



OS SIGNIFICADOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

THE MEANING OF NURSING CARE FOR THE FAMILY IN AN INTENSIVE CARE UNIT

LOS SIGNIFICADOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Maria Júlia Carneiro Fernandes¹, Alcione Leite da Silva²

RESUMO

Objetivo: conhecer os significados do cuidado de enfermagem à família em uma UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal a partir das vivências de enfermeiros. **Método:** estudo de abordagem qualitativa fundamentado na fenomenologia hermenêutica. As descrições experienciais foram obtidas através de entrevistas abertas. Os significados do fenômeno em estudo emergiram através da análise de conteúdo, com o apoio do programa de análise qualitativa QSRNvivo7. **Resultados:** destacaram-se cinco temas: a representação social da UCI como fator de enfrentamento; Acolhimento e orientação do familiar no ambiente da UCI; Reação dos familiares ao momento vivido; Transformação positiva da vivência do familiar na UCI; Dificuldades no cuidado ao familiar em UCI. **Conclusão:** num ambiente de alta complexidade tecnológica, os profissionais de enfermagem reconhecem a importância da família no processo de cuidado ao doente crítico. Este fato foi considerado um avanço na humanização do cuidado. **Descritores:** Unidade De Cuidados Intensivos; Cuidado de Enfermagem; Família.

ABSTRACT

Objective: to know the meanings of nursing care to a family in ICU of a hospital in the Central Region of Portugal, from the experiences of nurses. **Method:** study based on the qualitative approach in hermeneutic phenomenology. Experiential descriptions were obtained through open interviews. The meanings of the phenomenon under study emerged through content analysis, with the support of qualitative analysis program QSRNvivo7. **Results:** five themes were highlighted: The social representation of the UCI as a coping factor; Reception and orientation of the family in the ICU environment; Reaction of the family lived moment; the positive transformation of the family living in the ICU; Difficulties in the care of the family in ICU. **Conclusion:** a technologically complex environment, nursing professionals recognize the importance of the family in the care process to critically ill patients. This was considered a breakthrough in care humanization. **Descriptors:** Intensive Care Unit; Nursing Care; Family.

RESUMEN

Objetivo: conocer los significados del cuidado de enfermería a la familia en una UCI de un Hospital de la Región Centro de Portugal, a partir de las experiencias de enfermeros. **Método:** estudio de enfoque cualitativo fundamentado en la fenomenología hermenéutica. Las descripciones experienciales fueron obtenidas a través de entrevistas abiertas. Los significados del fenómeno en estudio surgieron a través del análisis de contenido, con el apoyo del programa de análisis cualitativo QSRNvivo7. **Resultados:** se destacaron cinco temas: La representación social de la UCI como factor de enfrentamiento; Acogida y orientación del familiar en el ambiente de la UCI; Reacción de los familiares al momento vivido; Transformación positiva de la experiencia del familiar en la UCI; Dificultades en el cuidado al familiar en UCI. **Conclusión:** en un ambiente de alta complejidad tecnológica, los profesionales de enfermería reconocen la importancia de la familia en el proceso de cuidado al enfermo crítico. Este hecho fue considerado un avance en la humanización del cuidado. **Descritores:** Unidad de Cuidados Intensivos; Cuidado de Enfermería; Familia.

¹Enfermeira, Mestre em Gerontologia, Doutoranda em Geriatria Gerontologia, Programa de Titulação Conjunta da Universidade de Aveiro e do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto. Aveiro, Portugal. E-mail: juliafernandes@sapo.pt; ²Enfermeira, Doutora em Filosofia em Enfermagem, Professora Associada Convidada do Departamento de Saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal. E-mail: alsilva@ua.pt

INTRODUÇÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são serviços integrantes dos hospitais que se destinam ao atendimento de doentes críticos, cuja condição é potencialmente reversível, e que necessitam de cuidados complexos e especializados. No cuidado intensivo, a dimensão técnica é muito valorizada. No entanto, a utilização da tecnologia só tem sentido se estiver integrada no processo relacional e forem resguardados os princípios técnicos e humanos indispensáveis à manutenção e valorização da vida.¹ Estudos demonstram que alguns aspectos do cotidiano do trabalho em UCI, como práticas eminentemente técnicas, padronizadas e distantes, a falta de privacidade, o isolamento social, a orientação para o modelo biomédico, podem levar ao detrimento do cuidado integral.^{1,2,3} Inevitavelmente, uma postura mecanicista, de autocontrole e de certezas constitui um obstáculo ao processo de cuidado, considerando que os acontecimentos são únicos, particulares e singulares, não podendo ser estruturados de forma rígida, prevendo os resultados.⁴

O internamento em uma UCI constitui um fator gerador de ansiedade e sofrimento não só para a pessoa doente mas também para a sua família. Consequentemente, o cuidado neste contexto deve integrar a família do doente, construindo vínculos que a ajudem a enfrentar momentos de angústia, solidão e medo.⁵ A literatura demonstra que a construção de um ambiente protetor, acolhedor e de apoio, capaz de estimular a recuperação da pessoa doente e acompanhar a sua família, constitui um desejo e um objetivo na prática cotidiana de muitos profissionais.⁶ No entanto, num espaço dominado por tecnologias duras e pela frequente dicotomia vida/morte, é possível que a família nem sempre seja acolhida de forma humanizada pelos profissionais de enfermagem. Nesta perspectiva, a relação estabelecida entre profissionais de saúde, pessoa cuidada e familiares tende a ser verticalizada, fragmentada e centrada no conhecimento estruturado, nas normas e rotinas.⁷

Considerando que o estado de saúde de cada pessoa influencia o modo como a unidade familiar funciona, infere-se que a família é uma instituição central que pode sofrer coletivamente todo o processo de dor e sofrimento em UCI.⁸ De um modo geral, as famílias dispõem de forças para esse enfrentamento, porém, cabe também aos profissionais de saúde torná-las explícitas, e

se necessário, estimular a emergência de novas forças.⁵ Para isso, os profissionais de enfermagem devem conhecer e compreender cada família, identificar e agir sobre as suas necessidades, facilitando a adaptação a esta nova fase da vida ou mobilizando estratégias para manter o equilíbrio ou recuperar de uma situação de crise.⁹ Necessitam oferecer um efetivo cuidado humano, reforçando a sensibilidade, fé, esperança, ajuda, confiança, bem como observar enxergando o outro com os olhos físicos e os olhos do coração, incluindo a intersubjetividade.⁵ É preciso estar aberto às expressões de cada pessoa, respeitando crenças, valores e dialogando continuamente.⁵

Diante do exposto, podemos concluir que o grande desafio da prática de cuidado em UCI reside em encontrar uma sinergia entre o aperfeiçoamento técnico-científico e um modo mais humano de estar na relação de cuidado.⁶ Este pensamento fundamenta a vontade de descobrir a realidade vivida e a singularidade das experiências no cuidado à família neste contexto. Pelo exposto, define-se como objetivo central: conhecer os significados do cuidado de enfermagem à família numa UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal a partir das vivências de enfermeiros(as).

O interesse e a pertinência deste estudo advêm do fato de esta problemática exigir um aprofundamento do olhar sobre o exercício da enfermagem contemporânea em relação à família, de forma a dar visibilidade às suas diversificadas características e contribuir para um cuidado mais humanizado e de maior qualidade.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa fundamentado na fenomenologia hermenêutica. Esta abordagem privilegia as simbologias de que se reveste o fenômeno do cuidado, permitindo o acesso às racionalidades que o determinam, aos afetos que o envolvem e às emoções que o caracterizam. Tomando como base as seis etapas que definem a estrutura do método fenomenológico hermenêutico proposto por Max Van Manen¹⁰, vamos precisar o percurso metodológico que norteou este estudo.

♦ Selecionando o fenômeno de interesse

O fenômeno escolhido foi o cuidado de enfermagem desenvolvido num serviço onde impera a complexidade e a especificidade. Desejamos dar visibilidade às experiências diversificadas dos profissionais de enfermagem que exercem a sua atividade em uma UCI. Acreditamos que novos olhares,

pensamentos e formas de atuação podem contribuir para a construção e o aprimoramento do conhecimento do cuidado neste contexto.

◆ **Selecionando a perspectiva de estudo do fenômeno**

Neste estudo, a perspectiva do cuidado de enfermagem é a família em uma UCI. Descrever e interpretar o cuidado à família, enquanto experiência vivida pelos/as enfermeiros/as numa UCI, constitui uma prioridade na atualidade, dada a necessidade de reformular comportamentos e atitudes que visem à integração da família no processo de cuidado. Neste sentido, o foco deste estudo direciona-se para seguinte questão: *Que significado atribuem os enfermeiros/as ao cuidado de enfermagem à família numa UCI de um Hospital da região centro de Portugal?*

◆ **Selecionando o contexto onde se dá o fenômeno**

O contexto escolhido para realizar o presente estudo foi uma UCI de nível II de um Hospital da Região Centro de Portugal, que iniciou a sua atividade em 2001.

◆ **Selecionando os participantes do estudo**

Como método de seleção dos participantes, foi utilizada a amostra intencional. Foram selecionados dez profissionais de enfermagem. Como critérios de inclusão, foi definido que os participantes deveriam exercer atividade na UCI há mais de dois anos e desejar participar no estudo.

◆ **Respeitando os princípios éticos**

Foi solicitada a autorização por carta formal, ao Conselho de Administração do Hospital da região centro de Portugal, para o desenvolvimento da pesquisa. Da mesma forma, o projeto do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram encaminhados para a Comissão de Ética da instituição envolvida para aprovação. Procurou-se, ao longo do estudo, manter um clima de amabilidade e compreensão, respeitando os quatro princípios estabelecidos para a pesquisa com seres humanos.¹¹ Neste sentido, cada participante agiu livre de qualquer tipo de coerção institucional ou psicológica (autonomia); foi esclarecido e sentiu-se bem em poder dar a sua contribuição para a melhoria da qualidade do cuidado em UCI (beneficência); foi assegurado o anonimato e confidencialidade das informações obtidas (*não-maleficência*); foi respeitado o direito de cada participante sem distinções ou inferências (justiça).

◆ **Obtendo as descrições experienciais sobre o cuidado**

A entrevista aberta constituiu o instrumento de colheita de dados adequado para compreender através da interpretação aquilo que é plenamente vivido pelos diferentes intervenientes. As entrevistas decorreram no período de outubro e dezembro de 2014. Procurando personalizar os depoimentos e manter o anonimato, as entrevistas foram codificadas pela ordem da sua realização, utilizando diferentes nomes de flores.

◆ **Desenvolvendo uma reflexão fenomenológica hermenêutica**

Escolhemos o caminho de análise proposto por Van Manen, para facilitar a compreensão e o processo de organização sistemática do conteúdo das entrevistas transcritas.¹⁰ Esta etapa foi desenvolvida após ter uma visão das descrições como um todo, que é alcançada através da leitura e releitura das descrições para apreender o sentido das expressões do participante. Posteriormente, livres de pré-julgamentos ou preconceitos, procuramos identificar parágrafos ou frases que evidenciavam aspectos ligados ao fenômeno do cuidado à família. Os parágrafos e frases identificados foram reescritos com a finalidade de capturar a essência dos significados fenomenológicos. O processo de escrever e reescrever os parágrafos e as frases conduziu à identificação dos subtemas que refletem o momento mais significativo do discurso. Posteriormente, os subtemas foram reorganizados e agrupados em temas centrais, tendo sempre como foco a questão central do estudo. Todo este processo foi desenvolvido com o apoio do programa de análise qualitativa QSRNvivo7. A apreensão dos temas principais e a preparação da análise reflexiva constituiu a etapa final.

RESULTADOS

◆ **Caracterização dos/as Participantes**

Participaram neste estudo dez enfermeiros/as, sendo sete do sexo feminino e três do sexo masculino. A média das idades é de 39,2 anos, sendo a idade mínima de 28 anos e a máxima de 48 anos. Com relação ao estado civil, seis participantes eram casados, três divorciados e um solteiro. Além da licenciatura como formação académica, apenas um detinha o curso de especialização na área médico-cirúrgica. A distribuição por categoria profissional revelou que seis possuíam a categoria de enfermeiros/as graduados/as e quatro a categoria de enfermeiros/as. Como tipo de vínculo

institucional, sete pertenciam ao quadro da instituição e três sob o regime de contrato individual de trabalho. Todos trabalham em horário rotativo. O tempo de exercício Profissional variou entre os cinco e os 25 anos, sendo o tempo médio de 15 anos. Relativamente ao tempo de exercício na UCI, cinco participantes exercem atividade há 14 anos. Os restantes estavam compreendidos entre os oito e três anos de exercício. Nove participantes confirmaram a passagem por outros serviços antes de iniciarem a atividade na UCI.

◆ Desvelando os Significados do Cuidado à Família na UCI

Com base nas descrições dos participantes, emergiram cinco temas principais: a representação social da UCI como fator de enfrentamento; Acolhimento e orientação do familiar no ambiente da UCI; Reação dos familiares ao momento vivido; Transformação positiva da vivência do familiar na UCI; Dificuldades no cuidado ao familiar em UCI. Passamos então à sua apresentação.

◆ A representação social da UCI como fator de enfrentamento

A UCI é um ambiente hospitalar presente no imaginário social, seja pela vivência pessoal, seja pela vivência de um familiar, de um amigo, vizinho, seja pela imagem veiculada pela comunicação social. A *representação social de uma UCI* está culturalmente vinculada ao sofrimento, à gravidade e à morte. Esta representação não é desconhecida para os profissionais de enfermagem deste estudo, que convivem no cotidiano com esta condição de vida, que é a de “ser ou ter alguém internado numa UCI”. Referem que um familiar, ao tomar conhecimento de que um dos seus entes queridos está internado na UCI, inicia uma nova caminhada impregnada por uma aura de incertezas e mistérios. Consequentemente, emergem sentimentos ambivalentes e conflituosos, em uma constante tensão entre a esperança na recuperação e o medo da perda. Os participantes afirmam que os familiares têm consciência do risco de vida e da gravidade da situação. Contudo, também visualizam a UCI como um espaço que possui os recursos necessários para proporcionar um cuidado atento e específico. As experiências bem-sucedidas de outras pessoas doentes que conseguiram recuperar anunciam uma nova esperança e reforçam a convicção na recuperação de seu ente querido.

Quando os familiares entram na unidade trazem consigo a ideia que a sociedade em geral transmite sobre estes serviços, quem fica internado numa UCI é porque

está muito mal e por isso a sua vida corre perigo. Mas também têm o exemplo de outras pessoas que conseguiram recuperar. O curioso é que muitos têm a ideia que não vão poder ver o seu familiar enquanto estiver internado na UCI. Ficam ansiosos com esta ideia.
(Tulipa)

◆ Acolhimento e orientação do familiar no ambiente da UCI

Para reverter a representação que o familiar tem de uma UCI, consideram que a sua prática de cuidado deve compreender a *valorização da família como extensão da vida da pessoa doente*. Neste sentido, valorizar a família, significa acolhê-la e integrá-la dentro das limitações impostas por um ambiente de cuidado intensivo. Só *percebendo a necessidade de acolher o familiar* é que será possível humanizar um ambiente historicamente marcado pela frieza, agressividade e tecnicismo. Deste modo, foi expresso que: “a preocupação da equipa por um cuidado mais humanizado uniu-a na criação de um protocolo de acolhimento aos familiares que visitam o doente” (Íris). Na perspectiva destes profissionais, a forma como este processo de acolhimento é conduzida e o caráter humanizado que o caracteriza é determinante para a reação do familiar ao longo do internamento. O período da visita é considerado uma oportunidade de aproximação do familiar para reforçar vínculos e demonstrar que, naquele momento de angústia e ansiedade, ele não está sozinho. Existe alguém que reconhece as suas inquietações, o seu sofrimento e que assume o compromisso de o apoiar e ajudar.

Apesar da insegurança e ansiedade visível no rosto dos familiares, existe um esforço da equipe para que não se sintam perdidos, nem sozinhos. Vamos ao seu encontro antes de entrarem na sala de internamento. O primeiro contato é sempre com pessoas que estão ali para ajudar e não com o aparato tecnológico.
(Cravo)

A *preparação do familiar para o encontro com o doente* não é encarada como mais uma rotina, em que apenas se transmitem as regras e normas do serviço. Pelo contrário, constitui a fase inicial de uma relação que se pretende seja bem-sucedida, permitindo fortalecê-los para o momento que se avizinha. As emoções, os sentimentos e as informações partilhados podem não diminuir a dor do familiar, mas minimizam a sua insegurança e expectativas negativas, dando sentido à existência de ser enfermeiro/a e à essência de cuidar.

A forma como eu recebo o familiar é determinante para a sua reação ao longo do internamento. Posso não diminuir a sua dor, mas posso dar algum conforto e ser sensível ao seu sofrimento. Faço o possível para que o meu relacionamento com a família não seja encarado como uma rotina em que devo transmitir regras e normas do serviço, mas sobretudo apoiar. (Camélia)

Quando finalmente chega o momento de o familiar entrar na unidade de internamento, ele é confrontado com um ambiente desconhecido, despersonalizado e ameaçador. As especificidades do serviço inerentes às suas características físicas e estruturais, a tecnologia sofisticada e a própria condição da pessoa doente exercem um forte impacto sobre o familiar. Pelo exposto, a *aproximação do familiar ao seu ente querido* exige um acompanhamento e encorajamento permanente. Os profissionais de enfermagem se esforçam para que este encontro não seja apenas um encontro físico marcado pela condição do doente e pelo aparato que o envolve. Incentivar a interação é uma forma de fazer chegar à pessoa doente, o carinho familiar e um pedacinho do seu ambiente pessoal, dando um sentido de continuidade à sua vida.

Os familiares são preparados para o momento da visita. Explicamos tudo o que vai encontrar e ajudamos a ir ao encontro do seu familiar doente e como interagir com ele. (Violeta)

O processo de adaptação a diferentes situações é uma constante no decurso da vida do ser humano. Todavia, vivenciar a realidade de uma UCI pode ser um acontecimento para o qual um familiar, naquele momento e contexto, não possui recursos que lhe permitam ultrapassar esta situação. Neste sentido, a *orientação do familiar durante o processo de acolhimento* pode contribuir para esclarecer dúvidas e favorecer uma resposta adequada à condição da pessoa doente. Conjuntamente, o acesso à informação médica também é facilitado no final de cada visita. Segundo os participantes, os familiares mostram-se satisfeitos com a informação transmitida pelos enfermeiros/as. Justificam esta preferência pela relação de proximidade que têm com a família, a qual fortalece os elos afetivos e o conhecimento mútuo. Neste processo relacional, procuram despertar a atenção do familiar para os pequenos sinais que diante da gravidade do quadro clínico passam muitas vezes despercebidos. Assim, não são utilizados termos técnicos que impõem a racionalidade, mas palavras, que, na sua simplicidade, revelam pequenos sinais

que podem ajudar a superar os sentimentos de ambiguidade e incerteza. Quando sair da unidade, o familiar facilmente esquecerá os termos técnicos, mas levará as palavras reveladoras de afetividade. Permanecerão no seu pensamento porque lhe deram alguma serenidade.

No final da visita, os familiares têm sempre oportunidade de falarem com o médico de serviço para receberem informações. Mas sinto que ficam mais tranquilos quando os enfermeiros lhes dizem coisas como, hoje já conseguiu abrir os olhos, já parece compreender algumas ordens, já pede água. (Margarida)

♦ Reação dos familiares ao momento vivido

Alguns participantes descrevem que os *familiares reagem de forma muito diversa* a este momento vivido. Alguns ficam apavorados ao se depararem com o ambiente e com os seus ruídos. Aproximam-se devagar, permanecem parados ao lado da cama, observando prolongadamente o rosto do doente antes de tocá-lo. Parecem esquecer tudo o que lhes foi transmitido antes de entrar e não sabem como proceder, ficam pálidos e choram. Outros têm dificuldade em reconhecer o seu ente querido, pelo seu aspecto edemaciado e algumas vezes deformado. Há ainda aqueles que sentem uma necessidade imediata de tocar, como se estivessem a certificar que realmente é o seu ente querido que está deitado naquele leito, aparentemente indiferente à sua presença. Impelidos por uma enorme curiosidade, observam e questionam tudo.

Os familiares reagem de forma diferente. Uns ficam apavorados com o mínimo ruído, com a reação do doente, procuram logo em nós um esclarecimento, uma ajuda. Outros são muito curiosos, querem ver tudo, até levantam o lençol para espreitar. (Tulipa)

Quantas vezes os familiares duvidam de estar a ver a pessoa certa porque esta se encontra tão diferente daquilo que habitualmente é. O edema da face, das mãos, a presença do tubo e dos fios sobressalta-os. (Narciso)

Considerando a unicidade de cada familiar e a sua capacidade de adaptação a uma situação de crise, os participantes identificam alterações no modo de reagir dos familiares, ao longo do período de internamento do seu parente. Com o decorrer do tempo, a UCI passa a representar um novo espaço no cotidiano do familiar. Por conseguinte, a estranheza diminui, as expressões de medo e angústia, presentes na sua face, perdem a

rigidez dos seus contornos. Este *sentido de familiaridade com o ambiente de cuidado* acontece de uma forma lenta e gradual, sendo mais evidente quando a evolução do quadro clínico é positiva.

Fico contente quando aquele familiar inseguro, tenso, pouco falador vai perdendo o medo e passa ao entrar na unidade, a dirigir o seu olhar para o nosso balcão, nos cumprimenta e espera que lhe digamos algo de novo. Fazem comentários sobre o cabelo arranjado e a barba bem-feita. Admito que isto é mais visível quando a evolução é positiva. (Jacinto)

♦ Transformação positiva da vivência do familiar na UCI;

O testemunho dos participantes permite apreender que a orientação transmitida pode transformar a vivência de um familiar na UCI numa experiência positiva. Porém, essa transformação só é plenamente concretizada *integrando o familiar no cuidado à pessoa doente*. Nesse sentido, é fundamental desenvolver ações que permitam *conhecer a pessoa doente através da família* e perceber o familiar como um participante insubstituível no processo de cuidado. Estas ações assumem um destaque particular, quando um familiar está perante o seu ente querido sem condições para interagir devido ao seu estado de inconsciência natural ou fármaco-induzido. Aparentemente, para o familiar não existe uma relação de troca pela falta de diálogo e manifestação da pessoa doente. Os discursos dos participantes revelam o seu esforço em fazer com que o familiar *reconheça o contributo da sua presença para a recuperação da pessoa doente*. Estimulam-nos a interagir com o seu ente querido, através da sua presença diária, das palavras de apoio, do carinho expresso no toque, no segurar as suas mãos.

Gosto de desmistificar a ideia que os familiares têm de que o doente sob o efeito da sedação não vê, não ouve, que não vale a pena fala-lhe ou tocar, que não se apercebe da sua visita. Procuro demonstrar o quanto é importante para a sua recuperação fazerem sentir a sua presença. (Papoila).

Quando os doentes não podem expressar aquilo que desejam, aquilo que os distingue, tenho necessidade de pedir a colaboração da família para obter essas informações. (Dália)

♦ Dificuldades no cuidado ao familiar em UCI.

No discurso dos participantes, é possível apreender a família como foco de atenção do seu cuidado num ambiente de alta

complexidade tecnológica. O reconhecimento da sua importância tem sido encarado como um avanço positivo, tendo em conta que esta não é uma condição presente em outras UCIs. Os gestos e as atitudes expressos pelos participantes são reveladores da importância da participação da família no processo de cuidado. Proporcionam igualmente um *equilíbrio entre o fazer e o conhecer, entre o conviver e o ser com a família*. Contudo, neste processo, emergem dificuldades relacionadas ao lidar com as experiências emocionalmente intensas e a falta de tempo. O relacionamento enfermeiro/familiar, apesar de ser enriquecedor, é também fonte geradora de dificuldades pessoais para lidar com experiências emocionalmente intensas. Algumas situações como: transmitir informações difíceis, a irreversibilidade do quadro clínico, as admissões para doação de órgãos potenciam essa dificuldade. Deste modo, cinco participantes concebem que estar com a família implica, algumas vezes, *em conviver com as próprias limitações*.

Inquieta-me quando me encontro com o familiar e tenho de dizer mantém a mesma situação. Infelizmente não tenho nada de novo para lhe dizer. Isso mexe comigo. Sinto pena. Sinto dificuldade em apoiar a família nestes momentos. (Violeta)

A falta de controle sobre a situação condiciona o seu agir, gerando dúvidas e um sentimento de angústia. Na prática de cuidado, não conseguem desenvolver um processo de complementaridade com o outro, pelo contrário, absorvem a realidade como se fosse parte da sua vida. Num momento em que o familiar precisa de uma escuta mais diferenciada e individualizada, isso não acontece. O afastamento é um dos recursos utilizados para não terem de lidar com a dor e o sofrimento dos familiares e garantirem o controle das suas emoções ao não serem confrontados com a sua própria fragilidade.

Existem situações que não sei como receber os familiares, como me aproximar, como estar ao seu lado. Sinto-me angustiada com a situação e reconheço que muitas vezes me afasto e mantenho ocupada com outras coisas para não ter de responder às suas perguntas, tantas vezes repetidas pela ânsia de ouvirem algo diferente, algo que não posso transmitir. (Papoila)

O envolvimento com a família é um processo complexo. Compreende a satisfação e a gratidão do familiar mas também os sentimentos dolorosos, acompanhados de impotência e inconformismo. Esta constatação leva estes profissionais a admitirem que ainda não dispensam a atenção desejada ao

familiar, dado o curto espaço de tempo da visita.

O tempo que temos para receber o familiar é muito curto e por isso limitamo-nos às necessidades daquele familiar no imediato, nunca vamos mais além. Todos os outros fatores que podem influenciar aquela família não são considerados. (Margarida)

Podemos apreender que a valorização da família foi destacada na voz dos profissionais de enfermagem deste estudo. Essa valorização está relacionada com o processo de acolhimento do familiar para o encontro com o seu ente querido e o reconhecimento da importância da participação da família na recuperação da pessoa cuidada. Expressam as suas limitações e dificuldades no relacionamento com a família.

DISCUSSÃO

O internamento de uma pessoa em UCI ocorre, geralmente, de forma inesperada e abrupta, restando pouco tempo para o ajustamento familiar.¹² Diante desta situação, não é apenas a pessoa doente que fica vulnerável física e psicologicamente mas também a sua família.⁹ O internamento em UCI parece ser um dos acontecimentos mais difíceis e significativos na dinâmica familiar, pois o parente é afastado do seu convívio, por imposição das rotinas do serviço, na maioria das vezes rígidas.² Nesse momento, cuidar da pessoa em situação crítica na sua globalidade implica não descurar a sua família, pelo que o seu acolhimento pelos profissionais de enfermagem se torna imperativo. Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a coresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o compartilhar experiências são condições básicas para efetivar o acolhimento.¹²

Neste estudo, os profissionais de enfermagem demonstraram uma prática de cuidado que compreende a valorização da família, como extensão da vida da pessoa doente. Valorizar o outro caracteriza-se pelas formas de afeto e atenção e evidencia-se nas atitudes de prazer por estar com o outro e de poder fazer com o outro.⁴ Neste sentido, desenvolveram um protocolo de acolhimento humanizado ao familiar determinante para a reforçar vínculos e minimizar o impacto com o ambiente da UCI. No entanto, a literatura demonstra que, apesar do esforço dos profissionais de enfermagem, no sentido de humanizar o cuidado em UCI, esta é uma tarefa difícil, pois exige atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico, comumente, pouco humanizante.⁸ No

cotidiano da UCI, a equipe de saúde utiliza maior tempo em desenvolver suas habilidades técnicas (tecnologia dura) e cognitivas (tecnologia leve-dura) e pouco tempo para a utilização das tecnologias das relações, como o acolhimento da pessoa doente e sua família.¹² A visão tecnicista favorece o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade das relações humanas, conduzindo ao predomínio de uma forma racional de cuidar.¹²

Contrapondo esta tendência, os depoimentos dos participantes deste estudo desvelaram que o cuidado desenvolvido na UCI também envolve uma parceria com a família. Sendo a entidade que melhor conhece a pessoa em situação crítica, os seus hábitos, os seus costumes, as suas necessidades e os seus medos, a família constitui-se um importante elo de ligação entre a pessoa doente e profissionais de enfermagem.⁹ Assume um papel de vital importância nas questões referentes ao processo de saúde e doença do seu familiar internado.¹² A maneira singular como a família lida com a situação de internamento depende da sua história familiar e dos mecanismos de defesa que utilizam no cenário de gravidade.⁸ Observa-se que no início há um momento de choque, de negação, de sensação de desespero, que poderá ser substituído gradativamente por uma capacidade maior de suportar e de lidar com a realidade.⁸ A informação é considerada uma necessidade dominante, pelo que a família deve ser informada de uma forma clara, objetiva e realista, do funcionamento das dinâmicas da unidade e das condições de saúde da pessoa em situação crítica.⁹ Alguns familiares têm dificuldade em entender as informações que lhe são transmitidas pela equipe de saúde.

Neste sentido, os dados deste estudo não são congruentes com alguns estudos que demonstram que as necessidades dos familiares e pacientes internados nas UCIs não estão sendo atendidas, e que a comunicação entre profissionais e familiares parece inadequada, o que constituem em problemas a serem solucionados.^{13,14,15} Quando não existe uma relação previamente estabelecida entre profissionais e familiares, os encontros podem ser difíceis e complexos.¹⁶ Habitualmente, na UCI, o principal emissor da comunicação sobre a pessoa doente é o médico, que deve fornecer informações claras e realistas, mas compassivas e solidárias.¹⁷ Apesar das especificidades do ambiente de uma UCI, o cuidado não pode ser reduzido ao eixo técnico-biológico que não responde pelo atendimento da pessoa doente em sua

complexidade, bem como ao acolhimento do familiar. Ao se aproximar de um familiar, o profissional de enfermagem está entrando num universo de valores, com significados e vivências pessoais, que devem ser considerados no decorrer do processo de diálogo e escuta.⁸

A presença da família pode atenuar sentimentos de insegurança e fragilidade do doente perante um ambiente cheio de aparelhagens e pessoas desconhecidas, contribuindo para uma melhoria da sua evolução clínica.⁸ A visita da família é referida pelo doente internado em UCI como fonte de apoio emocional.¹⁸ Contudo, essa dedicação direta aos familiares acontece de forma limitada dada a falta de tempo para um envolvimento integral.⁸ Frequentemente, algumas normas, como a determinação do horário de visitas e orientação podem ser formatadas pelos profissionais de saúde como mais uma tarefa a ser cumprida, numa lógica autoritária. Essa autoridade advém do domínio de um saber específico pelo profissional, fundamentado no modelo clínico vigente.¹⁹ A equipe de enfermagem deve ser o elo entre pessoa doente e familiar, favorecendo a interação entre estes, e ao mesmo tempo cuidando de ambos.¹² A criação de vínculos pode acontecer em períodos de visitas ou em horários alternativos, que podem ser disponibilizados de acordo com as necessidades da família e da pessoa internada.⁸ Dessa forma, poderá contribuir para um cuidado em UCI integral, humanizado e acolhedor para a família.

Os gestos e as atitudes expressas pelos participantes revelam que lidar com a dor e sofrimento do familiar promove, muitas vezes, o seu afastamento para se protegerem do sofrimento, angústia e perturbação que estas interações geram. Este comportamento é congruente com a literatura que revela que, para minimizar os sentimentos de incerteza, tristeza, revolta, confusão, ansiedade, angústia e desconforto experienciados pelos familiares quando informados sobre a proximidade da morte de seu ente querido, os profissionais de saúde devem assumir uma postura acolhedora e desenvolver habilidades de comunicação.¹⁷ Contudo, muitas vezes, a equipe acaba não percebendo a necessidade do acolhimento ao familiar, que entra e sai da UCI, no horário de visita, sem receber a atenção que necessita para o enfrentamento da situação.⁸ Existem também profissionais de enfermagem que se apropriam do tempo do horário de visita, como um período de fuga, para aliviar as suas próprias tensões e reunir a equipe.²⁰ Essa utilização do horário da visita

como um momento de descanso desta pode ser um mecanismo de defesa, consciente ou não, de resistir aos sofrimentos diários do trabalho em uma UCI.⁸ Por vezes, as dificuldades para o cuidado à família estão relacionadas ao medo do envolvimento emocional e ao despreparo dos profissionais em lidar com as situações de crise da família, como o enfrentamento da notícia de óbito.¹²

Ainda que algumas situações vivenciadas na UCI possam constituir-se em cenário de inquietações e inseguranças e a convivência fique limitada ao curto período da visita, a família é apreendida como foco de atenção do cuidado desenvolvido por estes participantes num ambiente de alta complexidade tecnológica, sendo encarada como um avanço positivo. No entanto, não podemos esquecer que nenhum profissional isoladamente pode dar uma atenção integral às necessidades da pessoa doente e sua família. O cuidado em UCI resulta do diálogo, da partilha de experiências e conhecimentos dos diferentes profissionais para que novas formas de pensar-sentir-agir possam ser construídas.⁶ Apenas desta forma será possível aos profissionais de saúde em UCI um caminhar mais seguro e próximo da família, fortalecendo as mudanças necessárias nas relações interpessoais e na prática diária da equipe.

CONCLUSÃO

Compreender a realidade na qual os profissionais de enfermagem deste estudo estão inseridos implicou em mergulhar na subjetividade e na sua essência, sem desconsiderar a objetividade que a permeia. A partir de diferentes olhares, foi possível desvelar os significados do cuidado à família em UCI, que se configuram em cinco temas centrais. O percurso empreendido neste estudo demonstrou que estes significados parecem romper com a prática tradicional orientada pelo modelo biomédico e com o estereótipo da racionalidade técnica. Estes profissionais consideram que o cuidado desenvolvido em UCI é uma resposta a um apelo de ajuda que se dá por meio de um sentimento de compreensão e aproximação empática ao mundo da família. Durante o internamento, procuram ir ao seu encontro e estabelecer uma relação que permita criar vínculos de confiança e serem uma presença verdadeira.

Ficou claro que ainda existe muito a fazer para continuar a construir um ambiente humanizado e protetor que favoreça o acompanhamento da família. No entanto, a prática cotidiana da UCI parece evidenciar novas formas de cuidar, novos padrões de

ação e interação. Diariamente, ocorrem pequenos atos isolados que podem passar despercebidos, mas que se vão multiplicando na direção de um processo mais global. São exemplos: a flexibilização da postura perante as normas e rotinas da unidade; o desejo de transformar e humanizar o ambiente de cuidado da UCI; a proximidade significativa e envolvente com o ser humano cuidado, e não apenas a preocupação em cumprir ações terapêuticas.⁶ Contudo, a vivência do processo de mudança é difícil, principalmente quando o caminho está permeado de antigos hábitos, formas de estar e de agir, incertezas, receios, limitações institucionais e pessoais.

Esperamos que uma aproximação às vivências dos profissionais de enfermagem possa trazer subsídios para uma reflexão sobre a prática que integre a família como foco de cuidado em UCI. Isso implica em repensar a relação estabelecida com a família, as condições de trabalho, envolvendo a política e a gestão institucional e a formação do profissional.¹⁹ Dado que somos continuamente aprendizes do cuidado, qualquer perspectiva que se adote para o estudar ou praticá-lo é, em si, uma redução da realidade.⁴ Partilhando esta visão, sugerimos que novos estudos sejam realizados em diferentes UCIs para aprimorar, ampliar e conhecer as múltiplas dimensões que envolvem o cuidado à família.

REFERENCIAS

1. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. Mundo da saúde [Internet]. 2003 [cited 2015 Sept 30];27(2):231-9. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)
2. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2004 [cited 2015 Apr 30];12(2):250-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200015&script=sci_abstract&tlng=pt.
3. Bolela F. A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
4. Silva AL. Cuidado transdimensional: um novo paradigma para a saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2007.
5. Bettinelli LA, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. Avances en

Enfermería [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 30];27(1):15-21. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a02.pdf>

6. Fernandes MJC, Silva AL. Significados do Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa em Cuidados Intensivos. In: Silva AL, Gonçalves LHT, editoras. Cuidado à Pessoa Idosa: Estudos no Contexto Luso-Brasileiro. Porto Alegre: Editora Sulina; 2010. p. 49-109.
7. Martins JJ, Nascimento ERP. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. ACM arq catarin med. [Internet]. 2005 [cited 2015 Sept 28];34(2):49-55. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/284.pdf>
8. Valença CN, Pereira MMM, Monteiro AI, Germano RM. Apoio à família na unidade de terapia intensiva: um olhar da humanização em enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 May/June [cited 2014 Sept 16];4(4 spe):261-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/31>
9. Silva AG. A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos: vivências da família [Dissertação]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2012.
10. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. New York: The State University of New York; 1990.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
12. Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DC, Schweitzer G, Mattioli Neto H. O acolhimento à família na unidade de terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Rev Eletron Enferm [Internet]. 2008 [cited 2015 Apr 30];10(4):1091-101. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>
13. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2002 [cited 2015 Apr 30];165:438-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11850333>
14. Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade

de terapia intensiva. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2008 [cited 2015 Apr 30];20(1):88-92. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a14v20n1.pdf>

15. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. Crit Care Med [Internet]. 2001 [cited 2015 Apr 30];29:(Suppl1):N26-N33. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11228570>

16. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2007 [cited 2015 Apr 30];19(4):481-4. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013

17. Souza TL, Barilli SLS, Azeredo NSG. Perspetiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. Texto contexto - enferm [Internet]. 2014 Sept [cited 2015 Apr 15];23(3):751-7. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300751&lng=pt

18. Castro C, Vilelas J & Botelho MA. A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. Pensar Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 15];15(2):41-59. Available from:

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf

19. Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2015 Apr 20];15(4):[about 6 screens]. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a12.pdf

Submissão: 29/12/2015

Aceito: 10/02/2016

Publicado: 01/06/2016

Correspondência

Maria Júlia Carneiro Fernandes

Rua dos Bacalhoeiros, nº 12

3800-905 S. Jacinto - Aveiro, Portugal