



Ao Luiz, meu companheiro e amigo;  
à Carolina, minha filha, e aos meus  
pais, Pedro e Normélia, com amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Neste momento, manifesto carinhosamente minha gratidão àqueles que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho. Sinto, entretanto, não conseguir expressar, em sua plenitude, toda a gratidão que permanece em meu coração.

A Deus, por estar sempre tão próximo de mim, segurando-me a mão e, muitas vezes, carregando-me nos braços.

À administração e à chefia de enfermagem da instituição hospitalar que permitiu a realização desta pesquisa, bem como aos pacientes, familiares e equipe intensivista pela sua disposição em participar, pelo interesse, carinho, respeito, confiança e manifestação de esperança.

Aos colegas de mestrado, que me ajudaram a crescer, e que souberam entender a minha ausência nas festas de confraternização, mas, principalmente, ao meu amigo Eurico Santos que, mesmo antes de saber da existência de laços familiares entre nós, mostrou-se uma pessoa presente e amiga, incentivando-me e apoiando-me com palavras de coragem, durante a realização das disciplinas teóricas.

Aos meus professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, mestrado, em especial ao Prof. Dr. Inácio Helfer,

ao Prof. Dr. Dinizar Fermiano Becker e ao Prof. Dr. Darcísio Corrêa, pelo profissionalismo, pela compreensão de minhas limitações e incentivo nesta jornada.

À minha amiga e colega de mestrado, Jucelaine Bittarelo, por sua amizade, pelo seu envolvimento, pelas longas horas de atenção, pelos seus conselhos e pelo seu exemplo de pessoa.

Aos colegas e amigos do curso de Enfermagem da UNISC que me auxiliaram, incentivando-me, amparando nos momentos difíceis, emprestando material, fornecendo dicas importantes e demonstrando carinho.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ingrid Marianne Baecker, pela sua disposição, incentivo e carinho; por saber me ouvir e respeitar, por me fazer crescer, por acreditar em mim e na minha temática.

À minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dda. Regina G. Santini Costenaro, porque orou comigo, porque acreditou em mim, pelos seus ensinamentos, pelo seu carinho e, acima de tudo, por contagiar-me com a sua alegria de viver, além de ter me cuidado durante os encontros de co-orientação.

Ao meu irmão pelo carinho e pelo exemplo de persistência na busca de um ideal.

Aos meus pais pelo seu amor, pela confiança, pelo amparo, por estarem ao meu lado em mais uma caminhada, por compreenderem a minha ausência e a minha pressa, por terem me ensinado, com carinho, a caminhar pela vida com fé. Por serem meus pais!

Ao Didio, o Luiz, meu companheiro e amigo, que me deu apoio, que me incentivou dia após dia nesta trajetória, que soube me ouvir e compartilhar momentos de angústia e felicidade.

À minha filha Carolina, pelo amor que soube demonstrar em momentos delicados desta caminhada, por entender a minha ausência, apesar de ter apenas quatro anos.

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 MATRIZ TEÓRICA.....	14
2.1 Breve relato sobre a história dos hospitais.....	15
2.2 As Unidades de Terapia Intensiva.....	22
2.3 O paciente e a internação hospitalar.....	25
2.4 O paciente na Unidade de Terapia Intensiva.....	29
2.5 A corporeidade no ambiente hospitalar.....	35
2.6 A equipe intensivista.....	40
2.7 A tecnologia.....	46
2.8 O cuidado.....	49
2.9 A equipe intensivista e o cuidado.....	54
2.10 A família.....	57
2.11 Necessidades dos familiares.....	60
2.12 As visitas.....	62
2.13 As informações.....	65
2.14 O familiar junto ao paciente.....	66
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	70
3.1 O estudo.....	70
3.2 O local de estudo.....	72

3.3 A população.....	73
3.4 Aspectos éticos.....	75
3.5 Os instrumentos de coleta de dados.....	76
3.6 A coleta dos dados.....	77
3.7 A análise dos dados.....	81
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..	83
4.1 Os pacientes.....	83
4.2 Os familiares .....	96
4.3 A equipe intensivista .....	113
4.4 As informações fornecidas pela equipe intensivista.....	136
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
ANEXOS.....	146
ANEXO A – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA COM O PACIENTE E COM O FAMILIAR.....	147
ANEXO B – QUESTIONÁRIO APLICADO COM A EQUIPE INTENSIVISTA.....	150
ANEXO C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153

## RESUMO

Na tentativa de amenizar os agravos de saúde que acometem a população, as unidades de terapia intensiva nas últimas décadas estão evoluindo constantemente e acompanhando o desenvolvimento tecnológico. No entanto os doentes ainda carecem de um cuidado humanizado. Dessa forma, pretende-se, através desta pesquisa, identificar o que representa para o paciente a permanência prolongada do familiar junto ao mesmo na unidade de terapia intensiva, bem como para o familiar e a equipe intensivista. Para tal, foi realizada uma pesquisa social, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Fizeram parte da clientela 18 pacientes cardiopatas, internados na unidade de terapia intensiva, 17 familiares e 36 intensivistas. O estudo ocorreu em um hospital geral de médio porte na região centro-leste do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no período de dezembro de 1999 a fevereiro de 2000, utilizando-se entrevistas semi-estruturadas, questionário e observação sistematizada. Concluiu-se que tanto os pacientes, como os familiares valorizam a permanência do familiar junto ao doente na unidade de terapia intensiva, por acreditar que possam ser transmitidos apoio emocional, segurança e confiança, contribuindo na recuperação do doente. A equipe intensivista julga que a permanência do familiar na unidade de terapia intensiva, por um período mais prolongado, traria benefícios em algumas situações. Assim os três, paciente, familiar e intensivista participam de uma maneira solitária e lutam com o intuito de contribuir para a recuperação da saúde.



## ABSTRACT

In the attempt of livening up the appeals of health that you/they attack the population, the units of intensive therapy in the last decades are developing constantly and accompanying the technological development. However the sick ones still lack of a care humanity. This way, it is intended, through this research, to identify what it represents close to for the patient the relative's prolonged permanence the same in the unit of intensive therapy, as well as for the relative and the work team. For such a social, descriptive, exploratory research was accomplished, with qualitative approach. They were part of the clientele 18 patient cardiocs, interned in the unit of intensive therapy, 17 family and 36 people than work in the intensive terapy. The study happened in a general hospital of medium load in the area center-east of Big Rio of the South. The data were collected in the period of December of 1999 to February of 2000, being used semi-structured interviews, questionnaires and systematized observation. It was ended that so much the patients, as the relatives value the relative's permanence close to the sick in the unit of intensive therapy, for believing that it can be transmitted emotional support, safety and trust, contributing in the recovery. The team people than work in the intensive terapy judges that the relative's permanence in the unit of intensive therapy, for a more lingering period, would bring benefits in some situations. Thus, the three, patient, relative and people than work in the intensive terapy participate in a solitary way and they fight with the intention of contributing for the recovery of the health.

## 1 INTRODUÇÃO

A história dos serviços de saúde desvenda muitas facetas desde o surgimento das primeiras casas-hospitais, para atender a doentes, passando pelos estabelecimentos de saúde que exilavam os pobres e leprosos a fim de proteger a sociedade. No entanto, este período marcado praticamente por pouco tratamento e nenhuma cura, permitindo mortes constantes, teve seu final por ocasião do surgimento dos hospitais. Hoje, esses estabelecimentos evoluem rapidamente na tentativa de acompanhar os avanços da atualidade. Atendem a diversas clínicas, como gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, traumatologia, neurologia, cardiologia e outras, das quais destaca-se a cardiologia devido à sua complexidade e à urgência do atendimento quando algo acomete o coração.

Na tentativa de resolver esses agravos, surgiram na década de 40 e 50 as unidades de terapia intensiva, que vêm evoluindo aceleradamente, acompanhando o avanço tecnológico. Todavia, é indiscutível a relevância que deve ser dada ao paciente e à família frente a esse aparato automatizado e robotizado, que a cada dia está mais infiltrado em nosso meio de trabalho.

A autora deste trabalho ressalta nos parágrafos a seguir sua vivência como enfermeira assistencial, e acima de tudo como cuidadora, com o intuito de justificar seu interesse e preocupação com esta temática. Isso se deve também à necessidade de contribuir com sugestões, visando a algumas modificações no atendimento a esta clientela.

Enquanto enfermeira assistencial, por aproximadamente 12 anos, com grande parte deste tempo dedicada à unidade de terapia intensiva para adultos, vivenciei o sofrimento e a angústia dos pacientes e familiares provocados pela separação imposta pela atual modalidade de atendimento, bem como o desconforto da equipe intensivista frente a tais situações. Durante aproximadamente 4 anos desempenhei atividades profissionais direcionadas, basicamente, para o plano biológico curativista. Entretanto, ao solicitar transferência para outra unidade de internação, onde os familiares permaneciam junto com os pacientes durante o tratamento, redescobri o valor do familiar junto ao paciente, aliado ainda aos relatos dos pacientes que retornavam da unidade de terapia intensiva, em que salientavam a saudade dos familiares e a insegurança relacionada ao ambiente e aos procedimentos invasivos.

Assim, quando retornei à unidade de terapia intensiva - UTI -, já exercendo também a atividade de docência, senti uma lacuna no atendimento ao paciente e a seu familiar. Passado algum tempo, mas ainda mantendo a inquietação com essa forma de atendimento, surgiu a oportunidade para que eu participasse como ouvinte do I Congresso Gaúcho de Enfermagem em Medicina Intensiva, no qual tornou-se destaque a conferência realizada pela enfermeira procedente do Canadá, Elaine Houghton, que enfocou a temática de “Cuidados Centrados na Família – Relacionamento com familiares em Centro de Tratamento Intensivo”.

Tal conferencista relatou a experiência de manter o familiar junto ao paciente por um período mais prolongado do que até então é habitualmente praticado, salientando que o paciente apresentou uma recuperação mais rápida. A partir de então, fundamentada em estudo científico, defendi com maior propriedade a permanência do familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva, tentando adequar tal atitude com a situação precária em que se encontram as instituições de saúde no Brasil.

Atualmente, como docente do curso de graduação de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC -, enfatizo o valor que deve ser dedicado ao paciente e a seus familiares no sentido de atender a suas carências nas três esferas que compõem o ser humano, indissociadamente, ou seja, nos planos biológico, emocional e espiritual, uma vez que esses apresentam uma relação muito estreita.

Como na grande maioria dos hospitais, as unidades de terapia intensiva afastam os pacientes de seus familiares, negligenciando o que esses podem oferecer ao seu doente num momento tão sofrido e num ambiente tão agressivo, o estudo dessa problemática tornou-se interessante, pois acredita-se que grande parcela da comunidade hospitalar (pacientes, familiares e equipe intensivistas) pensa ser importante a presença prolongada<sup>1</sup> do familiar junto ao paciente cardiopata internado em unidade de terapia intensiva de adultos. Esse pensamento se deve ao fato de que o apoio biopsicossocial auxilia no tratamento e pode evitar as reinternações e hospitalizações prolongadas, que oneram os cofres públicos. Nesse sentido, investigou-se qual a opinião destes três segmentos da comunidade já mencionados, em um hospital geral, de médio porte, de referência regional, na porção centro-leste do Rio Grande do Sul, quanto à permanência prolongada do familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva.

A partir de então, desenvolveu-se uma pesquisa social que, por ser predominantemente de caráter qualitativo, visou identificar o que representa para o paciente a permanência prolongada do familiar junto ao mesmo na unidade de terapia intensiva, bem como para o familiar e para a equipe intensivista.

Justifica-se esse interesse uma vez que a necessidade biopsicossocial do paciente pode manifestar-se por ansiedade, insegurança, dores, anorexia,

---

<sup>1</sup> Permanência prolongada significa, neste trabalho, um período igual ou superior a duas horas ininterruptas junto ao paciente.

emagrecimento, insônia, entre outros. Por isso, acredita-se que a sua recuperação será mais rápida e completa com a presença do familiar que até mesmo poderia atender a maioria das necessidades psicossociais do paciente. Além disso, os leitos hospitalares e, principalmente, os de terapia intensiva, tão disputados, teriam condições de atender a um maior número de pacientes. A manutenção dos laços familiares, no período de internação hospitalar, facilitaria também a recuperação pós-hospitalar e o retorno às atividades profissionais e sociais ocorreria mais cedo, revertendo os gastos dessas hospitalizações em verbas para promoção da saúde e prevenção da doença.

## 2 MATRIZ TEÓRICA

Propõe-se, a seguir, explanar, em um breve relato, o surgimento dos hospitais, seus objetivos e as suas adaptações influenciadas pelo meio. Sabe-se que a queda do sistema feudal e o surgimento do sistema capitalista influenciaram direta e indiretamente diversas áreas da sociedade, em especial no plano social. E dentro desse, será abordado o campo da saúde, mais especificamente na área hospitalar.

Com o passar dos anos, as instituições hospitalares, que atendiam a casos mais específicos relacionados à clínica, não vencendo a demanda de situações mais complexas, sentiram a necessidade de criação de unidades especiais para o atendimento aos outros pacientes. Frente a esse aspecto, será abordada, além do surgimento dos hospitais, a origem das unidades de terapia intensiva. Salienta-se que esse será o foco principal para que este estudo de dissertação se desenvolva.

Na unidade de terapia intensiva, percebe-se que vários são os elementos que interagem para atingir o objetivo principal dessa unidade. Todavia, serão destacados quatro destes integrantes, o paciente, o familiar, a equipe intensivista e o aparato tecnológico, pois salientam-se em demasia, interagindo intimamente entre si, provocando reações positivas e negativas que influenciam na recuperação do paciente e no desenvolvimento da sociedade.

Para tanto, delineou-se um fio condutor que terá sua origem no momento em que a pessoa é internada numa instituição hospitalar, passando pela experiência de internação em uma unidade de terapia intensiva, ocasião em que entra em contato de várias maneiras, com a sua família, com o profissional de saúde da unidade de terapia intensiva e com o enorme aparato tecnológico existente nesta unidade hospitalar. Portanto, será mencionada a riqueza dos momentos vivenciados pelo paciente, pelos seus familiares e pela equipe intensivista no ambiente de terapia intensiva.

## **2.1 Breve relato sobre a história dos hospitais**

Nos primórdios da história da humanidade, era no ambiente familiar que os idosos e doentes recebiam o cuidado assistencial de que careciam. Era um cuidado, essencialmente, realizado pelos próprios doentes, pelas mulheres da família, sacerdotes, curandeiros, parteiras (que atuavam como pessoas da enfermagem), médicos, enfim os que detinham o conhecimento da prática assistencial em saúde, com o objetivo de atuar para aliviar a dor e tentar curar. Com o surgimento do hospital, o cuidado assistencial e particularizado saiu dos lares, templos e estabelecimentos e instalou-se em instituições de saúde (Ornellas,1998). A mesma autora, expressa que o hospital é um lugar especial. Nele estão reunidas as pessoas doentes, a fim de serem tratadas, pois aí concentram-se o pessoal técnico especializado, a terapêutica apropriada e a tecnologia destinada para auxiliar no tratamento.

Segundo Mirshawka (1994), existem registros de hospitais construídos em 226 a.C., pelo rei Asoka, na Índia, e em 437 a.C., no Ceilão. A esses Ornellas (1998, p. 255) refere-se afirmando que assemelhavam-se a “hospitais militares, de campanha, mas que não se destinavam à população civil.” Essas instituições, dedicadas ao abrigo e tratamento de doentes, entretanto não possuíam características de hospitais, pois “destinavam-se a assistir e tratar os

doentes, os quais, de acordo com os pressupostos da medicina grega, seriam os agentes de sua própria cura” (Ornellas, 1998, p. 255).

Contudo, foi na era cristã, que o nosocômio “passou a ser encarado como entidade assistencial para doentes, pobres e peregrinos” (Mirshawka, 1994, p. 17). O imperador Constantino, através de um Edito, destruiu os templos de Eusculápio, em 335 d.C, sendo que num desses templos, Hipócrates estudara, mas no lugar desses, construiu hospitais cristãos (Ornellas, 1998).

A partir do século IV, os bispos são orientados, para fortificar a fé cristã, a criar um hospital, passando a Igreja a ser a mantenedora das instituições hospitalares. Assim os bispos, possuidores de conhecimento de medicina, além de dirigir suas dioceses, organizavam hospitais e locais de recolhimento.

Conforme Foucault, apud Ornellas (1998, p. 259), “o personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, é alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento.” Dessa forma, os hospitais eram um local onde a caridade era exercida, tendo como objeto de santificação os enfermos pobres e marginalizados. Esses eram recolhidos, nos hospitais, para serem tratados e para morrerem, não perturbando a sociedade em geral. Segundo Ornellas (1998, p. 255),

No século IV, Justiniano (527-565) regulamentou os asilos existentes na época, entre eles os “nosocomia”, que mais se aproximavam dos hospitais de hoje, e os “lobotrophia”, que recebiam doentes sem esperança de cura, inválidos e leprosos, cujo sofrimento procuravam reduzir, além de proteger os sãos de seu contato repulsivo.

No século XV, a morte, a velhice e a doença faziam parte do cotidiano das famílias e, portanto, da sociedade, aterrorizando-as de certa maneira. Com o passar do tempo, a doença é encarada como “um castigo divino, um instrumento de provação”, conforme Ornellas (1998, p.256).



No período pré-capitalista, a cura dos doentes baseava-se na união da magia e da religião, no empirismo das ervas, frutas e raízes. Nessa época, os doentes, velhos e feridos eram cuidados pelas mulheres de suas famílias. Os hospitais eram os locais, onde o doente buscava a cura não somente do corpo, mas da alma tanto dos assistidos como de quem os assistia. O importante era dar-lhes assistência espiritual, sendo menosprezada a moléstia, uma vez que a morte era natural dentro de um hospital (Colla e Almeida, 1999).

No século XVIII, o hospital deixa de ser um lugar para a salvação espiritual e passa a ser o local da cura e do cuidado que o cuidador sob forte disciplina é orientado e subordinado ao saber médico que de forma hegemônica domina o hospital (Polak, Martins & Labronici, 1997).

Nesse sentido, Ornellas (1998, p. 256) salienta que “a cristandade introduz a hospitalidade na atenção aos doentes, aos quais oferece o conforto da religião, o cuidado dos corpos e, se possível, a recuperação de sua saúde.” Mirshawka (1994, p. 17) afirma que “o hospital foi inicialmente estabelecido como uma instituição filantrópica e agência de auxílio aos pobres e, simultaneamente, caracterizado como instituição religiosa e espiritual.”

Percebe-se que nas famílias, o cuidado respeitava a individualidade, não esquecendo que o doente fazia parte de um contexto social, sendo, assim, respeitado e atendido, na medida do possível, em suas necessidades humanas básicas. Entretanto, o atendimento no plano psicobiológico era o mais deficitário. Polak, Martins & Labronici (1997) afirmam que quando a doença e a morte transferiram-se dos lares para o hospital, também o corpo a ser cuidado perdeu sua identidade, assim como o corpo do cuidador frente ao cliente.

Juntamente com a expansão do cristianismo e por sua causa, seguindo os ideais cristãos, os hospitais se multiplicaram na Europa, na Idade Média, que, mesmo sem uma base sanitária suficiente, proporcionaram um aumento

considerável da população favorecida (Ornellas,1998). Religiosos e leigos uniam-se na assistência aos necessitados.

O sistema feudal sofre a ação do capitalismo, as cidades são invadidas, ocorre o êxodo rural, as epidemias assolam a Europa e os hospitais são pequenos para tanta demanda. O surgimento do sistema capitalista desmantela a força da Igreja, e os hospitais, que deviam sua existência à Igreja, são fechados (Ornellas, 1998) .

Urge, então, que essas instituições passem a ser comandadas, agora, por leigos, posto que já estavam a par da dinâmica assistencial. Surgem, neste período, prenúncios do hospital geral. Para Antunes, apud Ornellas (1998, p. 256), os hospitais foram “criados como instituição filantrópica, a um só tempo de auxílio material e espiritual, subtraídos da hierarquia eclesiástica pela municipalidade ainda antes do Renascimento.”

Todavia, os hospitais mantêm as características anteriores, ou seja, continuam atendendo a pobres, mendigos, imigrantes e doentes que não têm abrigo em seus lares, como os leprosos, com a finalidade de manter a sociedade imaculada por essas doenças, além de que esses tipos de doentes eram tidos como repulsivos e contagiosos (Ornellas,1998).

Com o capitalismo crescente, o comércio nas cidades se expandindo rapidamente, o aumento da oferta de trabalho provocou um aumento populacional que contribuiu também para uma ampliação das instituições hospitalares, no intuito primordial de “fazer da cidade um lugar mais saudável para viver”, conforme Thompsom & Goldin, citados por Ornellas (1998, p. 257). Igualmente nesse período, coube à ciência desvendar a doença, classificá-la, identificá-la, explicá-la, como a causa da dor, de um risco de uma morte. Entretanto, os doentes ainda não possuíam um destino, pois exigiam medidas em âmbito coletivo, atingindo toda a sociedade (Ornellas, 1998). O isolamento dos leprosos, já na antigüidade, sem um embasamento médico formal, e

apesar de ter um enfoque radicalmente desumano, evitava a propagação da moléstia.

Por conseguinte, surgem as preocupações com a assistência pública, no sentido de dar proteção à população das cidades e, entretanto, com um cunho mais político do que social, pois a assistência pública está diretamente relacionada à ascensão e à consolidação do poder público em uma sociedade (Ornellas, 1998). Tanto era assim que as comunidades religiosas, as associações de operários<sup>2</sup> e confrarias preocupavam-se com os doentes, desabrigados e inválidos dando-lhes abrigo e assistência, ao passo que ao poder público, cabia dar proteção, mantendo a ordem e os valores da sociedade (Ornellas, 1998). Assim, a sociedade passa a ter obrigações para com os doentes, e conforme o mesmo autor (p. 257),

enquanto no período medieval a igreja repassava aos pobres, em nome da caridade cristã, o que tira dela em forma de esmolas, com o advento do Estado Moderno, a autoridade pública recolhe impostos para, em nome do interesse coletivo, assistir os necessitados.

Entretanto, os doentes continuavam sendo marginalizados, segregados, e os hospitais servindo apenas de refúgio para os pobres, desamparados e mendigos. Pode-se dizer que também eram caracterizados por pouco tratamento e, praticamente, nenhuma cura para os doentes, ou seja, um lugar onde a morte tinha uma presença constante.

Na Idade Média, segundo Ornellas (1998), os primeiros doentes do hospital, ou mais propriamente dito, do estabelecimento, foram os leprosos, que receberam abrigo, mas, principalmente, sofreram uma segregação, para não macular e contagiar a sociedade. Dessa forma, o hospital passa de asilo à prisão, pois exclui da sociedade os leprosos e mais tarde os loucos. Com o

---

<sup>2</sup> Bendix(1996) afirma que as organizações ou representações coletivas surgem em função de que os indivíduos não possuem condição de articular seus direitos individualmente. Logo, os sindicatos procuram buscar os direitos dos trabalhadores para lhes assegurar uma justiça social. Se ocorreu a mudança social, foi devido a manifestações das classes menos favorecidas para atingirem seus objetivos, de forma coletiva, ou seja, para ampliarem suas oportunidades na vida pública e privada.

passar do tempo, o homem conquistou o direito à cidadania<sup>3</sup>, e a Declaração dos Direitos do Homem, de 24 de junho de 1793, veio firmar o dever da sociedade para com os homens mais necessitados. Bendix (1996) relata que, na era medieval, apenas as classes e corporações possuíam direitos e liberdades. Com o advento da revolução industrial, ocorreram mudanças no plano político e trouxeram também a extensão da cidadania para todos os homens adultos.

Assim, segundo Ornellas (1998, p. 258), o homem passa a ter direitos sociais, visto que “o ser doente torna-se um direito: o direito de parar de trabalhar e de receber cuidados.” Ocorrem, então, modificações no enfoque de atendimento hospitalar que começa a observar o paciente, diagnosticar a causa de sua enfermidade, bem como tratá-lo e curá-lo. De acordo com Pitta apud Ornellas (1998, p. 258),

Da profana incumbência de seqüestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções.

Com o progresso da medicina e o avanço da tecnologia, o hospital, no século XIX, passa a ser um lugar de cura, um centro médico-hospitalar, um local para o estudo, o ensino e a pesquisa no campo da medicina. Nesse mesmo século, ocorre o aperfeiçoamento dos aparelhos de diagnóstico, dos laboratórios, explicando como acontecem as transmissões de doenças, originando a medicina preventiva (Polak, 1996). Em geral, esses hospitais se localizavam na área urbana, exigindo que as pessoas do meio rural se deslocassem até as cidades para serem melhor atendidas.

---

<sup>3</sup> Historicamente, a cidadania formou-se por três elementos. Os primeiros foram os direitos civis que “são necessários à liberdade individual - a liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, de pensamento e fé, direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça.”(Marshall, 1967, p. 63). O segundo elemento formador da cidadania é o direito político, que permite ao indivíduo participar do poder político e também de eleger representantes. O último é o elemento social, que compreende o direito a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança.

Atualmente, conforme Ornellas (1998), algumas funções do hospital são distribuídas na sociedade. Dessa forma, as famílias e as comunidades passam a ter responsabilidades e a participarem no cuidado das pessoas, exercendo algumas tarefas que anteriormente eram desempenhadas pelos profissionais especializados nesses hospitais. Portanto, as funções dos hospitais em agregar profissionais especializados e um aparato de máquinas para um tratamento adequado são substituídas pela comunidade, principalmente para não onerar as instituições. Com essa atitude, demonstram que o atendimento aos pacientes com doenças crônicas, ou que necessitam de cuidados específicos de enfermagem, não dão lucro, e este é necessário para o hospital continuar a atender uma comunidade neste sistema capitalista em que o mercado mantém a sua hegemonia.

Acredita-se que, em um ângulo um pouco diverso da opinião de Ornellas (1998), nos primórdios, as famílias levavam seus enfermos até os hospitais em busca de assistência especializada e também sob a pressão do sistema capitalista<sup>4</sup>. Com o passar do tempo, maior era a dependência da família em relação ao hospital, valorizando a saúde curativa e negligenciando a saúde preventiva, reforçando o desgaste das instituições hospitalares que reagiram, enfocando a saúde preventiva, valorizando e incentivando as ações da família e da comunidade no sentido de prevenir e de auxiliar efetivamente na recuperação dos doentes. Em contrapartida, esse aspecto beneficia a família, deixando o paciente mais próximo da mesma. Porém, é necessário ter o bom senso de saber que muitas vezes o familiar não está preparado para isso e, neste momento, além de cuidar ele necessita também ser cuidado.

No passado, a família entregava o seu doente ao hospital que assumia total responsabilidade, não aceitando sequer a intervenção dos familiares no tratamento. Hoje, as instituições hospitalares favorecem o auxílio da família para a recuperação do paciente, assim como o familiar também procura

---

<sup>4</sup> Os familiares precisavam (e ainda precisam) trabalhar e não podiam despendar tempo para o cuidado com o seus enfermos em casa, além de não ter os recursos necessários para satisfazer todas as necessidades do doente, como o pessoal especializado e a tecnologia adequada.

interagir no tratamento. É a comunidade interagindo com o hospital, pois esse faz parte desta comunidade, desfazendo o hiato<sup>5</sup> anteriormente estabelecido entre os dois.

## **2.2 As Unidades de Terapia Intensiva**

As unidades de terapia intensiva surgiram das necessidades de cuidar de forma centralizada, exclusiva e permanente os pacientes mais graves sem que os clientes menos graves fossem prejudicados no atendimento de suas necessidades humanas básicas. Além do objetivo de beneficiar tanto o profissional de saúde quanto a prestação de cuidados especializados ao paciente crítico, as unidades de terapia intensiva também vieram ao encontro da resolução de problemas de ordem econômico-administrativa, posto que a descentralização dos pacientes graves implicaria, para o tratamento adequado, a necessidade de um grande número de profissionais especialmente capacitados além de aparelhos sofisticados distribuídos em todas as unidades do hospital onde houvesse pacientes graves, o que demandaria um gasto exorbitante (Espírito Santo, 1985).

Espírito Santo (1985, p. 232) afirma que o princípio da unidade de terapia intensiva é de, “através da utilização racional e objetiva dos recursos existentes, melhorar a qualidade da atenção à saúde, mediante a concentração de recursos altamente especializados, capazes de reduzir a morbidade e a mortalidade”.

Conforme Barbosa (1999), a terapia intensiva iniciou na Grã Bretanha com uma sala próxima à sala de operações que se destinava a atender pacientes que necessitavam de maiores cuidados e permaneciam até a

---

<sup>5</sup> Anteriormente, o hospital era o detentor do saber, do saber médico, do saber científico, ele era inquestionável, pelo menos pelos leigos. Hoje, a comunidade questiona as ações das instituições, dos

recuperação anestésica pelo menos. Florence Nightingale<sup>6</sup> já agrupava os pacientes quanto à gravidade de seu quadro clínico a fim de objetivar os cuidados necessários.

Barbosa (1995, p. 11), baseada em Fairman, afirma que nos anos 40 iniciaram os esforços para agrupar os pacientes críticos, mas só nos anos 50 surgem as “unidades de terapia intensiva como um sistema tecnológico de instrumentos, conhecimentos e habilidades para cuidar de clientes criticamente doentes.”

Com a participação dos Estados Unidos na II Grande Guerra, na Guerra da Coréia, e do Vietnã, as unidades de terapia intensiva desenvolveram-se ocorrendo inovações significativas na terapêutica medicamentosa, na transfusão sangüínea, na anestesia e na ventilação mecânica. A monitorização cardíaca também aprimorou-se e auxiliou no tratamento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio. As unidades de terapia intensiva passam a se especializar e se diferenciam das demais unidades hospitalares pelo aparato tecnológico e pelos recursos humanos especialmente capacitados a atuar nesta área (Barbosa, 1995). Segundo Santos, Toledo & Silva (1999, p. 28), “a UTI<sup>7</sup> tem como objetivo concentrar recursos para o atendimento ao paciente grave, que exige assistência permanente, além da utilização de equipamentos especializados.”

Conforme Polak (1998), após a instalação do capitalismo, surge o avanço tecnológico e este escraviza o homem à máquina, sendo que no campo da saúde, mais especificamente nas unidades de terapia intensiva, surgem inúmeros aparelhos sofisticados, que fornecem dados objetivos dos pacientes,

---

médicos, do corpo de enfermagem, enfim questiona o tratamento com o intuito de poder optar e também auxiliar no tratamento.

<sup>6</sup> Fundadora da enfermagem moderna, nasceu na Itália, em Florença, a 12 de maio de 1820 e morreu em Londres em 13 de agosto de 1910. Conhecida como a “dama da lâmpada” por suas rondas noturnas com uma lanterna para cuidar dos soldados na Guerra da Criméia, ao final da qual recebeu um prêmio por sua atuação e para continuar o trabalho. “Fundou uma escola de enfermagem, no Hospital St. Thomas, em Londres, no dia 09 de julho de 1860”, conforme Oguisso (1999, p. 39).

<sup>7</sup> UTI é a sigla utilizada para designar unidade de terapia intensiva.

distanciando cada vez mais o cuidador do doente, o qual parece ser visto como um objeto ou sua extensão.

No Brasil, as unidades de terapia intensiva surgiram na década de 70 e junto com elas as necessidades de capacitar os profissionais da saúde, o que envolveria conhecimento de técnicas e manuseio de aparelhos especificamente destinados a estas áreas, como é o caso dos respiradores mecânicos. Assim foram incluídos esses assuntos também nas disciplinas de graduação, como foi o caso dos cursos de graduação em enfermagem, propiciando o aparecimento dos primeiros cursos de especialização em enfermagem em terapia intensiva (Barbosa, 1995), haja vista que o enfermeiro que atua nessas unidades é também o responsável pela capacitação de todo o corpo de enfermagem que ali atua e pela conservação de todo o maquinário para o tratamento especial que recebe o paciente, além de exercer na íntegra a assistência de enfermagem.

Conforme Barbosa (1999, p. 13) apoiada em Sinnbald e Innman, a unidade de terapia intensiva é um campo de atuação de vários profissionais que tem por objetivo prestar assistência aos pacientes que sofrem ou que estejam correndo risco de vida, “com falência de um ou múltiplos sistemas e órgãos devido a doença ou lesão”. Cabe à terapia intensiva sanar as necessidades biomédicas desses pacientes, observando e intervindo de forma imediata e contínua a fim de lhe restabelecer a saúde.

Entretanto, conforme Barbosa (1999), para que a equipe intensivista atinja o seu objetivo é necessário que cada membro dessa equipe desempenhe na plenitude as atribuições de sua respectiva área, contemplando o cliente em todas as suas necessidades. Cabe ressaltar aqui que as necessidades dos pacientes não estão apenas nas esferas psicobiológicas, mas também na psicossocial e na psicoespiritual.



### 2.3 O paciente e a internação hospitalar

Ao ser internado em um hospital, o doente é separado quase que subitamente de seus familiares, de suas amizades, de seu trabalho. Deixa de ser sujeito e é mais um caso a ser contabilizado. Sua individualidade parece ser suspensa, anulada. É isolado de tudo a que está ligado por vínculos afetivos, para que o processo de internação ocorra dentro do padrão pré-determinado, ou seja, dentro da rotina hospitalar. Antes da internação, o paciente deve ser registrado e verificada a existência de vaga. Só então, será encaminhado para a sua unidade de internação (Dal Sasso, 1994).

Conforme Helman (1994), ao contrário do que ocorre no tratamento informal ou popular, no hospital o paciente é afastado de seus familiares, ou significantes, exatamente num momento em que ele tanto precisa de um apoio emocional, ficando à mercê de pessoas estranhas, obedecendo a regras que dizem ser para o seu bem-estar.

Para Silva e Graziano (1996), ao adoecer, a pessoa perde a posição social que outrora ocupava na sociedade, assumindo uma outra posição em outro grupo: a de paciente internado em um hospital. Nesse grupo, suas atribuições, quando existem, são impostas e a dependência é uma característica marcante. Além disso, seu espaço físico é limitado, é desapropriado de suas roupas e objetos pessoais, como também lhe é imposto o horário de acordar, de dormir, de higienizar-se, de alimentar-se, já previamente determinado pelo regime da instituição.

O estudo abordado por Kamiyama, citado por Silva e Graziano (1996), reflete que o paciente apresenta-se desmotivado uma vez que se sente inseguro, questionando, por exemplo, o que vai acontecer com ele. Perde sua independência, pois depende de outro para higienizar-se; perde seu poder até para decidir quando e o que comer; perde sua identidade, passando a ser

chamado pelos cuidadores de sua saúde pelo seu número de leito; perde o reconhecimento social, haja vista que pode ser um doutor, mas é simplesmente chamado de senhor, como todos os outros pacientes; e até a auto-estima, pois é muito difícil aceitar-se com lesões no corpo e/ou com disfunções e incapacidades.

Ao hospitalizar-se o ser humano sofre um processo de despersonalização. O paciente não é mais conhecido, entre a equipe de saúde que o assiste, pelo seu nome próprio, mas pelo seu número de leito ou nome da patologia a ele associado (Angerami-Camon, 1997). Helman (1994, p. 207), nesse sentido, refere que “uma vez na ala eles [os pacientes] recebem um número e são transformados em um ' caso' a ser diagnosticado e tratado.” Assim, a Sra. Maria começa a ser chamada de “a paciente do leito 8” ou “a paciente da perna amputada”. Dessa forma, a pessoa é submetida a uma rotina, muitas vezes, de difícil adaptação, em que as refeições são oferecidas em horários diferentes dos que estaria acostumado até então. Portanto, se as unidades de internação são apresentadas bastante distantes do que era até então vivenciado, o que dizer das unidades de terapia intensiva, em que a sonoridade, a luminosidade, a aparelhagem sofisticada que estão as 24 horas do dia em atividade? O que pensar dessas unidades que esfacelam o ritmo biológico do ser humano doente? Segundo Helman (1994, p. 84), o paciente, no hospital,

submete-se a um ritual padronizado de “despersonalização”(…); é transformado num “caso” numerado e colocado numa ala repleta de estranhos.(…) A especialização hospitalar garante que os pacientes sejam classificados e colocados em determinada ala, com base nas suas idades(adultos, pacientes pediátricos e geriátricos), *doença* (clínica, cirúrgica ou outra), gênero( feminino ou masculino), órgão ou sistema envolvido (otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia) ou gravidade (unidade de terapia intensiva, departamentos de acidentes e emergências). Os pacientes do mesmo sexo, mesma faixa etária e com doenças similares ocupam a mesma ala hospitalar.

Participando de um novo grupo social, o de doentes internados, deve comportar-se como os outros, pelo menos em grande parte do tempo, para ser considerada uma pessoa socializada (Campos, 1997). Helman (1994) e Polak

(1996) referem que os hospitais apresentam um tipo específico de sociedade, com regras de comportamento explícitas ou não, nas quais os pacientes constituem comunidades de sofrimento, nas quais estabelecem diálogos sobre seus estados de saúde. Entretanto, essas comunidades são temporárias e não substituem as comunidades de origem, nem funcionam como grupos de auto-ajuda.

Isso significa, na maioria das instituições de saúde, comportar-se pacientemente, em outras palavras, é não exigir, não questionar, mas apenas aguardar pacientemente; pelos cuidados que merece. Remen (1993) e Dal Sasso (1994) atribuem ao bom paciente as qualidades de ser cooperativo, confiante nos profissionais que o atendem, não ser curioso e de forma alguma ser questionador quanto à forma de tratamento, não exigir que o profissional fique muito tempo com ele, não ter familiares exigentes, não ser emotivo, que forneça os dados de forma objetiva e não esqueça detalhes importantes do seu passado e cure-se rapidamente sem apresentar complicações, pois dessa forma estará contribuindo efetivamente com a equipe de saúde do hospital.

A pessoa, ao adoecer e necessitar de uma internação, sofre um ritual de admissão hospitalar, passando a ser considerado paciente hospitalar, recaindo sobre ele um ritual de tratamento médico. Recuperado, surgem os rituais de alta hospitalar. Assim, o indivíduo passa por três estágios: o estágio da pessoa doente, com um *status* social; o estágio da pessoa hospitalizada, que corresponde a um período de transição; e o da pessoa curada ou saudável, que tem um novo *status* social (Helman, 1994).

Helman (1994, p.207) afirma que o hospital, assim como outras instituições, como o exército e a prisão, cultiva rituais, sendo que “o hospital é um dos ambientes próprios para os ritos de transição social. Um paciente, ao ser internado, deixa sua vida normal lá fora e entra num estado de limbo caracterizado por uma sensação de vulnerabilidade e perigo”. O paciente quando se interna recebe uma vestimenta própria, isto é, um uniforme, como

pijamas e chinelos. E dessa maneira, Helman (1994) reforça que os pacientes após a sua recuperação recebem suas roupas novamente e são reintegrados à comunidade com a identidade de saudável ou curado. Segundo Pitta (1994, p. 37),

Adoecer nesta sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente a sua situação anterior.

Para Helman (1994, p. 207), uma “pessoa doente” em função do ritual do tratamento torna-se uma “pessoa saudável”, o que ocorre através de uma transição social, sendo que para isso é necessário que o paciente se sujeite a normas estabelecidas pela sociedade hospitalar, que requer um afastamento de sua vida habitual, sendo considerado nesta etapa de transição, simultaneamente, frágil e perigoso frente à sociedade normal. Após o período de recuperação é reincorporado à sociedade como “pessoa saudável”.

A internação hospitalar dá ênfase maior “sobre a doença física, com poucas referências ao ambiente doméstico, religião, relações sociais, *status* moral, ou o significado que o paciente dá à doença”<sup>8</sup> (Helman, 1994, P.84). Além disso, é sinônimo de afastamento do contexto social, portanto de sua família, de grande significado para o paciente, o que se constitui numa crise na vida de qualquer ser humano. Crise maior quando a internação é na unidade de cuidados intensivos, uma vez que o horário de visitas dos familiares, nessa unidade, na grande maioria dos hospitais, é bem mais restrito e o ambiente, muito mais assustador para a comunidade em geral.

Na vida do ser humano, hospitalizar-se é um “evento acidental”. Para tanto, é fundamental que os cuidadores da saúde auxiliem o paciente a recuperar-se, não só fisicamente, mas fornecendo-lhe todo o aporte

---

<sup>8</sup> Segundo Colla e Almeida (1999) doença é um desequilíbrio nas esferas biológica, psicológica e espiritual, que constituem o ser humano com o meio sócio-político-econômico-ecológico onde vive, sendo que se manifesta no plano biológico e psicológico.

psicossocial necessário (Silva e Graziano, 1996, p. 295). Segundo Oliveira (1998), Hipócrates é o primeiro a dizer que a pessoa doente é mais importante que a doença, sendo esta apenas uma forma do doente reagir frente a enfermidade.

#### **2.4 O paciente na Unidade de Terapia Intensiva**

A doença ocorre quando existe um desequilíbrio no atendimento das necessidades humanas básicas<sup>9</sup>, que se manifesta de forma súbita ou devido à piora de um desequilíbrio pré-existente, atingindo os níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo necessária, em alguns casos<sup>10</sup>, a internação em unidade de terapia intensiva, de acordo com Felisbino (1994).

Qualquer doença provoca alterações no ritmo da vida do ser humano, sobretudo quando essa doença é crítica, necessitando de internação não só no hospital, simplesmente, mas em uma unidade diferenciada dessa instituição, como a unidade de terapia intensiva. A doença crítica ocorre em geral subitamente, de forma inesperada, ameaçando a vida do ser humano, originando uma crise a que o paciente e sua família precisam reagir, através de mobilização de forças e da compreensão da situação (Dal Sasso, 1994).

Espírito Santo (1985) lembra que os clientes em terapia intensiva e, portanto, apresentando desequilíbrios orgânicos graves, são afetados também emocionalmente, economicamente e religiosamente, pois o homem, por ser um todo e não um ser fragmentado, sofre interferência do biológico no emocional e

---

<sup>9</sup> Necessidades humanas básicas são, segundo Horta (1979, p.39), “estados de tensões conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. (...) Em estado de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado.”

<sup>10</sup> Conforme Felisbino (1994, p. 22) esses casos configuram-se como, “traumatismo crânio-encefálico; coagulação intravascular disseminada (CIVD); acidente vascular cerebral; problemas cardíacos; insuficiência respiratória aguda; parada cárdio-respiratória; choque hiperglicêmico; toxemias; hemorragias; entre outras.”

*vice-versa*. Pode-se afirmar que a doença é um fator importante para estabelecer desequilíbrios nas várias esferas<sup>11</sup> de vida do homem.

Felisbino (1994, p. 15) aborda a questão salientando que o ser humano, na unidade de terapia intensiva, continua sendo um ser único, com suas singularidades, particularidades. Refere que o plano psicobiológico do indivíduo, nessa unidade, está muito mais em evidência. Todavia, reforça que o homem não pode ser fragmentado em planos, e que portanto “não existem fronteiras entre o biológico, o psicológico e o espiritual.” Assim, quando um paciente sofre um procedimento invasivo<sup>12</sup>, ele é atingido não só no plano biológico, mas também no psicossocial e no espiritual, pois sente dor, medo, insegurança, além de carências na aprendizagem ou em orientações sobre o procedimento, e de auxílio espiritual.

Quando a internação é direcionada à unidade de tratamento intensivo, o sofrimento físico e emocional invade a pessoa. Bezerra *et al.* (1998) salientam que o ambiente da terapia intensiva é, na maioria das vezes, estigmatizado como agressivo e frio, levando os pacientes a um estado mais grave do que realmente estão. Assim, esse estigma é um dos fatores que propicia o estresse dos pacientes e de seus familiares.

Dal Sasso (1992) afirma que o ser humano é um sistema aberto que interage continuamente com o ambiente. Assim, Felisbino (1994) reforça que a internação do paciente em terapia intensiva envolve uma interação ou troca de energia entre o paciente, o ambiente e os familiares, no intuito de restabelecer o equilíbrio homeodinâmico das funções vitais do paciente.

---

<sup>11</sup> Estas esferas são, aqui, tratadas como a esfera biológica, a psicológica, a social, a econômica e a espiritual.

<sup>12</sup> Procedimento invasivo é todo aquele que de certa forma invade o paciente, causando dor ou desconforto, com por exemplo, a instalação de uma sonda ou catéter que entra por uma das narinas do paciente e vai até o estômago com a finalidade de alimentá-lo ou drenar líquidos que estão no estômago e podem prejudicar o paciente. Alguns procedimentos invasivos lesam o paciente a ponto de provocar sangramento, sendo que, em alguns casos, há a necessidade de sedar o doente, como no caso, de uma intubação orotraqueal difícil.

Sebastiani (1997) refere-se ao centro de tratamento intensivo assim:

O CTI traz como sério estereótipo vinculado a sua imagem de sofrimento e morte iminente. Na verdade por ser uma unidade no hospital que se dedica ao atendimento de casos onde o cuidado intensivo e a gravidade dos problemas exige serviços constantes e especializados, esse tipo de imagem acaba tendo um bom cunho de realidade. (Sebastiani, 1997, p. 29)

Felisbino (1994) corrobora que tanto o paciente como o familiar tem um conceito preestabelecido da unidade de terapia intensiva, como sendo um lugar de morte e não de recuperação. Entretanto, conforme Dias apud Felisbino (1994, p. 22), “ está na hora de mudar a concepção negativa que acompanha a UTI ”.

Dessa forma, a internação em terapia intensiva deve ser muito bem ponderada em relação ao risco-benefício, pois pode acarretar muitos danos emocionais e físicos ao paciente, uma vez que é colocado em uma área com atendimento diferenciado no hospital, além de ser afastado de seus familiares. Helman (1994, p.207) sustenta que “os médicos devem atentar para as dimensões sociais da hospitalização, principalmente para os sentimentos de desconforto ou de ansiedade do paciente com relação ao seu *status* social ambíguo ao anormal.”

É importante que o paciente compreenda a necessidade de sua internação em unidade de terapia intensiva, pois, dependendo das circunstâncias, pode gerar um problema maior para o paciente. Em alguns casos, o doente não é nem questionado quanto à sua vontade de internar em terapia intensiva, ou tampouco a saber a que se destina a terapia intensiva, supondo que está pior do que realmente está ou, ainda, pensa que está morrendo (Gomes,1978).

Assim, o ambiente e o pessoal especialmente preparados para dar-lhe o máximo de segurança podem representar agentes agressores. Sua necessidade de segurança física se acentua, ainda, pelo fato de se sentir ameaçado por falhas mecânicas e, talvez, por falhas humanas (Gomes, 1978, p. 33).

Quando internado na unidade de terapia intensiva, o paciente presencia procedimentos invasivos e até agressivos para aqueles que não convivem nesta área. O paciente assiste ao sofrimento alheio, assim como gemidos, gritos e a morte que parece rondar todos os leitos. Nesse sentido, Ribeiro *et al.* (1999, p. 18), citam que

em UTIs não planejadas os leitos são dispostos em uma única sala, separados por divisórias improvisadas, sem distinção dos pacientes por sexo, idade ou gravidade, desta forma o paciente além de vivenciar sua doença vê e ouve as intervenções que se processam ao seu redor gerando ansiedade.

Sebastiani (1997) afirma que o paciente, que permanece na unidade de terapia intensiva por algum tempo, mantém convívio com a própria morte e a dos outros pacientes ao seu redor, o que provoca uma mudança de comportamento, não só devido ao trauma pertinente à doença, mas principalmente devido à “intensidade da vivência de morte e morrer” (Sebastiani, 1997, p. 49).

No ambiente da terapia intensiva, o paciente depara-se com a ausência de estímulos gustativos, visuais. Os sons são sempre os mesmos, está restrito ao leito e, portanto, sem atividades, entregue aos afazeres dos cuidadores, provocando mudanças no seu comportamento. Somados esses fatores a outros já citados, a unidade de terapia intensiva constitui uma problemática para o paciente (Gomes, 1978).

Conforme Corrêa, nessa unidade, apesar das intensas atividades e da urgência na realização dessas, é importante respeitar os direitos dos pacientes e dos seus familiares, tornando a prática assistencial mais humanizada, pois,

A gravidade, a dependência o medo da morte e do desconhecido, o estresse da família podem tornar o paciente “desligado” dos seus próprios direitos, enquanto paciente hospitalizado e pessoa humana, tendo seu corpo entregue aos profissionais da saúde. (1998, p. 301)

Segundo Sharp (1997), quanto à pesquisa sobre os efeitos dos estímulos estressantes em doentes, familiares e pessoal de saúde em unidade



de cuidados intensivos, o estresse pode ser provocado por inúmeros estímulos, entre os quais estão a exposição prolongada ao frio, à infecção, o medo, a diminuição no fornecimento de oxigênio, as tensões emocionais, bem como uma internação em terapia intensiva que leva o estigma de “sofrimento e morte”.

Para os fisiologistas, conforme o mesmo autor, estresse implica aumento de secreção de cortisol<sup>13</sup> que inibe a reação inflamatória e respostas imunitárias específicas. Provoca também a diminuição na síntese de prostaglandinas<sup>14</sup> que, por sua vez, leva à redução da secreção de muco gástrico, originando úlceras gástricas. Além disso, o aumento de secreção de cortisol provoca diminuição à reação à infecção, provocando uma maior permanência do paciente na terapia intensiva (Sharp, 1997). Assim, o mesmo autor conclui que os efeitos do estresse ocorrem tanto no paciente, como no familiar que aguarda ansioso as informações quanto ao estado de saúde do seu paciente; e também ocorrem na equipe intensivista. Para Hudak e Gallo, apud Bettinelli (1998, p. 23),

o paciente internado em unidade de cuidados intensivos necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas a doença física

A atmosfera assustadora, os procedimentos invasivos, os ruídos constantes dos equipamentos e do pessoal, os fios de aparelhos eletrônicos, as sondas nasogástricas, as sondas vesicais, os cateteres intravenosos, a permanência prolongada no leito, a luz direta além da grande circulação de profissionais estranhos contribuem, de forma não ponderável, à morbidade. Assim, esses fatores são mantidos em segundo plano, uma vez que não são mensuráveis mas inerentes ao tratamento em terapia intensiva (Cardoni, 1991). Nesse sentido Dal Sasso (1994, p.38) aborda que

---

<sup>13</sup> Segundo Dukan(1995), é um hormônio secretado pelo cortex adrenal.

<sup>14</sup> Segundo Dukan(1995), é um grupo de substâncias similares aos hormônios, e acredita-se que são produzidos pela maior parte dos tecidos corporais.

o estudo de Reichle sobre o estresse psicológico no cuidado intensivo, mostra que, por ser uma área de grande dinamismo para os profissionais que nela atuam, onde há constante circulação de pessoas, a solicitação freqüente de exames e métodos de tratamento tendem a levar o paciente a um desgaste físico e emocional.

Cria-se, dessa forma, uma dificuldade maior para que o paciente se adapte à nova situação, crescendo sua ansiedade. Assim como Barbosa (1995), Dal Sasso (1994) reitera que o simples fato de mencionar “cuidados intensivos” já fazem o paciente lembrar de situações emocionalmente negativas.

Outros fatores estressantes ao paciente na unidade de terapia intensiva, conforme Dal Sasso (1994, p. 39), apoiada nos estudos de Ciosak e Sena, são

a ausência de privacidade física, os aparelhos que os pacientes não entendem, pessoal desconhecido, instabilidade emocional e econômica dos familiares, falta de confiança no pessoal que presta assistência, falta de informação sobre os cuidados recebidos, perda de identidade e da noção de tempo e de espaço e de comentários impróprios feitos pela equipe sobre o estado dos pacientes.

Além disso, outros fatores ambientais que prejudicam o paciente psicologicamente, segundo Dal Sasso (1994, p. 39), são “a falta de ambiente favorável ao sono, ocorrências de cenas dramáticas de pronto atendimento(...), o contato com outros pacientes graves e de isolamento(...)”

Assim, Dal Sasso (1994) refere em sua obra que vários autores, como Padilha, Barbato *et al.* e Luz, definem a terapia intensiva como o local ideal para o tratamento de pacientes agudos graves recuperáveis, uma vez que conta com uma equipe de médicos e enfermeiros altamente qualificada 24 horas por dia, alta tecnologia e atendimento intensivo, sob constante observação. Dal Sasso (1994) relata, em contrapartida, subsidiada pelos autores Lopes, Koizumi, Kamiyana e Freitas, que o conceito de unidade de terapia intensiva para os pacientes é de um ambiente atemorizante, hostil e traumatizante.

É crescente nos últimos tempos a preocupação com a humanização nas unidades de terapia intensiva, estando os profissionais dessa área voltando o seu atendimento para a singularidade de cada necessidade individual. Segundo Santos, Toledo & Silva (1999, p. 26), Wanda Horta salienta que as necessidades do paciente devem ser contempladas adequadamente e plenamente. Entretanto, se o paciente não for atendido em suas necessidades, sentir-se-á desconfortável e esse desconforto prolongado poderá causar uma doença ou prolongar sua internação hospitalar, retardando, portanto, o seu processo de recuperação e seu retorno ao ambiente familiar. Logo, entende-se que é necessário que os cuidadores da saúde satisfaçam todas as necessidades do paciente, sejam elas no plano biológico, social, psicológico ou espiritual. Nesse mesmo viés, Zagonel (1996) afirma, baseada em Watson, que o homem é um ser formado de corpo, mente e alma, sendo que qualquer alteração que abale uma dessas partes resultará em desequilíbrio e, conseqüentemente, originará uma doença que, por sua vez, provocará mais desarmonias no ser humano.

Felisbino (1994) afirma que o paciente de unidade de terapia intensiva é um ser humano único e indivisível, que interage com o ambiente com o qual mantém troca de energia, sendo suas necessidades humanas básicas deficitárias nos planos psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual. Como elemento ativo, o paciente busca satisfazer suas necessidades afetadas, mesmo recebendo auxílio da equipe intensivista e de seus familiares para atingir o seu equilíbrio dinâmico.

## **2.5 A corporeidade no ambiente hospitalar**

Muitas são as vezes em que o corpo do paciente é exposto, na unidade de terapia intensiva, com intuito único de facilitar a execução de procedimentos técnicos ou instalação de aparelhos ou, ainda, para facilitar o exame físico, pois

os profissionais da saúde não percebem o doente “como sendo um corpo mas, sim, tendo um corpo” (Polak, 1996, p. 8). Dessa forma nada intencional, acabam desrespeitando o pudor do paciente que, em seu meio social, aprendeu que seu corpo deveria estar, além de limpo, fechado e coberto, sendo o mundo visto apenas com os olhos (Bruhns, 1989).

A visão do homem, pelo menos, no campo da saúde, sempre foi fragmentada, dicotomizada, girando em torno de dois pontos: o corpo e o espírito ou o corpo e a mente. Essa idéia, presente já na Grécia Antiga e renovada na Idade Moderna por Descartes, preconiza a superioridade da razão em relação ao corpo, em que esse teria apenas a finalidade de guardião da mente (Polak, 1996).

A partir do momento em que os antropólogos perceberam que várias sociedades expressavam-se através do corpo, concluíram que esse era um componente da cultura e que nele são escritas muitas leis da sociedade. Por conseguinte, o corpo expressa cada sociedade específica na sua forma diferente de andar, nadar, dançar, entre outros. O corpo é uma memória de espaço e tempo, pois assimilou a cultura da sociedade, sendo o homem um sujeito da vida social (Daolio, 1994; Bruhns, 1989). Gonçalves (1994, p. 13) corrobora afirmando que

as concepções que o homem desenvolve a respeito de sua corporalidade e as suas formas de comportar-se corporalmente estão ligadas a condicionamentos sociais e culturais. A cultura imprime suas marcas no indivíduo, ditando normas e fixando ideais nas dimensões intelectual, afetiva, moral e física

Para o homem, o corpo representa o que ele é socialmente e, portanto, o que ele é frente aos outros. Torna-o, junto com o seu comportamento, um ser singular no meio social. O ser humano deposita em seu corpo desejos, emoções, mas também é nele que se instalam as doenças, as infelicidades, as desgraças. É nele que surge a vida e também a morte (Santana, 1998).

Em nossa sociedade, o corpo é visto como um utensílio com a finalidade de produzir, sendo valorizado pela sua utilidade e não pela sua real finalidade, a de existir enquanto homem. Logo, a história do corpo do homem é uma contradição, pois não faz o que deseja, mas o que é necessário fazer pela sociedade que o obriga a agir conforme as normas, pois é foco de interesse da religião, da família e do Estado (Santana, 1998, Polak, 1998-1996). O corpo não deve ser entendido apenas como matéria, pois é carregado de sentimento, emoção e valores que a sociedade lhe imprime.

Essa sociedade capitalista visa ao lucro, vislumbrando a produção. Como o corpo do ser humano é instrumento para a produção de mais lucro, para sobreviver o homem vende seu corpo por salário, como qualquer outra mercadoria, na forma de força de trabalho e que só tem valor quando economicamente ativo (Marx, 1985).

Essa mentalidade está tão cristalizada nas pessoas do ocidente, onde o capitalismo impera, que todos vendem seu corpo com naturalidade, sentindo-se molestados caso não cumpram as exigências do mercado, isto é, caso não possam produzir lucro para a sociedade. É dessa forma que, intuitivamente, o doente, o idoso e o inválido são desvalorizados neste meio (Santana, 1998).

Polak (1998) afirma que o ser humano, vivendo em uma cultura individualista, passa a agir conforme as normas e regras, podendo seus sonhos. O homem, mesmo neste final de século, é escravo de inúmeros senhores, sendo o corpo mecanizado em função das condições socioeconômicas, socioculturais, das políticas inadequadas, bem como da inescrupulosa consciência e da falta de ética nos experimentos científicos envolvendo o seu corpo físico. Assim, com a não-observação dos valores antigos, mas dependente de um consumismo monstruoso, o homem se flagela e destrói sem perceber, atingindo os outros e o próprio mundo, em prol de uma satisfação insaciável, pregada por esse modelo materialista que invadiu com hegemonia os nossos tempos (Polak, 1998).

Segundo Polak (1998), é necessário que o ser humano se desmecanize, isto é, torne-se consciente do que o cerca, de suas ameaças e combata as injustiças, respeite o outro, o mundo e o seu corpo, sonhe, tenha projetos e viva a cidadania. Desmecanizado, o ser humano compreenderá o poder que o capitalismo exerce, através de uma teia muito bem formada que o cerceia, valorizando, exclusivamente, o capital.

Nessa sociedade capitalista, competitiva, em que o individualismo e o tecnicismo são venerados, a espontaneidade e a expressão corporal são relegados a um plano inferior, dificultando a percepção da linguagem do corpo do paciente pela equipe intensivista. Entretanto, essa equipe necessita perceber as diferenças culturais entre os mais diversos pacientes que se internam na terapia intensiva, também através da forma como os pacientes comportam-se corporalmente, a fim de que os anseios desses sejam atendidos de acordo com a sua cultura, posto que o ser humano é uma totalidade, em que corpo, mente e sociedade se misturam.

Ressalta Horta (1979) que o ser humano faz parte de um grupo social, cultural, étnico, familiar e religioso, com os quais se identifica. Assim também, durante a doença e o tratamento, ele se comporta de acordo com as características apreendidas no seu grupo. Logo, é importante, afirma Horta (1979, p. 13), que “a personalidade social do paciente” seja mantida também durante a internação hospitalar.

Corroborando, Silva e Graziano (1996), baseados em Beland e Passos, apontam que o doente ao ser hospitalizado traz, junto a si, valores, expectativas, comportamentos próprios que norteiam a sua conduta, costumes e maneiras de se comunicar com os outros. Logo, a equipe intensivista precisa estar atenta a sinais mais “sutis” que os puramente fisiológicos (Silva e Graziano, 1996).

Felisbino (1994) aponta para o fato de que as necessidades dos clientes da terapia intensiva, sejam elas do plano psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual, não são de fácil identificação pela equipe intensivista, haja vista que são poucos os estudos quanto à manifestação dessas necessidades. Aborda a problemática dos pacientes inconscientes ou impossibilitados de se comunicar, pois esses têm uma maior dificuldade para manifestar suas necessidades psicossociais e psicoespirituais, sendo a maioria dos problemas identificados através da observação, do exame físico e através dos familiares.

Ao cuidar do corpo do doente, é importante a demonstração de respeito, humanidade, compaixão, compreensão e até mesmo humor na mesma proporção que a habilidade técnica, sendo a dedicação identificada pelo paciente através do toque ou de outro tipo de comunicação não-verbal (Remen, 1993). Conforme Waldow (1997), mesmo que o cuidador tenha respeito, afetividade e dedicação pelo paciente, não tendo habilidade técnica, poderá provocar insegurança e desconforto ao doente.

Culturalmente, o conhecimento médico científico limita-se ao plano biológico, sendo raramente avaliado o plano psicológico do paciente, o que demonstra, claramente, a idéia de um corpo segmentado (Medina,1994). Entretanto, conforme Bruhns (1989, p. 66),

Não podemos afirmar que o organismo possa existir sem a mente, nem que a mente possa existir sem o corpo. Somos um só organismo que na sua estrutura biológica tem funções altamente diferenciadas e evoluídas ao nível da consciência. Portanto, não existe nada em nosso organismo que não esteja relacionado com o seu funcionamento na sua totalidade.

Felisbino (1994) ressalta que todos os pacientes de terapia intensiva estão carentes de NHB<sup>15</sup>, tanto nos planos psicobiológico e psicossocial como psicoespiritual. Entretanto, os problemas no campo biológico são mais expressivos e evidentes, necessitando de um atendimento imediato, uma vez que, nessas condições, a pessoa corre risco de vida e, sem vida, é impossível

---

<sup>15</sup> NHB é a abreviatura de necessidade humana básica.

atender a suas necessidades psicossociais ou espirituais. Por esse motivo, o atendimento das NHB no plano psicossocial fica relegado a uma segunda instância.

Polak (1996) ressalta que o enfermeiro em sua atividade dá prioridade à ciência e à tecnologia, desvalorizando o corpo do doente e dos profissionais de saúde, haja vista que estão impregnados de uma história de vida, com valores e crenças de toda uma sociedade. Desvaloriza também seus direitos e deveres e o aspecto humano quando em relação com o outro, com o mundo e consigo mesmo.

A ciência moderna distanciou o homem de si mesmo, transformando-o “em um objeto de seu próprio conhecimento” (Santin, 1998, p. 128). Hoje, os homens reconhecem seus corpos, não pela vivência, mas por conceitos e fórmulas. Assim, a equipe intensivista, com o agravante de estar cercada de um aparato tecnológico, torna-se cada vez mais tecnicista, com nuances holísticas, esquecendo a singularidade de cada paciente e desvalorizando sua subjetividade. Portanto, é importante que se veja o corpo do homem como fruto da natureza, da cultura, da sociedade, pois ele sofre as influências de seu contexto, impregnado de valores sociais, políticos, econômicos e culturais (Polak, 1996).

## **2.6 A equipe intensivista**

Segundo Gonçalves (1994, p.16), a civilização ocidental “caracteriza-se por uma valorização progressiva do pensamento racional em detrimento do conhecimento intuitivo, da razão em detrimento do sentimento, e do universal em detrimento do particular”, levando uma grande parte dos intensivistas a generalizarem o tratamento aos pacientes conforme as patologias a eles associadas ou conforme a conduta de outros pacientes, internados no



passado, com a mesma patologia. Ribeiro *et al.* (1999, p.18), baseados em Ventura, complementam afirmando “que existe uma tendência dos profissionais que lidam com o paciente crítico em tratar a todos como se estivessem em coma profundo”.

Além disso, a equipe intensivista, muitas vezes, emprega a divisão de trabalho para atender ao paciente. No entanto isso contribui para a desestruturação e aumento da ansiedade do paciente, posto que esse é atendido de forma fragmentada por diversos membros da equipe. Cada membro atuando em diferentes partes do ser humano, como se ele não fosse um todo e não possuísse emoções e sentimentos (Dal Sasso, 1994). Esse tipo de atendimento, reforçado pelas rotinas hospitalares e escalas de trabalho, faz com que a equipe intensivista distancie-se do paciente, dificultando uma atenção integral para um inter-relacionamento (Polak, Martins & Labronici, 1997).

Polak, Martins & Labronici (1997), baseadas em Pitta, apontam que a fragmentação dos cuidados tem a finalidade, mesmo que inconscientemente, de reduzir o tempo de contato com os pacientes e a angústia provocada nos profissionais de saúde ao atenderem pacientes com dor. Essa também seria a justificativa de igualarem os pacientes e os despersonalizarem, utilizando um uniforme padrão para todos e, para não verem o ser humano, mas o doente, substituem o seu nome pelo nome da patologia a ele associada.

Com esse mecanismo de defesa, o profissional de saúde não se envolve efetiva e afetivamente nos problemas dos pacientes e familiares que seriam demasiadamente ansiogênicos (Mussi, 1999). Lembrando que cada profissional da saúde é também um ser humano que cuida de seres humanos, essa repressão constante de sentimentos dos cuidadores em prol de uma objetividade necessária e de proteção individual pode provocar reações adversas como o esgotamento psicológico (Remen, 1993).

A equipe intensivista estressa-se com o estado crítico do paciente, com as súbitas alterações de estado de saúde dos pacientes, com a presença freqüente da morte, com as condições inadequadas de trabalho, com os relacionamentos difíceis com os outros integrantes da equipe e com as pressões emocionais relacionadas com os familiares (Domingues, Santini & Silva,1999, Mussi,1999).

Helman (1994) acrescenta que os cuidadores de saúde mantêm um relacionamento nada envolvente com o paciente, baseado na formalidade, utilizando uma linguagem técnica específica do meio hospitalar e, quando conversam com o paciente, são extremamente sucintos e fugazes.

Ademais, preocupar-se com a pessoa humana, “ser humano”, parece não interessar à organização hospitalar, alegando perda de tempo. O que interessa é o número de exames, de atendimentos e de procedimentos, porque o lucro é mais importante para garantir a manutenção de um sistema de saúde injusto e conflituoso. Assim sendo, o pessoal hospitalar é levado a tratar os pacientes de maneira impessoal e alienada.(Dal Sasso, 1994, p. 27)

Em nossa sociedade, ressalta-se muito mais a doença que a própria pessoa, uma vez que se expressa, por exemplo: “sou cardíaco” ou “sou diabético” ao invés de “estou cardíaco” ou “estou diabético”, pois a doença está na pessoa e não é a pessoa (Remen, 1993). Portanto, é necessário que o intensivista dê tanta prioridade à história do paciente quanto à doença que este apresenta (Remen, 1993).

Para Olivieri (1985) os profissionais da saúde tendem a se preocupar mais com a doença para não precisarem atender a outras necessidades do cliente que, por uma fatalidade, nesse momento, está doente, mas não deixa de ser pertencente a um contexto sociocultural, com uma vivência única entre os demais. Em contra-partida, mesmo que o foco seja a doença, é impossível entendê-la desconectada de um ser, de um mundo (Olivieri, 1985).

Para remediar tal situação, Polak, Martins & Labronici (1997) abordam a necessidade de investir em educação continuada, em que à técnica junte-se a

sensibilidade de compreender que o paciente é um ser único que tem sentimentos e está inserido num contexto social.

Já o paciente sente a necessidade de envolver-se com a equipe que o está cuidando, mas chega a tal ponto essa ausência de envolvimento que o doente não sabe distinguir quem está se apropriando de seu próprio corpo, cobrindo-o e descobrindo-o para executar procedimentos dos quais também não sabe qual a finalidade (Dal Sasso, 1994). É tão assustadora essa situação que Dal Sasso (1994) afirma que no hospital há, pelo menos, um duplo anonimato, ou seja, o paciente desconhece o nome das pessoas que cuidam dele e, em contrapartida, essas pessoas não conhecem os nomes dos pacientes a quem prestam seus cuidados.

Neste sentido, Ribeiro *et al.* (1999, p.16) enfatizam, apoiados em Zen e Brutscher, que “o profissional deve individualizar o cuidado, proporcionar inter-relacionamento com o paciente e família, desenvolver a capacidade para detectar e satisfazer as necessidades humanas.” Ribeiro *et al.* (1999, p.16) citam também que, em unidade de terapia intensiva, os autores Souza, Possari e Mugaiar comprovaram “a necessidade de privacidade no tratamento, assistência psico-espiritual e visitas de familiares contribuindo para a humanização.”

Barbosa (1999) relata que os estudos de Koizumi, Kamiyama e Freitas verificaram que os pacientes valorizam mais a área expressiva da equipe intensivista de que a área experimental, mesmo reconhecendo a prioridade e a importância da manutenção das funções vitais.

A unidade de terapia intensiva caracteriza-se, historicamente, por apresentar uma equipe de saúde que reverencia muito mais a técnica e a máquina que o ser humano em sua complexidade física e psicológica. Dá prioridade ao biológico em detrimento do psicológico, de tal forma que, segundo Marsden, apud Bettinelli (1998, p. 19),

Os pacientes são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos são isolados, alienados e despojados de sua dignidade...

Polak, Martins & Labronici (1997) ressaltam que o enfermeiro deve ter o cuidado de, ao atender o paciente priorizando o plano biológico, não o tratar como um objeto, pois facilmente será relacionado a uma máquina danificada, em que as peças deverão ser consertadas ou repostas. Sendo assim, os medos, a vivência, a singularidade do paciente se anularão e a qualidade do atendimento do profissional será prejudicada.

A equipe intensivista julga saber o que é melhor para o paciente e, provavelmente, esteja certa no ponto de vista técnico. Entretanto, é necessário criar laços humanos e não apenas técnicos, uma vez que os pacientes podem avaliar muito bem o tipo de atendimento, no sentido da atenção prestada a sua pessoa, da exatidão das informações, além da singularidade do atendimento, que valoriza o paciente como um ser biopsicosocial e respeita sua individualidade (Ribeiro *et al.*, 1999).

O domínio da unidade e de sua tecnologia, o saber científico, a utilização da linguagem técnica com os pacientes e seus familiares, o controle sobre o horário de visitas, sobre as informações, sobre o paciente, seus objetos e seu corpo faz com que a equipe intensivista estabeleça uma relação de poder sobre o paciente, o qual deixa de ser da família e passa a ser propriedade dos profissionais de saúde, que argumentam dizendo desejar apenas o seu bem-estar. Entretanto, não reconhecem o contexto socioeconômico, cultural do paciente para valorizar o que é bem-estar para ele (Mussi, 1999).

As rotinas hospitalares, a forma como os procedimentos são apresentados aos pacientes, as restrições que esses e seus familiares sofrem, assemelham-se mais a um regime autoritário que a uma democracia, pois nessa são respeitadas as opiniões diversas, sendo maior a democracia quanto

maior for a diversidade de opiniões. Assim, um regime democrático auxiliaria na humanização hospitalar (Mussi, 1999). No entanto, não há política nem ciência que forneça a fórmula para recuperar a humanização, pois essa está dentro de cada ser humano, é só preciso despertá-la (Mussi, 1999).

O paciente, sendo observado e colocado em segundo plano, do ponto de vista de sua individualidade e subjetividade em detrimento da aparelhagem altamente sofisticada, existente em uma unidade de terapia intensiva, manifesta-se também subjetivamente. Assim, segundo Medina (1994), toda a pessoa com uma certa debilidade em suas necessidades humanas básicas, como carências na alimentação, na moradia, na afetividade e na solidariedade, desequilibra-se e manifesta-se através da forma biológica que se explicita em diferentes formas de patologias. Ainda conforme Medina (1994, p.83),

tais situações de desequilíbrios ocorrem não só quando são negadas ao ser humano as condições mínimas de sobrevivência e manutenção dos meios de vida, mas também em situações aparentemente menos drásticas como, (...) quando se é submetido a um parto cesariano, ou ainda quando falta amor ou afetividade em nossas relações.

Os profissionais da saúde da unidade de terapia intensiva poderão estabelecer uma inter-relação efetiva com o paciente, reconhecendo as manifestações de insegurança do outro ser no leito, desde que se dirijam, como seres humanos que são, desarmados das rotinas, das técnicas, dos fármacos e de máquinas. Logo, o profissional que assim atuar, segundo Espírito Santo (1985, p. 232), “será capaz de propor uma assistência de forma que, ao ajudar na superação deste desequilíbrio, permitirá o atendimento à necessidade afetada, visando à individualidade do cliente como algo a ser preservado.”

## 2.7 A tecnologia

A tecnologia exerceu e exerce influência direta em várias áreas profissionais, sendo a unidade de terapia intensiva o local mais visado pela ciência na área hospitalar e a unidade considerada de ponta, uma vez que concentra grande número de aparelhos que fornecem dados objetivos a respeito do estado do paciente à equipe intensivista.

A unidade de terapia intensiva é, para muitos, sinônimo de automação, de máquinas superando os seres humanos, de concorrência entre o homem e a máquina; é o uso intensivo da máquina. Assim, pensar em unidade de terapia intensiva é também pensar em tecnologia avançada, em monitores cardíacos, respiradores, cabos, fios, drenos, complexidade em equipamentos, que promovem a recuperação rápida e objetiva de pacientes a eles conectados. Entretanto, todo paciente conectado a tais equipamentos corresponde só a mais um, o que opacifica a sua singularidade (Barbosa, 1995).

Com esse enfoque, Corrêa (1998, p.299) salienta que no mundo técnico-científico da central de tratamento intensivo, o paciente não é respeitado em seus direitos e que “os procedimentos executados e os aparelhos utilizados respondem a algumas necessidades biológicas, mas não às necessidades da vida singular da pessoa humana.”

Corrêa (1998) reforça afirmando que é tão forte a relação ou dependência da equipe intensivista com a máquina que Ciosak; Sena, apud Corrêa (1998, p. 300), relatam que um paciente, na UTI, queixou-se a outro paciente quanto ao barulho constante do monitor cardíaco, ao que o outro respondeu: “(...) *Não reclame que este barulho é a sua vida, e se parar comece a fazê-lo com a boca, se não eles te pulam no peito e te darão um murro, pois pensarão que você parou (...)*”

Nessa mesma linha de pensamento, Santin (1998, p. 129) afirma, quanto à valorização da objetividade em nossa sociedade, que é necessário “duvidar que a verdade científica não corresponde à verdade humana. Que o relacionamento tecnológico não é superior ao relacionamento emotivo.”

Máquinas, tecnologia avançada, técnicas complexas, pessoal extremamente especializado em salvar vidas caracterizam uma unidade de terapia intensiva. Entretanto, essa unidade é capaz de, de acordo com Barbosa (1995, p. 25), baseada em Reiser “(...) salvar vidas, mas não pessoas, onde muitos clientes tem vida sem experiência, vida sem consciência, vida sem relacionamento.”

Lepargneur, apud Beck (1995, p.17), afirma que “nas UTIs de recente concepção, providenciam horas, dias, semanas ou anos de vida a mais a pessoas que outrora teriam morrido. Realizam esses prodígios, mas com que preço econômico e humano?” Nesse mesmo viés, Weil apud Dal Sasso (1994, p.34), ressalta que “se queremos salvar a vida neste planeta e temos tão pouco tempo para isto, precisamos mais do que nunca colocar a ciência e a tecnologia a serviço da ética e dos valores universais.”

De acordo com Santos, Toledo & Silva (1999, p. 27), subsidiados por Rockenbach, o valor do aparato tecnológico é tal que unidades de terapia intensiva mais antigas são reestruturadas para poder “acompanhar o avanço tecnológico, oferecendo assim melhores condições de assistência ao paciente crítico ou potencialmente crítico, visto que este, atualmente, apresenta um grau elevado de complexidade para o tratamento.”

O interesse instrumental desenvolve a razão técnica e o interesse técnico cria o interesse prático. O homem, com a razão técnica, cria o instrumental para dominar o mundo. Assim, em uma sociedade capitalista e dominadora, os intensivistas também sofrem os efeitos do processo de produção que é por demais incentivado, e como as máquinas e a cibernética,

“as suas mãos e todo o seu corpo esvaziam-se de espírito, para poder realizar maquinalmente a tarefa que lhes é imposta” (Gonçalves, 1994, p.22). Barbosa (1999, p. 25), subsidiada por Reiser, afirma que

O avanço tecnológico trouxe consigo um preço, pois o retrato da doença, que agora é obtido a partir de evidências numéricas e gráficas, omitiu características que se originavam da vida subjetiva do cliente, fazendo com que essas características imprecisas e subjetivas fossem se tornando crescentemente irrelevantes na construção de diagnósticos e no desenvolvimento de terapias.

Com todo esse avanço tecnológico, presente na unidade de terapia intensiva, é possível à equipe intensivista, ao observar uma tela de monitor cardíaco, por exemplo, detectar alterações nas funções vitais do paciente antes mesmo que o próprio paciente as sinta (Barbosa, 1999). É dessa forma, e várias são as vezes, que a preocupação maior da equipe intensivista é a observação dos dados de um monitor cardíaco ou um oxímetro conectado a um ser humano debilitado, em um leito, em detrimento do toque no corpo do paciente ou do simples conversar com o paciente. Para tanto, Remen (1993) adverte que o afastar-se do ser humano em função da tecnologia pode prejudicar a saúde humana, pois não serão considerados valores, comportamentos, sentimentos, esperanças, aspirações e pensamentos do paciente. Segundo Barbosa (1995, p.07),

Ainda que a tecnologia seja uma realidade extremamente marcante na UTI, sendo justificada como indispensável, somos cientes dos efeitos tanto benéficos quanto adversos que produz, (...) Dentre esses efeitos, pode-se esperar a criação de uma atmosfera fria, impessoal e desfigurante em sua face humana, por colocar-se de mediação, provocando um distanciamento entre enfermeiro e clientes, e ainda por criar uma relação tão íntima desses clientes com os aparelhos que desenvolvem neles sentimentos de dependência e submissão a estes.

O indivíduo torna-se cada vez mais isolado da sociedade e valorizando em demasia a tecnologia, ao ponto de se relacionar muito melhor com a máquina do que com os outros homens (Gonçalves, 1994). Entretanto, de acordo com Daolio (1994, p. 44),



o homem não é somente o fruto e representante de uma sociedade, agindo como uma máquina comandada por suas instituições. Ele é também um ser particular dotado de uma consciência que permite uma mediação entre o nível social e o nível pessoal.

O homem criou a tecnologia para que essa melhorasse sua qualidade de vida. A tecnologia, todavia, por ser extremamente objetiva e generalista ao prestar um serviço, não consegue suprir as necessidades subjetivas do homem, como o toque, o calor humano, o carinho e o envolvimento necessário para cuidar de seres humanos. Portanto, é necessário que as qualidades humanas se aliem à máquina, não como uma extensão dessa, mas para suprir as qualidades que lhe faltam para um bom atendimento ao cliente, cuidando de forma integral, valorizando a sua individualidade. Essa qualidade nenhuma máquina possui e, dessa maneira, não consegue substituir o homem (Remen, 1993).

São importantíssimos os benefícios que o avanço tecnológico trouxe à área médica, prolongando a vida, reduzindo o sofrimento, produzindo instrumentos que facilitam a locomoção e/ou a comunicação daqueles outrora impossibilitados, ultrapassando, assim, os limites de sua corporalidade. Entretanto, é primordial estabelecer algum equilíbrio para que a equipe intensivista não se afaste por demais do corpo do paciente e de sua subjetividade, integrando os recursos tecnológicos ao atendimento humanizado (Ribeiro *et al.*, 1999).

## **2.8 O cuidado**

O surgimento da era industrial originou mudanças nos ritmos de vida, provocando o surgimento de novas doenças. Gerou também muitos conflitos entre raças e, concomitantemente a isso, a automação invadiu o cotidiano da humanidade. A eterna busca por uma vida melhor, a disputa de emprego, a desigualdade social levaram o homem a aprimorar seu conhecimento em busca de uma ciência que oferecesse respostas a muitas indagações. Porém,

constata-se que isso não substituiu nem completou as necessidades do homem enquanto ser que possui uma subjetividade complexa e distinta dos demais seres. Esse ser que também possui uma inteligência, uma consciência e que, na medida do possível, defende seus pontos de vista, conseqüentemente necessita, cada vez mais, de um convívio harmônico com os demais seres. Essas necessidades, nesta virada de século, são substituídas pelo cuidado que, segundo alguns autores (Costenaro, Daros & Neves-Arruda, 1998; Watson, 1985; Lacerda e Costenaro, 1999; Mayeroff, 1971), é considerado a essência da enfermagem e, por que não dizer, uma ação inerente ao ser humano.

Conta uma lenda grega que “Cuidado” moldou com barro o corpo do homem e pediu a Júpiter para dar espírito a sua obra. Como “Terra” forneceu o barro, “Cuidado” moldou e Júpiter deu o espírito à criatura, todos se sentiram no direito de dar seu próprio nome ao homem. Como não se entenderam, pediram a intervenção de Saturno que decidiu que, como Júpiter deu o espírito, esse lhe seria entregue na ocasião da morte da criatura. “Cuidado” moldou o corpo, portanto a possuiria durante a vida. E tendo em vista que a criatura teve seu corpo formado de barro (húmus), a “Terra” daria o nome de *homo* à criatura (Wolff, Gonçalves & Yede, 1998). Assim, cuidar é a existência do ser humano, segundo Wolff, Gonçalves & Yede (1998), baseadas em Heidegger.

A palavra cuidado tem suas raízes no antigo inglês, como “carion” e das palavras góticas “kara” ou “karon”, sendo que “kara” originou o substantivo “cuidado”, com o significado de aflição, pesar ou tristeza e “carion”; o verbo “cuidar”, significando “ter preocupação por”, “sentir uma inclinação ou preferência” e “respeitar” ou “considerar” com o sentido de ter afeto, amor, carinho ou simpatia (Waldow, 1992). Assim, o cuidado é um instrumento fundamental para que o homem sobreviva. Para Waldow (1997), cuidar pode ser uma forma de viver, de o homem se relacionar. Marcon (1997) afirma que a vida só existe porque, desde o início, o homem necessitou ser cuidado por

outro, em que várias de suas necessidades indispensáveis foram satisfeitas. Logo, toda a pessoa que ajuda a outro a viver está cuidando.

Com a evolução da racionalidade e o avanço científico, o cuidado se institucionaliza e, no que se refere à saúde dos indivíduos, passa da família a pertencer aos profissionais especializados (Marcon, 1997). Esses salientam, conforme Waldow (1997), o cuidado como uma tarefa a ser cumprida com o objetivo de curar. Entretanto, cuidar diz respeito a envolvimento, a conforto, a ajuda, sendo que a cura pode ocorrer mas, caso a morte aconteça, que o cuidado se realize durante o processo de morrer. Wolff (1996) acrescenta que o cuidado também pode trazer frustrações, uma vez que envolve dor e alegria.

Ao cuidar, a equipe intensivista executa diversas tarefas que estão intimamente relacionadas com o conforto, como higiene corporal, arrumação do leito, aplicação de medicamentos, promoção do silêncio, exercícios de relaxamento, práticas realizadas e preconizadas por Florence Nightingale que, portanto, já se preocupava com o conforto do paciente ao ser cuidado. Ribeiro, Koerich & Arruda (1997) salientam que saber ouvir o paciente, prepará-lo para o tratamento, explicar os procedimentos antes de executá-los, orientar os familiares, permitir que o paciente escolha o seu tratamento a partir das informações a ele apresentadas, a música, os jogos, as visitas, as leituras também promovem o conforto.

Mussi, ao realizar um trabalho com pacientes com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, detectou que para essa parcela de pacientes o conforto estava relacionado com bens materiais; condição financeira; interação ou relação com pessoas significativas; bem-estar psicológico e espiritual e normalidade (Ribeiro, Koerich & Arruda, 1997).

O cuidado humano não segue normas pré-determinadas, mas é criativo, contínuo, atendendo de forma singular às particularidades do ser cuidado. Além disso, ele precisa ser sentido, vivenciado, demonstrado pelo tom de voz,

postura, gestos e toque, com a responsabilidade de um compromisso sério do cuidador, do doente e entre ambos com a finalidade de construção e crescimento mútuo em respeito à vida (Waldow, 1992-1997).

Ao cuidar é importante tocar, pois o toque pode transmitir muitas mensagens, na forma não-verbal, mas de grande significado, como o afeto, a segurança, a proteção, a estima, o apoio e a valorização da pessoa. O toque, como linguagem não-verbal, é talvez mais inteligível que a linguagem escrita, uma vez que aquela não necessita de artifícios para ser compreendida, pois é natural, é sensível. Silva e Domingues (1996), fundamentadas por Watson, diferenciam o toque entre o expressivo, o qual promove um contato afetivo e é espontâneo; o instrumental, utilizado deliberadamente para realizar um procedimento, sendo o mais freqüentemente utilizado; e o expressivo-instrumental, que combina os dois tipos. O toque é imprescindível na terapêutica adotada junto ao cliente uma vez que é uma necessidade humana. A sua inexistência pode provocar alterações fisiológicas e comportamentais (Montagu, 1988).

Zagonel (1996), apoiada em Watson, refere que o cuidado humano é transpessoal e mantém uma relação de intersubjetividade entre o ser cuidado e o cuidador, enfatizando que a humanidade e a dignidade são propriedades desse cuidado. Wolff (1996), apoiado em Carper, acrescenta que, num relacionamento interpessoal, tanto o cliente como o cuidador são sistemas abertos, ocorrendo trocas de energia, que propiciam o desenvolvimento humano. Para cuidar um doente é necessário conhecê-lo na sua essência, uma vez que o cuidado transcende o meio físico e material para atingir o meio subjetivo, o emocional da pessoa (Lacerda, 1996; Olivieri, 1985).

Dal Sasso (1994) afirma também que o paciente não é apenas um organismo doente, em que ocorrem processos mórbidos, mas que é integrante de uma família, uma comunidade, enfim, está inserido em um contexto social. Entretanto, no momento, vivencia uma doença e deseja vencê-la para viver

melhor. Precisa e deseja ter alguém ao seu lado que seja competente mas também que se envolva nos seus sentimentos, ao ponto de conseguir imaginar-se no lugar dele, o que favorecerá a sua recuperação (Dal Sasso, 1994, Remen, 1993). Dessa forma, Nunes e Zagonel (1996) salientam, apoiadas em Watson, que o cuidar deve propiciar um crescimento harmônico entre mente-corpo-alma, levando a um autoconhecimento, auto-respeito, auto-cura e autocuidado.

Sinno, citado por Beck (1995, p. 20), afirma que o paciente não deve ser tratado como um objeto, mas sim “deve assumir uma conotação humana, de troca de experiências, gestos, propiciando uma comunicação mais afetiva e efetiva.” Para Bettinelli (1998, p. 159),

O cuidado quando impessoal e mecânico, torna-se prisioneiro e dependente da tecnologia e do modelo bio-médico existente.(...) o paciente de UTI não busca somente isto, mas, principalmente, procura um cuidado solidário. Ele quer envolvimento, que considera o que ele pensa, sente e deseja; quer respeito à sua dignidade e valorização de sua vida.

Os crescentes problemas sociais refletem-se diretamente no campo da saúde, desafiando a ciência e os profissionais quanto a valores éticos e morais. Enquanto isso, o avanço tecnológico acelera seu ritmo de produção. A desumanização impregna a sociedade, provocando uma reação do homem que se vê ameaçado pela tecnologia. Assim, o cuidado humanizado passa a ganhar incentivos e é revalorizado pela abordagem humanista (Waldow, 1992).

Para Olivieri (1985), a terapêutica de um paciente internado não deve restringir-se apenas ao uso de fármacos, utilização de aparelhos sofisticados, mas em dar uma atenção geral ao paciente, considerando-o como um ser total e não fragmentado em biológico, social, espiritual, cultural, enfim, considerando-o através de um tratamento mais humanizado.

O cuidado é visto e vivido por muitas pessoas como sendo um processo inerente ao ser humano. No entanto, os estudos, atualmente, têm demonstrado

que o cuidado pode ser visto sob várias facetas, sem desintegrar o ser humano das três esferas que o compõem: mente, corpo e espírito. É relevante também destacar que essas esferas não devem ser dissociadas do momento de vida ou vividos pelo homem. Como exemplo, podemos citar o processo de doença em que ocorre o contrário, uma desestruturação das partes, necessitando uma maior atenção para contrabalançar a vulnerabilidade que permeia estas situações.

No processo doença também deve ser levada em conta a família, ou seja a primeira referência do homem que existe bem antes do seu nascimento. Essa experiência situações de dor, insegurança, fraqueza e dissociabilidade que alternam mutuamente. Esses fatores justificam o cuidado que se deve ter nas situações de crise, como a doença, para que possa fortificar-se.

## **2.9 A equipe intensivista e o cuidado**

A internação hospitalar ou em terapia intensiva se qualifica como um período de transição do ciclo vital individual e familiar. Para tanto, a equipe intensivista necessita auxiliar o paciente e seu familiar a ultrapassar esse estágio que é repleto de insegurança, angústia e estresse, através de orientações para a promoção e prevenção à saúde, respeito, solidariedade e cuidado integral, entre outros, de tal forma que o paciente ao ultrapassar essa etapa sintá-se fortalecido e, além disso, que esse período de transição seja reconhecido como uma fase saudável para o crescimento pessoal do doente, do familiar e do cuidador (Zagonel, 1999; Waldow, 1997).

Portanto, a equipe intensivista, de acordo com Santos, Toledo & Silva (1999), necessita para alcançar uma assistência humanizada, além de técnica e ciência, sensibilidade, habilidade e respeito pelo ser humano para atuar em momentos de sobrecarga emocional pertinentes à terapia intensiva. Remen

(1993) lembra também que para o profissional de saúde cuidar da pessoa inteira é necessário que esteja envolvido como uma pessoa inteira. Para cuidar, a empatia precisa estar presente entre os envolvidos, mas, além disso, o cuidador necessita sentir-se no lugar daquele que precisa de cuidado para compreender a realidade do outro (Wolff, 1996; Waldow, 1992).

Entretanto, colocar-se no lugar do outro não é uma tarefa fácil, pois enquanto cuidador está em um meio cultural diferente e tem uma visão, muitas vezes, distinta do ser paciente (Santana, 1998). Existem, portanto, dois tipos de sistema de cuidado à saúde: o profissional e o popular. A equipe intensivista pode ser considerada um sistema profissional, uma vez que possui uma bagagem de conhecimentos específicos e está atrelada a normas e rotinas hospitalares. No entanto, para que ocorra uma interação entre os dois sistemas, é necessário que os profissionais de saúde expliquem o porquê de sua forma assistencial com o paciente e proporcionem espaço para que também o doente contribua com o tratamento, mostrando formas de como gostaria de receber a terapêutica (Santana, 1998). Logo, é importante lembrar que, como existem diferentes homens, existem também diferentes formas de cuidar (Wolff, Gonçalves & Yede, 1998).

A grande quantidade de procedimentos e a rotina de uma unidade de terapia intensiva impregnam nos cuidadores de saúde a postura de tarefeiros, o que restringe cada cuidado ao predicativo de ser apenas mais uma tarefa a executar e sem o seu significado maior, o de confortar e auxiliar o doente a recuperar a qualidade de vida desejada (Remen, 1993).

O carinho e o cuidado integral são considerados, pela grande maioria dos cuidadores de saúde, de fundamental importância durante o atendimento ao paciente. Entretanto, apesar de ser um consenso, pelo menos em nível intelectual e emocional, esta prática está longe de ser realidade, pois não é visualizada com frequência no cotidiano desses profissionais (Remen, 1993; Mussi, 1999).

O aparato tecnológico e terapêutico encontrado nas unidades de terapia intensiva é importantíssimo para atingir o seu objetivo, isto é, uma melhora na qualidade de vida do paciente internado. Todavia, esses elementos tornam-se insuficientes se o paciente for considerado em partes distintas. Essa prática é freqüentemente efetuada pela equipe intensivista que fragmenta o paciente durante a sua assistência, tendo dificuldades para visualizar esse cliente em seu contexto social (Dal Sasso, 1994). Além disso, não considerando seu aspecto emocional, este pode comprometer o seu físico. Para tanto, conforme Santos, Toledo & Silva (1999, p. 29), é necessário “que a equipe de saúde tenha um preparo específico para lidar com situações emocionalmente conflitantes.”

Wolff (1996) lembra que a equipe intensivista é gente que cuida de gente e que receberam cuidados também de modo informal em sua rede social, como qualquer outra pessoa, pois o cuidado é apreendido através da cultura e repassado pelo modo de cuidar.

Wolff, Gonçalves & Yede (1998) acrescentam, referendadas por Watson, que o cuidado sofre influências tanto do momento em que ocorre como do ambiente, portanto dos contextos socioeconômico, geográfico e cultural. Assim, partindo-se da premissa de que o meio externo interfere no meio interno, o cuidado deve ser realizado em ambiente confortável, seguro, privativo, tanto para o cuidador como para aquele a ser cuidado, a fim de favorecer o relacionamento transpessoal (Lacerda, 1996; Wolff, Gonçalves & Yede, 1998).

Santin (1998, p. 129-130) idealiza o atendimento de enfermagem e aborda o “estar presente” da enfermagem de forma que durante o atendimento ocorra um envolvimento, em que a intersubjetividade, a confiança e a esperança estejam presentes. E continua referindo o quanto é importante que a presença da enfermagem

tivesse mãos hábeis e carinhosas. Hábeis porque fundadas em conhecimentos seguros e dotadas de técnicas eficazes; carinhosas,



porque inspiradas num coração sensível. Acima de tudo gostaria que esta presença tivesse um rosto. Um rosto, comunicativo, expressivo, falante, mesmo no mais profundo do silêncio; e o rosto fosse iluminado por um olhar humano, como um elo que me une a todos os olhares amigos que esperam a restauração da plenitude da vida;(...)

## 2.10 A família

O homem, por sua natureza gregária, não vive só. Portanto, mantém relações com os demais homens, procurando auxílio, quando se sente fragilizado, mobilizando suas forças no sentido de equilibrar-se novamente. Assim também familiares ou significantes,<sup>16</sup> quando percebem que uma pessoa está enfrentando uma crise, procuram ajudá-lo (Lacerda, 1996; Dal Sasso,1994). Observa-se, dessa forma, uma reciprocidade, em momentos de crise, entre os integrantes de um grupo que apresentam uma relação mais estreita, pois a pessoa que necessita de ajuda procura outros de sua relação. Assim também essas procuram ajudar qualquer integrante desse grupo ao perceberem que necessita de ajuda, independentemente da solicitação ou não da pessoa fragilizada. Essa reciprocidade é característica marcante do grupo chamado família (Dal Sasso, 1994). A família é a célula básica da sociedade, pois é em torno dela que a sociedade se desenvolve. Para Motta, apud Carraro (1998, p.20),

A família é constituída pela comunhão do ser-com-o-outro, cujas premissas básicas são o afeto, a lealdade a responsabilidade com-o-outro, caracterizando-se como uma relação social dinâmica permeada por crenças, valores e normas da sua tradição sócio cultural e pelo seu momento histórico de vida.

Conforme Althoff, Elsen & Laurindo (1998), a família cuida de seus membros sofrendo influências diretas do meio cultural e das condições socioeconômicas. Ela possui crenças, valores e, por caracterizar o comportamento de cada membro seu, detecta, com propriedade, alterações na

---

<sup>16</sup> Segundo Martins (1998),corresponde a alguém que não é da família, mas mantém uma relação estreita com o paciente, é uma pessoa expressiva para o paciente, é uma pessoa próxima, acompanhando o doente durante a sua hospitalização, demonstrando responsabilidade para com o doente.

conduta dos mesmos. É ela também que toma a iniciativa de auxiliar ou procurar o auxílio necessário para restabelecer o equilíbrio de seu integrante, seja ele no âmbito biológico, psicológico, social ou espiritual.

Felisbino (1994) sustenta a idéia de que o familiar do paciente internado na terapia intensiva faz parte de um todo, interagindo com o ambiente através de trocas de energia. Afirma também que os familiares “constituem o primeiro grupo social do indivíduo (...), juntamente com aqueles que possuem laços afetivos (amigos) com o cliente” (Felisbino, 1994, p.16).

Dal Sasso (1994), apontando os estudos de Winterhalter e O’Malley *et al.*, refere que a incapacidade provocada pela doença, em um dos integrantes da família, reflete-se alterando as relações existentes entre os membros da família e abalando a saúde de todos.

Pode-se inferir que assim como o homem não pode ser visto em partes isoladas, pois ele é um todo envolvido pelas esferas do plano biológico, psicológico, econômico, social e espiritual, também a família, não pode ser vista em partes, mas como um todo, pois se um de seus integrantes está abalado, a família também estará.

Felisbino (1994, p. 18) lembra que a família e o doente da unidade de terapia intensiva apresentam NHB, sendo que essas “são estados de tensão (...) resultantes dos desequilíbrios homodinâmicos dos fenômenos vitais que precisam de atendimento, os quais podem ser de nível psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual.”

A doença é considerada um momento de crise para o doente, mas também para o seu grupo familiar, que mobiliza forças no intuito de restabelecer o equilíbrio biopsicossocioespiritual do membro diretamente afetado, bem como de sua estrutura que também sofreu abalos com a doença. No entanto, essa crise propicia uma aproximação maior entre os familiares e,

portanto, é uma oportunidade para a família crescer e reafirmar suas ligações, muitas vezes, enfraquecidas pelas atribuições que a sociedade e, por conseguinte, o sistema capitalista impõe à família para manter-se socio-economicamente (Dal Sasso, 1994).

Conforme a autora acima citada (1994), o doente necessita da solidariedade de seus familiares e significantes que é tão importante para o seu desenvolvimento social, como para o de outros membros de sua sociedade. Assim, “qualquer mudança no ser humano é suscetível para afetar simultaneamente o seu papel, alterando o sistema social no qual está inserido, acarretando mudança de papéis nos outros e na satisfação de suas próprias necessidades” (Dal Sasso, 1994, p.70). Assim também, Lautert, Echer & Unicovsky (1998) afirmam que quando um membro da família está doente, o contexto familiar apresenta-se repleto de sentimentos de medo e culpa, podendo desencadear enfermidades em outros membros dessa instituição base.

Echer *et al.* (1999) salientam que, habitualmente, o familiar mostra cansaço, pois além de exercer sua atividade de cuidador, mantém também as atividades profissionais e/ou domésticas antes já realizadas para sobreviver, acumulando funções. As mesmas autoras (1999, p. 62) abordam também, fundamentadas em Andrade, “que o familiar assume o seu papel, solitariamente, o que o leva à deteriorização física e emocional.”

Conclui-se, dessa forma, que a crise por mais desgastante que seja contribui efetivamente para o desenvolvimento e crescimento individual e coletivo. Como já foi referido anteriormente o homem por relacionar-se com outros homens, enfim por estar inserido em um contexto social, tudo que lhe afeta, reflete-se no seu contexto, sendo a recíproca também verdadeira.

É a família a responsável por socializar o ser humano, transmitindo-lhe convicções, valores, auxiliando no desenvolvimento humano, concentrando

forças para enfrentar momentos de crises, que proporcionam um crescimento em vários sentidos, durante a vida. Conforme Dal Sasso (1994, p. 78), "... a crise contribui para a unidade e a solidariedade da família porque fortalece suas relações, enriquecendo os seus membros através da troca de amor, energia e suporte entre eles."

Dal Sasso (1994) reforça afirmando que o ser humano necessita de uma rede natural e social para viver, sendo a família um elemento dessa rede. É nela que os seus membros experimentam emoções mais importantes de sua vida. A doença também provoca emoções e é uma crise que ocorre no interior da família. Dessa forma, muitas responsabilidades, antes desempenhadas pelo paciente, terão que ser, a partir do momento de internação hospitalar, distribuídas entre os demais membros da família. Todavia, nem sempre as atribuições são cumpridas como deveriam, provocando estresse no paciente e em seus familiares.

A vida é um ciclo, no qual alternam-se períodos de estabilidade e instabilidade. Todo ciclo de vida individual, no qual o ser humano busca sempre a estabilidade, ocorre dentro do ciclo de vida da família. Os períodos de transição, caracterizados por grande instabilidade, insegurança e estresse, proporcionam o desenvolvimento familiar. Entretanto, nesse período o profissional de saúde serve como suporte para o grupo familiar, desde que observe as necessidades do indivíduo em seu contexto biopsicossocial (Zagonel, 1999).

### **2.11 Necessidades dos familiares**

Conforme Felisbino (1994), os familiares também apresentam necessidades nos planos psicobiológico, psicossocial, psicoespiritual, com dependência total ou parcial dos cuidadores de saúde da unidade de terapia

intensiva para satisfazer suas necessidades, sendo que precisam desse atendimento para cooperarem no tratamento ao doente. Lautert, Echer & Unikovsky (1998) reforçam afirmando que quando a equipe de saúde atende bem ao familiar, isso se refletirá numa melhor resposta do paciente, e a equipe também se sentirá mais à vontade.

Nos estudos de Gilis, apontados por Dal Sasso (1994), as necessidades do familiar precisam ser atendidas desde os primeiros instantes da internação do seu integrante abalado, a fim de atingir a sua reintegração social o quanto antes, posto que o familiar contemplado em suas necessidades coopera efetivamente na recuperação do seu doente.

Os familiares para visitarem seus doentes hospitalizados enfrentam a burocracia, as rotinas que têm supremacia sobre os sentimentos, a dor, o sofrimento, pois muitos são os momentos em que não é permitida a entrada do familiar, pois está na hora do banho ou da medicação, ou ainda de qualquer outro procedimento que, sob os olhos da equipe de saúde, tem prioridade sobre a solidão do paciente e a angústia do familiar (Mussi, 1999).

Devido à restrição da visitação, o familiar sente a necessidade de contar com a equipe intensivista para lhe dar suporte no plano psicológico e social (Curry, 1995). Entretanto, médicos e enfermeiros estão muito mais preocupados em salvar vidas do que em dar atenção às reais necessidades dos familiares, ou essas necessidades são ignoradas ou esquecidas em função do tempo, ou, ainda, por estarem despreparados para enfrentar as necessidades dos familiares. Com essa atitude, aumentam ainda mais o estresse e a angústia dos familiares que, já inseguros quanto ao ambiente estranho e assustador, e receosos quanto à recuperação do paciente adotam comportamentos avessos a sua conduta habitual (Curry, 1995; Domingues, Santini & Silva, 1999). Nesse mesmo sentido, Marcon (1997) detectou que as divergências entre profissionais da saúde e os familiares são devidas às

dificuldades dos cuidadores identificarem o contexto social em que vivem o paciente e sua família.

A restrição às visitas, a preocupação com a morte ou a incapacidade permanente do doente, o estado crítico dos outros pacientes (como localizar o paciente e o ambiente estranho com tecnologia complexa inerente às unidades de terapia intensiva) provocam estresse nas famílias dos pacientes internados (Curry, 1995; Domingues, Santini & Silva, 1999). Assim, Curry (1995) sugere que, antes de o familiar entrar para a visita, seja informado quanto ao estado do paciente e aos aparelhos a ele relacionados, como: para que servem, o porquê de seus sons, luzes ou alarmes, além da dependência do paciente a esses equipamentos. Em caso de necessidade de transferência para unidade de terapia intensiva, já previamente agendada, como por exemplo em recuperação pós-cirurgia cardíaca, seria ideal que o paciente e o familiar conhecessem a unidade de terapia intensiva e sua dinâmica, a fim de desmistificar a unidade, diminuir a ansiedade e o medo e promover uma recuperação mais rápida e completa do paciente.

## **2.12 As visitas**

As instituições estabelecem normas nas quais são considerados, geralmente, fatores institucionais e, raramente, a necessidade dos pacientes. Na unidade de terapia intensiva, a visita obedece a uma regulamentação rígida devido ao estado geral do paciente ser grave, a estrutura física da unidade ser imprópria e também pela intensa atividade da equipe que atua com o paciente. Preconizam, portanto, o familiar como um fator que poderia prejudicar a dinâmica acelerada dessa unidade. No entanto, os estudos de Takahashi, citados por Beck (1995, p. 35), salientam que

uma das condições que pode afetar ainda mais a problemática da doença e da hospitalização é o isolamento do homem do seu meio

social e familiar, exatamente no momento em que mais precisa de atenção e de um relacionamento de maior nível de afetividade.

Os visitantes poderiam ser vistos como companheiros no tratamento para a recuperação do doente. A presença do familiar junto ao paciente não deve ser encarada como um privilégio prestado pela instituição, mas sim como uma necessidade importante na terapêutica do paciente (Echer *et al.*, 1996, Lautert, Echer & Unicovsky, 1998).

Algumas instituições empregam um sistema em que o familiar apenas visualiza o paciente, não tendo a oportunidade de tocá-lo. Outras instituições têm a visitação com diferentes períodos de permanência do familiar junto ao leito do paciente, chegando até a visitação livre quanto ao horário e à duração (Santos, Toledo & Silva, 1999). Echer *et al.* (1996) em seus estudos relatam a experiência que contou com a liberação da visitação freqüentemente fora do horário de rotina a fim de auxiliar na recuperação do paciente e confortar a família, pois

o paciente criticamente enfermo apresenta instabilidade emocional muito grande o que compromete toda a estrutura familiar, nestes momentos observa-se que o familiar tem necessidades de permanecer junto ao doente como forma de proteção e amparo. (Echer *et al.*, 1996, p. 5)

Carraro (1998, p. 100) enfatiza que “o familiar pertence a um grupo de pessoas de onde procede o seu doente. Ele mantém vínculos fortes e de intensa conotação afetiva, cujo rompimento abrupto causado pela internação hospitalar promove acentuado temor.”

Echer *et al.* (1996) salientam que uma internação em unidade de terapia intensiva tem um aspecto extremamente importante para os familiares do paciente, pois uma vez que estão afastados sofrem temendo pela vida do doente, esforçando-se para manterem-se equilibrados emocionalmente. Assim, os familiares e amigos também sofrem um impacto forte devido ao restrito contato com o paciente. Sentem-se angustiados e impotentes. A imagem da

morte assombra seus pensamentos freqüentemente e a estrutura familiar fragiliza-se (Santos, Toledo & Silva, 1999).

Para que o familiar atenda às suas necessidades humanas básicas e às do seu doente, posto que ele tem condições para tal, ele necessita ser orientado pelo enfermeiro da unidade de terapia intensiva. Entretanto, essa orientação é realizada aos visitantes assíduos, ou seja, aos mais próximos ao doente. Assim, é naturalmente esperado que um familiar, que visita esporadicamente o paciente, não consiga atender às suas necessidades nem às do paciente.

Entretanto Dal Sasso (1994), sustentada no estudo de Titler, Cohen e Craft, afirma que o enfermeiro intensivista prioriza o atendimento com a doença do paciente crítico, seguindo o modelo biológico, em que o ser humano é visualizado de forma fragmentada e não como um todo. Relega, dessa forma, a uma esfera inferior a terapêutica que pode ser dispensada pela permanência do familiar junto ao paciente, restringindo o horário de visitação. Esses mesmos autores, citados por Dal Sasso (1994), salientam que a família é uma unidade básica na qual os seus integrantes se desenvolvem e recebem ajuda em qualquer momento de suas vidas.

Ribeiro *et al.* (1999) afirmam que as visitas na terapia intensiva devem ser consideradas como uma forma de humanizar mais o serviço, posto que os próprios pacientes dessas unidades solicitam a promoção do silêncio, o incentivo à distração dos pacientes conscientes, a separação dos doentes mais graves, a visitação dos familiares por um período mais longo, a fim de tornar essa estadia mais humana e menos dolorosa.



### 2.13 As informações

Bezerra *et al.* (1998) referem que muitos familiares negam as informações recebidas ou apresentam uma postura de alienação quanto às informações. Nesses casos, conforme os autores, cabe ao enfermeiro intervir para que esses familiares entrem em contato com o seu doente, conferindo as informações além de orientá-los com precisão sobre o estado de saúde em que se encontra o paciente.

Dessa forma, segundo Echer *et al.* (1996), afirmam que quando o paciente é internado em unidade de terapia intensiva, por ser uma hora estressante, não é o momento mais indicado para informar o familiar, pelo menos de forma verbal, quanto a rotinas da UTI, como horários de visitas, material necessário para o paciente, pois ele não terá condições emocionais de assimilar adequadamente as informações tão necessárias. Ainda segundo essas autoras, baseadas em Warren, o familiar só passa a compreender as orientações fornecidas pela equipe intensivista após 48 horas de internação do paciente. Antes desse período, o familiar não assimila as explicações, sendo por isso indicado fornecê-las por escrito.

De acordo com Felisbino (1994), o paciente e o seu familiar podem apresentar dificuldades para suprir suas necessidades quanto às informações, buscando, então, encontrar a solução no meio em que estão. Para tanto, é necessário que a enfermagem saiba detectar essa carência e procure solucioná-la o quanto antes, para promover uma recuperação completa ao paciente. Quanto à falta de informação ao paciente, Olivieri (1985) relata que pode causar problemas e reações imprevisíveis.

## 2.14 O familiar junto ao paciente

Segundo Silva e Graziano (1996), o paciente hospitalizado, por estar limitado ao leito, sente falta de atividades e de algo ou de alguém que o distraia. Carece também de relações sociais afetivas. Todos esses fatores ameaçam a identidade social. Chaves e Ide, citados em Silva e Graziano (1996, p. 292),

definem identidade social como o conjunto de cognições que o indivíduo tem sobre si mesmo, decorrentes do relacionamento com as outras pessoas, ou a resposta que se dá às perguntas: "quem sou eu?", "quem é você?" e "quem é ele?"

Dal Sasso (1994, p. 75) refere que Moseley e Jones preconizam a "importância da família e do suporte social como fontes principais de força para o ser humano, assumindo um papel vital para a sua recuperação". Segundo Marcon (1997), assim como é da competência dos profissionais da saúde cuidarem da vida do cliente, em momentos mais críticos, cabe à família, como um sistema informal de apoio social ou natural, continuar a cuidar do seu doente até a recuperação completa, principalmente nos casos de doenças crônicas ou de suas seqüelas. Elsen, citada por Carraro (1998), entende que

O familiar atua como uma unidade de saúde para seus membros, ou seja, ele tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença; ele já não pode mais ser visto como aquele que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ele deve assumir responsabilidades pela saúde de seu doente; para isso precisa ser ouvido em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, ele deve ser cuidado.

Lautert, Echer & Unicovsky (1998) acreditam ser benéfica a permanência do familiar junto ao paciente durante a sua internação hospitalar para receber orientações e capacitação quanto ao seu cuidado no domicílio, uma vez que as altas hospitalares, em função da atual política de saúde, são cada vez mais precoces, necessitando o paciente de atendimentos, muitas vezes complexos também em sua casa. Echer *et al.* (1996) acrescentam que a presença do familiar junto ao paciente é psicologicamente eficaz. Todavia só

será benéfica se o familiar for adequadamente orientado, a fim de colaborar com a recuperação do paciente e com a equipe intensivista.

Além do suporte emocional e do conforto nessa fase crítica da vida do doente, as autoras Lautert, Echer & Unicovsky (1998) referem que os familiares podem realizar cuidados assistenciais junto ao paciente, contribuindo com o tratamento e auxiliando os profissionais de saúde.

Nogueira (1977) afirma que a família é a célula-mãe da sociedade, nela o indivíduo se forma e se desenvolve. Logo, o ser humano não pode ser considerado isolado, mas pertencente a um contexto, tendo a família como origem. Santos, Toledo & Silva (1999) e Olivieri (1985) acrescentam que a equipe intensivista precisa ver o familiar como um aliado fundamental ao restabelecimento do paciente, tendo em vista que é uma forma de o doente ter um apoio afetivo e de recuperar a confiança no tratamento, como também o ser-doente encontrar-se consigo mesmo. Conforme Felisbino (1994, p. 16):

O envolvimento dos familiares na sua própria assistência e na do cliente é, sem dúvida, um aspecto bastante gratificante. Sente-se, na prática, a grande necessidade que o cliente tem de sua família, nos momentos, talvez, mais difíceis de sua vida, agravados pelo ambiente em que se encontra (UTI), tido como local onde as pessoas dificilmente saem com vida.

Conforme estudo de Koizumi, Miyadahira e Takahashi, apud Dal Sasso (1994, p. 37), os principais problemas enfrentados pelos pacientes agudos graves recuperáveis são “a separação da família, os procedimentos de manutenção da respiração pelos quais são submetidos e o fato de estarem em ambiente desconhecido e agressivo.” Portanto, a permanência do familiar junto ao paciente é importante para o restabelecimento de seu equilíbrio e para que retorne à atividade profissional, à família, enfim, ao seu ambiente natural.

Para Barbato *et al.*, citados por Dal Sasso (1994, p. 39), também os principais problemas relatados pelos pacientes foram “a falta da família, solidão, angústia, medo de morrer, medo de exames e de cirurgias,

preocupação com o trabalho e necessidade de ser esclarecido sobre a doença.” Segundo Plowright,

Os enfermeiros não lêem os estudos de pesquisa ou então não implementam as descobertas. Por exemplo, os visitantes pretendem estar com o doente durante o maior espaço de tempo possível e no entanto descobriram que a maior parte das UCI ainda possuem um qualquer tipo de visitas restritas ou horários fixos de visita. Nolan e Nolan (1993) analisaram as razões desta anomalia. Incluíam o desconhecimento das descobertas da pesquisa, recusa em acreditar nos resultados, oposição à implementação dos resultados e uma incapacidade para perceberem a relevância das descobertas da pesquisa para a prática de todos os dias.(Plowright,1996, p. 30-2)

Felisbino (1994) salienta que enquanto a equipe intensivista valoriza problemas no plano biológico ou necessidades psicobiológicas, a família relaciona esses problemas ou necessidades com o plano psicossocial e psicoespiritual. Dessa forma, se a equipe intensivista levanta o problema para a família de que o paciente está com AVC<sup>17</sup>, tendo como consequência limitação na movimentação e sensibilidade do braço e perna esquerda, o familiar logo relaciona essa problemática levantando questionamentos do tipo: *“Como ele vai trabalhar? Como ele está aceitando esta situação?”* Assim, o familiar ajuda a equipe intensivista a perceber que aquele paciente, limitado no leito e com dependências, está inserido num contexto social, portanto que é um todo e não apenas um braço e uma perna paralisados. Carraro (1998, p. 97) concluiu, em seu estudo realizado com familiares de pacientes inconscientes, que:

os cuidadores do mundo do hospital percebem o modo de ser do familiar no hospital, suas preocupações, e então lhe mostram a importância de sua presença junto ao seu doente. O familiar se sente mais protegido e tranquilo quando a equipe valoriza e reforça sua presença e permanência junto ao seu doente internado.

A permanência do familiar junto ao paciente em terapia intensiva tem como objetivo, em certas instituições de saúde, uma aproximação holística do cuidado ao doente. Afirma Paim, apud Silva e Graziano (1996, p. 296),

que para que se atenda essas necessidades psico-sociais presentes nos pacientes hospitalizados, precisa-se humanizar as instituições, valorizando o homem como um ser social que é, e considerar que

---

<sup>17</sup> Corresponde à sigla de acidente vascular cerebral, conhecida, na forma popular, como “derrame”.

para recuperar a sua saúde, ele precisa de um ambiente de alegria e paz.

É essencial dar ênfase à humanização em terapia intensiva. Isso significa cuidar de um paciente grave, considerando-o em todos os seus aspectos, inclusive e principalmente, o do contexto familiar.

## 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 3.1 O estudo

O processo desse trabalho teve como etapa inicial uma pesquisa bibliográfica que, além de ter o intuito de consolidar esse estudo, forneceu suporte teórico comparativo com a realidade, bem como para respaldar a adoção de técnicas de pesquisa e organização de instrumentos utilizados na coleta de dados. Realizou-se, então, uma pesquisa social<sup>18</sup>, descritiva, exploratória que procurou valorizar os aspectos qualitativos dos fenômenos e ressaltar pontos, por vezes, ignorados da vida social. Com isso, buscou-se, não apenas a aparência, o concreto, mas a subjetividade, procurando tornar clara a origem do fenômeno e compreender a sua totalidade. Entretanto, durante a pesquisa, dados quantitativos também foram enfocados para apoiar a representatividade do estudado.

A abordagem quantitativa visou salientar a representatividade numérica e a objetividade, transformando as informações, os dados e os fatos em simples códigos, que puderam ser analisados e interpretados. Além disso, a quantidade de dados coletados forneceu credibilidade e validou os dados qualitativos, uma vez que, segundo Chizzotti (1995, p.90),

---

<sup>18</sup> Segundo Minayo (1999, p. 23) a pesquisa social “reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados.”

os dados qualitativos deverão ser validados segundo alguns critérios: confiabilidade (independência das análises meramente ideológicas do autor), credibilidade (garantia de qualidade relacionada a exatidão e quantidades das observações efetuadas), constância interna (independência dos dados em relação a acidentalidade, ocasionalidade etc.) e transferibilidade (possibilidade de estender as conclusões a outros contextos).

Todavia, outras informações, como explicações ou comentários de fatos, não foram quantificadas e limitadas a variáveis. Segundo Minayo (1999, p. 251),

como em qualquer processo social, o objeto “Saúde” oferece um nível possível de ser quantificado mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis.

Isso significa que nem todos os dados obtidos sobre a vida dos seres humanos podem ser quantificados, precisando ser interpretados de forma mais ampla (Triviños, 1987). Logo, a pesquisa qualitativa dá relevância à relação entre o sujeito e o objeto no processo do conhecimento, não se restringindo a um rol de dados ligados a uma análise. É nesse sentido que Chizzotti (1995, p. 84) assim se refere aos dados da pesquisa qualitativa:

Os dados não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, captados em um instante de observação. Eles se dão em um contexto fluente de relações: são “fenômenos” que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes mas se manifestam em uma complexidade de oposições de revelações e de ocultamentos. É preciso ultrapassar sua aparência imediata para descobrir sua essência.

Diferenciando-se da pesquisa experimental e quantitativa, a pesquisa qualitativa dá valor a todos os fenômenos de forma igual, pois tanto a frequência constante de determinadas informações quanto a sua ocasionalidade são importantes, bem como a fala e o silêncio, o óbvio e o subjetivo (Chizzotti, 1995).

Convém ressaltar também que se optou pela pesquisa qualitativa para que, através dos depoimentos dos respondentes e das conclusões apresentadas, a fraternidade e a solidariedade aflorassem, bem como a

sensibilidade humana se desnudasse e o paciente fosse visto como um ser humano e não só como um objeto sem sentimentos.

### **3. 2 O local de estudo**

O estudo se desenvolveu na unidade de terapia intensiva para adulto, em um hospital geral de médio porte de referência regional, localizado no centro-leste do Rio Grande do Sul. Essa instituição atende a pacientes de diferentes classes sociais, beneficiários ou não de planos de saúde privados, mas basicamente atende a pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Essa unidade de terapia intensiva, por pertencer a um hospital de referência regional e atendendo a diversas especialidades, é muito solicitada. Apresenta oito leitos para ocupação e mais um leito extra para os casos de urgência. Além disso, a ocupação dessa unidade, no ano de 1999, foi de 80,99%, sendo que nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro a ocupação foi de 99,13%, 80,65% e 78,02% respectivamente. Convém lembrar também que a média de pacientes por dia nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro era, respectivamente, 7,29, 6,45 e 6,24. Logo, pode-se inferir, entre outras observações, que o fluxo de pacientes, nesse setor, é também intenso.

A área física dessa unidade lembra a letra “J”, sendo o espaço retangular maior destinado aos pacientes e ao posto de enfermagem. Esse está entre uma área destinada aos pacientes, onde existem seis leitos separados por cortinas, e um espaço no qual estão dois leitos em quartos separados, permitindo certa privacidade ao paciente, apesar de apresentarem divisórias de vidro transparente em boa parte de sua extensão para que a equipe intensivista possa observá-los a distância. No entanto, esses dois leitos são ocupados, prioritariamente, por pacientes com doenças infecto-contagiosas ou imunodepressivos.



Convém lembrar que o leito do paciente e, no máximo, uma poltrona podem ser considerados parcialmente áreas exclusivas de um paciente. Entretanto, um dado que influencia positivamente no tratamento intensivista é a presença de janelas com persianas na cabeceira da grande maioria dos leitos, o que, além de permitir uma luminosidade natural durante o dia, permite ao paciente, em certos casos, diferenciar o dia da noite. Fora do ambiente da terapia intensiva, mas pertencendo à unidade, está uma área considerada sala de espera para os visitantes dos pacientes dessa unidade, local onde aguardam o horário de visitas ou alguma informação extraordinária.

Conforme consta no livro de registro dessa unidade, no ano de 1999, ocorreram 629 internações, das quais 132 apontavam como diagnóstico principal, no momento da internação, uma cardiopatia. Isso significa dizer que essa unidade de terapia intensiva, no decorrer do ano de 1999, apresentou uma demanda de, aproximadamente, 21% de suas internações para o atendimento de cardiopatas, estando o percentual restante distribuído nas mais diversas modalidades patológicas.

### **3.3 A população**

Na verdade, os sujeitos pesquisados nesse estudo constituem-se de três segmentos. O primeiro deles é constituído de pacientes, o segundo, de familiares ou significantes e o terceiro, da equipe intensivista. Entretanto, os três segmentos desta população apresentavam três fatores de inclusão comuns, ou seja, deveriam mostrar-se interessados pelo assunto, permitir a entrevista e a divulgação dos dados, sabendo que sua identidade permaneceria no anonimato.

No primeiro segmento, foram selecionados 18 pacientes de ambos os sexos, os quais obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ser adulto,

consciente, lúcido, orientado no tempo e no espaço, cardiopata, em condição de se comunicar e internado na UTI, no período de dezembro de 1999 a fevereiro do ano 2000.

O segundo segmento foi constituído de 08 enfermeiras, 17 auxiliares/técnicos<sup>19</sup> de enfermagem e 11 médicos, totalizando 36 profissionais que desempenhavam atividades, diariamente, na terapia intensiva ou de forma esporádica, substituindo outros profissionais ou realizando plantões quinzenais. Salieta-se que esse número não representa a totalidade de profissionais intensivistas que atuam nessa unidade, pois três médicos não responderam o questionário. É importante lembrar que a equipe intensivista não é só composta pelo corpo de enfermagem e por médicos, mas também por nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, enfim, por profissionais da área da saúde que desempenham atividades relacionadas ao paciente da unidade de terapia intensiva (Domingues, Santini & Silva, 1999). Entretanto, considerou-se, nesse estudo, apenas os profissionais com uma relação mais direta e contínua com os pacientes.

Constituindo o terceiro segmento, encontramos os familiares, os quais totalizaram 17,<sup>20</sup> sendo que representavam um familiar ou significante de cada paciente previamente entrevistado. Para tanto, os critérios de inclusão para essa população era: ser adulto, consciente, lúcido e orientado no tempo e no espaço.

---

<sup>19</sup> Nesta equipe intensivista, existia um percentual de 6% de técnicos de enfermagem que desempenhavam, neste local, basicamente, as mesmas atividades de um auxiliar de enfermagem, por este motivo, foram considerados uma única categoria .

<sup>20</sup> Não foi possível entrevistar um familiar, cujo paciente foi deslocado, 18 horas após ter concedido a entrevista, para um outro hospital, de outra cidade, a fim de realizar um exame cardiológico invasivo considerado de risco, e no dia seguinte ao exame, bem cedo, recebeu alta hospitalar.

### 3.4 Aspectos éticos

Antes de coletar os dados, fez-se contato pessoal com a chefia de enfermagem do hospital para expor o trabalho, esclarecer sobre seus objetivos e ver a possibilidade de desenvolvê-lo naquela instituição. Após, foi enviado à administração da instituição uma solicitação formal, junto com um anteprojeto desta pesquisa, visando a desenvolver o trabalho na unidade de terapia intensiva para adultos.

Após esse trabalho ter sido autorizado pela administração da instituição, a pesquisadora apresentou-se, munida de um documento que atestava seu vínculo com o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, aos diferentes segmentos da população-alvo, solicitando o consentimento informal para participarem voluntariamente da pesquisa. Nessa mesma ocasião o trabalho foi pormenorizado, explicando-se os objetivos, a metodologia e a natureza da pesquisa, salientando-se que tal estudo culminaria em uma dissertação de mestrado que seria publicada. No entanto, a pesquisadora se deteve apenas em mencionar o tema da pesquisa, a fim de não influenciar nas informações dos respondentes.

Além de manter a fidedignidade dos dados e a sua confidencialidade, no intuito de salvaguardar a privacidade e a imagem dos participantes e da instituição, bem como não estigmatizá-los, ficou estabelecido que a identidade dos mesmos permaneceria no anonimato. Esse fato se deve à Resolução 196/96 que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos (Brasil, 1996).

Procurou-se esclarecer aos pacientes e a seus familiares que esse trabalho não visava, de forma alguma, fiscalizar o atendimento prestado na unidade de terapia intensiva, mas, sim, coletar dados que posteriormente poderiam servir de base para outros estudos ou mesmo surtir benefícios para esta ou outras comunidades hospitalares.

### 3. 5 Os instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos desta pesquisa, como a entrevista semi-estruturada, o questionário e o roteiro de observação, possibilitaram a obtenção de dados objetivos, que não foram menosprezados e puderam ser quantificados, como idade, sexo, escolaridade, entre outros.

A entrevista semi-estruturada<sup>21</sup> foi realizada junto aos pacientes e seus familiares. Realizou-se um contato direto com a população-alvo, dialogando, observando e interagindo a fim de obter dados que satisfizessem a temática.

Quanto à entrevista com o paciente, foram elaboradas apenas três perguntas, sendo que os demais dados foram coletados junto ao prontuário do paciente. Como cabe à pesquisadora, permaneceu-se atenta, durante a entrevista, não só à fala, mas também aos gestos, expressões faciais, olhares, enfim a tudo que o entrevistado expressasse, mas não verbalizava, sem contudo, discordar do entrevistado ou aconselhá-lo. Só assim, conforme rege a pesquisa qualitativa, foi possível construir uma base de conhecimentos que pode legitimar o trabalho, uma vez que, conforme Chizzotti (1995, p. 79), “há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.”

Utilizou-se também dados obtidos através de uma pesquisa de caráter científico, realizada, em agosto de 1998, por esta pesquisadora, cujo instrumento de coleta de dados foi um questionário<sup>22</sup> aplicado junto à equipe intensivista, abordando a temática da pesquisa. Constou de perguntas abertas e fechadas, dispostas ordenadamente, de forma a facilitar seu entendimento. Como Chizzotti (1995, p. 105) afirma que “(...) os pesquisados têm uma

---

<sup>21</sup> Ver o ANEXO A

<sup>22</sup> Ver o ANEXO B

capacidade potencial de identificar suas necessidades, formular seus problemas e organizar sua ação”, foram colocadas perguntas subjetivas, que permitiram aos respondentes emitir opinião livremente.

Outro instrumento de pesquisa utilizado foi a observação dirigida a toda equipe intensivista, mediante um roteiro<sup>23</sup> que abordou a forma como o intensivista orienta o familiar e/ou o paciente quando solicitado ou espontaneamente. Esse roteiro permitiu identificar a profissão específica do intensivista, o tipo de linguagem utilizada e o detalhamento da orientação, bem como perceber a preocupação desses profissionais com o entendimento das orientações.

### **3.6 A coleta dos dados**

A coleta de dados se desenvolveu no interior da unidade de terapia intensiva, com exceção da entrevista semi-estruturada aplicada junto ao familiar, que ocorreu, na grande maioria das vezes<sup>24</sup>, na sala de espera da UTI, antes ou após os horários de visitas.

A escolha dos pacientes estava baseada na delimitação previamente estipulada. Assim, visitava-se a unidade de terapia intensiva para adulto ou mantinha-se um contato telefônico, com uma frequência de até duas vezes por dia com a secretária da UTI ou com a equipe intensivista, as quais auxiliaram muito na formação desse segmento.

Muitos pacientes, todavia, mesmo preenchendo os requisitos solicitados não permaneciam mais que um dia ou um dia e meio na unidade de terapia intensiva, não sendo utilizados para o estudo. Detectou-se que, no livro de

---

<sup>23</sup> Ver o ANEXO C

<sup>24</sup> Duas entrevistas com o familiar foram realizadas após a alta do paciente da unidade de terapia intensiva, mas, ainda, em outra unidade de internação do mesmo hospital.

registro da unidade, no ano de 1999, das 132 internações com o diagnóstico na área de cardiologia, 25 mantiveram-se por menos de 24 horas nessa unidade, recebendo alta ou transferência para outro hospital, o que representa 18,93%. Por essa razão, sentiu-se a necessidade de realizar entrevistas com os pacientes e os familiares logo após as 48 horas.

Outrossim, conforme apontam Bezerra *et al.* (1998), no primeiro e no segundo dia na unidade de terapia intensiva, tanto o paciente como os seus familiares estão muito ansiosos, o que poderia ser um fator de interferência alterando o resultado da pesquisa.

Ao aproximar-se do paciente e até que a apresentação e a justificativa de sua presença estivessem concluídas, percebia-se uma certa inquietação do paciente no leito que também era expressada pelo olhar, sendo algumas vezes verbalizada, pois esse relacionava a pessoa da pesquisadora a alguém que poderia realizar algum procedimento técnico típico da terapia intensiva. No entanto, tranquilizava-se tão logo percebia que iria contribuir apenas em uma pesquisa e demonstrava satisfação em conversar com outra pessoa sobre a sua problemática atual.

É interessante lembrar que todos os pacientes indagados pela pesquisadora aceitaram participar do estudo. Portanto, após o consentimento informal, estabeleceu-se um diálogo através do qual foram confiados sentimentos não expressos, muitas vezes, nem aos familiares, no intuito de protegê-los e não angustiá-los.

Nem sempre as entrevistas eram concluídas no mesmo dia, pois o paciente mostrava, em outras oportunidades em que via a pesquisadora na UTI, a necessidade de expressar sua nova experiência. Além disso, como pesquisadora e enfermeira, procurou-se não causar esforço ao paciente com uma longa entrevista, o que poderia debilitar ainda mais o seu estado de saúde.

Durante as entrevistas com o paciente, procurou-se não anotar nada no momento para não constranger e atrapalhar os pensamentos do paciente, além do que o número de questionamentos era muito pequeno, o que facilitava ao entrevistador. Todavia, minutos após a entrevista e ainda na unidade de terapia intensiva, porém longe do paciente, era redigida a entrevista com o maior número de informações para que o fator tempo não prejudicasse a qualidade das informações. No entanto, quando os pacientes mostravam-se mais comunicativos e à vontade, solicitava-se o seu consentimento informal para gravar tais informações, assegurando-lhes que as mesmas seriam transcritas, mantendo-se o anonimato de sua identidade.

Foi optado por não gravar a maioria das entrevistas, pois ponderou-se que tal atitude poderia prejudicar a riqueza de informações prestadas espontaneamente, uma vez que os entrevistados poderiam sentir-se desconfortados, elaborando frases corretamente, bem como os sentimentos poderiam não ser expressos com tanta tranquilidade. No entanto, percebeu-se que as entrevistas, quando gravadas<sup>25</sup>, possuíam também informações importantes que poderiam passar despercebidas se não fossem gravadas.

Foi sentida, por várias vezes, a necessidade de cuidar orientando os pacientes e familiares quanto à saúde, a equipamentos e a rotinas da unidade de terapia intensiva para diminuir a sua ansiedade, o que, no entanto, só ocorria após concluída a entrevista, a fim de não prejudicar a pesquisa.

O familiar só era entrevistado após o seu respectivo paciente conceder a sua entrevista, tendo em torno de 50% delas ocorrido no mesmo dia. Assim, como se procedeu com os pacientes, também aos familiares foi solicitada autorização para gravar as entrevistas, tendo 17% deles não autorizado a gravação. Um fator diferencial entre as entrevistas realizadas com os pacientes e as realizadas com os familiares foi a forma de registro das informações não-gravadas que foram anotadas durante a entrevista, pois o número de

---

<sup>25</sup> Foram gravadas as entrevistas de 33 % dos pacientes e 29% dos familiares.

questionamentos ao familiar era muito maior, totalizando 16 questões, entre abertas e fechadas. Já as gravadas foram transcritas detalhadamente, logo a seguir da sua realização.

As entrevistas ocorreram de forma descontraída permitindo um diálogo bastante produtivo com os pacientes e familiares. Advoga-se a idéia de que, na situação de um paciente doente, a família também adocece. Portanto, durante os encontros, uma vez que o cuidado é considerado a essência da enfermagem, foi procurado cuidar dos entrevistados (Costenaro, Daros & Neves-Arruda, 1998; Watson, 1985; Lacerda, 1996).

Com os intensivistas foi aplicado um questionário, e para tal a pesquisadora, inicialmente, se deslocava até a instituição. Seguindo uma lista com os nomes dos intensivistas, procurava-os e, conforme a disponibilidade desses, aplicava o instrumento de coleta dos dados naquele momento, preenchendo as questões mediante as respostas verbais. Dessa maneira, foram respondidos 12 questionários em local reservado e em particular.

No entanto, sentiu-se que a disponibilidade de tempo tanto dos intensivistas como da pesquisadora estava limitada, aliada, ainda, ao fato de que alguns respondentes faziam plantões esporádicos, o que dificultava o encontro com a pesquisadora e o retorno do questionário. Em vista disso, distribuiu-se 27 questionários, solicitando-se às enfermeiras dos turnos da manhã e da tarde da UTI que orientassem e solicitassem aos demais profissionais intensivistas, constantes na lista, o preenchimento dos instrumentos desta pesquisa. Ao final de um período de aproximadamente um mês, 24 questionários foram recolhidos.

A observação dirigida à equipe intensivista, abordando a forma de orientação ao paciente e/ou ao familiar, não poderia ser do conhecimento da equipe de intensivistas a fim de não influenciar na sua conduta. Assim, a observação se desenvolveu nos dias de coleta de dados com os pacientes e



com os familiares, enquanto se aguardava para falar com esses e/ou durante os horários de visitas e logo após o seu término, quando o médico plantonista da UTI prestava informações aos familiares. Para tanto, permanecia-se a uma certa distância, numa posição que permitisse visualizar e ouvir o familiar e o intensivista, sem contudo constranger nenhum dos dois. Posteriormente era preenchido o roteiro de observação, anotando-se também detalhes importantes detectados.

Procurou-se, como pesquisadora, estar muito próximo do objeto de estudo, primar pela descrição minuciosa, detalhada, cuidadosa e correta, além de proporcionar ao informante liberdade e espontaneidade a fim de enriquecer a pesquisa.

### **3.7 A análise dos dados**

Após a coleta dos dados, foi realizada a sua interpretação, através do sistema de categorização de idéias, ou seja, foram ressaltados os pensamentos que mais se repetiram e que vinham ao encontro das questões abordadas nas entrevistas. Assim, foram comparadas as respostas, identificando, por exemplo, pensamentos individuais iguais ao de uma coletividade, devido à repetição de idéias, denotando um indicador de importância do tema. Entretanto, foram também consideradas com relevância as respostas individuais que não corresponderam a uma coletividade. Foi possível, dessa forma, obter conclusões e fundamentar a pesquisa. Outro fator enfatizado na discussão dos dados estava relacionado à significância das verbalizações dos respondentes com relação à assistência prestada na terapia intensivista.

Assim, diversas falas dos respondentes foram destacadas, estabelecendo-se, para identificar a procedência dessas, um código que

relacionou o tipo e o número de instrumento da pesquisa, com a pessoa informante. Logo, “E” significa entrevista e “Q”, questionário, sendo que “p” designa paciente, “f”, familiar e “i” intensivista. Dessa forma, exemplificando: Ep 01 significa entrevista com o primeiro paciente. Cabe ressaltar que Ep 01 está intimamente relacionada a Ef 01 (entrevista com o primeiro familiar), pois o paciente da primeira entrevista tem seu familiar no número de entrevista correspondente, e assim sucessivamente. Isso permite correlacionar os sentimentos dos pacientes com os de seus respectivos familiares.

Optou-se por demonstrar a freqüência com que as idéias dos respondentes se manifestavam em valores percentuais inteiros, utilizando-se, dessa forma, por várias ocasiões, o artifício de arredondamento. Na etapa seguinte, associou-se as respostas dos informantes com dados apresentados em outros trabalhos científicos desenvolvidos em outras regiões do país e no exterior a fim de fundamentar que um sentimento ou situação, muitas vezes, não é encontrado apenas numa instituição eleita para o estudo. Assim também baseou-se a análise desses dados comparando-se com o pensamento de autores, na área de saúde, que enfocam esta temática.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor sistematizar os dados, serão apresentadas, a seguir, informações pessoais que caracterizarão os pacientes, os familiares e a equipe intensivista, os três segmentos que correspondem à população desse estudo. Salienta-se que os dados foram obtidos pela análise dos dados obtidos através das entrevistas com os pacientes e seus familiares, bem como dos dados coletados através dos questionários aplicados à equipe intensivista e da observação, que foi orientada por um roteiro preestabelecido, desses profissionais de saúde quanto à forma de fornecer informações aos pacientes e ou familiares.

### 4.1 Os pacientes

Com relação ao diagnóstico apresentado pelos pacientes, observou-se uma predominância da patologia de angina instável<sup>26</sup>, atingindo 50% dos pacientes, dos quais 27% apresentaram infarto<sup>27</sup> agudo do miocárdio, tendo os

---

<sup>26</sup> A angina do peito é uma síndrome clínica, na qual o músculo do coração, o miocárdio, necessita de um suprimento de oxigênio maior que a oferta, provocando isquemia e, conseqüentemente, a dor ou a sensação de compressão da região anterior do tórax. Essa angina, também chamada estável, é desencadeada por atividade física, exposição ao frio ou estresse (Spittle, 1998). Já quando a angina se torna instável, os sintomas da angina estável se manifestam “com maior freqüência, duração e intensidade”, mesmo em repouso ou com um mínimo de esforço, predispondo ao risco de se instalar infarto agudo do miocárdio (Ribeiro, 1997, p. 44).

<sup>27</sup> Segundo Ribeiro (1997), o infarto agudo do miocárdio é responsável por um alto número de internações em terapia intensiva.

demais doentes apresentado enfermidades que se diversificaram dentro da área cardiológica. Logo, toda a população dos pacientes é composta por cardiopatas. Conforme Costa, Peixoto & Urrutia (1996), diferente dos Estados Unidos e de alguns países da Europa, no Brasil, as doenças cardiovasculares ainda respondem por um terço de todas as mortes, com os acidentes cerebrovasculares e a doença coronariana apresentando, respectivamente, um percentual de 35% e 30%. Ferreira (2000) acrescenta também que, em pesquisa realizada quanto à mortalidade provocada pelas doenças cardiovasculares, no Estado de São Paulo, foi verificado que seu índice caiu no período de 1980 e 1989, entretanto correspondeu a 32% de todos os óbitos em 1989, sendo que, entre essas, as cardiopatias isquêmicas, como infarto agudo do miocárdio e angina, responderam por 41,43% dos óbitos.

A população do estudo em discussão é 50% do sexo feminino. A idade dos pacientes variou entre 36 e 81 anos, ficando 22% na faixa etária de 36 a 50 anos, 28% com idade entre 51 a 65 anos, 44% entre 66 e 80 anos e os restantes 6% com mais de 80 anos. Convém salientar que, entre as mulheres, 89% apresentavam idade acima dos 50 anos. Esses achados confirmam as idéias de Kamel e Kamel (1996) e Costa, Peixoto & Urrutia (1996), os quais expressaram que as patologias cardiológicas, em décadas passadas, predominavam nos homens, sendo que nas mulheres, numa idade acima dos 50 anos<sup>28</sup>. No entanto, atualmente, devido a alguns fatores que integram o cotidiano feminino (jornada de trabalho, tabagismo, etilismo, sedentarismo, controle de natalidade, e outros) igualaram, nesse aspecto, a mulher ao homem. Assim, a mulher passa a ter uma sobrecarga de atividades que atingem tanto o plano físico como o emocional, pois se preocupam com a educação dos filhos, com o emprego ou desemprego, com o seu desempenho no trabalho, com as suas atividades domésticas, com a situação econômica da família, com a doença do marido, com a violência, relegando a sua própria saúde a um plano muito inferior, descuidando-se.

---

<sup>28</sup> Até a menopausa, em torno dos 50 anos, a mulher tem a proteção estrogênica contra doenças vasculares e cerebrais.

A origem germânica salientou-se nesta população, correspondendo a 66% dela, sendo que os demais integrantes variavam entre a origem latina e a africana. Quanto às profissões desses pacientes, 44% eram inativos, tendo a grande maioria uma formação profissional de nível médio. Acrescenta-se ainda que mais da metade (55%) desta população estava vivenciando a sua primeira internação na unidade de terapia intensiva.

Quando questionados como se sentiam na UTI, todos os pacientes frisaram o bom atendimento da unidade de terapia intensiva, em especial pela equipe intensivista, salientando o pronto atendimento, a atenção e o carinho. Destacam-se a seguir algumas expressões que justificam esses sentimentos:

*No momento em que a gente entra aqui, tem uma equipe completa que está aqui para nos salvar. A gente não entra para morrer, a gente entra para sair viva daqui e é isso que deve ser passado para a comunidade. Todos os familiares quando vêem alguém entrando na UTI pensam que a gente entra aqui ... e eu também pensava a mesma coisa...entraria aqui e daqui eu não sairia com vida. Aqui a gente tem um atendimento, como eu digo, de hotel cinco estrelas, um atendimento VIP. Qualquer coisa que a gente sente, em segundos, não é nem em minutos, a gente é atendido. Então a chance de vida é muito maior. (Ep 11)*

*Eu estou me sentindo maravilhosamente bem. Muito bem tratada. Pessoas muito boas, enfermeiros, médicos. (Ep 18)*

*Eu cheguei enfartado. Eu tive toda a assistência, não posso me queixar . Uma ótima turma de atendimento. (Ep 12)*

Todos os pacientes relatam um bom atendimento por parte da equipe intensivista, salientando que esses estão sempre presentes e prestativos, quando solicitados. Entretanto, estar presente para fazer algum procedimento não é sinônimo de estar com ou fazer algo com alguém, pois isso exigiria um maior envolvimento, que desencadearia um relacionamento transpessoal, o qual é defendido por Waldow (1992). Todavia, considerando-se as atuais características de atendimento dos serviços de saúde de nosso país, ou seja, a precariedade no atendimento aos doentes, com as pessoas limitadas em suas escolhas quanto aos tipos de assistência, o atendimento oferecido na UTI não tem termos de comparação com o de outras unidades de internação, onde nem sempre o atendimento é aquele que gostariam e necessitariam receber, de

forma particularizada e com envolvimento dos profissionais de saúde. Assim, os elogios à equipe intensivista são características marcantes (Lautert, Echer & Unicovsky, 1998).

Convém, entretanto, lembrar que o profissional que atua na unidade de terapia intensiva, em que permeia um ambiente de duelo entre a vida e a morte, é criteriosamente selecionado pelo seu conhecimento técnico-científico e pelo seu modo de proceder que se destaca através do respeito e da valorização do ser humano doente, sendo por isso merecedor de tais elogios (Rocha, Guaragni & Bettoni, 1996).

Sabe-se, como intensivista, que o atendimento dispensado aos pacientes está aquém do ideal e do necessário para suprir todas as suas necessidades humanas básicas afetadas, uma vez que o cuidador mantém-se atrelado a uma instituição, que é dependente de um sistema que a envolve. Diversos são os fatores enfrentados pelas instituições de saúde que dificultam o cumprimento de uma prestação de serviço ideal. Entre eles podemos citar, como exemplo, o fator socioeconômico que lhes impede de contratar um maior número de profissionais especializados nesse ramo de saúde ou propiciar oportunidades para que esses profissionais sejam mais capacitados, ou ainda, de adequar a atual estrutura física às novas necessidades de atendimento humanizado.

Em contrapartida, como o serviço prestado na UTI é completamente diferenciado das outras unidades de internação, a equipe intensivista se destaca pelo seu pronto atendimento e o que é um dever do profissional de saúde passa a ser considerado como uma atenção especial, digna de agradecimento e elogios por parte dos pacientes.

Outro fator bastante significativo é a falta de envolvimento da equipe intensivista com o paciente, o que o leva a desconhecer o contexto social do

outro, impedindo a realização de um cuidado de forma individual, integral e, principalmente, transpessoal (Dal Sasso,1994).

Durante a entrevista, os pacientes foram indagados quanto ao que sentiam falta na unidade de terapia intensiva, se gostariam de ter esse atendimento na unidade de internação e o porquê. A intenção desses questionamentos era saber se gostariam de ter o seu familiar junto na unidade de terapia intensiva. No entanto, com esses questionamentos foram levantadas algumas insatisfações, como a falta de privacidade (com um percentual de 27%), de distração (correspondendo também a 27%) e de liberdade (com 22%) nesta unidade. Os depoimentos que falam da falta de privacidade foram apontados da seguinte forma:

*Sinto vontade de estar no quarto. Lá posso sentar na poltrona, tomar banho e tenho mais privacidade. (Ep 09)*

*Sinto falta de privacidade. As paredes poderiam ser de PVC sanfonadas. (Ep 10)*

*Tinha um paciente alcoolista e gritava...eu não consegui dormir e nem os outros. Deveria ter uma ala separada. A UTI deveria ser mais ampla, separar os pacientes que tivessem condições de dormir dos outros. (Ep 11)*

Através dessas falas, observa-se que o paciente além de permanecer longe de seu lar, afastado de seus familiares e amigos, perde também sua privacidade que é invadida subitamente por pessoas estranhas. Pelas circunstâncias, é obrigado a permanecer na unidade de terapia intensiva, onde passa a dividir seus gestos, cuidados e olhares com outros pacientes. O doente tem seu espaço físico reduzido e também seu espaço de vida é alterado, obrigando-se a investir em novos objetivos, a fim de reconquistar a saúde (Olivieri, 1985).

Como é característico de muitas unidades de terapia intensiva, a grande maioria dos pacientes permanecem juntos num mesmo salão, sem distinção de sexo, idade ou gravidade. Os leitos são separados por tênues cortinas de algodão, a fim de propiciar à equipe intensivista uma visualização fácil de todos

os doentes para um rápido atendimento, caso seja necessário, negligenciando, dessa forma, a privacidade, a qual só é denunciada em alguns momentos, e por alguns pacientes de forma verbal ou não-verbal; caso contrário, passa despercebida pela equipe intensivista. Assim, a privacidade de muitos pacientes é invadida sempre que um outro doente, por exemplo, evacua, geme, grita, propiciando um clima de ansiedade (Rocha, Guaragni, Bettoni, 1996). Para Polak, Martins & Labronici (1997), a estrutura física das unidades de terapia intensiva precisa ser revista, pois esta ausência de privacidade não é entendida nem vista de forma positiva pelos pacientes.

Mussi (1999) ressalta que, freqüentemente, o corpo e o espaço do paciente são invadidos para a realização de um procedimento, sendo o seu corpo desnudado e tocado sem nem ao menos lhe explicar o porquê e tampouco lhe pedir consentimento prévio. A equipe intensivista troca o paciente de lugar, mexe ou retira seus pertences de uma forma tão tranqüila, como se tudo fosse natural.

Os dias de terapia intensiva são, para os pacientes, extremamente longos, extenuantes com barulho contínuo dos monitores e respiradores, por vinte e quatro horas, sendo na maioria das vezes interrompidos por um soar de alarme de segurança, seguido de uma movimentação ainda mais acelerada da equipe intensivista (Dal Sasso, 1994). Tudo isso faz o paciente submergir seus pensamentos em aspectos negativos de sua enfermidade. Necessita, assim, da companhia de alguém que lhe traga conforto, otimismo e segurança, como um familiar. Mussi (1999) lembra, ainda, que nesse ambiente, não há espaço para objetos pessoais, com os quais o doente poderia se identificar. Dessa forma, o ambiente torna-se impessoal e entediante. Outro fator mencionado pelos pacientes foi a falta de distração, a qual foi relatada da seguinte forma:

*Sinto falta de conversar com a turma, um rádio para escutar as notícias, mas não pode; um telefone para conversar, se comunicar com os amigos, os parentes de casa. (Ep 17)*



*O que falta na unidade de terapia intensiva é algo para distrair, uma televisão, um jornal. Eu passo o tempo na UTI rezando muito. No quarto, o paciente pode, além de privacidade, ver televisão, ler o seu jornal, dormir, conversar, receber a sua visita. (Ep 13)*

*Hoje de manhã, a enfermeira passou para a outra, assim: “Ele está bem, está sempre sonolento”. O que eu vou fazer: dormir. Ontem, me disseram: - porque não traz um radiozinho? Pedi a minha esposa para trazer um radiozinho, para escutar um programa para me distrair...dá muita solidão. A gente fica a ver navios.. Olha para o forro, para a frente... Ontem, li um pouco o jornal, mas era tão grosso que larguei de lado. Seria bom se tivesse alguém para bater papo, conversar. (Ep 12)*

Polak, Martins & Labronici (1997) lembram que a solidão, a falta de distração, o afastamento do lar e o pouco contato com outras pessoas pode agravar o estado clínico dos doentes. Angeromi-Camon (1997) acrescenta que os pacientes que permanecem internados por mais de 72 horas, na unidade de terapia intensiva, submetidos a uma rotina de dormir e acordar intermitentemente, isolados do ambiente externo a que estavam acostumados, afastados dos seus afazeres, longe de seus significantes, com falta de orientação pode apresentar confusão quanto ao tempo e ao espaço. Nos casos em que a inatividade é prolongada e é somatizada com o uso de medicamentos, entre outros, o doente pode apresentar uma desorganização no ciclo circadiano. Com a intenção de evitar tal problema, o mesmo autor sugere que o paciente realize atividades simples que goste e/ou possa desenvolver, tais como conversar, orar, ouvir rádio, ler, receber visitas, a fim de integrá-lo ao mundo externo e orientá-lo no tempo e no espaço. Juntamente com a falta de distração, já comentada, também foi mencionada a falta de liberdade, destacando-se através dos seguintes comentários:

*A UTI é muito regradada. Nada tu podes fazer. (Ep 12)*

*No quarto se tem mais liberdade. Pode-se ir ao banheiro, não precisa estar cheia de aparelhos. (Ep 14)*

*Se fosse possível ser atendido no quarto, eu preferiria o quarto, porque lá posso ficar mais à vontade, posso me levantar, ir ao banheiro, receber visitas... (Ep 17)*

É possível concluir que os pacientes, ao enfatizarem que estariam mais à vontade no quarto, gostariam de mais conforto na UTI, pois estariam mais “à vontade consigo mesmo e com seu ambiente” (Du Gas, 1988, p. 311). É

importante lembrar que as rotinas em um hospital são impostas ao paciente, não lhe sendo questionado se gosta ou não dessa prática, posto que os profissionais insistem em frisar que sabem o que é melhor para o paciente e precisam adequar essa assistência à economia de tempo, energia e pessoal disponível na instituição. Dessa forma, o horário do banho, da alimentação e de outros cuidados assistenciais já estão previamente determinados.

Olivieri (1985) lembra que, quando a movimentação do enfermo está restrita ao leito, lhe é tolhida a liberdade de ir e vir, provocando grande ansiedade, que é exacerbada, se esse for um leito hospitalar e num ambiente estranho e agressivo, como é conhecida a unidade de terapia intensiva. De acordo com Garman e Rinehart, citados por Barbosa (1995, p. 26), “no estranho mundo das máquinas, medicações, desconforto e estranhos controlando suas funções fisiológicas o cliente se percebe sem poder nenhum sobre si mesmo...nesta atmosfera tensa e fria...” Assim, o paciente é induzido a adaptar-se rapidamente posto que, além de deixar outro conduzir a sua vida, não deseja, intimamente, “atrapalhar” a dinâmica dessa unidade. No entanto, está revoltado, pois com a sua liberdade limitada, almeja retomá-la o quanto antes.

É indispensável acrescentar também que os pacientes abordaram, em percentuais menores, a problemática como a aparelhagem sofisticada que tem dificultado sua movimentação, bem como o restrito horário de visitas, o medo da morte e a dependência que possuem em relação à equipe intensivista, identificados nos seguintes depoimentos:

*A gente está aqui por causa da aparelhagem. (Ep 14)*

*A cama é boa de dormir, só tem que cuidar muito porque se está todo maneado cheio de agulha, de mangueira. Tem mangueira por tudo aí.(...) Aqui tem aparelhagem para tudo que é lado. É um risco que é um fogo (**olhou para o monitor cardíaco**), botão, rabichos. Às vezes, eles vêm aqui e botam uns dez rabichos em mim (**para fazer o Eletrocardiograma**), pareço um robô. (...) Se eu sair inteiro, já está bom, se eu não sair, aí... (Ep 17)*

O aparato tecnológico presente nos hospitais tem sua concentração maior nas unidades de terapia intensiva, tornando-se uma marca registrada desta unidade. No entanto, cabe ressaltar que essa tecnologia não pode substituir a assistência humanizada prestada pelos intensivistas (Dal Sasso, 1992).

Com a revolução cibernética, segundo Braudrillard apud Polak (1998), o homem entra em crise existencial, questionando se é máquina ou corpo humano, se seu corpo é real ou virtual ou, ainda, se é clone ou original, enfim, torna-se confuso em sua própria existência. Corrêa (1998) afirma que a existência de uma relação íntima com a máquina, na terapia intensiva, pode transformar o paciente numa extensão da máquina, não sendo possível, muitas vezes, à equipe intensivista diferenciar o início do paciente ou o fim da máquina. Nesse sentido, Olivieri (1985) acrescenta que um paciente, em seu estudo, relata que se sente como se a máquina fizesse parte de seu corpo, assim, seria composto de cabeça, tronco, membros e uma máquina.

É importante lembrar que essas situações não devem passar despercebidas pela equipe de enfermagem, uma vez que esta é preparada para cuidar e, como tal, deve suprir da melhor maneira possível a frieza transmitida pela máquina, através de um carinho comprometido e de solidariedade com o paciente.

*O tempo dos familiares é muito pouco. Por que só duas pessoas entrar? Poderiam entrar cinco minutos cada pessoa até completar meia hora. Gostaria de mais pessoas e mais tempo.(...) Quem está aqui tem tanta coisa para dizer que deixou de dizer lá fora...**choro** ... (Ep 11)*

*Tenho saudades dos meus familiares, estou louco para estar junto. (...) O horário é curtinho. Minha família é muito grande, todos querem me ver. A nossa família é muito apegada um ao outro (...) Hoje a minha filha vai viajar(...) Ela vai e deixa um pedaço do coração aqui. (Ep12)*

Convém fazer referências também aos horários de visitas nas UTIs, uma vez que são restritos na grande maioria das instituições, devido à falta de tempo dos profissionais de enfermagem, ao número reduzido de enfermeiros,

bem como à falta de conhecimento e à compreensão limitada das necessidades dos visitantes. Santos, Toledo & Silva (1999), quanto ao horário de visitas, afirmam que devem ser reformulados, assim como o tempo de permanência do familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva, pois a visitação auxilia na recuperação do doente, além de humanizar a assistência em um ambiente estigmatizado por muito sofrimento. Afirmam também Santos, Toledo & Silva (1999, p. 28) que as visitas são importantes para o restabelecimento do paciente e “devem ser realizadas de forma a não comprometer o plano de tratamento e o cuidado para o paciente”. Salientam, ainda, que fica a critério do enfermeiro o horário e a permanência do familiar ou de amigos na unidade de terapia intensiva, através de uma avaliação individual das necessidades do paciente e da família. Segundo Hoffman *et al.*, apud Grudtner (1994), a restrição do contato familiar com o paciente provoca estresse tanto para o paciente como para o familiar.

*Se eu achar uma porta aberta eu saio correndo. (Ep 17)*

*Eu preferiria estar no quarto porque lá a gente está mais à vontade, mais sem medo. A gente não ia ver o sofrimento de mais ninguém. Aqui, eu já vi morrer um, ontem. Eu fiquei nervosa, eu fiquei até com medo, fiquei horas apreensiva. Eu olhava, olhava, tinha a impressão que estava vendo a pessoa. A cortina estava fechada, mas era muito movimento. Eles trabalharam muito para dar a vida para ela, mas quando a cortina se abriu, aí eu vi. Eu vi quando o braço dela caiu. (Ep 18)*

Apesar de a unidade de terapia intensiva estar repleta de recursos técnicos, com aparelhos de tecnologia avançada, com médicos e enfermeiros especialmente qualificados continuamente presentes, com observação constante do paciente, e de ter como objetivo o de proporcionar maior segurança ao cliente, a imagem que passa para a grande maioria dos pacientes é de verdadeiro pavor. Para os doentes, além de se sentirem deslocados e longe dos familiares, a unidade de terapia intensiva tem o significado, entre outros predicativos, de insegurança e estresse. Essa insegurança está associada ao desconhecimento do ambiente e de sua dinâmica, causando medo e desconfortando o paciente (Du Gas, 1988).

Todavia, o medo está presente não só durante a internação na UTI, mas na própria expressão “cuidados intensivos”, a qual lembra o sofrimento e a morte que permeiam essa unidade, desencadeando o medo (Sebastiani, 1997; Barbosa, 1995). Na presença de perigo e em um ambiente estranho, o medo pode ser considerado um sentimento comum (Olivieri, 1985). Outro aspecto a ser lembrado é o fato de que, quando consciente, o doente está atento a tudo o que ocorre nas suas proximidades, embora não entenda, muitas vezes, o significado e para que serve aquele aparato todo no qual está ligado, o que gera medo e insegurança. Dessa forma, Barbosa (1999) acredita que o restabelecimento da privacidade e a orientação do doente, quanto aos procedimentos, aos objetivos dos equipamentos, no sentido de desmistificar o aparato tecnológico sofisticado e a própria dinâmica da unidade, podem contribuir para diminuir os sentimentos de medo e a apreensão.

Além desses sentimentos, o paciente submetido à terapia intensiva passa a depender de estranhos para realizar tarefas como alimentar-se, higienizar-se e até mudar de posição no leito. Perde, então, a independência, a individualidade, a privacidade e a intimidade, pois, devido à sua atual condição, é considerado incapaz de cuidar de si próprio, precisando da ajuda e se submetendo às ordens de outros (Remen, 1993; Olivieri, 1985). Essa situação pode ser exemplificada nos seguintes depoimentos:

*Sinto vergonha de estar sem roupa, só com um lençol. Fui criado no interior, não estou acostumado com isso. Sinto falta de privacidade e de independência. (Ep 05)*

*Aqui eu dependo da comadre e de outros aparelhinhos pequenos para urinar...e tudo mais. Lá no quarto, não, eu posso me deslocar, ir no banheiro, tomar meu banho. Aqui não posso. (Ep 12)*

De acordo com Rocha, Guaragni, Bettoni (1996), fundamentados em Koizumi, o doente de terapia intensiva crê deter todas as atenções dos intensivistas, pois teme morrer a qualquer momento, tornando-se dependente dos profissionais e das máquinas, regredindo emocionalmente e desprezando essa dependência. Somando-se a essa idéia, Dal Sasso (1994) refere que a unidade de terapia intensiva é um ambiente assustador para o paciente, posto

que perde sua independência e autonomia, assim como seu ritmo biológico, provocando distúrbios como a distorção perceptual e o comportamento confuso. Aborda, a mesma autora (1994), que, baseada em estudos dos autores Wingarden e Smith, o paciente deve ser considerado como um ser participante de seu tratamento, sendo necessário que o intensivista o informe sobre o seu estado clínico e lhe proporcione um ambiente adequado ao seu repouso.

Como a idéia de separação dos familiares na unidade de terapia intensiva parece estar sedimentada no pensar desta comunidade, apenas 17% dos pacientes que gostariam de ter o familiar em sua companhia, na unidade de terapia intensiva, manifestaram de imediato a falta que sentiam do familiar. Nos demais, o questionamento foi novamente abordado, desta vez, sob um outro prisma, utilizando a seguinte expressão: “Se o senhor(a) estivesse sonhando...,e num sonho tudo é possível, o que gostaria de ter na UTI?” Só então, entre alguns outros sonhos, choros e emoções, manifestaram a dor da ausência do familiar. Foi constatado, portanto, que 94% dos pacientes entrevistados desejariam ter um familiar junto a eles, na unidade de terapia intensiva, acompanhando-os no tratamento. Algumas de suas justificativas foram:

*Com a família me sinto mais segura, confiante. (Ep 06)*

*Se fosse possível gostaria de ter os familiares junto. Não precisava fazer nada, só ficar ao meu redor. Eles dão mais segurança. (Ep 08)*

*Um amigo, um parente é sempre um consolo. Aqui a gente precisa dos amigos, das pessoas, mas sempre contando com a força de Deus, o nosso Pai todo poderoso. Gostaria de ter um familiar aqui porque daria mais confiança, mais amor, mais carinho. A equipe intensivista é também uma família, nos trata com carinho, mas é diferente pois não tem os mesmos laços da formação de uma família. (Ep 13)*

*Gostaria que tivesse um familiar junto, que pudesse ficar junto, alguém da família perto, para a gente estar com a mão segura, ali. Saber que tem um ao lado apoiando a gente, apesar de ser muito bem atendida. A família é tudo. (Ep 18)*

Dentre esses pacientes, foi possível identificar com maior freqüência em suas falas as palavras confiança, segurança, apego e afetividade, como qualidades que a família traz quando está junto ao doente, auxiliando no seu tratamento e recuperação. É possível inferir que esses pacientes não estão desejando auxílio técnico dos familiares, mas apenas a sua presença, que os conforta, transmite afeição, segurança e confiança. Marcon (1997) corrobora esse pensamento, na medida em que afirma que a família não tem a função de realizar tarefas junto ao paciente, mas de proporcionar conforto, segurança, enfim, apoio emocional, auxiliando na recuperação do paciente e contribuindo dessa forma com a enfermagem.

Pode-se dizer que a confiança e a segurança solicitadas pelos pacientes se deve ao fato de que a família é a primeira referência do ser humano. Razão pela qual conhece seus hábitos, anseios, necessidades. Foi no ambiente familiar que o homem experimentou o sentimento de segurança, desenvolveu a confiança e recebeu a afetividade.

Conforme Rocha, Guaragni, Bettoni (1996), apoiados em Ciosak, é freqüente, na unidade de terapia intensiva, a solidão dos pacientes passar despercebida aos olhos dos profissionais que ali atuam. Para Guirardello *et al.* (1999), a presença dos familiares e amigos é benéfica no ambiente de UTI, visto que reafirma laços de afetividade, proporcionando segurança para reencontrar a sua saúde e a sua identidade. Essa idéia é confirmada no seguinte depoimento:

*(...) a atenção que nos é dada pelos profissionais é boa, mas não é o nosso sangue, não é o nosso familiar(...). Ele te dá mais calor humano. Mas a pessoa estando junto a gente não fica tão sozinho. Aqui é muita solidão. (Ep 12)*

Olivieri (1985) ressalta que o fato de estar doente traz algumas regalias, que são proporcionadas pelos familiares e amigos, com o intuito de demonstrar afeto, proporcionando conforto e segurança, que não seriam realizadas se o indivíduo não se encontrasse enfermo. Segundo Ferreira (1999), o apego mencionado pelos pacientes está relacionado à afeição que os familiares

demonstram na presença de um ente querido, principalmente quando esse atravessa uma crise em sua vida. Segundo Guirardello (1999), também no estudo de Koizumi *et al.* na área expressiva, os pacientes relataram como pontos negativos a ausência dos familiares, o ambiente estranho e invasivo, o medo da morte e o desrespeito à privacidade.

## 4.2 Os familiares

Foram entrevistados um total de 17 familiares, tendo os filhos correspondido à grande maioria dos que se designavam responsáveis pelo paciente, compreendendo um percentual de 59%, seguidos pelos cônjuges com 36%. Convém lembrar que, do total de pacientes entrevistados, 39% eram viúvos, 33% apresentavam o cônjuge como responsável e que foi entrevistado, e 28% possuíam cônjuge, mas esse ou não foi entrevistado ou não se apresentava como responsável do paciente. Assim, explica-se o fato de predominarem os filhos, nesta amostra, como os responsáveis dos pacientes entrevistados.

O gênero predominante foi o feminino com 71%. Nesta amostra, nenhum cônjuge do sexo masculino foi entrevistado ou se apresentava como responsável do paciente. Dessa forma, 36% dos significantes entrevistados corresponderam às esposas, 29% às filhas, 29% aos filhos e 6% às irmãs.

Conforme Lautert, Echer & Unicovsky (1998) e Lopes (1996), a mulher sempre se visualiza numa realização de trabalhos domésticos, num local de seu domínio, e como o cuidar está relacionado ao ambiente doméstico, pois é lá que ele se origina, as mulheres predominam na arte de cuidar. Assim, independentemente do sexo do paciente, o familiar mais presente junto ao doente será do sexo feminino. Nesta pesquisa, é evidenciada essa situação, pois o percentual de pacientes entrevistados do sexo masculino é igual ao do



sexo feminino, e são as mulheres que se expressam na posição de cuidadoras dos integrantes de sua família. Quando o pai ou o esposo era o doente internado quem se apresentava como responsável, na maioria dos casos, isto é 78%, era a esposa ou a filha, e quando o paciente era do sexo feminino, 63% dos familiares entrevistados e responsáveis pelo doente eram do sexo feminino.

Salienta-se a predominância das esposas e, segundo Hoskins (1998), o suporte emocional mais efetivo é estabelecido entre cônjuges, posto que entre eles existe uma relação de cumplicidade, confiança mútua, simpatia, de forma que um conhece, na íntegra, as necessidades do outro.

Os familiares entrevistados apresentaram predominância na faixa etária de 36 a 50 anos, com um percentual de 53%. Isso vem ao encontro, parcialmente, das necessidades do doente, pois nessa fase da vida o acompanhante tem um preparo melhor para suportar o desgaste não só emocional, mas físico, pois muitas noites serão mal dormidas, carregadas de ansiedade e apreensão, além do que as longas horas de espera e o acompanhamento do paciente também exigem boas condições físicas. Caso os familiares apresentassem uma idade mais avançada, isso poderia comprometer o atendimento das necessidades afetivas do paciente bem como as emocionais e orgânicas dos familiares. No entanto, nessa faixa etária, o indivíduo é considerado economicamente ativo, o que restringe seu tempo junto ao paciente e, portanto, sua dedicação pode ser limitada ao horário que não coincide com suas atividades profissionais.

Relacionando-se a área de formação profissional, constatou-se que 29% dos entrevistados a possuem em nível de terceiro grau, sendo que 80% desses pertencem à esfera das ciências humanas e os outros 20% às ciências exatas. Já as profissões dos familiares são muito diversas, pois 29% estão dispersos em atividades como cabeleireira, comerciante, contador, monitora de creche e corretor de seguro; 18% são industriárias; 18% são funcionários públicos; 11%

são do lar, 12% estudantes e 12% professoras. Com o propósito de correlacionar os dados, a posteriori, acrescenta-se que 41% dos familiares entrevistados recebem uma remuneração de 1 a 5 salários mínimos; 35% estão numa faixa de 6 a 10 salários mínimos; 12% percebem mais que 10 salários mínimos e 12% não informaram a renda.

Ao listar a escolaridade dos familiares, verificou-se que 29% não têm o primeiro grau completo; 18% têm apenas o primeiro grau; 6% têm o segundo grau; 12% têm o terceiro grau incompleto e 29% têm o terceiro grau completo. Está demonstrado, assim, que aproximadamente 70% não possuíam o privilégio de desfrutar completamente do terceiro grau. Além disso, apenas 40% dos entrevistados com terceiro grau eram do sexo feminino. Ressalta-se também que 60% dos homens possuem o terceiro grau, 20% o terceiro grau incompleto e os outros 20% possuem o segundo grau, o que lhes determina uma faixa salarial de 6 a 10 salários mínimos, chegando a 35 salários mínimos. Isso corrobora a hegemonia masculina no mercado, uma vez que ao homem é dada a atribuição social de manter economicamente a família. Uma minoria masculina mantém uma presença marcante junto ao seu enfermo, pois pertencem a uma camada mais privilegiada da sociedade a qual possui o terceiro grau e, portanto, desfruta, dentre outras facilidades, uma certa flexibilidade no horário de suas atividades profissionais.

De acordo com Pessini (1999), a proporção das mulheres em relação aos homens, no que diz respeito ao analfabetismo, é de 2:1, sendo que, quando elas desempenham tarefas semelhantes às dos homens, são remuneradas em torno de 30 a 40% menos que eles, revelando uma injustiça salarial.

Os familiares constituem uma população formada basicamente por mulheres que têm suas atividades pulverizadas em diversas áreas, sendo apenas duas esposas exclusivamente do lar. As demais esposas variam entre as profissões de industriária, professora, monitora de creche e cabeleireira. É

característico, nessa parcela da população, um mínimo de escolaridade, pois, dentre as esposas, 83% têm no máximo o primeiro grau completo e apenas 17%, o terceiro grau. Lautert, Echer & Unicovsky (1998) afirmam que, historicamente, através da religião e da mitologia, reforçada pelo sistema patriarcal, ao gênero feminino são atribuídos predicativos de inferioridade, incompetência e desinformação ou pouca intelectualidade. Admite-se também que, em anos ou décadas passadas, os homens não investiam na educação, razão pela qual a formação escolar não era prioridade e, sim, a prática.

É diretamente proporcional ao nível de formação a remuneração predominante entre as esposas, com um percentual de 50% em torno de 5 salários mínimos, sendo que 16% não souberam informar a renda, 17% informaram possuir uma renda de 2,5 salários mínimos e 17% , 9 salários mínimos, sendo esses últimos os possuidores de uma escolaridade em nível de terceiro grau. Já as filhas apresentam um índice de escolaridade mais elevado, uma vez que 60% delas apresentam nível superior completo ou incompleto e com uma remuneração mínima de 9 salários mínimos e máxima de 22 salários mínimos; 40% possuem o primeiro grau completo ou incompleto, apresentando uma remuneração de 3 a 5 salários mínimos.

Mesmo com o predomínio de um nível informacional baixo, todos os familiares eram alfabetizados, o que contribui para a compreensão das orientações e informações que possam receber dos cuidadores de saúde para auxiliar o tratamento do doente, enquanto no ambiente hospitalar e mesmo no domicílio após a alta (Lautert, Echer & Unicovsky, 1998).

É importante lembrar que não se tem a pretensão de perfilar sociologicamente essa população; entretanto, tal estudo, mesmo com uma amostra tão pouco representativa, não foge dos resultados de outras pesquisas de perfil sociológico com uma população-alvo quantitativamente significativa, divulgadas freqüentemente através dos meios de comunicação.

Todos os familiares são cristãos, sendo 88% católicos. O cristianismo prega o amor ao próximo e está diretamente relacionado ao cuidado humano, ao não-desamparo em momentos difíceis, o que justificaria esses dados. Além disso a população desta cidade é constituída basicamente por cristãos. Cabe ressaltar também que todos os familiares residem no meio urbano. No entanto 35% não moram na mesma cidade onde se situa o hospital em que o paciente está internado, o que dificulta, aparentemente, o seu deslocamento e disponibilidade para permanecer junto ao paciente.

O estado emocional dos familiares demonstrou-se abalado, pois 82% dos entrevistados referiram estar preocupados, angustiados, abalados e com medo, pelo fato de o paciente estar internado na unidade de terapia intensiva, o que era verbalizado nas seguintes falas:

*Eu me sinto assustada, com medo, pois a pessoa indo para a unidade de terapia intensiva a gente sabe que não está bem. (Ef 15)*

*Bom, a princípio UTI é um lugar onde exige muito mais responsabilidade, mais cuidados, então a gente acha que está sempre... talvez pior do que a gente imagine que ele realmente esteja? É um setor em que a gente sempre tem uma certa ansiedade para saber como ele está, porque é de tratamento intensivo. (Ef 09)*

*A princípio, a gente se sente apreensivo, até porque para o leigo, a idéia de que quando o paciente está na UTI já é um caso mais grave, que inspira cuidados. Outro aspecto que faz com que nos sintamos mais apreensivos ainda é que, estando o paciente na UTI, a gente tem um contato, com ele, restrito. Limitado, esse contato gera um pouco de angústia na gente e deixa preocupado em relação com o que possa estar ocorrendo. (Ef 06)*

*A gente fica preocupada, apesar de saber que o tratamento é adequado, mas a visita é restrita. (Ef 07)*

Raras são as vezes em que o paciente e sua família podem ser preparados para uma internação na terapia intensiva. Dessa forma, dificilmente o enfermeiro ou o médico consegue orientá-los quanto a esta unidade tão polêmica e enigmática que traz medo e apreensão. Entretanto, isso seria deveras importante, pois reduziria o estresse dos familiares e do paciente, como também diminuirá o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (Plowright, 1996). Se o nível de angústia dos familiares for elevado, a

freqüência pela solicitação de visitação e informações será diretamente proporcional, conseqüentemente, o nível de estresse dos profissionais da terapia intensiva também se elevará (Plowright, 1996).

Os familiares assim como os doentes por, desconhecerem o ambiente ou codificarem esta unidade como agressiva, apresentam-se apreensivos, angustiados, inseguros. Estão carentes de informações quanto ao estado clínico do paciente, ao tratamento, ao prognóstico, à dependência do seu paciente com o aparato tecnológico, as rotinas deste local e além do mais, estão distantes do seu ente querido, obedecendo normas que limitam seu contato com o seu familiar doente (Domingues, Santini & Silva, 1999; Plowright,1996).

Seria importante uma assistência de enfermagem à família para clarificar a dinâmica da terapia intensiva e orientar detalhadamente e de forma individualizada os objetivos da terapêutica na unidade de terapia intensiva, o estado clínico do paciente, enfim, para sanar quaisquer dúvidas que possam surgir e angustiar o familiar, pois esse deve ser visto como um integrante essencial na rápida recuperação do doente (Domingues, Santini & Silva, 1999; Dal Sasso, 1994). Essa também seria uma forma de proporcionar um tratamento o mais próximo possível do cuidado integral que o doente merece, posto que esse está inserido numa sociedade através de uma família. No entanto, a equipe intensivista mostra-se mais preocupada em administrar a tecnologia ao tratamento (Plowright,1996).

Pouco mais da metade dos familiares entrevistados, 53%, já haviam experimentado uma internação de um familiar na UTI, bem como visitado esse freqüentemente. Portanto, para esses a dinâmica de uma unidade de terapia intensiva não era tão estranha, estando a sua ansiedade já direcionada mais ao tratamento, diagnóstico e prognóstico do seu doente.

Entretanto, para os outros 47%, que nunca tinham experienciado uma internação em terapia intensiva, a apreensão manifestava-se com maior intensidade. Desses entrevistados, 62% consideram importante a permanência do familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva por um período mais prolongado, pois essa presença gera mais conforto e segurança e dizem que:

*A presença do familiar é importante para que o paciente tenha mais conforto, pois ele terá mais segurança e mais vontade de se recuperar. (Ef 07)*

*Porque gostaria de ficar junto, acompanhando. O mais triste da UTI é essa horinha de visitação. É esse pouco tempo que se pode ficar junto. A gente fica mais nervosa em casa do que se estivesse aí junto. (Ef 12)*

*O pai sempre se sente sozinho na UTI. Seria importante porque o paciente se sentiria um pouco melhor. (Ef 13)*

Dentre os entrevistados que já tiveram a oportunidade de assistir a um familiar seu na unidade de terapia intensiva, 56% julgam ser importante a sua presença junto ao paciente, salientando o apoio emocional através das palavras de força, confiança e segurança, o que é demonstrado através destas justificativas:

*Para dar força, pois a presença reflete união. (Ef 01)*

*Porque auxilia para uma recuperação mais rápida. (Ef 04)*

Conforme Lautert, Echer & Unicovsky (1998) e Echer *et al.* (1999), a presença constante do familiar com o paciente é benéfica, uma vez que esse sente-se útil em poder contribuir para a recuperação do seu ente que o considera o guardião, o elo de ligação entre o mundo lá fora e o ambiente da terapia intensiva, o mensageiro, o amigo e o companheiro. Além disso, é sinônimo de fonte de estima, carinho e coragem para enfrentar um período tão penoso de sua vida, como é a doença crítica. As mesmas autoras, acima citados (1998; 1999), enfatizam também o fato de que é fundamental para os familiares ajudarem no tratamento, posto que chegam a colocar os seus planos e compromissos em um plano inferior, uma vez que só assim se sentem

tranqüilos quanto à terapêutica e à evolução do estado de saúde do paciente, e, ao mesmo tempo, poderão auxiliar confortando-o e apoiando-o emocionalmente, para uma recuperação mais rápida e humanizada. Assim, os familiares satisfazem às suas necessidades e à dos seus enfermos.

Quanto maior o laço de afetividade entre o indivíduo afetado e o seu familiar, maior será a angústia de se manterem afastados, ou seja, quanto mais íntimo for o paciente do familiar maior será a necessidade deste em permanecer junto ao seu doente (Lautert, Echer & Unicovsky, 1998). Neste estudo, percebe-se esse panorama claramente, pois a grande maioria dos familiares são cônjuges ou filhos, os quais clamam por um período mais prolongado junto ao seu familiar enfermo.

Dos familiares que estão assistindo a um familiar na unidade de terapia intensiva pela primeira vez, 75% gostariam de estar junto ao paciente nessa unidade, sendo possível identificar as suas angústias e desejos nestas falas:

*Para acompanhar o tratamento. A gente liga para a portaria para saber notícias e eles dizem que está regular. Isto não significa nada para quem está na UTI. (Ef 07)*

*A gente sempre quer estar ao lado das pessoas de quem a gente gosta, quando elas estão passando dificuldade. (Ef 09)*

*Porque a distância do familiar é horrível. (Ef 12)*

Considerando apenas os familiares que já acompanharam um familiar na unidade de terapia intensiva, 56% correspondem ao percentual dos que almejavam ficar junto ao paciente, demonstrando-o através das seguintes afirmações:

*Gostaria de permanecer junto ao meu marido para acompanhar o tratamento, dar força. A presença do familiar é a salvação do paciente. (Ef 01)*

*Sempre é bom um familiar para acompanhar, ajudar a passar as horas, para incentivar porque querendo ou não faz falta. Porque meu pai sempre esteve rodeado pela família. Na UTI, meu filho não pode ver o avô e são limitadas as visitas... que ele fica muito tempo sozinho porém... está se sentindo bem e tendo a possibilidade de conversar com os outros pacientes. (Ef 10)*

Porque o paciente se sentiria mais seguro e menos angustiado. A recuperação seria mais fácil. (Ef 14)

Eu daria mais confiança para ela se sentir bem e ficar melhor mais depressa. (Ef 16)

(...) Claro que a gente fica com saudades, a gente gostaria de ficar junto. Eu fico faceira, pois amanhã ele já vai para o quarto aí eu fico junto com ele sempre. A gente está acostumado a ficar sempre junto. Mas a gente tem cabeça, sabe que não pode, apesar de gostar de ficar junto. O paciente também gostaria que a gente ficasse sempre junto, mas não pode. Eu estou em casa e só choro e choro...mas a gente sabe que assim é melhor para ele. (Ef 17)

A necessidade de conforto do ser humano se manifesta claramente nas situações de risco, de vulnerabilidade, nas mudanças bruscas das atividades diárias, na permanência em ambientes ameaçadores, e poderá ser atendida quando alguém significativo lhe transmitir segurança e confiança (Mussi, 1999). Dessa forma, um distanciamento dos familiares, durante uma internação hospitalar, é considerado desconfortável pelo paciente, bem como para o seu familiar que se sente na obrigação de transmitir força e coragem ao seu doente, pois reflete desumanidade alguém sofrer solitariamente (Mussi, 1999). Além disso, é uma necessidade do familiar acompanhar o tratamento, ficar próximo do doente e sentir-se útil (Curry, 1995).

É comum que quando doente o indivíduo, imerso em pensamentos negativos quanto ao seu estado de saúde, sintam-se frábil e para que não caia em desespero, precisa de forças externas, as quais são encontradas nos olhos, apertos de mãos, abraços e nas palavras de conforto de seus familiares (Mussi, 1999).

Convém lembrar que independentemente do fato de ser ou não a primeira vez que o familiar assistia a um ente querido na unidade de terapia intensiva, 65% do total de familiares entrevistados gostariam de ficar próximo ao seu doente durante essa fase da vida. No entanto, 59% não acreditam ser



importante estar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva. Assim, nem todos os familiares que julgaram ser importante estar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva, gostariam de ficar junto a ele (6%), bem como alguns (18%) gostariam de estar junto ao seu familiar, mas não julgaram ser importante.

Os familiares que não gostariam ou não julgaram importante a sua presença junto ao paciente apoiaram-se, basicamente, na justificativa de que o paciente poderia ser prejudicado com a presença de familiares emocionalmente envolvidos. Logo, apontaram como empecilho o fato de os familiares não terem uma estrutura emocional adequada o suficiente para suportar a tensão deste ambiente. Tal afirmação pode ser observada nestes depoimentos:

*A gente como parente gostaria de ficar, mas ... se eu raciocinar mais friamente... Eu tenho a impressão que para o tipo de tratamento que se dá para o paciente na UTI, acho que é mais interessante que ele fique sozinho com profissionais que estão capacitados, aptos a cuidar bem dele. (...)tenho a impressão que se colocar um familiar que está muito envolvido e fragilizado emocionalmente, pela doença do paciente, ao invés de ajudar ele acabaria atrapalhando os profissionais que trabalham lá dentro da UTI. (Ef 06)*

*Não acho importante a permanência do familiar porque emociona muito o paciente, quando for para o quarto, sim. Na UTI, o familiar iria atrapalhar o atendimento médico. A mãe necessita de atendimento médico e não do familiar. A gente se segura por um tempo, mas não por muito tempo. Tenho gastrite nervosa. (Ef 08)*

*Não acho importante um familiar ficar junto porque o paciente fica muito agitado. Porque acho que ali, já por causa dos aparelhos e tudo, o paciente tem que ficar quietinho, (...) E se eu fico ali do lado já fico fazendo carinho. Tudo isso, acho que, prejudica, não é? O melhor é como eles estão fazendo as visitas. Eu nem acho bom ficar na sala de visitas, como fica todo mundo aqui sentado,...tem gente que passa a noite aqui para sentir que estão perto. (...)tem horário de visitas de manhã e de tarde. Quando tem alguma coisa eles telefonam. Acho melhor ele ficar ali bem sozinho. (...) Claro que a gente fica com saudades, a gente gostaria de ficar junto. (Ef 17)*

*Eu acho interessante a permanência do familiar junto ao paciente na UTI, mas no quarto eu acho extremamente interessante o familiar estar presente. Na UTI, eu não sei, eu não tenho um conceito formado. Eu acredito que não, até porque eu sou leigo. A UTI é equipada com aparelhos eletrônicos sofisticados. Eu, particularmente, como leigo não me sentiria a vontade dentro da UTI. Até pelos tipos de pacientes, tem paciente sem perna, paciente falecendo. O enfermo já está ali, ele precisa estar ali, mas o familiar..., a gente não sabe a própria formação psicológica de cada familiar. (Ef 18)*

É possível identificar nas falas dos familiares que não acham importante ou não gostariam de ficar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva uma tranqüilidade quanto ao atendimento prestado na unidade, chegando até a enaltecer a equipe intensivista pelo bom atendimento desenvolvido, talvez por não estarem habituados a um atendimento diferenciado e um pouco mais dedicado ou para justificar a sua afirmativa de não julgar importante estar junto ao paciente nesta unidade. No entanto, denota também o envolvimento ferrenho da equipe intensivista com a recuperação do paciente, mesmo que este tenha evidências claras na esfera biológica, como um compromisso em salvar vidas.

*Tem as enfermeiras, elas cuidam com carinho, eu vejo, vem a toda hora. Isso é bom para o doente. (Ef 17)*

*Eu tenho a impressão que para o tipo de tratamento que se dá para o paciente lá na UTI, acho que até, de repente, é mais interessante que ele fique sozinho lá na UTI com profissionais, estão capacitados, aptos a cuidar bem dele. (Ef 06)*

*Olha, acredito que seria bom, eventualmente, ficar junto ao paciente na UTI, mas não que o paciente tenha que ter algum familiar pelos cuidados que devem ser realizados na UTI. Eu acho que ele, e eu fico tranqüilo, que ele esteja sendo bem tratado. Essa é a opinião que eu tenho. (Ef 09)*

*O familiar atrapalharia. A pessoa que está lá tem que descansar Cabe a pessoa que é da profissão cuidá-lo. (Ef 15)*

Existe apreensão dos familiares quanto à carência de informações individualizadas e mais detalhadas, principalmente quanto à evolução clínica do doente, ao tipo de tratamento e ao prognóstico, o que é sempre atenuado quando são informados ou orientados pela equipe intensivista, principalmente pelo médico assistente do paciente. Para tanto, 18% dos familiares comentaram e sugeriram alterações no sistema de informações:

*(...) o hospital tem um sistema de informações que é geral, que a gente liga para a portaria e recebe informações sobre o paciente. Acho que aquele paciente da UTI tem que ter um outro sistema de informação diferenciado, talvez direto com a própria UTI ou um funcionário que atenda, num guichê da UTI, para que, fora dos horários da UTI, possa dizer aos familiares de uma maneira mais precisa; porque o boletim médico é muito impreciso, muito vago, ele diz se está em estado regular, estado médio, se está bem, mas não se tem idéia. A gente gostaria de saber como o paciente passou a noite, como é que ele se sentiu, se ele teve mais alguma crise, se não teve. E considerando que a UTI é uma unidade que, por ser de tratamento intensivo, agrega diversos profissionais, quase que um profissional por paciente, não seria demais pedir que tivesse um profissional destacado pelo hospital para fazer este trabalho junto aos familiares. Com certeza iria tranquilizá-los bem mais do que como a gente se sente agora. (Ef 06)*

*Acho que os familiares deveriam ter mais acesso ao médico, pois o boletim, só diz se está bem, regular ou grave. O que quer dizer regular para o médico? Eu não me contento. Aquela informação não me serve. (Ef 15)*

O envolvimento da equipe intensivista com os familiares é indispensável para obter um atendimento integral ao paciente, uma vez que se o familiar estiver ansioso por informações ou apreensivo quanto ao estado de saúde do seu familiar, por falta de informações mais precisas, acaba transparecendo ao paciente. Esse por sua vez entende que a angústia do seu familiar é devido ao seu estado muito grave, o que, muitas vezes, não condiz com a realidade (Curry, 1995). Dessa forma, o paciente sente-se pior do que realmente está, estressa-se e agrava realmente seu estado de saúde. Logo, é pela falta de orientação dos profissionais de saúde e apoio ao familiar que este entra na unidade emocionalmente abalado. Se o acompanhante do paciente estiver a par do estado de saúde de forma detalhada, poderá auxiliar efetivamente na recuperação do paciente, transmitindo-lhe força, confiança e segurança (Curry, 1995; Domingues, Santini, Silva, 1999).

Lautert, Echer & Unicovsky (1998) salientam que a falta de informações pode ser mais uma forma de a equipe intensivista, com a justificativa de estarem envolvidos em salvar vidas, com problemas graves dos pacientes e com a tecnologia avançada, manter seu poder sobre os familiares, que muitas vezes são considerados inoportunos e ansiosos. Esses predicativos atribuídos aos familiares poderiam ser substituídos por colaborativos e confiantes, pois,

se as informações fossem adequadamente realizadas, eles não solicitariam com tanta freqüência a presença do profissional da unidade (.Curry, 1995; (Plowright, 1996).

No entanto, enquanto os intensivistas e, mais especificamente, a enfermagem, pois ela compreende o maior efetivo dessa população, não entenderem que o familiar é um integrante importante do contexto do paciente e fundamental para o restabelecimento da saúde do doente, as informações continuarão sendo negligenciadas ou só fornecidas quando solicitadas ou for de interesse imediato destes cuidadores da saúde((Plowright, 1996; Lautert, Echer & Unicovsky, 1998; Mussi, 1999).

Segundo Curry (1995), a quantidade de informações fornecidas, diariamente, ao familiar varia em função do estado de saúde do paciente, sendo tão mais detalhada quanto mais grave estiver o paciente ou quanto mais exigir o acompanhante ou, ainda, de acordo com o estado emocional do familiar, devendo ser repetida, no mínimo, uma vez. Entretanto, se o familiar estiver deveras apreensivo ou em estado de choque, as orientações não serão captadas adequadamente, portanto precisam ser mais objetivas e breves. É importante lembrar que os familiares estão em busca de esperança (Curry, 1995).

Coincidência ou não, neste estudo, a maioria dos familiares que apontaram como ponto falho o sistema de informações não julgam importante e/ou não gostariam de permanecer junto ao paciente na unidade de terapia intensiva. Para tanto, segundo Curry (1995), fundamentada em Arkley, o desejo de estar com o paciente é relegado a segundo plano, pois a prioridade é ter informações quanto ao estado do paciente, e seu prognóstico. Por outro lado, Lautert, Echer & Unicovsky (1998) enfocam que, como a maioria dos indivíduos não conhecem os seus direitos como cidadãos, pois estão tão mal acostumados a receber um mínimo de atendimento à saúde e é tão difícil o seu acesso, que quando recebem um atendimento um pouco mais diferenciado dos

outros serviços de saúde, contentam-se e não questionam possíveis alterações, como no serviço de informações ou no apoio aos familiares.

Através do toque é possível transmitir afeto, carinho e segurança de uma forma muito mais rápida do que conversando (Martins, 1998). Assim, outro ponto salientado pelos acompanhantes foi quanto ao horário de visitas restrito, o que promove angústia e apreensão, pois o familiar demonstra necessidade de ver o seu ente querido e tocá-lo, o que se percebe nestes depoimentos:

*A princípio, a gente se sente apreensivo, até porque pra o leigo, a idéia de que quando o paciente está na UTI já é um caso mais grave, que inspira cuidados. Outro aspecto que faz com que nos sintamos mais apreensivos ainda é que: estando o paciente na UTI, a gente tem um contato com ele restrito, limitado esse contato gera um pouco de angústia na gente e deixa preocupado em relação com o que possa estar ocorrendo. (Ef 06)*

*Entro algumas vezes fora do horário de visitas, pois tenho conhecidos que me facilitam a entrada. Estas visitinhas duram em torno de dois minutos, só para saber se ele está sem dor, se ele está bem. (Ef 15)*

*Gostaria que, para os familiares não residentes na cidade, fosse permitida a entrada, na UTI, dentro do período de visitas mesmo que excedesse as duas pessoas rotineiramente permitidas. (Ef 05)*

Para Curry (1995) e Plowright (1996), os familiares, como sentem a necessidade de serem úteis, deveriam ter livre acesso ao paciente e decidir juntamente com a equipe intensivista quando e quais os familiares que devem entrar para visitar o paciente e por quanto tempo.

Santos, Toledo & Silva (1999, p. 29) citam que Souza, em seus estudos quanto a visitação em unidades de terapia intensiva, aponta que os horários de visitas sempre existem, sendo que umas instituições com horários livres, outras com horário restrito, umas com um período de visita maior que outras, no entanto, “não atendem às necessidades do paciente e da família”.

Scharp e Rabin apud Souza (1988, p. 24): “A família é fator importante na recuperação do paciente e a visita diária é benéfica, pois este necessita certificar-se que não está sendo abandonado”. Portanto, o paciente sentir-se-ia

menos desprezado, temeroso e isolado se pudesse contar com familiares ou outras pessoas de seu convívio para conversar assuntos particulares entre outros. Assim, de acordo com Dal Sasso (1994, p.71) e baseada em Hoff, a família “(...)é a fonte mais natural de suporte e compreensão com quem seus membros podem contar quando estão perturbados.”

Em certos momentos, os comentários dos familiares parecem contraditórios, pois ao mesmo tempo em que acham importante o familiar ficar junto com o paciente na unidade de terapia intensiva, dizem que não gostariam de ficar. Em outras situações, mesmo querendo estar junto do paciente na unidade de terapia intensiva, acham desnecessário pois os doentes estão bem atendidos. Transparece uma insegurança em mudar regras, pois se até agora o índice de mortalidade é pequeno, girando em torno de 25%, isso significa dizer que a forma de tratamento é eficaz ou que a grande maioria dos pacientes que internam na terapia intensiva são entregues vivos à sua família. Questiona-se apenas a que custo e quão grande foi o seu sofrimento.

A maioria dos familiares que gostariam de ficar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva se disponibilizariam a permanecer por mais de duas horas junto ao doente, sendo indiferente o turno do dia (manhã, tarde ou noite). Isso reflete o quão grandes são os laços de afetividade entre os indivíduos, bem como o grau de dependência, seja ela afetiva ou financeira, pois, nesta investigação, 67% das esposas gostariam de ficar com seus cônjuges e todas por mais de duas horas. Lautert, Echer & Unicovsky (1998, p. 123) lembram que a primeira causa de estresse é a morte do esposo e “a morte ou o afastamento de um membro da família é a quinta, na escala de estresse de adultos.”

Estar presente com o doente significa, muitas vezes, para o familiar acompanhar os resultados da terapêutica no paciente, tocar o paciente, assisti-lo e apoiá-lo emocionalmente. Através dessa experiência o familiar se capacita, assimilando no seu próprio ritmo por meio de observações e orientações que

recebe ou, furtivamente, capta dos profissionais de saúde para continuar o tratamento, nas outras unidades de internação e no próprio lar, de uma forma mais tranqüila, eficiente e segura (Lautert, Echer & Unicovsky, 1998).

No que diz respeito à assistência que o familiar poderia desenvolver quando próximo do seu doente, 76% dos familiares contribuiriam no tratamento seja na forma de suporte emocional ou na realização de tarefas simples, embora, apesar de julgarem necessário, 15% desses familiares não gostariam de permanecer junto com o enfermo, mas se fosse possível auxiliariam, e 8% não crêem na relevância dessa atitude.

A proporção dos familiares que prestariam assistência ao enfermo no plano psicológico, apoiando-o emocionalmente, é a mesma dos que se dedicariam à realização de tarefas simples, como alcançar um copo d'água, auxiliar na alimentação. No entanto, 23% desses acompanhantes se propõem a atender tanto no plano afetivo, quanto na realização de atividades consideradas simples, o que se pode verificar através destes depoimentos:

*Alcançaria um copo d'água, coisas simples que não precisam ocupar um profissional, o banho que é tão íntimo. (Ef 07)*

*Daria a minha presença de apoio moral para ele sentir que tem alguém da família junto. Isto faria com que ele se sentisse mais tranqüilo. (Ef 09)*

*Daria assistência afetiva, porque de enfermagem eu não entendo nada. Ajudaria na alimentação (Ef 12)*

*Gostaria de fazer carinho, pegar na mão. Alcançar um copo d'água. (Ef 14)*

Outra observação é o fato de que 62% dos familiares que gostariam de auxiliar o paciente, dando-lhe suporte no campo emocional, nunca assistiram a um familiar na unidade de terapia intensiva. E o mesmo percentual de familiares que se dispõem a realizar tarefas relacionadas ao campo biológico já assistiram a um familiar nessa unidade.

Como este estudo não tem dimensões quantitativas, não podemos inferir sobre estes percentuais, mas apenas que, neste trabalho, os familiares sentem que seus entes estão carentes tanto de um aporte emocional maior, relacionado a sua família, quanto de atitudes simples como auxiliar na alimentação e na higiene corporal. No entanto, é evidente que, como os parentes têm grande necessidade de se sentir úteis e estar próximos ao seu doente, todas as atitudes justificam a sua presença junto ao paciente (Plowright, 1996). Acredita-se que, mesmo quando os familiares se dispõem a efetuar práticas assistenciais como higienização ou alimentação do seu doente, não estão apenas preocupados com o lado biológico, mas com uma forma de manifestar afetividade, carinho, enfim, apoio emocional, pois nesses momentos o paciente estará sendo atendido por alguém conhecido, do seu meio, significativo, o que lhe confortará muito mais.

Felisbino (1994) afirma que os parentes ou significantes, mesmo com uma dependência em relação aos profissionais de saúde, posto que muitas vezes lhe solicitam auxílio, podem efetivamente atender às necessidades humanas básicas do seu doente, através da realização de cuidados assistenciais tanto no plano físico, como psicológico e espiritual.

Quando a parcela dos familiares que ficariam com o paciente na unidade de terapia intensiva foi questionada sobre quais as situações que seriam complicadas com a sua permanência junto ao paciente, 31% referiram os momentos em que o estado de saúde do seu doente se agravasse.

*Quando o meu familiar estiver mais grave e inconsciente. (Ef 04)*

*Em caso do paciente piorar, os enfermeiros teriam que ter mais agilidade e eu sairia dando lugar ao recurso. (Ef 09)*

Um percentual de 15% dos familiares dispostos a estar junto ao paciente aborda as situações de emergência como um fator que tornaria inviável a sua permanência na unidade. Outros 15% apontam como elemento prejudicial o despreparo emocional dos acompanhantes.



*Quando o familiar está mais nervoso. Numa situação de emergência, como uma parada cardíaco-respiratória ou na presença de dor do doente. (Ef 03)*

*Quando o familiar que está com o paciente só chora. Não tem preparo emocional (...) (Ef 17)*

Para Gomes (1978), o familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva pode provocar “reações inesperadas”, uma vez que os procedimentos efetuados, nessa unidade, podem e são, muitas vezes, agressivos e invasivos. Assim, concorda-se com Gomes (1978) que em determinados momentos como situações de urgência e ao presenciar procedimentos invasivos, o familiar poderia apresentar comportamentos adversos, prejudicando a assistência da equipe intensivista ao paciente, uma vez que nessas situações, devido ao envolvimento afetivo, as atitudes dos profissionais parecem extremamente agressivas e traumáticas aos leigos e, muitas vezes, até mesmo aos especialistas da área de saúde já habituados a essas práticas.

Quanto ao despreparo emocional, acredita-se que possa ser minimizado com um aporte adequado de orientações e informações fornecidas pelo enfermeiro e/ou médico do paciente ao familiar, no que diz respeito ao tratamento desenvolvido, aos aparelhos utilizados, ao ambiente e ao prognóstico, como já foi referido anteriormente (Echer *et al.*, 1999).

### **4.3 A equipe intensivista**

Toda a equipe intensivista, constituída de 47% de auxiliares/técnicos de enfermagem, 31% de médicos e 22% de enfermeiras, participou deste estudo. Esses profissionais estão distribuídos em quatro turnos<sup>29</sup> de trabalho (manhã, tarde, noites pares e ímpares do mês). Em cada turno estão presentes, via de

---

<sup>29</sup> Cada turno de trabalho corresponde a 6 horas, quando relacionado ao período da manhã ou tarde, e de doze horas, quando o trabalho for à noite.

regra, quatro auxiliares/técnicos de enfermagem, um médico<sup>30</sup> e uma enfermeira<sup>31</sup>.

Pode-se inferir que 69% da equipe intensivista é composta pelo corpo de enfermagem, uma vez que é a enfermagem que realiza um maior número de assistência direta ao internado, que tem um envolvimento maior com o cuidado à beira do leito, que identifica um maior número de necessidades de pronto atendimento ao paciente crítico. Convém lembrar que, em uma terapia intensiva, não só os recursos da tecnologia são indispensáveis, mas durante o tratamento e para o êxito do mesmo, o paciente crítico e sua família necessitam de um relacionamento interpessoal com a equipe intensivista, o que lhes proporcionará segurança, conforto e apoio emocional. Para tanto, é preciso um contingente maior na enfermagem (Miyadahira *et al.*, 1999).

Segundo Miyadahira *et al.* (1999), o Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Paraná prega um percentual de enfermeiros de 30% e 70% de auxiliares/técnicos de enfermagem para as UTIs com dez leitos. Portanto, a unidade deste estudo, como tem 8 leitos, com um leito extra para emergência, está de acordo com o percentual mínimo do corpo de enfermagem estabelecido.

O hospital é um ambiente que concentra um alto índice de mulheres trabalhadoras, sendo que, conforme Lopes (1996), a enfermagem, sozinha, concentra mais de 40% dos empregados deste tipo de instituição. Como a maioria dos profissionais que atuam na terapia intensiva é da enfermagem, o sexo feminino, neste trabalho, constitui 67%. Entretanto, o sexo biológico desses profissionais tem uma relevância muito menor quando se analisa a

---

<sup>30</sup> Os profissionais médicos, em alguns dias da semana, permanecem por um período menor que a jornada de trabalho da equipe de enfermagem.

<sup>31</sup> Foram também questionadas as enfermeiras que substituem rotineiramente ou esporadicamente as enfermeiras próprias do setor, justificando um percentual tão elevado, caso contrário, se limitaria a quatro enfermeiras. Convém lembrar também que quando se refere a essa categoria no gênero feminino é devido ao fato de que, neste estudo, a totalidade é do sexo feminino.

categoria de gênero<sup>32</sup>, o qual envolve o estudo sociocultural “das relações entre os seres humanos” (Gonçalves, 1998, p.43).

A enfermagem é dita uma profissão feminina<sup>33</sup>, desde sua origem se perpetuando até os dias de hoje. Está relacionada intimamente com o cuidar e, como as lidas domésticas, é considerada pela sociedade como atribuição feminina. Assim, as mulheres são educadas para a arte de cuidar, que é exercitada com seus familiares, crianças, idosos e doentes, no “domínio privado”<sup>34</sup>. Com esse viés, Florence Nightingale oportunizou às mulheres o trabalho em hospitais, originando a “imagem da mulher-enfermeira” (Lopes, 1996, p. 99).

Pouco mais da metade (56%) dos profissionais, neste setor, tem mais de cinco anos de atuação em terapia intensiva, o que denota uma experiência para cuidar de doentes em estado crítico, uma ambientação com a unidade no que diz respeito às suas particularidades e uma tranqüilidade e segurança na sua forma de agir (Miyadahira *et al.*, 1999). Considera-se ainda que 17% da equipe intensivista insere-se na faixa de dois a quatro anos de atuação em terapia intensiva e 14% , com um ano ou menos neste tipo de atividade.

Quanto ao tempo de trabalho em terapia intensiva, Gomes (1978) comunga da idéia de que o profissional considerado eficaz deve ter uma vivência de cerca de um ano de desempenho ininterrupto nessa unidade, pois a partir de então esse intensivista estará capacitado tecnicamente e com o discernimento e a iniciativa apurados, além do senso de responsabilidade aprimorado.

---

<sup>32</sup> Segundo Gonçalves (1998, p. 43), “gênero definiria melhor as diferenças sociais e culturalmente construídas e sustentadas pela tradição, em oposição a ‘sexo que se refere ao conjunto das características biológicas (gonodais, cromossômicas, hormonais, genitais).”

<sup>33</sup> Conforme Silva e Corrêa (1999), apoiadas nos estudos de Petersen, no censo de 1980 a enfermagem era enfocada como uma das principais profissões femininas, com um índice de 2,5%.

<sup>34</sup> Atualmente, discute-se se o ambiente doméstico é público ou privado, uma vez que o doméstico sofre as influências do público e este, do privado. Assim, muitas práticas do privado passam ao público de uma forma natural, como é o caso da arte de cuidar.

Um percentual de 39% dos intensivistas questionados tem interesse de, às vezes, manter o familiar junto ao doente na unidade de terapia intensiva, justificando que esta prática auxiliaria a certos pacientes, como os lúcidos, conscientes, cardiopatas, deprimidos e/ou que necessitassem de movimentação precoce. Isso pode ser identificado através destes relatos:

*Pacientes com diagnósticos de IAM<sup>35</sup>, em pós-operatório em que o paciente está consciente. Nesses casos o familiar poderia ajudar, conversando. A família tem condições de dar apoio psicológico para o paciente não se sentir sozinho. (Qi 09)*

*Nos horários das refeições e nas horas em que a UTI estiver calma, porque o familiar poderia fazer mais as vontades do paciente e também evitaria alguns atropelos nas horas de emergência. (Qi 16)*

*Quando o paciente sentir-se angustiado, carente nas emoções etc., acho importante a presença do familiar junto ao paciente porque ele sente mais segurança, espontaneidade, liberdade etc. (Qi 22)*

*Quando o paciente necessita mobilização precoce, porque no auxílio à mobilização facilitaria o serviço de enfermagem. (Qi 27)*

*Pacientes cardiopatas e lúcidos porque a colaboração familiar auxilia na recuperação do paciente. (Qi 31)*

Analisando-se apenas essa parcela dos questionados, que corresponde a 39% dos intensivistas, verifica-se que a maioria (64%) salienta a importância do apoio emocional proporcionado pelo familiar neste ambiente. Segundo Tesk, apud Felisbino (1994, p.12), “a permanência dos familiares junto ao paciente enfermo contribui significativamente para a conservação de sua integridade essencialmente no aspecto psicológico.” Pode-se inferir ainda que, como 50% têm mais de cinco anos de experiência em UTI e 14% atuam por um período de 2 a 4 anos neste setor, a vivência demonstrou que o paciente, além de demonstrar mais cooperação com o tratamento, também sente-se mais seguro e confiante.

Acredita-se que, como o intensivista sabe da importância do apoio emocional, muitos sentem-se despreparados para dar esse apoio, além de terem de realizar muitas atividades no plano biológico, priorizado pelo próprio sistema. Ciosak, citado por Rocha, Guaragni & Bettoni (1996), diz que, pelo

fato de o profissional de saúde não estar preparado a se envolver com o paciente, limita-se a seguir as prescrições médicas. Complementando, Guezzi, também citado por Rocha, Guaragni & Bettoni (1996), ressalta que o fazer é uma forma de refúgio impessoal, confundindo-se com o estar com o paciente. Dessa forma, quando a equipe intensivista executa um procedimento limita-se a fazer pelo outro e, não, a fazer com o outro, o que impede o estabelecimento de uma relação transpessoal (Polak, 1996).

O enfoque prioritário do físico e da doença, já na formação acadêmica dos profissionais de saúde, propicia que os cuidadores de saúde não se envolvam com o paciente e, portanto, como efeito adverso, não o compreenderão como um ser humano integrado numa sociedade (Dal Sasso, 1994-1992). Outro aspecto é o fato de que esses profissionais, inseridos no sistema capitalista, preocupam-se mais com ações imediatas, “não lhes sobrando tempo para pensar e falar” (Dal Sasso, 1994, p. 27).

Assim, 29% desses intensivistas enfocam, prioritariamente, a assistência no plano físico do doente, como o auxílio na alimentação, higiene e na mobilização. Outros abordam a relevância da assistência física combinada com a do plano psicobiológico, assim:

*Quando há funções demais e poucos funcionários; na dieta, quando pacientes jovens. Porque necessitam de cuidados de enfermagem e apoio. (Q1 01)*

Quanto a cuidar de pacientes conscientes, nos estudos de Rocha, Guaragni & Bettoni (1996), ficou evidenciada a dificuldade e a resistência da equipe intensivista, mais especificamente os auxiliares de enfermagem, porque tem um contato mais direto e contínuo com o doente, e também porque, aos olhos dos auxiliares, o paciente lúcido solicita necessidades consideradas não prioritárias.

---

<sup>35</sup> IAM é a sigla de infarto agudo do miocárdio.

A equipe intensivista está consciente de que o paciente necessita de um cuidado transpessoal (Zagonel, 1996) que a família poderia assumir, preenchendo a lacuna presente no atendimento prestado pelos profissionais. Assim, o paciente receberia um serviço técnico-profissional da equipe intensivista e apoio emocional dos seus familiares.

Os intensivistas que têm interesse em manter o familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva correspondem a 33% do total, e salientam os benefícios que essa atitude traria, sanando as deficiências no plano psicológico, o isolamento do núcleo social imposto por esse ambiente, bem como os inconvenientes de um ser consciente manter-se afastado de sua família. Logo, suas respostas são justificadas através de depoimentos como estes que se destacam:

*Porque a recuperação do paciente é mais rápida. Ele não se deprime tanto. Tem o apoio da família. Divide o que sente com a família. É diferente de estar em uma unidade de internação do que na UTI. (Qi 08)*

*Eu me coloco no lugar dele, do paciente. Porque o local é isolado e o paciente sente-se mais seguro e confiante com um familiar a seu lado. (Qi 11)*

*Porque alguns pacientes, como cardiopatas, lúcidos, orientados se beneficiam com a presença do familiar, que lhes dá segurança, uma vez que o ambiente tem estranhos. Sente-se, assim, no meio dos seus. (Qi 28)*

*Porque quando o paciente está estável, conectado ao meio, o contato com familiares diminui o estresse pelo isolamento de UTI. (Qi 30)*

Quanto ao isolamento provocado pela rotina da terapia intensiva, pode-se dizer que, segundo Dal Sasso (1994), baseada em Aquilera e Messick, por ser o homem um ser social, procura encontrar recursos vitais em outros homens de sua relação social, a fim de enfrentar com maior seguridade os diversos fatores estressores, afirmando-se em situações conflitantes. Logo, o isolamento do homem do seu meio social provoca alterações no seu ritmo normal de atingir um equilíbrio homeostático, portanto de interagir socialmente, tornando-o mais vulnerável frente aos estressores do cotidiano (Dal Sasso, 1994).

Percebe-se, dessa maneira, que o homem não enfrenta crises sozinho e, caso tenha que enfrentá-las solitariamente, sentir-se-á mais debilitado. O ser humano precisa do auxílio de sua família, seus significantes, seus amigos, enfim das pessoas que o cercam e o querem bem, posto que a carência afetiva é uma necessidade psicossocial e, portanto, é básica para enfrentar crises como a doença, principalmente, quando essa for crítica (Dal Sasso, 1994).

Apenas 28% dos intensivistas manifestam-se contra a permanência do familiar junto ao paciente na terapia intensiva, argumentando que o familiar atrapalha e não há estrutura física adequada para comportar, na unidade, também o familiar. Suas falas denotam com propriedade tais justificativas:

*O familiar fica ansioso, atrapalha o profissional quando o paciente é muito grave, porque o familiar questiona, solicita muito. Se o paciente for menos grave o familiar ajuda. (Qi 03)*

*Porque o familiar fica mais tenso, apavorado e pode transmitir para o paciente. Atrapalha a dinâmica da UTI (assistência de enfermagem). Poderia ter mais horários de visitas em outros turnos. (Qi 13)*

*Porque em nossa UTI não existe estrutura física para comportar paciente e familiar. (Qi 18)*

*O leigo não está preparado para assistir a uma invasão de tubos e cateteres e também acaba inibindo os intensivistas e a enfermagem. (Qi 26)*

O fato de o familiar ser considerado como alguém que atrapalha é merecedor de atenção por parte dos profissionais de saúde. Assim, ao refletir-se sobre a relevância que deve ser dada ao papel do familiar, advoga-se que essas discussões devam iniciar entre os profissionais desde a formação acadêmica. Portanto deve ser desmistificada a idéia pré-concebida de que o familiar é um atrapalho ou estorvo para a equipe e/ou tratamento do paciente.

Atualmente, percebe-se que, nessa unidade em especial, o espaço físico destinado ao paciente é mínimo e com pouca privacidade. Todavia, espaços foram “criados”, para acompanhar o avanço tecnológico, nessa e em outras unidades de terapia intensiva (Santos, Toledo & Silva, 1999). Acredita-se assim que, em breve, vencidas as dificuldades, o familiar também terá o seu lugar

junto ao paciente, posto que, como já foi referendado anteriormente, ele é um componente fundamental para o completo restabelecimento da saúde do doente.

Segundo Grudtner (1994), embora familiares e intensivistas compartilhem da idéia de que é importante a visitação na unidade de terapia intensiva, ambos referem dificuldade para operacionalizá-la. Assim, no estudo desta autora, os familiares almejam privacidade durante o horário de visitas, um período mais prolongado e não preestabelecido pela instituição. Já os intensivistas sentem-se constrangidos para realizar procedimentos com o paciente quando o familiar está presente, além de referir que o elevado número de pessoas transitando na unidade pode colaborar para uma contaminação.

A terapia intensiva tem como objetivo o pronto atendimento, portanto os profissionais que ali atuam necessitam observar constantemente o paciente, a fim de detectar qualquer anormalidade o quanto antes, prevenindo complicações posteriores. Assim, a privacidade do indivíduo é invadida a todo o momento. No entanto, essa necessidade de privacidade para os doentes é sentida tanto por esses como pelos intensivistas.

É preciso lembrar, no entanto que, há bem pouco tempo atrás, em meados da década de 80, a literatura a respeito de terapia intensiva era prioritariamente técnica e enfocava maneiras de atendimento rápido e eficaz ao doente. Logo, em detrimento da privacidade e das necessidades psicossocioespirituais do paciente mantinha-se a hegemonia do enaltecimento do plano biológico e do pronto atendimento.

Essa argumentação dos intensivistas quanto ao espaço na unidade, que deveria constituir-se em uma causa a ser vencida, parece transparecer numa forma de resistência à presença do familiar junto ao paciente. Segundo Ribeiro *et al.* (1999, p. 15), respaldados em Davis e Newstrom, “a resistência proporciona uma análise das propostas”. Conforme Lautert, Echer & Unicovsky



(1998), as visitas parecem incomodar mais os profissionais de saúde do que propriamente o doente ou os familiares, pois aqueles sentem-se vigiados ou fiscalizados pelos acompanhantes quanto ao atendimento prestado, além de considerarem esse momento como uma perda de tempo.

O espaço físico, se não puder ser ampliado, pode ser contornado com rotinas, uma vez que essas podem, além de fechar portas, abrir espaço para os familiares, se não de todos os doentes, pelo menos para os mais necessitados, através de uma avaliação individual realizada pelos intensivistas que detêm um maior relacionamento com o paciente. Conforme Santos, Toledo & Silva (1999), a enfermeira seria o membro da equipe destacado para essa tarefa.

Outra forma também seria estabelecer turnos de permanência do familiar na unidade, por exemplo: três familiares durante três horas pela manhã, outros três familiares de outros pacientes pelo mesmo período de tempo à tarde e, à noite, outros acompanhantes de outros pacientes. Assim, no máximo três familiares permaneceriam dentro da unidade acompanhando o paciente em cada turno de trabalho. Isso se a unidade estiver com todos os leitos ocupados. A reformulação da rotina de visitação em UTI poderá proporcionar uma maior satisfação das necessidades biopsicossocioespirituais dos internados nessa unidade (Santos, Toledo & Silva, 1999).

No que tange ao despreparo do familiar para enfrentar o ambiente de terapia intensiva e atrapalhar a dinâmica assistencial dessa unidade, Santos, Toledo & Silva (1999) afirmam que a presença de um parente ou significativo pode resultar numa piora do quadro do paciente que, ao deparar-se com uma pessoa com quem está emocionalmente envolvido, sente-se à vontade para desabafar, revelando seus medos, angústias e desconfianças. Segundo as mesmas autoras, é primordial um envolvimento maior da equipe intensivista com os familiares a fim de envolvê-los no tratamento do doente, tornando-os familiarizados com o ambiente, os equipamentos, as rotinas e, principalmente, com a evolução clínica e psicológica do doente e, portanto, com o seu

prognóstico. Dessa forma, esses acompanhantes poderão apoiar o paciente efetivamente, desmistificando seus medos e angústias.

Quanto a evitar reinternações, orientando os familiares quanto a noções básicas de saúde, 94% dos intensivistas afirmam que seria uma medida eficaz. Desses, 76% comentaram a questão, dos quais 18% salientam a falta de orientação dada ao doente e ao seu familiar mesmo na ocasião da alta, e 15% abordam o doente crônico ou seqüelado como o principal carente dessa atitude. Destaca-se a seguir algumas dessas falas:

*Principalmente no que se refere aos cuidados básicos como higienização, alimentação, troca de decúbito. (Qi 01)*

*Cuidados com escaras e secreção-brônquica. (Qi 07)*

*Principalmente AVC e diabete. (Qi 27)*

*Porque muitas das reinternações acontecem exatamente por estes motivos (falta de orientação). (Qi 32)*

*Principalmente, no tratamento de pacientes com doenças crônicas. (Qi 34)*

O doente crônico ou com seqüelas necessita de um contínuo acompanhamento dos profissionais de saúde e, caso isso não ocorra, como é mais debilitado, uma piora no seu estado de saúde pode removê-lo novamente à terapia intensiva. Quando o paciente e os familiares são orientados quanto a cuidados mínimos de saúde e alertados quanto a possíveis sinais e sintomas de complicações, podem evitar reinternações na terapia intensiva, contornando, a tempo, a situação (Vanzin, 1982).

Os familiares quando bem orientados, quanto a cuidados básicos de saúde, podem auxiliar a evitar a longa permanência em terapia intensiva ou até a evitar reinternações. Essas reinternações custam aos cofres públicos uma soma considerável, uma vez que boa parcela dos leitos da UTI são mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Cada município, através de seu Conselho Municipal de Saúde, decide onde deve investir, ou seja, qual a prioridade que deve ser atendida.

Sabe-se, hoje, que os gastos públicos com tecnologia avançada (equipamentos, medicamentos, recursos humanos especializados) para aumentar a sobrevivência de pequena parcela da população chega a somas exorbitantes e que, esse mesmo montante, se investido em programas de promoção à saúde, evitaria doenças preveníveis e atingiria uma parcela maior da população (Marques, 1991). Esses programas podem ser desenvolvidos dentro de uma unidade de terapia intensiva, através de orientações aos pacientes e a seus familiares.

A questão saúde torna-se importante para o desenvolvimento social, político e econômico por ser alvo de investimentos que visam ao bem-estar da população (Marques, 1991). Além disso, o enfermo, com a participação do familiar na sua recuperação em terapia intensiva, retornaria mais cedo ao ambiente familiar, e desse, para as atividades profissionais, auxiliando dessa forma mais efetivamente no desenvolvimento regional.

Além de conhecimento e experiência para realizar técnicas complexas compatíveis com a unidade de terapia intensiva, é necessário que o intensivista tenha um envolvimento com o paciente e seus familiares a ponto de orientá-los e educá-los quanto a noções básicas de saúde (Barreto, 1991; Lautert, Echer & Unicovsky, 1998).

Remen (1993) lembra que o profissional de saúde sofreu, por demasia, alterações no seu ser durante a sua formação profissional, presenciando diariamente a dor e o sofrimento dos doentes e, por vezes, a morte. Gomes (1978, p. 23) reforça que os constantes momentos de emergência; o agravo freqüente do estado clínico de muitos pacientes; o elevado número de pacientes inconscientes, impossibilitando o diálogo entre a equipe intensivista e o paciente que, quando melhora é transferido a outras unidades, são fatores que “tornam o ambiente da UTI um tanto impessoal”.

Os intensivistas reconhecem a importância da orientação, entretanto, acredita-se que o envolvimento com a técnica, com a doença e com o aparato tecnológico sejam uma das justificativas para que as orientações não sejam rotineiras ou, talvez, não registradas e, portanto, menosprezadas. Assim, segundo Gonçalves (1994), a absorção do intensivista com a máquina e a tecnologia avançada supera o contato direto com o paciente e com sua subjetividade. A máquina lhe fornece dados exatos e sem demora, ao passo que a conversa com o paciente pode se prolongar até obter os dados que, necessitando tempo, que poderia ser utilizado no atendimento a outro paciente (Gonçalves, 1994).

Entretanto, Ribeiro *et al.* (1999, p. 19) comentam que esse tempo disponível será utilizado no controle e na manutenção dos aparelhos e portanto “não existe uma correlação direta de que estes aparelhos proporcionem mais tempo para o contato com o paciente”. Além do mais, a máquina exerce um fascínio sobre a equipe intensivista que pode ser maior que o contato direto com o paciente.

O intensivista, como também todo o indivíduo que vive no sistema capitalista, com a esperança de que a razão instrumental lhe traga a liberdade para que possa agir como ser humano e não como força de trabalho, torna-se submisso à máquina e às comodidades que esse instrumento lhe oferece. Surgem, dessa forma, novas necessidades e cada vez mais o homem é cercado pelas regras do mercado, prejudicando sua integridade física e espiritual. Assim, conforme Gonçalves (1994, p. 26), o homem

no decorrer de sua trajetória histórica, em razão do instrumental, que, na sua unidimensionalidade, perdeu a visão da totalidade do homem e da vida social, gerando a ciência e a técnica alienadas, que estão na raiz das contradições do mundo moderno.

A grande maioria dos intensivistas (92%) disponibilizaria tempo para orientar os familiares quanto a condições, necessidades e cuidados de saúde do paciente. Desses, 39% disponibilizariam o tempo que fosse necessário, e para 15% este tempo seria de 10 a 30 minutos durante o turno de trabalho. Já

12% dessa parcela não informou o tempo que despenderia para essa tarefa. Destaca-se também o índice de 70% dentre os intensivistas que não têm interesse em manter o familiar próximo ao paciente na UTI, mas que, se isso ocorresse, orientariam o familiar.

Domingues, Santini & Silva (1999), apoiados em Stillwell, reforçam que o enfermeiro é o membro da equipe mais indicado a atender as necessidades dos familiares, porém, como a demanda é grande e cada indivíduo deve ser atendido de forma singular, torna-se impossível, pois o tempo desse profissional é dedicado à atenção do paciente crítico. Acrescentando, Remen (1993) afirma que problemas na qualidade de tempo se transformam rapidamente em problemas na quantidade de tempo.

Horta (1979) e Felisbino (1994) enfocam a importância da orientação que está inserida na prescrição de enfermagem, a qual é elemento do processo de enfermagem. Através do processo de enfermagem, são detectados problemas nos planos biopsicossocioespíritual do paciente e de seus familiares. Assim, é traçado um plano para sanar, na medida do possível, essas carências, sendo que a orientação quanto a cuidados básicos de saúde pode estar presente. É importante salientar que o ensino para a promoção da saúde não é um privilégio apenas por ocasião da alta da unidade, mas sim, ela precisa estar presente durante todo o período de internação (Horta, 1979; Felisbino, 1994).

A parada cardíaco-respiratória é considerada por 64% dos profissionais que atuam nesta unidade de terapia intensiva como uma circunstância que os familiares não deveriam presenciar, tendo 47% desses intensivistas citado os procedimentos invasivos como uma situação em que o manejo do familiar se tornaria difícil na unidade de cuidados intensivos. Analisando-se esses dados é possível identificar que 33% da equipe intensivista consideram tanto a parada cardíaco-respiratória como os procedimentos invasivos como por demais agressivos aos olhos dos familiares leigos à situação. A gravidade do estado

de saúde também é considerada por 28% dessa população como um momento complicado para manter o familiar próximo ao paciente. Em suas falas pode-se identificar uma preocupação com o emocional dos familiares e a necessidade de realizar um adequado atendimento ao doente sem constrangimento:

*Parada cardíaco-respiratória ou situações em que a equipe tenha que atuar com mais rapidez. (Qi 05)*

*Em pacientes graves, o uso de ventilação mecânica e outros monitores, geralmente assustam os familiares; e durante os procedimentos de enfermagem como aspiração, agressivos ao paciente e de certa forma agressivo aos olhos do familiar. Durante as urgências. (Qi 06)*

*No paciente crítico os familiares não toleram as “injúrias” que se faz com os doentes, como por exemplo, punções, entubações, PAMs<sup>36</sup>. (Qi 26)*

Duas situações foram apenas abordadas pela enfermagem: o momento da internação, na UTI, com um índice de 14% frente a toda a equipe intensivista o que corresponde a 20% do corpo de enfermagem, e o banho, com um índice de 12% na enfermagem:

*Durante alguns procedimentos médicos e de enfermagem, exemplo: banho, parada cardíaco-respiratória, internações. (Qi 19, 20)*

*Dependendo dos procedimentos de enfermagem, no momento tornaria difícil como nos banhos e parada cardíaco-respiratória. (Qi 23)*

De acordo com Lautert, Echer & Unicovsky (1998), fundamentadas em Erdmann, a atuação da equipe de saúde é mais confortável quando o familiar não está presente, embora a ausência do acompanhante traga insegurança tanto para o doente como para o familiar.

Quando o procedimento invasivo não faz parte de uma emergência, o intensivista orienta o paciente consciente quanto à atitude e aos seus motivos, no intuito de diminuir a apreensão, medos e angústias, solicitando a sua permissão e colaboração. Dessa forma, o profissional sente-se mais tranquilo

---

<sup>36</sup> PAM é a sigla utilizada para pressão arterial média, e sua instalação requer um procedimento invasivo, assim como as entubações e as punções.

para desempenhar sua ação que, longe de assemelhar-se a um carinho, tem a intenção de salvar a vida ou melhorar o estado de saúde do seu cliente. No entanto, quando em uma emergência, como no caso de uma parada cardíaco-respiratória, o atendimento das necessidades psicossocioespirituais inexistem, pois o tempo depõe contra os intensivistas e o paciente. Assim, também num primeiro momento de internação em terapia intensiva, não é possível que a equipe intensivista atue nos aspectos emocionais e espirituais desse indivíduo, uma vez que este se encontra num estado físico muito crítico, necessitando de uma intervenção em nível biológico de imediato (Santos, Toledo & Silva, 1999).

Acredita-se que, se o familiar estivesse junto ao paciente na UTI, a equipe intensivista agiria da mesma forma, uma vez que em primeiro lugar está a manutenção da vida do doente e só após as outras necessidades devem ser atendidas. Sebastiani (1997) lembra que o paciente, enquanto internado na unidade de terapia intensiva, está angustiado e com medo do ambiente repleto de estranhos e equipamentos desconhecidos, sentindo-se seguro apenas quando em contato direto com seus familiares, que são seu único elo de ligação com a vida e, muitas vezes, a motivação para enfrentar os procedimentos agressivos da terapia intensiva.

Para maior facilidade, agilidade, liberdade de movimento e tranqüilidade da equipe intensivista para que não sofra maiores pressões emocionais entende-se que o familiar ou signifiante ou, ainda, desconhecedores das práticas desse ambiente, não devam permanecer nesse local. Isso no entanto não significa dizer que os acompanhantes do paciente envolvido não mereçam as devidas informações tão logo possível por um profissional habilitado.

Quanto à postura de alguns intensivistas de não desejarem o familiar na hora da higiene corporal, acredita-se que seja para não expor o paciente a familiares estranhos, pois percebe-se que o paciente sente-se mais à vontade e seguro quando o banho é realizado ou auxiliado por seus familiares do que por profissionais de saúde, geralmente estranhos ao doente.

No que diz respeito aos benefícios que o familiar traria à dinâmica da terapia intensiva, pode-se inferir que o familiar seria bem vindo a essa unidade se transmitisse ao seu doente apoio emocional, segurança, tranquilizando-o e auxiliando a equipe intensivista nos cuidados básicos de saúde. Percebe-se que 36% da equipe intensivista enfoca as contribuições na esfera psicológica, 33% no plano biológico, através da realização de procedimentos técnicos, 28% julga que o familiar pode auxiliar o paciente tanto no plano psíquico quanto no biológico, e só 3% refere que o familiar não traria benefício à dinâmica da assistência na unidade de terapia intensiva. É importante destacar que 33% dos intensivistas salientaram em seus depoimentos a expressão *apoio emocional ou psicológico*, sendo que as palavras *segurança, conforto, tranquilidade, e confiança* foram salientadas cada uma com um percentual de 8%.

Outro dado identificado é o fato de que 75% das enfermeiras manifestaram que o familiar contribuiria na assistência direta ao paciente, realizando tarefas simples. Já 53% dos auxiliares/técnicos de enfermagem destacam o apoio psicológico que o familiar pode trazer para o paciente. Quanto aos médicos, 55% afirmam que o familiar pode contribuir tanto com o suporte emocional quanto com a realização de cuidados básicos de saúde.

Ao analisar-se esses dados, pode-se deduzir que, como as enfermeiras possuem inúmeras atribuições e, muitas vezes, não conseguem ter um contato tão direto com o paciente, sentem a carência de diversos cuidados que não foram realizados ou foram realizados mas não de forma ideal, posto que esses profissionais são intensivamente moldados para atender ao plano biológico (Dal Sasso, 1994; Remen, 1993; Medina, 1994).

Remen (1993) salienta que no ímpeto de ser um profissional competente, responsável, auto-suficiente, infalível, racional e onisciente, como é a projeção esperada pelo doente, pelos outros profissionais e pelo próprio profissional da saúde, esquece-se de primar pela qualidade de vida do doente



que está salvando. Entretanto, o mesmo autor adverte que não é fácil a mudança de atitude para o profissional que depende de um sistema para a sua aprovação e valorização.

Assim, na visão dessas intensivistas, os cuidados assistenciais prestados pelos familiares auxiliariam os auxiliares/técnicos de enfermagem nas suas atividades diárias. Por outro lado, as enfermeiras são conscientes de que essa atitude demandaria algum de seu tempo para que esses acompanhantes fossem capacitados a tais procedimentos e para lhes fossem fornecidas as devidas orientações, pois com essa postura poderiam evitar reinternações muitas vezes desnecessárias.

Os auxiliares/técnicos de enfermagem, por sua vez, estão continuamente em contato com o paciente e percebem o quanto o apoio emocional do familiar seria benéfico, uma vez que estão muito envolvidos no plano físico do doente, sentem através da comunicação verbal e não verbal do paciente a sua mudança de atitude na presença dos visitantes e a sua angústia quando sós no meio da equipe intensivista.

Para Bezerra *et al.* (1998), o sucesso do relacionamento entre a equipe intensivista e o paciente está na percepção não só da comunicação verbal, mas também da não-verbal. Assim, conforme Silva apud Bezerra (1998, p. 135), “o estudo do não verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização.”

Já os médicos, apesar de formados nas academias para privilegiar o plano biológico e de seu envolvimento não ser tão direto e contínuo como o da equipe de enfermagem, conseguem identificar as necessidades dos pacientes em estar junto aos seus familiares nesses momentos tão difíceis. Outro fator é que os médicos, com raras exceções, envolvem-se apenas com os pacientes e não com a manutenção da unidade, seja no aspecto administrativo que envolve

a estrutura física, os equipamentos, o quadro de funcionários, os materiais de consumo, entre outros ou no aspecto assistencial, que envolve todo o processo de enfermagem, como é o caso da enfermeira da unidade. Segundo Gomes (1978, p. 23), o enfermeiro de unidade de terapia intensiva precisa ter

uma bagagem de conhecimentos e aplicação não exigidos da enfermeira de outras áreas. (...) a enfermeira de UTI precisa estar capacitada a exercer atividades de maior envergadura, para o que é imprescindível a fundamentação teórica, aliada a capacidade de liderança, discernimento, trabalho, iniciativa e responsabilidade.

Destaca-se que 50% dos profissionais desta unidade, que se manifestaram contrários à permanência do familiar junto ao paciente, abordaram, apenas, o auxílio emocional do familiar junto ao doente, e 50% que têm interesse em manter o familiar bem próximo ao enfermo na unidade de terapia intensiva, responderam elencando somente tarefas simples de se executar, como forma de o acompanhante auxiliar na dinâmica da assistência nesta unidade. Quanto aos intensivistas que às vezes têm interesse que o familiar acompanhe o paciente no interior da unidade de cuidados intensivos, 36% dizem que o benefício seria apenas no plano psicológico e 36% enfocam que o auxílio seria tanto de apoio psicológico como na realização de cuidados básicos de saúde. Alguns dos depoimentos são:

*O familiar pode participar na assistência de enfermagem: higienização, alimentação, enfim cuidados básicos, dependendo do familiar. (Qi 07)*

*Traria mais confiança ao paciente, fazendo-o sentir que não está só e longe dos familiares, ficariam mais calmos em certas situações. (Qi 21)*

*O familiar pode dar apoio psicológico ao paciente, mais segurança, ajudar na higiene e alimentação. Com isto há possibilidade de uma recuperação mais rápida e alta do paciente. (Qi 22)*

*Haveria a possibilidade de realizar algumas tarefas de enfermagem: auxiliar na alimentação e higiene pessoal dos pacientes. Proporcionando apoio psicológico e afetivo ao paciente. (Qi 30)*

Segundo Plowright (1996), em estudos realizados, foi possível comprovar que a equipe intensivista acredita na importância dos cuidados

assistenciais realizados pelos parentes ou significantes, no entanto, só os permitem esporadicamente.

Quando os intensivistas foram questionados se gostariam de permanecer junto a um familiar seu internado em terapia intensiva, 83% responderam afirmativamente, 47% referiram-se ao auxílio no campo do emocional, 5% também enfocaram o plano biológico, mas 42% só enfatizaram o emocional do doente, a tal ponto que 22% enfocaram a expressão “*apoio emocional*” e 11% dos intensivistas preocuparam-se com a solidão do doente.

*Para poder lhe dar apoio, pois num momento tão difícil eu gostaria de estar presente. (Qi 19)*

*A presença do familiar reforça o apoio psicológico do paciente, uma vez que este esteja carente em suas necessidades básicas. (Qi 22)*

*Com certeza, para dar mais confiança, transmitir mais amor, para que o paciente não se sinta sozinho. (Qi 11)*

*Porque não quero que o familiar fique isolado, porque o paciente fica inibido, constrangido quando na presença de estranhos. (Qi 24)*

Echer *et al.* (1996), em uma pesquisa publicada, compreendem que o familiar contribui efetivamente para a recuperação do paciente internado em unidade de terapia intensiva, promovendo a saúde de forma integral. Bezerra *et al.* (1998, p. 135), fundamentadas em Nogueira, reforçam também “que a família constitui o grupo social mais importante do indivíduo e uma das suas funções mais importantes é auxiliar na estabilidade emocional dos seus membros.”

Os intensivistas têm discutido freqüentemente as adversidades que a unidade de terapia intensiva tem proporcionado ao paciente, como o “isolamento, a perda do referencial, a desconsideração pela dignidade e pelo pudor individual e pela autodeterminação”, segundo Cardoni (1991, p.17). Assim, os médicos estão ponderando muito mais as internações em terapia intensiva.

Um percentual de 14% dos intensivistas, na sua maioria médicos, justificaram que gostariam de permanecer junto ao seu familiar na unidade de terapia intensiva para atender a suas próprias necessidades humanas básicas instaladas no plano psicológico.

*Porque iria me sentir mais tranqüilo do que na sala de espera. O familiar transmite mais tranqüilidade. (Qi 14)*

*Porque diminuiria a ansiedade própria por saber o estado do familiar de forma mais contínua do que apenas uma vez ao dia pelo curto período de visitação. (Qi 30)*

*Porque acho que poderia ajudar, mas principalmente, isso traria tranqüilidade a minha pessoa, já que ficaria com mais dados a respeito de sua situação. (Qi 34)*

Os intensivistas são seres humanos que cuidam de outros seres humanos; entretanto, quando estão no papel de familiares de doentes internados em terapia intensiva também têm carências que precisam ser atendidas. Assim, Lautert, Echer & Unikovsky (1998) referem que todo o familiar deveria ter espaço junto ao profissional de saúde para manifestar suas angústias, aflições ou outros problemas que interferem na sua família, pois o seu bem-estar pode refletir-se diretamente também na recuperação do paciente.

Freitas, Kaphan e Sarzi, citados por Dal Sasso (1994, p.75), questionaram quais as necessidades dos familiares e dos pacientes internados em UTI, sendo salientada “a importância do contato familiar, do conhecimento prévio da UTI, do significado dos seus equipamentos e, sobretudo, da atuação do enfermeiro no acompanhamento e atendimento das necessidades básicas dos familiares.”

Outros 14% reforçam que como familiares auxiliariam na prática assistencial, pois são conhecedores dessa prática. Já 60% dessa parcela destacam apenas a ajuda no campo biológico e, coincidentemente, esses são da equipe de enfermagem. Os restantes 40% entendem que auxiliariam tanto na esfera biológica como na psicológica, sendo esses enfermeiros e médicos.

*Para participar do atendimento. (Qi 07)*

*Mas só em certos momentos (não em procedimentos invasivos e em parada cardíaco-respiratória) porque sou funcionária e ajudaria nos procedimentos. Conheço os hábitos do paciente. (Qi 25)*

*Para dar assistência, apoio moral, ajudar a controlar soro, medicação, enfim no geral. (Qi 02)*

Santos, apud Lautert, Echer & Unicovsky (1998, p. 126), afirma que "... o profissional pela sua impotência terá que reconhecer que ele não sabe tudo e não poderá resolver tudo, precisando da ajuda da família". Segundo Lautert, Echer & Unicovsky (1998), o parente pode entender melhor o doente, posto que o conhece na sua intimidade, possuindo condições de identificar suas necessidades mais rapidamente para o seu pronto atendimento. Conforme Favretto, citado por Rocha, Guaragni e Bettoni (1996, p. 139),

O sucesso do tratamento, a aceitação, o entendimento, a cooperação do paciente e da família é alcançada através do relacionamento terapêutico entre esses e a equipe de saúde aliado à tecnologia apropriada. Pois não se cura um desesperado com alguns comprimidos, estes podem adormecer-lhes os males, podem, às vezes, suprimi-los, fazê-los menos desesperados. Mas, a felicidade, aspiração essencial de todo o ser humano, não se distribui em cápsulas ou injeções, mas sim por gente que cuida de gente.

A maioria (60%) dos intensivistas que não têm interesse em manter o familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva, gostaria de permanecer junto ao doente se esse fosse seu familiar, pois eles estariam mais aptos técnica e emocionalmente do que um outro acompanhante desconhecedor desta ciência. Mais da metade (66%) desses profissionais que não têm interesse em manter o familiar junto ao doente nesta unidade, desde que o enfermo não seja seu parente, julgam que um familiar leigo a esse ambiente atrapalharia a dinâmica da unidade de terapia intensiva ou que o espaço físico limitado impede a presença prolongada do familiar. No entanto, se o parente envolvido é o profissional de saúde que tem experiência em terapia intensiva, considera poder transmitir segurança e assistência técnica ao seu doente ou para satisfazer as suas próprias necessidades. Para tanto, traça-se, a seguir, um paralelo entre os depoimentos que abordam as questões como o interesse em manter um familiar junto ao paciente e o desejo de

permanecer junto a um familiar seu internado, na unidade de terapia intensiva, a fim de evidenciar mais claramente estas afirmações.

*O familiar fica ansioso, atrapalha o profissional quando o paciente é muito grave, porque o familiar questiona solicita muito. Se o paciente for menos grave, o familiar ajuda. (Qi 03)*

Mas se o familiar for o próprio intensivista, ele crê que...

*Daria segurança, tranqüilidade e conforto ao paciente e à equipe de enfermagem (Qi 03)*

*Porque modificaria muito as rotinas e dificultaria mais o atendimento. (Qi 21)*

No entanto, se o doente for parente deste profissional, ele desejaria ficar junto ...

*Porque eles confiam em mim, e na experiência que tenho. Mas não significa que outros familiares tenham as mesmas condições que eu. (Qi 21)*

*Não existem locais adequados para os mesmos ficarem, e em situação de urgência por despreparo e diferenças no atendimento aos pacientes graves poderia haver problemas, inclusive de ordem jurídica (Qi 34)*

Porém, quando questionado se o enfermo fosse seu familiar, respondeu:

*Acho que poderia ajudar, mas principalmente isso traria tranqüilidade a minha pessoa, já que ficaria com mais dados a respeito de sua situação. (Qi 34)*

Acredita-se que os intensivistas e outros profissionais da área são, de certa forma, cobrados a permanecerem neste meio, devido à bagagem de conhecimento que carregam, posto que sua atitude frente ao paciente será de grande valia, pois lhe fornecerá um suporte emocional, não só por ser conhecedor da área, mas por ser íntimo do doente, o que lhe proporcionará segurança em um ambiente estranho. Todavia este profissional necessita ser devidamente orientado quanto ao quadro do seu parente, assim como qualquer outro familiar estranho ao serviço, e previamente orientado quanto ao diagnóstico, tratamento, prognóstico, equipamento e ao ambiente em si.

Já 17% destes profissionais alertam para a falta de estrutura física adequada desta unidade em estudo, chegando a referir que gostariam de permanecer junto ao seu familiar na unidade de terapia intensiva se esta tivesse um espaço apropriado ou fosse permitida a sua permanência. A seguir, estabelece-se também um paralelo entre suas respostas:

*Não há estrutura física para tal prática, no momento, nesta unidade. (Qi 33)*

Assim, em sua justificativa por desejar estar junto a um familiar seu aborda que proporcionaria...

*Suporte psicológico e auxílio nos cuidados básicos do paciente, porém somente se a estrutura de trabalho na unidade possibilita esta prática. (Qi 33)*

Outros 17% salientam que se sentem capazes de estar junto com seu familiar na unidade de terapia intensiva, pois têm conhecimento da unidade e das condutas nesta área, merecendo portanto uma maior confiabilidade como se pode perceber neste depoimento:

*O familiar fica mais tenso, apavorado e pode transmitir para o paciente. Atrapalha a dinâmica da UTI (assistência de enfermagem). Poderia ter mais horários de visitas em outros turnos. (Qi 13)*

No entanto, se este intensivista for o familiar em questão, gostaria de permanecer junto ao seu familiar justificando assim:

*porque aqui tenho conhecimento de patologia, técnicas e aparelhos. (Qi 13)*

Percebe-se que entre todos os intensivistas, 19% comentaram quanto ao horário de visita, que limita o contato entre o doente e o seu familiar, sugerindo, na grande maioria, um aumento no número de horários de visitas ou até mesmo a liberação do mesmo. Aproximadamente 10% desses profissionais não gostariam de permanecer junto ao paciente por um período mais prolongado, como se pode comprovar através destes depoimentos.

*Porque acho que seria mais importante ter acesso a mais horários de visita (manhã, tarde e noite), pelo menos uns cinco minutos para cada visitante ou familiar. Permanecer junto ao paciente seria deprimente demais! (Qi 18)*

*Particularmente acho que o número ou melhor dizendo a frequência do horário de visitas deveria ser ampliado; visita de duas ou três vezes ao dia. (Qi 26)*

*Por não ter tempo e por saber que a minha ajuda seria apenas emocional, e esta ajuda emocional poderia ser dada em alguns momentos do dia, desde que tivesse liberdade de acesso. (Qi 29)*

Esse pensar dos intensivistas fortalece a importância que deve ser dada à presença do familiar, uma vez que nestas condições se colocam como familiares, inclusive agindo mais emocionalmente do que tecnicamente.

#### **4.4 As informações fornecidas pela equipe intensivista**

Uma observação da equipe intensivista foi realizada para detectar as formas utilizadas para prestar informações a pacientes ou familiares quando forem solicitadas ou não. Para tanto, utilizou-se um roteiro previamente estruturado. Dessa maneira, pode-se clarificar como as informações são fornecidas dentro do ambiente da terapia intensiva aos pacientes e seus familiares.

Essa unidade utiliza pelo menos quatro modos de informar os familiares quanto ao estado de saúde. A primeira delas é através do boletim informativo, no qual está presente o número do leito, o nome do paciente e o estado de saúde resumido através das palavras bem, regular ou grave, constando ainda se o paciente recebeu alta, transferência ou se foi a óbito. Esse formulário, uma vez preenchido e assinado pelo intensivista médico de plantão, é enviado ao setor de recepção da instituição, onde tanto a telefonista quanto os funcionários da portaria tem acesso para orientar os visitantes. Os horários de sua emissão são às 07 horas da manhã, às 13 horas da tarde e às 19 horas da noite.



Como os boletins informativos são muito generalistas, engessados com palavras como grave, regular ou estável, acabam não respeitando as particularidades do estado e da evolução do quadro de saúde de cada paciente (Mussi, 1999). Além disso, não satisfazem às necessidades dos familiares quanto a informações específicas e detalhadas, criam maior ansiedade nos parentes e impedem que os mesmos entendam o estado de saúde do paciente e o seu tratamento, impossibilitando-os de cooperarem (Mussi, 1999).

A segunda maneira de conhecer o estado de saúde do doente é através da conversa com o intensivista logo após os horários de visitas, que atualmente são dois, distribuídos no turno da manhã e da tarde. Essas informações dependerão da solicitação e do interesse dos familiares ou da premência do caso, isto é, se o familiar precisa ser comunicado de algo em especial quanto ao paciente ou é necessário o seu consentimento para realização de um procedimento no tratamento do doente.

Em um estudo realizado, Domingues, Santini & Silva (1999), num hospital público de ensino, detectaram que os familiares interpelavam as enfermeiras da terapia intensiva, a fim de entender melhor o quadro clínico de saúde do seu ente querido. No entanto, também perceberam que a interação entre os familiares e essas profissionais era muito pequena, pois as informações só eram fornecidas se solicitadas. Enfatizam que as orientações deveriam ser em um ambiente da unidade de terapia intensiva, mas antes do horário de visitas.

Quando o estado de saúde do paciente agrava-se, o familiar é avisado e solicitada a sua presença na unidade para lhe detalhar o quadro de saúde atual. Assim, é realizada a terceira forma de informar o familiar. Já o quarto modo de as informações serem fornecidas parte de iniciativas dos próprios familiares que, por desconhecerem as rotinas da unidade ou por estarem no limiar de sua angústia, batem à porta da unidade, fora do horário de visitaçã, e pedem a um membro da equipe intensivista informações mais detalhadas,

quanto às condições do enfermo. Echer *et al.* (1999), apoiadas em Andrade *et al.*, salientam que os profissionais enfermeiros são sabedores que as informações e o apoio emocional são as principais carências dos familiares de pacientes internados em terapia intensiva.

Além disso, por ocasião da internação do paciente na UTI, os familiares recebem um *folder* com orientações sobre os horários de visitas, sobre o sistema de informações prestado, sobre a forma de utilização da sala de espera, bem como sobre a necessidade de providenciar materiais de higiene pessoal para o paciente. Nesse *folder* é explicitado que, se o familiar desejar maiores informações, pode solicitá-las à enfermeira responsável pelo turno. Percebe-se, portanto, nesse caso, que existe uma preocupação em manter o familiar orientado, se assim este o solicitar, quanto ao estado de saúde do paciente.

Foi possível observar que, na grande maioria das vezes, as informações eram fornecidas pelos médicos intensivistas quanto ao quadro clínico do doente e perspectivas de evolução, sendo, em quase sua totalidade, solicitadas pelos familiares. Em alguns casos, o estado de saúde e detalhes sobre seu tratamento eram fornecidos aos parentes pelo próprio médico assistente<sup>37</sup> do paciente.

Os médicos, geralmente, explanam sobre a patologia em si. Já os familiares demonstram interesse em saber detalhes quanto ao tratamento, ao prognóstico, bem como à finalidade, à necessidade e ao tempo de uso de equipamentos especiais, como o monitor cardíaco e o respirador mecânico (Domingues, Santini & Silva, 1999). Assim, quanto aos equipamentos e ao ambiente, as informações devem ser disponibilizadas tantas vezes quantas forem necessárias pela equipe intensivista, sendo necessário que a enfermeira, ao esclarecer essas dúvidas aos acompanhantes, identifique sinais de

---

<sup>37</sup> É o médico, escolhido pelo paciente e/ou seus familiares, é o médico responsável pelo paciente e não necessariamente um médico intensivista.

insegurança e medo para tranquilizá-los o quanto antes, tornando-os confiantes e seguros quando em frente ao doente (Domingues, Santini & Silva, 1999).

O fato de os médicos informarem mais os familiares que as enfermeiras, talvez seja porque essas profissionais são reconhecidas publicamente como não-autorizadas a orientar quanto ao diagnóstico, tratamento, prognóstico, alterações no estado de saúde do doente ou assuntos afins. No entanto, as enfermeiras podem acompanhar as informações dadas aos familiares pelo médico, auxiliando-o com dados mais precisos e completos; repetir tais informações aos acompanhantes, quando for necessário; orientar sobre a relevância dos aparelhos utilizados, além de ter a iniciativa de estabelecer os diálogos com os familiares sobre o paciente, demonstrando interesse e envolvimento pela situação, criando uma maior confiabilidade entre os acompanhantes e a equipe de profissionais (Domingues, Santini & Silva, 1999).

O ideal seria que os familiares, antes de o doente internar na UTI, fossem orientados quanto ao tratamento, aos riscos, ao ambiente diferente, à sua dinâmica e aos seus aparelhos, e que, durante a internação, recebessem informações freqüentes e sistematizadas, uma vez que dessa forma estariam menos ansiosos e poderiam proporcionar segurança ao paciente e auxiliá-lo no tratamento (Domingues, Santini & Silva, 1999). Curry (1994) reforça afirmando que as informações poderiam ser fornecidas por um médico e um enfermeiro diariamente e se possível repetidas.

Lautert, Echer & Unicovsky (1998) enfocam que a orientação prestada por uma enfermeira pode tranquilizar o familiar, desde que essa seja clara e objetiva. Salientam também que o fator tempo, problematizado pela maioria das enfermeiras, poderá ser contornado se estas orientações forem reconhecidas como relevantes e sistematizadas adequadamente, ao ponto de serem incorporadas às rotinas desta unidade, como a verificação dos sinais vitais, os quais são fundamentais na terapia intensiva.

Mussi (1999) afirma que os profissionais de saúde exercem poder sobre o paciente e seus familiares de diversas formas, sendo que a linguagem científica constitui uma delas, pois torna-se incompreensível às pessoas que não atuam neste ambiente. No entanto, percebeu-se que a maioria dos intensivistas, deste estudo, preocupavam-se em utilizar uma linguagem mais simples para facilitar a compreensão, mostrando-se, portanto, interessados no entendimento da informação solicitada. Sentia-se em certos momentos a dificuldade de substituir palavras como cateter e rubor, por exemplo, que são considerados vocábulos simples na linguagem desses profissionais, mas desconhecidas para os indivíduos que não têm um envolvimento com a área da saúde. Todavia, quase todas as informações eram sucintas, limitadas aos questionamentos do visitante, mantendo um tempo médio de dois a três minutos por visitante, o que denota um despreparo para lidar com as angústias e necessidades dos familiares.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, através deste estudo, que os pacientes internados na UTI salientam o bom atendimento por parte da equipe intensivista, embora refiram falta de privacidade, distração e liberdade nesse ambiente. Desejam a presença do familiar junto a eles, durante o tratamento intensivo, para lhes transmitir mais confiança e segurança, enfocando a afetividade e o apego aos familiares.

A grande maioria dos familiares dos pacientes entrevistados são mulheres, destacando-se esposas e filhas. Possuem o primeiro grau incompleto, exercem atividades diversas, incluem-se na faixa salarial de 1 a 5 salários mínimos, residem no meio urbano e são cristãs. Observa-se através dos dados que pouco mais da metade dos entrevistados já assistiram a um familiar na unidade de terapia intensiva e que gostariam de estar junto do mesmo para lhe dar força neste momento de crise, além de acompanhar de perto o seu tratamento. Ressaltam também a importância de sua presença junto ao familiar doente para proporcionar-lhe segurança e confiança. Dessa forma, acreditam que poderiam contribuir no tratamento, através da realização de cuidados básicos como alimentação e higiene, bem como oferecer apoio emocional. Todavia, em momentos de agravo no quadro clínico do doente e em situações de urgência na unidade, pensam que se tornaria inadequada sua permanência no local.

A maioria dos intensivistas, neste trabalho, são auxiliares/técnicos de enfermagem, mulheres, com mais de cinco anos de experiência em terapia intensiva. Revelam interesse em manter o familiar do paciente na unidade de terapia intensiva em determinadas condições e quando os pacientes fossem lúcidos, conscientes, cardiopatas e deprimidos. Consideram fundamental a orientação quanto a cuidados básicos de saúde, para evitar a reinternação, disponibilizando o tempo que for necessário para orientar o familiar. Acreditam que os familiares não devam permanecer nos momentos em que ocorram paradas cardíaco-respiratórias e/ou procedimentos invasivos, mas que o familiar auxiliaria na dinâmica da unidade de terapia intensiva, apoiando o doente emocionalmente nesta fase difícil da vida. Gostariam também de estar junto a um familiar seu, se esse estivesse internado na unidade de terapia intensiva, para lhe proporcionar apoio emocional.

Comparando-se os três segmentos pesquisados, ou seja, os pacientes, os familiares e a equipe intensivista, é possível estabelecer relações. Assim, percebe-se que tanto os pacientes como os seus familiares gostariam de permanecer juntos, no mesmo ambiente, durante o tratamento intensivo. A família salienta que poderia dar apoio emocional, na forma de segurança e confiança, e o paciente refere que sente a falta desse tipo de apoio de seus familiares neste momento. No entanto, a equipe intensivista só tem interesse em manter o familiar junto ao paciente em algumas situações, embora reconheça que os familiares poderiam contribuir efetivamente no tratamento, proporcionando suporte emocional ao paciente. Todavia, familiares e intensivistas concordam que, em momentos de emergência ou durante procedimentos invasivos, não seria apropriada a presença do familiar na unidade de terapia intensiva.

Em percentuais menores, mas não menos significativos, pacientes, familiares e intensivistas tecem comentários quanto ao horário de visitas que, além de ser reduzido e determinado previamente pela instituição, não possibilita privacidade.

Outro ponto a ser destacado, nesta comparação, é a disponibilidade dos familiares em manterem-se juntos ao paciente por um período maior que duas horas, nesta unidade. Essa necessidade é fortificada pela atitude dos intensivistas que se disponibilizam a orientar os familiares quanto a noções básicas de saúde por um período indeterminado, desde que promova a saúde e previna a doença, evitando reinternações.

Os três segmentos da população desta pesquisa apresentam visões distintas de um único quadro da vida: a doença. Essa é encarada pelo paciente como algo que o limita em suas atividades, o isola de seu meio de relação, seja ele social, profissional ou familiar; traz-lhe angústia e sofrimento, tanto físico como emocional, porém lhe propõe mais um objetivo: o restabelecimento de sua saúde. O paciente em terapia intensiva sente de uma maneira muito forte a ausência de seu meio familiar, uma vez que, quando existem os horários de visitas, esses são, em sua maioria, limitantes em tempo e em número de visitantes.

Constatou-se também que a família enfrenta a doença como uma fase difícil que surge repentinamente e que, ao mesmo tempo em que afasta seus integrantes, aproxima-os através dos laços de fraternidade e solidariedade, recuperando forças e as combinando para restabelecer o equilíbrio corpóreo do paciente. Assim, a família também adocece, precisando reestruturar-se frente a essa nova situação.

O familiar de paciente internado em unidade de terapia intensiva apresenta um mal-estar por ser obrigado a manter-se afastado e não conseguir acompanhar nem compreender em detalhes o tratamento dedicado ao seu doente. O familiar permanece, por longos momentos, na sala de espera, distante, solitário e angustiado na tentativa de acompanhar o paciente e apoiá-lo emocionalmente, nos curtos períodos de visitação.

O intensivista, com um olhar mais voltado para o campo biológico, esforça-se de todas as formas, utilizando fármacos, procedimentos e tecnologia avançada para recuperar o equilíbrio hemodinâmico do seu cliente, a fim de lhe restabelecer a saúde.

Assim, todos os três, paciente, familiar e intensivista participam individualmente de maneira solitária e lutam a fim de contribuir cada vez mais para atingirem um mesmo objetivo: recuperar a saúde. Logo, o sentimento de parceria precisa ser comum, como o objetivo, e isso contribuirá com a recuperação do paciente de forma integral: todos percebendo-se como membros fundamentais, neste empreendimento, e interagindo de forma conjunta, como uma equipe coesa e não como pontos isolados, pois os esforços não devem estar dispersos, mas, sim, unidos.

Acredita-se em um sistema de visitas flexível e/ou em uma permanência do familiar junto ao paciente por um período mais prolongado, a fim de proporcionar um acompanhamento orientado do paciente, de forma não obrigatória, mas considerando e valorizando as particularidades. Dessa forma, os familiares que assim desejassem seriam orientados previamente sobre como proceder dentro da unidade, sobre o diagnóstico do paciente, seu tratamento, prognóstico, e sobre a importância dos equipamentos instalados no paciente. Essa orientação poderia ser realizada por um enfermeiro ou por um médico ou, ainda, por uma equipe de profissionais de saúde, sendo importantes além das contribuições da enfermeira da unidade, do médico assistente, e as do intensivista, as do assistente social e do psicólogo. Assim, o familiar não permaneceria em casa ou na sala de espera ansioso ou estressando-se e comprometendo sua saúde, pois o seu tempo poderia ser melhor aproveitado se estivesse junto ao seu paciente, contribuindo na sua recuperação, transmitindo-lhe segurança, confiança, recebendo orientação quanto à promoção da saúde por profissionais especializados e, eventualmente, realizando cuidados básicos de saúde.



Não se pretende de forma alguma sobrecarregar, exaustivamente, a família, responsabilizando-a e exigindo que se disponibilize a permanecer mais tempo junto ao seu paciente na unidade de terapia intensiva. No entanto, para aqueles familiares que assim o desejarem e, na medida do possível, sugere-se que as instituições estimulem essa prática, calcada na prestação de informações mais específicas e detalhadas, bem como nas orientações ao familiar, a fim de tranquilizá-lo, apoiando-o para que possa auxiliar no tratamento do paciente, pois, assim, esse poderá sofrer o mínimo possível durante a terapia intensiva, retornando ao seu meio de convívio social com uma qualidade de vida que todo o ser humano merece.

Embora tenham surgidos aspectos negativos relacionados à forma da equipe intensivista cuidar o paciente e seus familiares, necessitando de discussão por parte da pesquisadora, essa sente-se incomodada, pois tem convicção de que os intensivistas, dentro do contexto apresentado, agem com muito esforço para atender a seus objetivos no tratamento ao paciente. Vê-se, entretanto, a necessidade de os objetivos da equipe intensivista serem ampliados em direção ao cuidado humano.

Portanto, além de identificar o que o paciente, o familiar e o intensivista pensam a respeito de uma permanência mais prolongada do familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva, este estudo pode esclarecer uma conjuntura para conscientizar os indivíduos envolvidos com esses problemas e com suas condições geradoras, para tomadas de decisão, abrindo espaço para que os três segmentos desta população compreendam o contexto de uma internação em terapia intensiva e se comprometam com a realidade vivenciada a fim de modificá-la.

**ANEXOS**

## ANEXO A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA COM O PACIENTE E COM O FAMILIAR

### 1. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA COM O PACIENTE

O presente questionário objetiva coletar dados dentro do tema “*O familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva*”, trabalho que faz parte do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Desenvolvimento Regional da UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC. É de suma importância a sua participação, uma vez que os dados deste questionário permitirão traçar um paralelo entre os dados obtidos junto aos familiares e pacientes da unidade de terapia intensiva.

Autora: Maristela Soares de Rezende      Orientador : Ingrid Marianne Baecker

1) Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 2) Profissão: \_\_\_\_\_

2) N° de internações em UTI: \_\_\_\_\_ 4) Data: \_\_\_\_\_ 5) Idade: \_\_\_\_\_

6) Sexo: (   ) F   (   ) M   7) Origem: \_\_\_\_\_

8) Como você se sente na unidade de terapia intensiva? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9) Gostaria de ter um familiar junto à UTI?   Sim   Não

Por quê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA COM O FAMILIAR

1) Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ 2) Sexo: F M 3) Idade: \_\_\_\_\_

4) Reside em meio: urbano rural 5) Religião: \_\_\_\_\_

6) Formação Profissional: \_\_\_\_\_ 7) Atividade profissional: \_\_\_\_\_

8) Perfil socioeconômico: \_\_\_\_\_ salários mínimos(n°.)

9) Grau de escolaridade: 1º grau incompleto 1º grau 2º grau  
incompleto 2º grau 3º grau incompleto 3º grau.

10) Como você se sente com um familiar na UTI?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) Você já assistiu um familiar seu nestas condições (na UTI) ? Sim Não

12) Você acha importante a permanência do familiar junto ao paciente na unidade de terapia intensiva? Sim Não Às vezes Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13) Gostaria de permanecer junto ao familiar doente? Sim Não Às vezes  
Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14) Tempo disponível: Manhã Tarde Noite Indiferente 1 hora  
2 horas + de 2 horas

15) Que cuidados assistenciais você poderia desenvolver junto ao seu familiar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16) Quais as situações em que se tornaria difícil a sua presença junto ao paciente na terapia intensiva?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO B - QUESTIONÁRIO APLICADO COM A EQUIPE INTENSIVISTA

1) Profissão: Médico Enfermeiro Técnico Auxiliar de Enfermagem

2) Sexo: Feminino Masculino

3) Tempo que atua em UTI: Eventualmente há menos de 1 ano de 1 a 3 anos 3 a 5 anos + de 5 anos

4) Há interesse de manter o familiar junto ao paciente na UTI? Sim Não

Às vezes Quando? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

5) Seria possível evitar a reinternação do paciente, orientando os familiares quanto a noções básicas de saúde? Sim Não

Comentários: \_\_\_\_\_

6) Você disponibilizaria tempo para prestar informações aos familiares quanto a condições, necessidades e cuidados de saúde do paciente? Sim Não Se a resposta for afirmativa, quanto tempo? \_\_\_\_\_

7) Quais as situações em que o manejo do familiar tornar-se-ia complicado no ambiente da UTI ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8) Quais os benefícios que o familiar traria à dinâmica da assistência da terapia intensiva?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9) Você gostaria de estar junto a um paciente na UTI se este fosse um familiar seu?    Sim    Não    Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muito obrigado pela  
colaboração





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALTHOFF, Coleta R., ELSEEN, Ingrid, LAURINDO, Alessandra C. Família: O Foco de Cuidado da Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.7,n.2, p.320-327, mai./ago. 1998.
- 2- ANGERAMI-COMON, Valdemar Augusto. O Psicólogo no Hospital. In: ANGERAMI-COMON, V.A. *et al. Psicologia Hospitalar: Teoria e prática*. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 15 – 28.
- 3- BARBOSA, Sayonara de Fátima. *Indo Além do Assistir - Cuidando e Compreendendo a Experiência de Conviver com o Cliente Internado em Unidade de Terapia Intensiva*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. 180 p. (Dissertação, Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- 4- \_\_\_\_\_. *A Transcendência do Emaranhado Tecnológico em Cuidados Intensivos – A (re) invenção do Possível*. Blumenau: Nova Letra, 1999. 128 p.
- 5- BARRETO, S.M. e colaboradores. *Rotinas em Terapia Intensiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 329-332.

- 6- BECK, Carmem Lúcia Colomé. *O Processo de Viver, Adoecer e Morrer: Reflexões com Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. 132 p. (Dissertação, Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- 7- BENDIX, R. *Construção Nacional e Cidadania: estudos de nossa ordem social em mudanças*. Tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996. 401p.
- 8- BETTINELLI, Luiz Antonio. *Cuidado Solidário*. Passo Fundo: Ed. Pe. Berthier, 1998. 172 p.
- 9- BEZERRA, A. L. Q. *et al.*. Gestos e posturas dos enfermeiros durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.32, n.2, p. 134-9, ago. 1998.
- 10-BRASIL. Decreto nº 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Revista Bioética*, v. 4. n. 2, suplemento 1996.
- 11-BRUHNS, Heloísa Turini. *Conversando sobre o corpo*. Campinas/São Paulo: Papyrus, 1989. p. 45-81.
- 12-CAMPOS, Eugênio Paes. A doença como expressão do processo de socialização. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*, v. 1, n. 2, p. 92-96, abril/maio/junho 1997.

- 13-CARDONI, MÁRIO G. O Paciente no CTI. In: BARRETO, S.M. e colaboradores. *Rotinas em Terapia Intensiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.13-19.
- 14-CARRARO, Vanderlei. *O Ser Humano Inconsciente: Como o Seu Familiar o Compreende*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 111 p. (Dissertação, Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- 15-CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 164p.
- 16-COLLA, M. M., ALMEIDA, S. S. Contextualizando o processo saúde – doença. *Revista da Saúde da URCAMP*, Bagé, v. 3, n. 1, jan./jun. 1999.
- 17-CORRÊA, A. K. O Paciente em Centro de Terapia Intensiva: Reflexão Bioética. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 297- 301, dez. 1998.
- 18-COSTA, M. P. F., PEIXOTO, M. S. P., URRUTIA, G. I. D. C .E. Doença cardiovascular e mulher: reflexão para enfermeira. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 6, n. 6, suplemento A, nov./dez.1996.
- 19-COSTENARO, R.G. S., DAROS, A., NEVES-ARRUDA, E. O significado do cuidado na perspectiva dos pais de crianças e adolescentes internados em uma unidade pediátrica. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 111-126, 1998.
- 20-CURRY, Stephen. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. *Nursing*, Lisboa, ano 08, n. 94, p. 26-28, nov. 1995.

- 21-DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. Compreendendo o ser saudável através do processo saúde-doença. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 120-138, jul./dez. 1992.
- 22-\_\_\_\_. *A Crise como uma Oportunidade de Crescimento para a Família que Enfrenta uma Doença Aguda – Um Desafio para a Enfermagem*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994. 228 p. (Dissertação, Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- 23-DAÓLIO, Jocimar. *Cultura do corpo*. Campinas/São Paulo: Papyrus, 1994. p. 31-90.
- 24-DOMINGUES, C. I., SANTINI, L., SILVA, V. E. F. da. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 39-48, mar. 1999.
- 25-DU GAS, Beverly Witter. *Enfermagem Prática*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1988. p.311-316; 535-529.
- 26-DUKAN, Helen A., R. N., M. A. *Dicionário Andrei para enfermeiros e outros profissionais da saúde*. 2. ed. São Paulo: 1995. p. 261,784.
- 27-ECHER, Isabel C. *et al.* Orientações a familiares de pacientes de um Centro de Tratamento Intensivo – relato de experiência. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 4 –7, abril 1996.
- 28-\_\_\_\_. Opinião dos visitantes sobre a sistemática de visitação a pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 57-68, jan. 1999.

- 29-ESPÍRITO SANTO, T. de J. M. Segurança emocional como necessidade humana básica – atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.38 (3/4), p. 231-236, jul./dez. 1985.
- 30-FELISBINO, J.E. *Processo de Enfermagem na UTI: uma proposta metodológica*. São Paulo: EPU, 1994. 93 p.
- 31-FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- 32-FERREIRA, Beatriz Almeida. Considerações sobre fatores de risco para doença coronariana. *Nursing, Brasil*, ano 3, n.24, p.30-4, maio, 2000.
- 33-GOMES, Alice Martins. Organização da unidade. Critérios para admissão e alta. In: GOMES, Alice Martins. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: EPU, 1978, p. 3-10.
- 34-\_\_\_\_. Planta física, equipamentos e dotação de pessoal. In: GOMES, Alice Martins. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: EPU, 1978, p. 11-24.
- 35-GONÇALVES, Maria Augusta. *Sentir, pensar e agir*. Corporeidade e educação. Campinas/São Paulo: Papirus, 1994. p. 13-37, 39-71.
- 36-GONÇALVES, Eliane. Pensando o gênero como categoria de análise. In: *Universidade Católica de Goiás*. Vice-reitoria para assuntos comunitários e estudantis. Programa interdisciplinar da mulher. Cadernos da área, n.7. Goiânia: Ed. UCG, p. 41-60, 1998.

- 37-GRUDTNER, Dalva Oliveira. A família na UTI. *Revista Ciências da Saúde*, Florianópolis, v.13, n. 1 e 2, p. 176-180, 1994.
- 38-GUIRARDELLO, E. de B. *et al.* A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 123-129, jun. 1999.
- 39-HELMAN, Cecil G. Cultura. *Saúde e Doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 84-5, 207-8.
- 40-HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. p. 3- 41.
- 41-HOSKINS, L. M. Estresse e adaptação. In: SMELTZER, S. C., BARE, B. G. *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 92-102.
- 42-KAMEL, Dilson, KAMEL, José Guilherme N. *Como prevenir o enfarte do miocárdio através de atividade física e alimentação adequada*. Rio de Janeiro: Editora Sprint, 1996. p. 19.
- 43-LACERDA, Maria Ribeiro. *O Cuidado Transpessoal de Enfermagem no Contexto Familiar*. Curitiba: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 94 p. (Dissertação, Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- 44-LACERDA, Maria Ribeiro, COSTENARO, Regina G. Santini. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem: reflexões. *Vidya*, Santa Maria, v. 18, n. 32, p. 7-13, jul./ dez. 1999.
- 45-LAUTERT, L., ECHER, I. C., UNICOVSKY, M. A. R. O Acompanhante do Paciente Adulto Hospitalizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 118-131, jul. 1998.

- 46-LOPES, M. J. M. O sexo do hospital. In: LOPES, M. J. M., MEYER, D. E., WALDOW, V. R. (org.). *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 76 – 105.
- 47-MAYEROFF, Milton. *A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*. Rio de Janeiro: Record, 1971. p. 95.
- 48-MARCON, Sônia Silva. Percepção de enfermeiros acerca do cuidado/cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.2, n.2, p.65-70, jul./dez. 1997.
- 49-MARQUES, Marília B. *Ciência, Tecnologia, Saúde e Desenvolvimento Sustentado*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991. 93 p.
- 50-MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 220 p.
- 51-MARTINS, Darci Aparecida. *Cuidando do Portador de Síndrome de Down e seu Significante*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1998. 123 p. (Dissertação, Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- 52-MARX, Karl. *O Capítulo VI Inédito de O Capital*. São Paulo: Moraes, 1985. Cap.1, p. 39-108.
- 53-MEDINA, João Paulo Subirá. *O brasileiro e seu corpo: educação e política do corpo*. 4. ed. Campinas/São Paulo: Papyrus, 1994. p. 49 – 99.
- 54-MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6. ed. São Paulo: HUCITEC –ABRASCO, 1999. 269 p.
- 55-MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron, 1994. p. 15 – 27.

- 56-MIYADAHIRA, A. M. K. *et al.* Recursos humanos nas unidades de terapia intensiva no município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 15-23, dez. 1999.
- 57-MONTAGU, Ashlei. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988. 427 p.
- 58-MUSSI, Fernanda Carneiro. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 113-122, jun. 1999.
- 59-NOGUEIRA, M.J.C. Assistência de enfermagem ao familiar. *Revista. Enfermagem Novas Dimensões*. São Paulo, v.3, n. 6. p. 327-46, 1977.
- 60-NUNES, A. M. P., ZAGONEL, I. P. S. Cuidado humano e autocuidado: contribuição de Oren e Watson ao conhecimento da enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.1, n. 1, p. 28-33, jan./jun. 1996.
- 61-OGISSO, Taka. O atendimento residencial. *Revista de Cultura, Ciência e Saúde – Medicis*. n. 01, p. 38-39, nov./dez., 1999.
- 62-OLIVEIRA, C., PADILHA, K. G. , KIMURA, M. Problemática do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. In: GOMES, Alice Martins. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: EPU, 1978, p.31- 35.
- 63-OLIVEIRA, José Domingues de. O adoecer visto por olhares distintos. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*. v. 2, n. 3, p. 99-102, jul./ ago./ set. 1998.
- 64-OLIVIERI, Durval Pessoa. *O “Ser Doente”*: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985. 81 p.



- 65- ORNELLAS, Cleusa Painisset. Os Hospitais: Lugar de Doentes e de Outros Personagens Menos Referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./ jun. 1998.
- 66-PESSINI, Léo. A saúde da mulher. *O mundo da saúde*. São Paulo: ano 23, v. 23, n. 2, mar./ abr. 1999.
- 67-PITTA, A. *Hospital Dor e Morte como Ofício*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 198 p.
- 68-PLOWRIGHT, Catherine I. Necessidades das Visitas na Unidade de Cuidados Intensivos. *Nursing*, Portugal, ano 9, n. 102, p.30-2, jul-agosto,1996.
- 69-POLAK, Ymiracy N. de S. A concepção do corpo no mundo da saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 4-9, jan./jun. 1996.
- 70-\_\_\_\_. A desmecanização do corpo. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 28-31, jan./jun. 1998.
- 71-POLAK, Y. N. de S., MARTINS, N., LABRONICI, L. A corporeidade e o cuidar do adulto da socialidade hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.2, n.2, p. 43-46, jul./dez. 1997.
- 72-REMEN, Rachel Naomi. *O Paciente como Ser Humano*. São Paulo: Summus, 1993, 221p.
- 73-RIBEIRO, Jorge Pinto. Infarto agudo do miocárdio – Diagnóstico e manejo. In: CASAGRANDE, E. L. *et al. Manual de rotinas médicas em terapia intensiva*. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 1997. p 35.

- 74- \_\_\_\_\_. Angina instável – Diagnóstico e manejo. In: CASAGRANDE, E. L. *et al.* *Manual de rotinas médicas em terapia intensiva*. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 1997. p 44.
- 75-RIBEIRO, M. J., KOERICH, C. da L., ARRUDA, E. N. Conforto na hospitalização: a perspectiva infanto-juvenil. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.2, n.2, p.59-64, jul./dez. 1997.
- 76-RIBEIRO, R. de C. N. R. *et al.* Tecnologia e humanização em centro cirúrgico e UTI. *Revista Brasileira de Centro Cirúrgico*, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 15-9, jul./set. 1999.
- 77-ROCHA, V. K., GUARAGNI, A. S., BETTONI, S. Pesquisando a existência de resistência por parte da equipe de enfermagem do CTI em assistir pacientes conscientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 132-139, jul. 1996.
- 78-SANTANA, Maria da Glória. Percepção do corpo como expressão do ser: uma visão através do cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 24-27, jan. / jul. 1998.
- 79-SANTOS, C. R. dos, TOLEDO, N. das N., SILVA, S. C. da. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: Paciente – Equipe de Enfermagem – Família. *Nursing*, Brasil, ano 2, n.17, p. 26-29, out. 1999.
- 80-SANTIN, S. Cuidado e/ou conforto: Um paradigma para a enfermagem. Desenvolvido segundo o costume dos filósofos. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 93-110, mai./ago. 1998.
- 81-SEBASTIANI, Ricardo Werner. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: ANGERAMI-COMON, V.A. *et al.* *Psicologia Hospitalar. Teoria e prática*. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 29 – 71.

- 82-SHARP, S. O stress nas UCI's. *Nursing*, Portugal, ano 9, n. 107, p. 26- 30, janeiro, 1997.
- 83-SILVA, M. J. P. da, DOMINGUES, J. Idosos Asilados – Como Percebem o Toque? *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 20, n. 9, p. 298- 306, out. 1996.
- 84-SILVA, M. J. P. da, GRAZIANO, K. U. A Abordagem Psico-Social na Assistência ao Adulto Hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 291- 296, ago. 1996.
- 85-SILVA, A. L. da, CORRÊA, P. Categoria de gênero na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 52, n. 1, p. 22-36, jan./mar. 1999.
- 86-SOUZA, R.M.C. *Revista Paulista de Hospitais*. n. 36 (1/3): p. 24-9, jan./mar.1988.
- 87-SPITTLE, Loetta. Cuidados ao paciente com distúrbios cardíacos e complicações relacionadas. In: SMELTZER, S. C., BARE, B. G. *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 554.
- 88-TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A Pesquisa Qualitativa em Educação. O Positivismo. A Fenomenologia. O Marxismo*. São Paulo: ATLAS, 1987. p.54-74, 116-166.
- 89-UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. *Normas para Apresentação de Trabalhos de Pós-Graduação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999. 40 p.

- 90-ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Epistemologia do Cuidado Humano – Arte e Ciência da Enfermagem Abstraída das Idéias de Watson. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.5, n. 1, p. 64-81, jan./jun. 1996.
- 91-\_\_\_\_. O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, jul. 1999.
- 92-VANZIN, A. S. et al. *Assistência de enfermagem na saúde do adulto (a nível ambulatorial)*. Porto Alegre: Ed. da Universidade, UFRGS, 1982. p. 11-24.
- 93-WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992.
- 94-\_\_\_\_. Cuidado e a enfermagem: ampliando sua interpretação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 142-153, dez. 1997.
- 95-WATSON, Jean. *Nursing: human science and human care*. East Norwalk; Apleton-Century-Crofts. 1985.
- 96-WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves. Uma contribuição à reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, n. 1, v. 1, p. 34-38, jan./jun. 1996.
- 97-WOLFF, L. D. G., GONÇALVES, L. S., YEDE, S. B. Cuidar/cuidado: elementos e dimensões na perspectiva de pessoas internadas em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 32-39, jan./jun. 1998.