesmas não se transformem em desesperança: *“Significa... Muito horrível! É triste a gente sair de casa para vir ver uma pessoa, bem dizer no fim da vida... Então, é muito triste a gente sair de casa e vir ver o estado dele... e a minha esperança nunca é a mesma, ele sempre está pior”* (F V).

Os conflitos relacionados com a esperança provém de duas fontes principais. A primeira é a substituição da esperança pela desesperança, justamente quando o paciente mais precisa e a segunda fonte de angústia provém da incapacidade da família em aceitar o estágio final do paciente, quando ele mesmo já está preparado para morrer⁽⁸⁾. Assim, torna-se possível compreender a dualidade de sentimentos vivenciados pelas famílias: necessidade de receber informações e medo das informações que irá receber. *“É de uma informação mais grave. Isso aí é o temor maior que se encontra, que nós nos encontramos, por motivo da própria situação. Qual é o temor que a gente sente? Qual é a informação que a gente vai receber, qual é o estado que ele se encontra, quais são as possibilidades de uma melhora...”* (F IV).

A conscientização dos familiares da possibilidade iminente da morte representa o fim de

suas esperanças, pela conotação de finitude atribuída a ela. Assim, uns dos principais medos apresentados pelas famílias é o medo da morte do familiar hospitalizado: *“É péssimo, horrível mesmo! A gente fica apavorada, com medo de tudo... da morte mesmo! É isso que significa... A gente só pensa nesta possibilidade”* (F I). Embora sabedores da possibilidade da ocorrência da morte, o momento em que ela ocorrerá é temido pela família, por terem medo de presenciá-la ou, paradoxalmente, de que a morte ocorra quando não estiverem presentes, *“de chegar ali e ele morrer nas minhas mãos, na minha frente, quando eu estou com ele. Tenho muito medo de sair dali e ele morrer... na hora que está comigo, quando eu estou vendo ele”* (F V).

O afastamento de um dos membros da família causado pela hospitalização é um dos eventos mais difíceis e significativos, no ciclo de vida familiar, especialmente ao presenciar o seu sofrimento, sentindo-se impotente, passando o sofrimento do paciente a ser o sofrimento de seus familiares⁽¹²⁾: *“E a gente vê que nunca tem melhora, que cada vez é pior, o quadro dele é muito grave”* (F V). *“A dor dele... a dor dele... Só isso!”* (F VI).

Cada família tem uma maneira particular de reagir frente à hospitalização de um dos seus membros. O paciente internado é o depositário do sofrimento físico, mas o sofrimento psíquico também é fortemente depositado na família⁽¹³⁾. Por isso, tanto o paciente quanto a sua família necessitam de cuidados, durante este período: *“Bom! Para nós, é uma experiência horrível. A gente internou a mãe uma vez só para a operação e fazia muitos anos que ela não internava. Para nós, foi um choque muito grande... Então, quando ela veio para cá, pra nós, foi uma tensão enorme”* (F II).

Outro medo expressado pelas famílias, frente à internação de um familiar em UTI, é de que, neste setor, faltem recursos necessários para o atendimento do paciente, ou de que este não seja bem atendido pela equipe: *“Medo seria que não fosse bem atendido, mas acho que não tem”* (F VII). Este medo parece que ocorre pelo desconhecimento da família sobre

as reais condições e necessidades do paciente e sobre os recursos disponíveis para o seu atendimento. Aos poucos, este medo pode ir sendo dissipado por meio de informações e pelas orientações, pois se a família for informada sobre as necessidades de cuidado de seu familiar hospitalizado e dos recursos disponíveis para o seu atendimento, o seu medo poderá ser reduzido.

A FAMÍLIA E SUAS PERCEPÇÕES ACERCA DA VISITA HOSPITALAR

A visita hospitalar proporciona uma interação entre a pessoa doente e seus familiares. Vários autores consideram a visita extremamente importante, porque representa segurança afetiva ao doente e, além disso, a família anseia por este contato para fortalecer o relacionamento família-paciente e família-equipe⁽²⁾: *“É maravilhoso. A gente sabe como ele está, conversa, troca um pouco de carinho”* (F I). Neste contexto, torna-se fundamental a compreensão de que o paciente interage com sua família, sendo necessário que esta interação seja propiciada pela equipe de saúde.

As unidades de cuidado intensivo, embora promovam o aumento das taxas de sobrevivência, com a rigidez de suas normas, também provocam estresse adicional, ao impedirem que a família exerça o seu direito de estar junto e cuidar, uma vez que ela aguarda com ansiedade o momento da visita, percebido como algo importante. Este momento, inclusive, propicia o estabelecimento de trocas com a equipe: *“Também é um momento de expectativa, porque a gente não sabe qual é a situação que o nosso pai está no momento. Na hora da visita, a gente conversa com o médico e as enfermeiras e a gente, também tem informações importantes sobre o nosso pai pra passar para eles”* (F IV).

Torna-se necessário que seja oferecida à família uma estrutura favorável para o contato periódico com o seu familiar e com a equipe de cuidado. No entanto, o papel da família na UTI tem sido ainda tema de pouca reflexão, o que pode ser comprovado

pelo fato de que o seu acesso a esta ainda é muito limitado. Parece que a equipe desconsidera que a visita é uma oportunidade que a família tem para demonstrar ao paciente que ele não está vivenciando este momento crítico sozinho, mas que ela também está vivenciando esta crise.

Assim, estar presente parece constituir-se, para a família, uma forma de cuidado ao seu familiar internado que, apesar de separados fisicamente, continuam sendo presença uns na vida dos outros: *“É muito importante para eles... Eu acho que é a recuperação deles: é a presença da mãe e do familiar, um colega... É muito importante”* (F III). O relacionamento interpessoal é fundamental, quando envolve paciente e famílias, diante da situação de crise originada pela doença e hospitalização, geralmente percebida como uma ameaça: *“A crise contribui para a unidade e solidariedade da família, porque fortalece suas relações, enriquecendo seus membros através da troca de amor, energia e suporte”*^(2:78). O “ser presença” é visto como algo necessário não só para o paciente, mas também para a família como forma de tranquilizá-la: *“Principalmente da mãe, sendo um filho que está lá dentro, os nervos que a gente fica... A gente não sabe o que que está acontecendo, o que que prefere, bater toda a hora, saber como está o meu filho. Veja que ele fica mais relaxado e tranquilo por saber que eu estou aqui.”* (F III).

Durante a internação de um de seus membros, as famílias se fazem presentes, muitas vezes, questionando, contribuindo e tornando-se agentes do processo. Apresentam a realidade na qual estão inseridas, seus costumes, anseios e conhecimentos a respeito da doença e da saúde, subsidiando, desta forma, a elaboração de um plano assistencial, que venha ao encontro do atendimento das necessidades presentes⁽¹⁾. Desse modo, a visita pode constituir-se num momento de renovação da esperança de que ocorra a melhora e recuperação do seu familiar: *“É muito triste! Eu tenho esperança de cada vez que eu entro de ver ele melhor”* (F V).

Um resultado esperado, com a visita dos familiares, parece ser a possibilidade do atendimento das suas necessidades em estabelecer relações interpessoais positivas, que gerem crescimento pessoal para todos os envolvidos, nas quais a comunicação deve ser realmente terapêutica, auxiliando-os a descreverem suas experiências e sentimentos, compreendendo assim suas vivências e a renovação da esperança⁽⁸⁾: *“É um momento de bastante esperança. Vamos ver o que acontece”* (F VI). *“A visita é o momento que a gente espera para entrar lá e torce para que eles digam que está melhor, que vai para o quarto e do quarto para a casa. A expectativa é sempre a melhor possível”* (F II).

A visita torna-se, também, o momento em que a família poderá encarar a verdade, a realidade acerca do estado de saúde do seu familiar. Por isso, muitas vezes, pode ser um momento tenso, evidenciando as necessidades de cuidado que as famílias apresentam: *“Eu acho que, nesse momento, não tem coisa que consiga melhorar. A gente olha o familiar da gente naquele estado que está... cada vez se indo aos pouquinhos... É que é difícil pra gente ver ele assim, mas é que é a verdade”* (F V).

Um aspecto fundamental é que a verdade deve permear todas as informações e ações, sob pena de infringir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e o direito assegurado constitucionalmente aos pacientes. As concepções de que a morte é inevitável, de que a vida e a morte fazem parte de um só fenômeno, da necessidade de elaborar emoções e sentimentos, auxiliam na conscientização da transitoriedade e da necessidade de valorização de cada momento vivido, respeitando e aceitando a morte do outro⁽⁸⁾.

A VISÃO DA FAMÍLIA SOBRE A ATUAÇÃO DA EQUIPE

A maioria dos familiares dos clientes internados na UTI Geral do HU/FURG, que fizeram parte deste estudo, consideraram positivamente a assistência prestada, sendo tratados com

profissionalismo, respeito, atenção e carinho: *“O atendimento pra ela é ótimo. Estão fazendo tudo por ela... tá sendo muito bem atendida. Tinha mais de 10 médicos, enfermeiras, quando ela foi entubada. Aqui tá sempre todo mundo informando. Até o pessoal que serve a comida sempre diz: dei uma olhadinha, tá bem... sem problemas. Tudo eu tenho a agradecer. Primeiro a Deus, depois, o atendimento que foi maravilhoso.”* (F II). *“O trabalho deles é muito bom, são muito atenciosos, explicam direitinho pra nós o quadro, acho que deve fazer está sendo feito, mas ele mesmo que não está conseguindo reagir”* (F V).

Entre os aspectos negativos apontados pelas famílias, com relação à equipe de trabalho, está o pouco acesso às informações, inclusive às dificuldades de acesso ao diagnóstico e prognóstico de seu familiar: *“Se a gente vêm de manhã ou vêm de tarde, a gente pode ficar aqui, mas não tem nenhum tipo de informação. Isso aí é uma coisa que eu acho que pode ser melhorada... A informação clara, objetiva, conforme tem que vir”* (F IV). *“Só acho que faltava... faltava mais informação, saber mais do pai. Isso deixa a gente mais tranqüila”* (F I).

A informação parece ser uma das principais formas de ajuda que a equipe de saúde pode dar às famílias. Qualquer informação deve ser repetida tantas vezes quantas forem necessárias, pois, no período de incertezas e ansiedade, muitas vezes, a família não consegue assimilar todas as informações de forma imediata. Sendo assim, elas precisam ser claras e objetivas a fim de facilitar a compreensão da situação como um todo.

Devido à gravidade do paciente e à não melhora do seu quadro clínico, a família pode buscar justificativas para esta situação e, até mesmo, atribuí-la a um descuido por parte da equipe. *“Acho que as enfermeiras poderiam ser mais cuidadosas com o paciente. Se tivesse um pouco mais de cuidado deles, acho que ele não estaria aí”* (F V). É possível que, se a família participasse mais da internação hospitalar junto com o seu familiar, estes sentimentos negativos pudessem ser melhor trabalhados entre as

famílias e a equipe. No entanto, a participação da família no cuidado, ainda é condicionada pelas condições de saúde de seu familiar internado⁽¹⁴⁾.

Para que a família tenha uma participação mais efetiva, é necessária uma prática que priorize o aspecto educativo da assistência e que, tanto as famílias quanto a equipe de saúde interajam e se comuniquem de forma satisfatória. Uma participação que deve ser discutida e planejada, conjuntamente, de acordo com o preparo, desejo e disponibilidade das famílias. Para entender e manejar a doença de seu familiar, a família também necessita de informação, aconselhamento, suporte e, sobretudo, de cuidado⁽¹⁾.

AS REIVINDICAÇÕES DAS FAMÍLIAS

Uma das principais reivindicações dos familiares é relativa ao pouco tempo permitido para permanecer junto ao seu familiar, pois *“é muito rápido. Só dá tempo para dizer um ‘oi’ e dar um beijinho. Só isso é que falta. Ficaria muito melhor”* (F I). *“Bom, primeira coisa uns minutinhos a mais com eles lá dentro, que é muito pouco tempo com ele, para dar o carinho que eles merecem... Eles precisam desse carinho da gente”* (F III). *“É pouco tempo, mas é que a gente, às vezes, atrapalha, ao invés de ajudar... Acho que teria que ser um espaçinho mais longo, mais tempo, porque 15 minutos é pouco. A pessoa gasta até aqui, chega aqui e é muito rápida a visita... Acho que a única coisa seria a visita ser mais duradoura, um espacinho pouquinho maior”* (F VII).

Devido à gravidade da condição do paciente, as famílias gostariam de que os horários de visita fossem em maior número, para que se mantivessem constantemente informadas, tendo assim sua ansiedade diminuída: *“Eu acho que, deixando a gente entrar um pouquinho, mais vezes durante o dia... Só duas é muito pouco. Assim, ajudaria bastante”* (F I). *“Livre trânsito dentro do hospital, neste momento que, às vezes, a gente tem que vir em determinados horários, e eu acho que o acesso de trânsito, dentro do hospital, deveria ser mais livre”* (F IV).

As famílias, muitas vezes, sentem-se relegadas em relação à tomada de decisões importantes acerca do paciente. Gostariam de participar mais: *“A gente fica apreensiva. A gente não tem nenhum acesso ao trabalho que estão realizando”* (F IV). Outra norma que desagrada os familiares é a limitação do número de visitantes, pois só é permitida a entrada de três visitantes por horário. *“Tem umas enfermeiras que não querem abrir exceções. Como ele está no fim da vida, elas querem botar regras. Só três. Só três e deu! Eu acho que, como ele está no fim, todos os familiares que estão para ver ele, poderiam ter visto”* (F V). Assim, devido à gravidade do quadro do paciente, os familiares parecem ter medo de que não haja tempo para um novo horário de visita e, ansiosos, têm que tomar a decisão de quais deles terão direito a visitá-lo naquele momento.

SITUAÇÕES EM QUE A FAMÍLIA SE SENTE CUIDADA PELA EQUIPE

A família sente-se cuidada pela equipe de saúde, quando recebe informações acerca de seu familiar internado. Ou seja, *“informando a gente, assim. Tua mãe está bem e vai para o quarto”* (F II). *“Eu acho que é só eu saber que ele está se recuperando e eles estar me dando notícias, eu já fico feliz”* (F III). Outro momento em que se sente cuidada, é quando a equipe de saúde volta a sua atenção para a família, a apóia e procura acalmá-la: *“Eu acho que, quando não tem o que fazer... Eles apóiam, quando vêem a gente chorando. Eles conversam com a gente, tentam acalmar”* (F V). *“Nos ajudar a manter a calma”* (F VI).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, constatamos que as famílias dos pacientes internados em uma UTI necessitam de atenção e cuidados pela equipe de enfermagem e demais trabalhadores, pois a internação de um familiar em UTI é vivenciada como

uma crise. Tanto os pacientes como suas famílias, na maioria das vezes, não participam da decisão de internar, tendo que se submeter a esta condição. Além do sofrimento acarretado pela vivência desse momento crítico, necessitam adaptar-se à UTI, a um mundo estranho, em que precisam conviver com um aparato tecnológico que os assusta e oprime e no qual, apesar da presença de pessoas, sentem-se extremamente sós.

A principal reivindicação das famílias relaciona-se ao pouco tempo que lhes é propiciado para permanecer junto ao seu familiar e este é um aspecto possível de ser trabalhado junto à direção e à equipe, no sentido de atendê-los. As famílias reconhecem a assistência prestada ao seu familiar como de qualidade. Constatou-se o empenho e esforço, principalmente da equipe de enfermagem, em prestar aos clientes um cuidado efetivo e humanizado. No entanto, somente alguns profissionais parecem perceber a família como cliente, direcionando também os seus esforços, no sentido de atendê-la em suas necessidades.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para ampliar a compreensão das necessidades de cuidados das famílias de pacientes internados em UTI e servir de subsídios à reflexão acerca da família como cliente, não só pelos membros da equipe de saúde de uma UTI, mas de qualquer setor em que as famílias estejam presentes.

ABSTRACT: When a person becomes sick and it is hospitalized in a Intensive Care Unit (ICU), the client is taken from his environment, creating a crisis situation for all his family members, with the sickness that threatens his life, they share the fear, the stress, the feeling of loss and preoccupation with death. Thus, we have as objective identify, with the family members of the patients in a ICU, their first necessities, to create a caring and helping space, with the intention of helping them to go through this crisis moment, in the less traumatic way. From participating observations and interviewing seven clients families that are

hospitalized in a general ICU, we could identify families' perceptions and feelings related to death and sickness, their perceptions to the hospital visit and the team work, their revindications and situations that they are feeling being taken care.

KEY-WORDS: Family; Intensive Care Unit; Professional-Family Relations

RESUMEN: Al enfermarse y hospitalizarse en una UTI, el cliente es trasladado de su medio ambiente, generando una situación de crisis para todos los miembros de su familia que, junto con la enfermedad que amenaza su vida, comparten también el miedo, el estrés, los sentimientos de pérdida y la preocupación con la muerte. De esta manera, tenemos como objetivo identificar, junto a los familiares de pacientes internados en una UTI, sus principales necesidades, para crear un espacio de cuidado y de ayuda, de tal forma que podamos auxiliarlo a pasar por este momento de crisis, de la manera menos traumática posible. A partir de observaciones participativas y entrevistas con siete familias de clientes internados en una UTI general, fue posible identificar percepciones y sentimientos de las familias en relación a la muerte y a la enfermedad en sí; sus percepciones acerca de la visita hospitalar y de la actuación del equipo médico y sus reivindicaciones y situaciones en que se siente amparada.

PALABRAS CLAVE: Familia; Unidad de terapia intensiva; Relaciones profesional-familia.

REFERÊNCIAS

- 1 Gomes GC. A família como cliente na unidade de pediatria: reflexão de uma equipe de enfermagem. [dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- 2 Dal Sasso GTM. A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda. [dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
- 3 Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. Crise, teoria e intervenção. p. 370-81.
- 4 Remem RN. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus; 1983.
- 5 Furegato ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Scala; 1999.
- 6 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 7 Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
- 8 Beck CLC. O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. [dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Maria; 1995.
- 9 Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- 10 Kurcgant P. Formação e competência do enfermeiro da terapia intensiva. Enfoque; 1991; 19 (1):4.
- 11 Kübler – Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- 12 Biasoli – Alves ZMM et al. Mudanças nas relações entre gerações em famílias brasileiras de camada média. III Conferência Ibero-Americana sobre Família. São Leopoldo; 1995.
- 13 Henckemaier L. O cuidado transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para a sua prática. [dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- 14 Collet N, Rocha SMM. Transformações no ensino nas técnicas de enfermagem pediátrica. Goiânia: AB; 1996.

Recebido em 12/05/2003

Aceito em 18/08/2003