



FREE THEME ARTICLE

FAMILY SUPPORT IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A LOOK OF THE
HUMANIZATION IN NURSINGAPOIO À FAMÍLIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM OLHAR DA HUMANIZAÇÃO EM
ENFERMAGEMAPOYO A LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA MIRADA DE LA HUMANIZACIÓN EN
ENFERMERÍA

Cecília Nogueira Valença¹, Mabel Maria Marques Pereira², Akemi Iwata Monteiro³, Raimunda Medeiros Germano⁴

ABSTRACT

Objective: to reflect on the support given to the family by the nursing staff of individuals hospitalized in the intensive care unit in order to exercise care and humane atmosphere. **Method:** theoretical essay based on a literature review of the narrative type. It was selected articles indexed in databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the Database of Nursing (BDENF) using the keywords nursing, intensive care unit, and humane care. **Results:** despite the great effort that the nurses could be doing to humanize care in the ICU, this is a difficult task since it requires individual attitudes of an entire technological system, commonly, little humanizing. The host is a humanizing relationship, exchanges, respect for differences, is essential for the formation of linkages between health workers and users. The visit is a relaxed open opportunity to strengthen these ties and make the ICU environment more human and welcoming. **Conclusion:** the humanization of care and family support in intensive care are still under construction on the ideas of knowledge and connections, allowing the expansion to a care with art than science. **Descriptors:** nursing; intensive care unit; humanization; user embracement; hospitalization; family; affect.

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o apoio dado à família pela equipe de enfermagem do indivíduo hospitalizado em unidade de terapia intensiva, de modo a exercer um cuidado humanizado e acolhedor. **Método:** ensaio teórico fundamentado em uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. Foram selecionados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), utilizando os descritores enfermagem, unidade de terapia intensiva, humanização e acolhimento. **Resultados:** apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico, comumente, pouco humanizante. O acolhimento é uma relação humanizadora, de trocas, de respeito às diferenças, sendo imprescindível para a formação de vínculos entre trabalhadores de saúde e usuários. A visita aberta flexibilizada é uma oportunidade de fortalecer estes vínculos e tornar o ambiente da UTI mais humano e acolhedor. **Conclusão:** a humanização do cuidar e o acolhimento à família em terapia intensiva ainda estão em processo de construção pelas reflexões e conexões de saberes, permitindo a ampliação para um cuidar com arte além da ciência. **Descritores:** enfermagem; unidade de terapia intensiva; humanização; acolhimento; hospitalização; família; afeto.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre el apoyo dado a la familia por el personal de enfermería de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos a fin de ejercer el cuidado y el ambiente humano. **Método:** ensayo teórico basado en una revisión de la literatura de tipo narrativo. Se seleccionaron los artículos indexados en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO) y la Base de Datos de Enfermería (BDENF) utilizando la enfermería palabras clave, unidad de cuidados intensivos y atención humana. **Resultados:** aunque del gran esfuerzo que las enfermeras pueden hacer para humanizar la atención en la UCI, esta es una tarea difícil ya que requiere una actitud individual de un sistema tecnológico completo, normalmente, poco humanizador. El anfitrión es una relación de humanización, los intercambios, el respeto de las diferencias, es esencial para la formación de vínculos entre los trabajadores de la salud y los usuarios. La visita es una oportunidad abierta relajado para fortalecer estos lazos y hacer que el entorno de la UCI más humana y acogedora. **Conclusión:** la humanización de la atención y el apoyo a la familia en cuidados intensivos están todavía bajo construcción en las ideas de los conocimientos y conexiones, lo que permite la expansión a un cuidado con el arte que ciencia. **Descriptores:** enfermería; unidade de terapia intensiva; humanización; acogimiento; hospitalización; familia; afecto.

^{1,3,4}Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mails: cecilia_valenca@yahoo.com.br; akemiwata@hotmail.com; rgermano@natal.digi.com.br; ²Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Casa de Saúde São Lucas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: mabelmmp75@hotmail.com;

INTRODUÇÃO

Os processos de produção de saúde compreendem um trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos, tecendo uma rede de relações, permeadas por assimetrias de saber e de poder, que exige interação e diálogo permanentes. Em meio a tais relações são construídas as práticas de coresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, em que a produção de saúde e de subjetividade são inseparáveis. O acolhimento é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas no sistema único de saúde.¹

Assim, estimular o acolhimento no ambiente hospitalar é imperativo, sobretudo, no espaço da terapia intensiva, no qual ainda impera a tecnologia dura em detrimento de uma rede de relações interpessoais mais fluidas. Entretanto, esse tema, nas instituições hospitalares, ainda é pouco consolidado, mesmo no contexto do sistema único de saúde, sendo mais enfatizado na rede básica de saúde para favorecer o acesso do usuário aos serviços e ações de saúde.

O acolhimento dos anseios e do sofrimento humano pode auxiliar na re-significação do trabalho na unidade de terapia intensiva (UTI) e do processo de internamento, minimizando as condições de sofrimento mental. O cuidado se caracteriza como uma dimensão que compreende o fazer pelo outro, a escuta atenta e a inserção da família como uma extensão das relações sociais dos pacientes, caracterizando a intenção de organizar as práticas em torno da lógica da atenção usuário-centrada, e não somente na doença ou nas necessidades imediatas dos pacientes.²

Esse resgate de uma atenção voltada para as diversas necessidades do outro, extrapolando os aspectos biologicistas, mas sem ignorá-los, envolve o estreitamento de uma relação com a família desse indivíduo. Tendo em vista que o estado de saúde de cada indivíduo 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 unidade de terapia intensiva.

A valorização do acolhimento à família como uma tecnologia de cuidado relevante para a prática em UTI. Entretanto, para que isso ocorra, existe a necessidade de capacitação dos trabalhadores da saúde e re-significar o cuidado para que este seja humanizado. Pensar humanização significa

aceitar o outro, valorizar diferenças e semelhanças, respeitando-as.³

Assim, compreende-se que o exercício profissional da enfermagem no âmbito da unidade de terapia intensiva desperta reflexões e sentimentos nesta equipe, em sua relação com a família e com o paciente grave. Em um espaço dominado por tecnologias duras e pela frequente dicotomia vida/morte, é possível que a família nem sempre seja acolhida de forma humanizada por parte dos profissionais de saúde e de enfermagem que prestam assistência.

O objetivo deste estudo é refletir sobre o apoio dado à família pela equipe de enfermagem do indivíduo hospitalizado em unidade de terapia intensiva, de modo a exercer um cuidado humanizado e acolhedor. Algumas inquietações emergem em relação a este assunto: como deve ser o acolhimento de enfermagem à família na unidade de terapia intensiva? Será possível haver visita aberta flexibilizada destinada a esses familiares? Quais as implicações da humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva?

O interesse nessa temática não está relacionado apenas às vivências passadas e atuais como enfermeiras desse local, mas também ao contexto de assistência à saúde que demanda, cada vez mais, ações humanizadas, acolhedoras, que contribuam para a construção da assistência de enfermagem integral.

Portanto, a relevância deste estudo reside na possibilidade de estímulo à reflexão para a necessidade de um novo cuidar em terapia intensiva por parte dos profissionais de saúde, sobretudo os da enfermagem; trazendo contribuições para o ensino, para a pesquisa e, sobretudo para a prática de cuidar nessas unidades.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico fundamentado em uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, que permite a análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas sobre um determinado assunto, com o objetivo de descrevê-lo e discuti-lo, sob ponto de vista teórico ou contextual. Essa categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permitem aos leitores adquirirem e atualizarem o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo.⁴

Foram selecionados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library

Online (SciELO) e no Banco de Dados da Enfermagem (BDENF). Também foram utilizados livros e manuais do ministério da saúde, considerados relevantes para a abordagem da temática da humanização em terapia intensiva relacionada à família. Foram utilizados como descritores na busca de estudos: enfermagem, unidade de terapia intensiva, humanização e acolhimento.

Foram encontrados 23 artigos sobre humanização e enfermagem, 1 sobre humanização e acolhimento e outro que versa sobre enfermagem e terapia intensiva, não foram encontrados artigos utilizando na busca três dos quatro descritores associados. No BDENF, 7 artigos versam sobre acolhimento humanização e enfermagem, mas não há relação entre os 4 descritores. Esse resultado mostra que a temática da humanização e do acolhimento em terapia intensiva ainda é pouco discutida na enfermagem, ficando restrita a espaços da atenção básica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e síntese qualitativa do material consultado, utilizando seus resumos, foram constituídos três eixos de análise e reflexão: humanização da unidade de terapia intensiva; Acolhimento da família na terapia intensiva pela enfermagem; e a criação de vínculos com a família e a visita aberta flexibilizada. A escolha do primeiro e segundo eixos foi motivada pela pequena necessidade de promover na unidade de terapia intensiva um ambiente mais humanizado e acolhedor. O terceiro eixo de análise se justifica pela importância da criação de vínculos dos profissionais de saúde com os familiares das pessoas que recebem cuidados na terapia intensiva.

• Humanização da unidade de terapia intensiva

No nível de atenção terciária o local onde se concentra um grande arsenal tecnológico é representado, particularmente, pela Unidade de Terapia Intensiva. A enfermagem enquanto integrante da equipe de saúde e responsável pela assistência direta e integral ao paciente, nessas unidades, está diretamente ligada ao uso de equipamentos, aparelhos, luzes, sensores, e alarmes dentre outros. Todavia, é necessário aguçar a sensibilidade para não nos distanciarmos das pessoas e nos encantarmos apenas com as máquinas. Estas devem estar a serviço do ser humano. O papel da ciência deve ser este: tornar o mundo melhor, mais humano.

Corroborando esse pensamento, a tecnologia está presente em todos os setores

da área de saúde no Brasil e no mundo, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), colocando o profissional de enfermagem frente a um desafio; integrar a tecnologia ao cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e, ao mesmo tempo, suprimindo as necessidades terapêuticas dos pacientes.⁵

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI contribui para que os profissionais, de um modo geral, dentre os quais se incluem os membros da equipe de enfermagem, por vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.

No entanto, a essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas dos pacientes.²

Em um estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte em São Paulo foi possível identificar por meio da análise e compreensão dos significados nos discursos que a expressão “cuidado humanizado” tem sido uma tradução para desumanização, tanto do profissional da enfermagem para com o cliente, como da instituição para com o profissional. Identificou-se também que esse termo tem sido usado sem a compreensão plena de seu significado.⁶

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico, comumente, pouco humanizante. A própria dinâmica de uma Unidade de Terapia Intensiva dificulta momentos de reflexão para que os profissionais possam se orientar melhor; no entanto, compete a estes profissionais lançar mão de estratégias que viabilizem a humanização em detrimento de uma visão mecânica e biologicista que prepondera nos centros de alta tecnologia como no caso das UTIs.

A UTI tem sido caracterizada como um ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o paciente. O tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por uma alta complexidade de eventos e situações. Outra característica desta unidade é a despersonalização do ser, pois o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar,

social e profissional e passa a enfrentar o desconhecido.

Este pensamento pode ser corroborado pela pesquisa desenvolvida numa unidade de terapia intensiva pediátrica através de entrevista aberta com cinco enfermeiras com o intuito de conhecer suas crenças em relação à assistência humanizada. Com este estudo, tudo leva a crer que a enfermeira, mesmo encontrando dificuldades para prestar uma assistência humanizada, está abandonando a crença de que a UTI é uma unidade tecnicista, passando a buscar estratégias para prestar uma assistência mais humanizada.⁷

O paciente em UTI possui pouco controle e influência no ambiente, em virtude da falta de privacidade, dependência, monotonia, dificuldade em se orientar, estímulo permanente por monitores, tratamento e interrupções frequentes de seu sono.

A hospitalização em UTI ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajuste familiar. Diante dessa situação estressante, os familiares podem se sentir desorganizados, desamparados e com dificuldades de se mobilizarem.

A maneira como a família irá lidar com tal situação depende da sua história familiar, do quanto o sistema era saudável emocionalmente e dos mecanismos de defesa que utilizam no cenário de gravidade. 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. Os sentimentos envolvidos neste processo são diversos: há momentos de apreensão, de desespero, de alívio, de temor, de desconfiança em relação à equipe, medo, preocupação, raiva, exaustão, entre outros. Acrescenta-se ainda a dificuldade de entender com clareza as informações que lhe são transmitidas pela equipe de saúde. Geralmente as famílias desejam informações completas e honestas quanto às condições do paciente.

A hospitalização em si acarreta alterações psicológicas e físicas no paciente que se vê fora do seu ambiente natural, longe da família e sendo cuidado por pessoas estranhas. O conjunto desses fatores resulta em sentimentos de medo, angústia, insegurança e desconforto que interferem no processo patológico.

Faz parte do atendimento intensivo prestado pelos profissionais a manutenção das condições vitais do doente, a busca de sua

recuperação rápida, ou mesmo visando à cura de alguma patologia mais grave. Nesse sentido, certas facetas de cuidado transparecem. Por ser um ambiente especial, em que a gravidade, a invasividade e o risco de morte são frequentes, parece que se cria um estereótipo de que a UTI é um ambiente hostil, negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da morte, da dor e do sofrimento.²

O ambiente hospitalar imprime, em seu interior, a sensação de diminuição e isolamento, que associada à vulnerabilidade provocada pela doença de base, desencadeia um processo de estresse físico e/ou mental que influi negativamente na recuperação do indivíduo⁷. Além disso, os profissionais da área da saúde parecem desumanizar-se gradativamente, favorecendo a desumanização de sua prática.⁹

Há necessidade de ações inovadoras que expressem a carência da humanização dos nossos hospitais e que envolvam, não apenas os aspectos físicos, mas também emocionais e sociais do doente, pois o indivíduo recupera-se melhor estando em um ambiente agradável, onde se sinta valorizado e bem cuidado. Assim, a humanização hospitalar como expressão da ética requer a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas, que considerem os seres humanos e seus direitos.¹⁰

Por meio de estudo desenvolvido numa instituição privada do município de Porto Alegre/RS onde foram entrevistados 18 profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos) atuantes na UTI foi possível inferir algumas questões referentes a elementos e características que definem a humanização, bem como questões facilitadoras e dificultadoras presentes no processo. Conclui-se que a empatia, o respeito e a valorização constituem elementos fundamentais e que o profissional de enfermagem acredita fazer a diferença no processo de humanizar, com vistas a melhorar as práticas de cuidado baseadas na ética, no diálogo e na autonomia do paciente, de sua família e da própria equipe.¹¹

Na perspectiva de contribuir positivamente, a trajetória dos ideais humanísticos tem envolvido os mais variados setores e, principalmente, a assistência à saúde¹¹. Atualmente é dado destaque à participação dos recursos humanos hospitalares, objetivando torná-los promissores na prestação de um serviço qualificado com a atenção voltada para a humanização da assistência ao usuário da saúde.

Diante desse tipo de problemática, a Política Nacional de Humanização (PNH) nasce como radicalização da aposta na humanização. O documento base do Ministério da Saúde sobre a PNH do Sistema Único de Saúde¹ assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.¹³

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo antes da constituição da PNH, em 2003, o tema da humanização, às vezes sob outras designações, aparece em vários contextos, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, e também - mais recentemente - aos trabalhadores da saúde. Pelo lado dos usuários, a reivindicação pode ser sintetizada pelo clamor de qualificação e de ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços. Os trabalhadores ou parte deles, por sua vez, querem melhores condições de trabalho e de formação, para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento impõem, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, consignadas pelo SUS.¹³

A esta posição acrescentam a de que, na condição de política pública, a humanização precisa ser efetiva em face daquilo que pretende engendrar: aberturas e transformações prospectivas nas práticas de saúde, nas concepções e formas de gestão, nos modos e nas tecnologias de relação. Para ser efetiva, a humanização precisa, como condição de possibilidade, ser (re)inventada a cada intervenção no SUS, de modo transversal, como operação dos coletivos.¹³

Assim, a humanização constitui-se um desafio aos profissionais de saúde para torná-la real nos serviços, notadamente na terapia intensiva, e uma construção que envolve a reformulação de saberes e práticas direcionadas para acolher o outro.

• Acolhimento da família na terapia intensiva pela enfermagem

Acolhimento é atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus

pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários hospitalizados e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar.³ O acolhimento é uma relação humanizadora, de trocas, de respeito às diferenças, sendo imprescindível para a formação de vínculos entre trabalhadores de saúde e usuários.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e inovações, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade. O acolhimento deve ser diferenciado de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo de atendimento ao usuário, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde.¹

Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a co-responsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o compartilhar experiências são ingredientes básicos para efetivar o acolhimento. Estes são, no entanto, pouco presente no cotidiano de trabalho dos profissionais nos vários serviços de saúde, em especial nas UTIs.³

Assim, o novo fazer saúde, com base no acolhimento, pressupõe uma mudança da postura ético-profissional com ênfase nas demandas diversas e subjetivas trazidas pelo usuário. Essas demandas podem ser ainda mais complexas em se tratando do contexto da unidade de terapia intensiva, por vários fatores, dentre eles: forte presença da tecnologia e do saber técnico-científico especializado, constante conflito vida/morte, inúmeros procedimentos e exames complexos, e exaustivas rotinas e normas assistenciais dos serviços.

Em se tratando de cuidado na unidade de terapia intensiva, é importante ressaltar que as profissões da saúde o contemplam como um discurso e uma prática que, coerentemente ou não, culminam em uma multiplicidade de manifestações. Cada profissão utiliza seu conhecimento do mundo e saber específico para prestar esse cuidado. Os enfermeiros, por exemplo, podem utilizar o diálogo, a interação interpessoal, as técnicas e os procedimentos para cuidar.²

Apesar deste potencial de cada área do conhecimento em saúde exercer seu papel no cuidado ao indivíduo e sua família, no cotidiano da UTI, observa-se que a equipe de saúde demanda maior tempo em habilidades técnicas (tecnologia dura) e cognitivas (tecnologia leve-dura) e pouco tempo para as tecnologias das relações, como o acolhimento, com o paciente e, menos ainda, com a família³. Todo o arsenal tecnológico de uma UTI é extremamente necessário e, por si só, ele não tem a capacidade de promover a falta de acolhimento, visto que sua ausência está relacionada às práticas e às relações interpessoais de cuidado estabelecidas pelos profissionais de saúde neste espaço.

O cuidado humanizado está inserido em uma rebuscada teia, em que o saber cuidar parece dar vazão ao estreitamento dos vínculos e o fazer cuidar segue uma lógica de produção de saúde que despersonaliza sujeitos de cuidado, dando ênfase às rotinas e aos procedimentos. A dissociação entre o saber e o fazer também contempla as dificuldades em lidar com os encargos de sofrimento e as limitações profissionais-institucionais².

Assim, deve-se considerar que ações transformadoras dessa problemática envolvem não apenas a discussão dos profissionais, mas aspectos da gestão do setor e instituição. Apesar disso, pequenas mudanças, resgatando a dimensão relacional, podem ser inseridas no dia-a-dia, constituindo o início de processos significativos na busca de construir um cuidado mais humano, embora não sejam suficientes para revolucionar essa conjuntura.¹⁴

Os enfermeiros, por princípio, valorizam a participação dos familiares na recuperação dos pacientes, acreditando na presença do familiar como um valor adicional ao tratamento. Entretanto, essa dedicação direta aos seus clientes/usuários acontece de forma limitada. Para alguns profissionais, o pouco envolvimento com os acompanhantes justifica-se pela falta de tempo para se dedicarem integralmente a eles. O horário de visita é utilizado como um momento de entrega, para que o familiar possa cuidar, vigiar, ficar atento. Assim, os enfermeiros se apropriam desse tempo como um período de fuga, para aliviar as suas próprias tensões e reunir a equipe². Essa utilização do horário da visita como um momento de descanso da equipe de enfermagem pode ser um mecanismo de defesa, consciente ou não, de resistir aos sofrimentos diários do trabalho em uma UTI.

Entretanto, espera-se que o significado que os trabalhadores da UTI dão para a sua família seja semelhante ao que é dado aos familiares dos usuários internados neste espaço terapêutico. De certa forma, usuários internados e familiares esperam que assim funcionem os serviços de saúde, em especial a UTI, como um porto seguro para depositar toda a confiança e receber o acolhimento. A família é de vital importância nas questões referentes ao processo de saúde e doença do seu familiar.³

Em geral, pode-se observar que os profissionais reconhecem que a família auxilia na terapêutica do paciente que está exposto a um grau de estresse na UTI, pois um indivíduo neste ambiente, cheio de aparelhagem e pessoas desconhecidas, pode se sentir fragilizado e vulnerável. Com o apoio da família, o medo e a angústia se afastam, possibilitando uma melhora na sua evolução e certa tranquilidade para os familiares. Nesse contexto, o diálogo se torna essencial para aproximar o profissional e a família, é por meio desse recurso que se torna possível ouvir e esclarecer as informações referentes ao paciente, contribuindo para uma melhor abordagem da equipe junto ao paciente o processo do cuidar humanizado.¹⁵

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde e de enfermagem atuem como facilitadores desse vínculo paciente/família, fortalecendo-o ao mesmo tempo em que se aproximam dos familiares para retirar dúvidas quanto ao processo saúde/doença ou, se necessário, para fornecer suporte emocional, de forma acolhedora e humanizada. Para que essa postura profissional seja efetuada também é essencial que os serviços de saúde possam proporcionar dispositivos ou estratégias para facilitar o acesso de familiares e acompanhantes aos usuários hospitalizados, como a visita aberta flexibilizada.

• A criação de vínculos com a família e a visita aberta flexibilizada

O senso comum que perpassa o imaginário social dos acompanhantes levanta um questionamento interessante sobre a complexidade que o processo de internamento da UTI representa para eles, mesclando-se o sentimento de pesar pela proximidade da morte com a visão negativa criada pela quantidade de aparelhagens que mantêm os pacientes vivos na unidade. O trabalho com esse senso comum pelos enfermeiros pode fazer parte do significado que é atribuído ao cuidado pelos profissionais, o qual deve ser baseado na interação, na visão do todo e no

poder fazer pelo outro, principalmente quando este não pode fazer por ele mesmo, pela condição de adoecimento grave.²

A aproximação a essas vivências dos familiares de pacientes internados em UTI pode trazer subsídios para os profissionais refletirem sobre sua prática, envolvendo o acolhimento, incorporando a família como foco importante do cuidar, na perspectiva de transcender modelo biologicista predominante. 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.¹⁴

É necessário desmistificar a visão da terapia intensiva sem ocultar os riscos que este ambiente apresenta nem ludibriar os familiares ou acompanhantes sobre o real quadro clínico do indivíduo internado. Esse diálogo é complexo e deve ser realizado continuamente, ao longo do processo terapêutico e das respostas dadas pelo usuário a ele.

Um ponto essencial para qualificar o atendimento à família consiste justamente em reconhecer a sua subjetividade e a sua importância no acompanhamento do paciente. Assim, reconhecer e valorizar as vivências dos familiares exige que os profissionais admitam que, mesmo no desconhecimento do mundo técnico da UTI, os familiares têm seus saberes e suas experiências que dão sentido a esse novo espaço em seu cotidiano.¹⁴ É imprescindível compreender o trabalho em saúde como trabalho afetivo, de produção de afetos na criação de redes sociais, de formas de vida (biopoder), de novas subjetividades e sociabilidades. Assim, o acolhimento corresponderia à disposição ético/política ao outro, enquanto plano cuja potência permite escutar, cartografar e construir formas de intervenção.¹⁰

Isso se faz necessário tendo em vista que é predominante o afastamento da dimensão afetivo-relacional da prática em UTI. A relação estabelecida com a família pode ser marcada pela padronização e autoritarismo. Na maioria das vezes, algumas rotinas voltadas para a família, como determinação de horário de visitas e orientação podem ser formatadas pelos profissionais de saúde como mais uma tarefa a ser cumprida, numa lógica autoritária. Autoridade essa que advém do domínio de um saber específico pelo profissional, fundamentado no modelo clínico vigente.¹⁴

Entretanto, essa clínica desconectada dos sujeitos que participam do cuidado, como acompanhantes e pacientes, e com frágeis

relações interpessoais tende ao fracasso do ponto de vista da integralidade, pois não conseguirá alcançar a visão ampliada desses participantes do processo saúde-doença. Doravante, mantém-se desumana, tecnicista e fragmentada.

A relação interpessoal faz da clínica ampliada um operador privilegiado no processo diagnóstico e de resolução de problemas de saúde, pois é no seu âmbito que são trabalhados o vínculo terapêutico e a escuta aos sujeitos, a partir dos quais se potencializam condições de compreensão e de interpretação das demandas pessoais, comunitárias e sociais no campo da saúde.¹⁵ Portanto, ao aproximar-se de um familiar, o profissional de saúde está adentrando um universo de valores, com significados e de vivências pessoais, que devem ser considerados no decorrer do processo de diálogo e escuta.

Ainda que exista uma política institucional que determine a rotina de horários para a visita dos acompanhantes, ela vem sendo flexibilizada pelos enfermeiros, na maioria das vezes. Essa flexibilização, com a abertura da UTI para as visitas fora-de-hora, fortalece as relações interpessoais. Na realidade de produção de tecnologias de relações na UTI, a flexibilização de rotinas das visitas parece ser fundamental para o estreitamento dos laços afetivos e para o redimensionamento desse espaço social pelos familiares. Sendo o espaço social da UTI frio, mecanicista, flexibilizar uma regra seria promover a aproximação das famílias que estão distanciadas, em vez de mantê-las afastadas, para permitir a recuperação do estado de saúde dos pacientes junto com os seus vínculos interpessoais.²

Destarte, muitas vezes, a equipe acaba por não perceber a necessidade do acolhimento ao familiar, que muitas vezes entra e sai da UTI, no horário de visita, sem receber a atenção que necessita para o enfrentamento da situação crítica de saúde do seu familiar. É importante que a equipe seja o elo entre paciente e familiar, favorecendo a interação entre estes, e ao mesmo tempo cuidando de ambos.³ Assim, é muito salutar que a relação família/usuário aconteça na unidade de terapia intensiva, tornando o acompanhante um parceiro no processo terapêutico ao fortalecer os vínculos de confiança e coresponsabilidade.

Do mesmo modo que a família, o profissional ao se colocar no lugar do paciente, dele se aproxima vivencialmente, valorizando a sua experiência como singular, ou seja, reconhecer que cada família tem seu modo próprio de lidar com a situação da

internação. Esse modo de lidar com a família corrobora a perspectiva atual de construção de um cuidado calcado na integralidade, diretriz essa que vem nortear a consolidação do SUS. As áreas altamente especializadas, como as UTIs, fazem parte desse sistema de saúde e, apesar de suas especificidades, não se justifica reduzir o atendimento ao eixo técnico-biológico que não responde pelo atendimento do paciente em sua complexidade, bem como acolher a família.¹⁴

A noção de vínculo leva a refletir sobre a responsabilidade e o compromisso, pois está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.¹⁶ Então, a noção de vínculos estreitados deve estar sendo real na realidade de um cuidado em terapia intensiva integral, humanizado e acolhedor à família. Essa 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.

CONCLUSÕES

Ao refletir sobre o apoio dado à família pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva, muitos desafios no tocante a um cuidado humanizado e acolhedor podem ser vislumbrados. Ainda permanece a dificuldade por parte dos profissionais em conciliar as demandas requeridas pela assistência ao paciente em estado crítico de saúde e fortalecer os vínculos e relações interpessoais num espaço extremamente técnico e especializado. Entretanto, essa conjuntura deve incentivar a luta e a busca por práticas de um novo fazer saúde em sua essência mais humana.

O processo de humanização do cuidar é amplo e complexo e que não vai ocorrer em curto prazo, porque envolve uma mudança na postura ético-profissional direcionada para o acolhimento, a resolutividade e a afetividade. Muitas vezes, envolve atitudes individuais que entram em choque com uma lógica médico-assistencial privatista que rejeita transformações centradas nas pessoas.

Tal conjuntura não deve permitir a passividade do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, cujo relacionamento terapêutico ao cuidar pode favorecer a criação de vínculos entre a família, o

profissional e o usuário. Sabe-se que a humanização da assistência de enfermagem no âmbito da terapia intensiva é fundamental para um cuidado integral, fortalecendo a confiança e a co-responsabilidade com a família.

O acolhimento em terapia intensiva deve estimular a formação de vínculos e de relações interpessoais família/profissionais/usuários, através do diálogo e da escuta qualificada das dificuldades e fragilidades decorrentes da hospitalização. Nessa perspectiva, a visita aberta flexibilizada pode ser um caminho possível e necessário para tornar, aos familiares e acompanhantes, mais acessível a UTI enquanto não apenas espaço terapêutico, mas ambiente de cuidado.

É válido ressaltar que uma instituição de saúde nem sempre precisa demandar elevados custos para implementar um processo de trabalho em saúde mais humano, iniciativas como investir em educação continuada, palestras voltadas para humanização, rodas de conversa multidisciplinares, murais que orientem a prática do cuidado, podem incentivar períodos de reflexão e conscientização nos profissionais de saúde.

A humanização do cuidar e o acolhimento à família em terapia intensiva ainda estão em processo de construção, mas deve se consolidar aos poucos em seu lócus de atenção à saúde, dotado de singularidades e especificidades. Esse novo olhar sobre o fazer saúde em terapia intensiva ainda precisa ser despertado nos profissionais, pelas reflexões e conexões de saberes, permitindo a ampliação para um cuidar com arte além da ciência.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 2 Pinho LB; Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):66-72.
- 3 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[periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 20]; 10(4):1091-101. Disponível em

Valença CN, Pereira MMM, Monteiro AI et al.

Family support in the intensive care unit: a look...

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>

4 Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):vi.

5 Amorin RC, Silvério IPS. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. *Rev paul Enferm.* 2003; 22(2):209-12.

6 Corbani NMS; Brêtas ACP; Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(3): 349-54.

7 Pauli MC; Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003; 11(3):280-6.

8 Martin LM. A Ética e a humanização hospitalar. *Mundo Saúde.* 2003; 27:206-17.

9 Backes DS; Lunardi VL; Lunardi WDF. A Humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-am Enferm [periódico na internet]*. 2006 [acesso em 2009 Out 20]; 14:132-5. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>

10 Mendes HWB; Caldas JAL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2001; 9(1): 20-6.

11 Costa SC; Figueiredo MRB; Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface: Comunic, Saude, Educ.* 2009; 13(suplem1):571-80.

12 Pessini L; Pereira LL; Zaher VL; Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *Mundo Saúde.* 2003; 2:203-5.

13 Souza LAP; Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface: Comunicação, Saúde e Educação.* 2009; 13(suplem1):681-88.

14 Urizzi F; Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev Latino-am Enferm [periódico na internet]*. 2007 [acesso em 2009 Out 20]; 15(4). Disponível em

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

15 Santana JCB; Lima JI; Matos TG; Dutra BS. Humanização do cuidar em uma unidade de terapia intensiva adulto: percepções da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]*. 2008 Jan/Mar [acesso em 2009 Out 20];3(1):1-8. Disponível em

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/254/250>

16 Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO (Org.). *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. 116-60.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/02/02

Last received: 2010/04/08

Accepted: 2010/04/10

Publishing: 2010/05/01

Address for correspondence

Cecília Nogueira Valença

Condomínio Serrambi V

Av. Ayrton Senna, s/n, Bl 08, Ap. 203 - Nova Parnamirim

CEP: 59151-905 – Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil