

PERCEPÇÕES E NECESSIDADES DOS FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE CARDIOLÓGICA INTENSIVA

PERCEPTIONS AND NEEDS OF RELATIVES OF CARDIAC INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

PERCEPCIÓN Y NECESIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Silviamar Camponogara ¹
Tanise Martins dos Santos ²
Isabela Lencina Rodrigues ³
Daniele de Almeida dos Santos Amaro ⁴
Monike Moniz Bevilacqua Turra Winderlich ⁵

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Departamento de Enfermagem. Santa Maria, RS – Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. UFSM, Departamento de Enfermagem. Santa Maria, RS – Brasil.

³ Enfermeira Assistencial. UFSM, Hospital Universitário de Santa Maria, Divisão de Enfermagem. Santa Maria, RS – Brasil.

⁴ Enfermeira. MBA em Gestão de Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria. Exército Brasileiro, Hospital de Guarnição de Santa Maria – HGu, Direção de Saúde do Exército. Santa Maria, RS – Brasil.

⁵ Enfermeira. Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas – HC. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Tanise Martins dos Santos. E-mail: tanisemartins17@gmail.com

Submetido em: 21/09/2016

Aprovado em: 30/12/2016

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções e as necessidades dos familiares dos pacientes internados em uma unidade cardiológica intensiva. **Métodos:** investigação do tipo descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com 10 familiares de pacientes internados na Unidade Cardiológica Intensiva de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 11 de outubro de 2011, sob o parecer nº 23081.013113/2011-89. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2011 e abril de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, as quais foram analisadas conforme a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** os achados foram agrupados em duas categorias, destacando-se os sentimentos ambíguos despertados, a vivência de um momento singular de desamparo e de crença. Além disso, evidenciam como principais necessidades: a importância do acolhimento dos familiares, adequação dos horários de visita, melhora na comunicação com a equipe de saúde e fornecimento de informações precisas aos familiares. **Conclusão:** a equipe multiprofissional precisa considerar o binômio paciente-familiar em suas atividades no contexto das unidades cardiológicas intensivas, buscando desenvolver estratégias de acolhimento que possibilitem a humanização da assistência e a otimização da recuperação dos pacientes.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Familiar; Humanização da Assistência; Serviço Hospitalar de Cardiologia.

ABSTRACT

Objective: to know the perceptions and needs of family members of patients admitted to a cardiac intensive care unit. **Methods:** Descriptive research with qualitative approach developed with 10 family members of patients admitted to the cardiac intensive care unit of a university hospital in Rio Grande do Sul. The study was approved by the Research Ethics Committee on 11 October, 2011, under Opinion nº 23081.013113 / 2011-89. Data collection took place between November 2011 and April 2012 through semi-structured interviews, which were analyzed according to Bardin's content analysis. **Results:** The findings were distributed in two categories and highlighted the mixed feelings aroused by the experience of a unique moment of helplessness and belief. In addition, the study revealed as main needs: the importance of hosting the family, adjusting visiting hours, improving communication with the health team and providing accurate information to the relatives. **Conclusion:** The multidisciplinary team needs to consider the patient-family binomial in their activities while in the context of cardiac intensive care units, seeking to develop strategies that may enable the humanization of care and optimization of the recovery of patients.

Keywords: Nursing Care; Family Nursing; Humanization of Assistance; Cardiology Service, Hospital.

Como citar este artigo:

Camponogara S, Santos TM, Rodrigues IL, Amaro DAS, Winderlich MMBT. Percepções e necessidades dos familiares de pacientes internados em uma unidade cardiológica intensiva. REME – Rev Min Enferm. 2016[citado em ____ ____ ____];20:e989. Disponível em: _____
DOI: 10.5935/1415-2762.20160059

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción y las necesidades de familiares de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos. **Métodos:** investigación descriptiva de enfoque cualitativo realizada con 10 familiares de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos de un hospital universitario de Rio Grande do Sul. Aprobado por el Comité de Ética de la institución el 11 de octubre de 2011 bajo dictamen nº23081.013113/2011-89. La recogida de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2011 y abril de 2012, por medio de entrevistas semiestructuradas analizadas según el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** los hallazgos se agruparon en dos categorías, destacándose los sentimientos ambiguos, la vivencia de un momento singular de desamparo y de creencia. Además, se evidencian, como principales necesidades: considerar la importancia de la acogida de los familiares, adecuar los horarios de visita, mejorar la comunicación con el equipo de salud y proporcionar información precisa a los familiares. **Conclusión:** el equipo multiprofesional debe considerar el binomio paciente-familiar en sus actividades en el contexto de la unidad de cuidados intensivos cardiológicos e implementar estrategias de acogida que permitan humanizar la atención y optimar la recuperación de los pacientes.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Enfermería de la Familia; Humanización de la Atención; Servicio de Cardiología en Hospital.

INTRODUÇÃO

O coração é visto, pela maioria das pessoas, sob uma ótica mística, assumindo o papel de sede da vida, dos sentimentos, das paixões e dos princípios morais. Neste sentido, qualquer doença que venha a acometer este órgão é vista pela sociedade em geral como ameaça imediata à vida, debilitando não apenas as funções fisiológicas do indivíduo, como também seu lado emocional.¹ No Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano de 2020 de persistirem como causa principal de mortalidade e incapacitação.²

Quando ocorre a internação hospitalar, devido a doenças cardiológicas graves, o paciente e seu familiar podem vivenciar alguns sentimentos como medo, insegurança, sofrimento, entre outros. Geralmente esses pacientes são encaminhados para a unidade cardiológica intensiva (UCI), um setor diferenciado por exigir equipamentos de alta tecnologia e cuidados especializados. Além do aprimoramento científico da equipe, é necessário o desenvolvimento de habilidades em prol da dinamização do cuidado ao paciente crítico, sendo, portanto, uma unidade capaz de prestar cuidados voltados para o indivíduo cardiopata.^{2,3}

Por se tratar de um local completamente equipado com todos os materiais necessários para detecção e tratamento das complicações das doenças cardíacas, a UCI traz, como consequência, estímulos que podem ser fontes de estresse para o paciente, como perda de privacidade, necessidade de monitorização contínua, restrição ao leito, entre outros. Além disso, a internação pode ter associação com a possibilidade de morte, especialmente em casos mais graves ou quando a cirurgia cardíaca se faz necessária. Acredita-se que essas fontes de estresse prejudicam não só o paciente, como a sua família, por estar vivenciando um momento tão singular.⁴

A hospitalização, por motivo de doença grave e inesperada, pode acarretar desequilíbrio na estrutura familiar. Esse familiar necessita participar do cuidado ao paciente, tem expectativas e dúvidas que devem ser sanadas, devendo todos os trabalhadores

de saúde estar disponíveis às necessidades do familiar. Isso se torna ainda mais relevante quando a internação ocorre em unidade de cuidados intensivos. O enfermeiro intensivista frequentemente é o profissional da equipe citado como responsável pela satisfação das necessidades de familiares do paciente da UCI. Os profissionais de enfermagem devem ser preparados para atuar junto ao binômio paciente-família, no sentido de minimizar os efeitos e transtornos decorrentes de sua hospitalização.^{5,6}

Sabendo do importante papel que a família desempenha no restabelecimento de saúde do paciente e na reintegração do mesmo às suas atividades, acredita-se ser fundamental envolvê-la no processo de internação de seu familiar, visto que ela se encontra num momento de incertezas quanto ao estado de saúde de seu ente. Para isso, é necessário conhecer as questões relacionadas ao significado da internação numa unidade cardiológica intensiva e suas implicações no cotidiano dos familiares e, com isso, promover estratégias de intervenção.

Diante do exposto, desenvolveu-se estudo com a seguinte questão norteadora: quais são as percepções e as necessidades dos familiares dos pacientes internados em uma unidade cardiológica intensiva? E a partir desta delimitou-se, como objetivo do estudo, conhecer as percepções e as necessidades dos familiares dos pacientes internados em uma unidade cardiológica intensiva.

MÉTODO

A pesquisa é do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, tendo sido desenvolvida em uma unidade cardiológica intensiva de um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram 10 familiares de pacientes que se encontravam internados na UCI, sendo a amostra escolhida de forma aleatória, tendo como critérios de inclusão: ter idade de 18 anos ou mais; estar presente no momento das visitas no período da realização das entrevistas; e aceitar participar da pesquisa de forma espontânea.

O convite para participar da pesquisa foi feito de forma individual a cada familiar que aguardava pela visita na sala de espera da unidade, havendo a recusa de um único familiar. Após o convite e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi agendada e realizada a entrevista em sala reservada, priorizando-se o bem-estar e a privacidade dos sujeitos.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de novembro de 2011 a abril de 2012 em três horários destinados à visita aos pacientes da UCI (10:30h às 11:00h, 16:00h às 16:30h, 20:00h às 20:30h), por meio de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e, posteriormente, transcritas. As entrevistas seguiram um roteiro contendo questões atinentes ao objetivo do estudo, no qual foram abordados a relação de convivência do familiar com o paciente antes da internação, o que o familiar entende por unidade cardiológica intensiva, as experiências com familiares internados em UCI e o que isso representa, como a família vivencia o processo de internação e o que modificou, os sentimentos despertados, a identificação dos profissionais que atuam na unidade cardiológica intensiva e sugestões para o serviço.

Para validação do instrumento de coleta de dados e treinamento dos pesquisadores foram realizadas entrevistas-testes, nas quais os enfermeiros e os acadêmicos de iniciação científica inexperientes foram orientados e acompanharam os pesquisadores durante essas primeiras entrevistas. Foram realizadas três entrevistas-testes na primeira quinzena do mês de novembro, sendo que o conteúdo dessas coletas foi utilizado para a análise dos dados. Os dados foram coletados até o momento em que ocorreu a saturação dos mesmos. A saturação aconteceu quando nenhum elemento novo emergiu na análise dos dados, não havendo contribuições para o alcance do objetivo do estudo.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, para execução deste estudo foram respeitadas todas as exigências da Resolução 196/96. Assim, esta pesquisa foi desenvolvida após a aprovação, sob o parecer de número 23081.013113/2011-89, pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Com a finalidade de preservar o anonimato dos familiares, as entrevistas foram identificadas pela letra "E", representando a palavra entrevista, seguida por números arábicos, não seguindo a sequência em que as coletas foram realizadas.⁷

Após a realização das entrevistas, as informações coletadas foram analisadas conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin, a qual se constituiu de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. A primeira etapa foi a pré-análise na qual se organizou o material a ser analisado, tornando-o operacional, ou seja, foram sistematizadas as ideias por meio da leitura flutuante. Foi estabelecido o contato com os documentos da coleta de dados, a constituição do *corpus* com a demarcação do que foi analisado e a formulação de hipóteses e objetivos, bem como a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

Na segunda etapa ocorreu a exploração do material, que consistiu na definição de categorias e na identificação das unidades de registro e, conseqüentemente, obtiveram-se as unidades de contexto nos documentos. E, por fim, houve o tratamento dos resultados. Nesta etapa realizaram-se a inferência e a interpretação dos dados, com a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, consistindo em um momento de utilização da intuição, da análise reflexiva e crítica.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve a participação de 10 sujeitos, dos quais quatro eram do sexo masculino e seis do sexo feminino. A idade dos entrevistados variou de 26 a 67 anos, sendo que eles tinham parentesco de primeiro e segundo graus com o paciente internado. Desses familiares, quatro eram filhos, quatro cônjuges, um irmão e um cunhado dos pacientes internados. Dos 10 entrevistados, sete eram casados e três solteiros.

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que a maior parte dos entrevistados possuía ensino médio completo (40%), seguido pelos que possuíam ensino fundamental completo (35%) e, em menor proporção, pelos com ensino superior completo (25%). Esse indicador mostra a necessidade de adequação da orientação fornecida à família do paciente. Considerar o grau de escolaridade é importante para o nível de compreensão a respeito das informações recebidas, as quais podem até influenciar na recuperação do paciente. Quanto às profissões, as mesmas variaram entre os entrevistados.⁶

O tempo de internação dos pacientes na unidade cardiológica intensiva variou de um a oito dias, sendo o principal diagnóstico infarto agudo do miocárdio (IAM). Conforme dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no Brasil o IAM é responsável por mais de 25% das mortes, havendo aumento de 65% no número de internações no período de 1998 a 2005 (119 mil para 196 mil). Com isso, os gastos da rede pública com o tratamento aumentaram 195% entre os anos de 1998 e 2005 (149 para 449 milhões) e o número de mortes aumentou 10% entre os anos de 1998 e 2003 (76 para 83 mil mortes, por ano).⁹

A análise de conteúdo das entrevistas conduziu à construção de duas categorias: percepções, sentimentos e principais necessidades vivenciadas pelos familiares; e a comunicação entre a equipe de saúde e os familiares.

PERCEPÇÕES, SENTIMENTOS E PRINCIPAIS NECESSIDADES VIVENCIADAS PELOS FAMILIARES

A internação em unidade cardiológica intensiva (UCI) é considerada um momento difícil, pois adoecer do coração, na maioria

das vezes, desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo. A família, além de passar pelas mudanças causadas pelo processo de adoecer do seu parente, ainda se depara com um ambiente até então estranho, com pessoas desconhecidas, onde são executados procedimentos diversificados e, muitas vezes, incompreensíveis. A presença de máquinas gera expectativas com consequente estado de ansiedade, medo, sofrimento e tristeza, as quais podem permanecer até o momento do término da internação.^{2,10}

Apesar dos sentimentos negativos permearem os depoimentos dos entrevistados, como se pode exemplificar no trecho: *Me senti mal, com ansiedade. [...] isso nunca aconteceu comigo, pensar que é com a minha mãe [...] é difícil imaginar.* (E4), alguns familiares entendem a internação na UCI como algo positivo, pois sentem segurança e confiança, tanto no tratamento quanto na equipe de saúde. Mesmo sendo um ambiente com prevalência de sofisticados recursos tecnológicos, os familiares a visualizam como um local onde seu familiar é bem cuidado e possui assistência 24 horas, como na fala a seguir: *Fica sempre alguém ali com ele [...] vejo que ele melhora todo dia um pouco e eu acho que é por causa de estar aqui na UCI.* (E1)

Os achados convergem com os dados de outro estudo, o qual encontrou considerável número de familiares que declarou sentir-se bem com a situação, no sentido de entender que seu familiar internado está sendo bem cuidado, sentindo-se seguro com o tratamento que o paciente estava recebendo.¹¹

Ao enfrentar a situação dolorosa de internação de um familiar na terapia intensiva é que a família se depara com a possibilidade da morte. Com a finalidade de uma reação positiva frente ao momento vivido, muitas famílias utilizam a verbalização de seus sentimentos como mecanismo de enfrentamento, engajando-se no cuidado ao seu ente querido. As que compreendem o significado do processo existencial que estão vivendo passam a assumir a doença de seu familiar, adotando atitudes e formas estratégicas para enfrentar essa situação, acreditando na vida e tendo esperança. Sendo assim, a presença da família é de vital importância para o paciente.^{2,12}

A fé e a esperança foram sentimentos positivos presentes nas declarações de alguns entrevistados. Pode-se inferir que, nesses casos, os familiares têm na religião o conforto e a “explicação” para a situação que estão vivenciando, percebendo-se, com isso, muita resignação e persistência para superar a dificuldade de ter seu familiar internado em uma UCI. Pode-se identificar, no depoimento a seguir, a utilização da religião como mecanismo de enfrentamento: *[...] eu tenho uma religião [...] tudo o que acontece com a gente tem um porquê [...] o meu sentimento é que eu vou superar [...].* (E3) A espiritualidade é uma característica humana que, entre outros aspectos, possibilita ao indivíduo encontrar significado e propósito para a sua vida.¹⁰

A esperança é um sentimento de sustentação para a família que vivencia o processo da doença. A equipe deve procurar

assinalar, em seu discurso, a relevância da esperança e pontuar para a família e para o paciente os aspectos positivos já alcançados. A atitude de mostrar os progressos e as etapas a serem galgadas possui a finalidade de dar suporte emocional aos familiares e ao paciente.¹²

Os familiares, por estarem vivenciando um momento único, muitas vezes encontram na fé o suporte que lhes faltava para conseguirem enfrentar o obstáculo experienciado, sendo a fé um alicerce para que seja possível se sustentar diante de tão difícil situação. A esperança permeia o misto de sentimentos por eles vividos, sendo de extrema importância para manutenção da confiança no tratamento, na equipe e na melhora de seu ente querido.

Por meio do estudo foi possível evidenciar que os sujeitos possuem medos, inseguranças e necessidades semelhantes, independentemente do seu nível de escolaridade ou posição social. Com isso, percebe-se que nas relações entre os familiares os aspectos subjetivos independem diretamente do grau de instrução.

A presença, como elemento constitutivo do cuidado familiar, compreende as ações, interações e interpretações por meio das quais a família demonstra solidariedade a seus membros. Há situações, ao longo da trajetória individual e grupal, em que ela se torna essencial, como, por exemplo, no momento da hospitalização.¹²

A presença do cônjuge é muito marcante junto ao paciente, pois ele representa, junto ao seu companheiro, a segurança de ter alguém próximo, proporcionando grande suporte emocional.¹³ Exemplo dessa situação está explicitado a seguir: *[...] perdi meu companheiro [devido à hospitalização]. Ficávamos juntos sempre! Mas tenho que buscar forças para superar!* (E1)

O estudo mostrou que os filhos também se fazem presentes na UCI, já que dos 10 entrevistados quatro eram descendentes diretos. O bom relacionamento entre as famílias, a convivência diária, o medo da perda do seu familiar, o sentimento de impotência diante do cuidado e a esperança de recuperação contribui para a maior frequência das visitas dos filhos e demais familiares. Esse fato está exemplificado pelo depoimento: *Mas agora eu só penso nele, porque ele [pai] é tudo pra mim. [...] tenho que aproveitar ele ao máximo, se pudesse ficava junto o tempo todo, ele é meu ídolo* (E9).

O horário de visitas é um importante momento para os familiares, sendo muito aguardado. É a oportunidade para rever o ente estimado, transmitir-lhe carinho e segurança, entre outros. Para o paciente esse momento também é de fundamental importância, pois os reaproxima de pessoas queridas que o conhecem e querem seu bem.

A partir do estudo pode-se compreender que muitos familiares entendem a unidade cardiológica intensiva como um setor diferenciado e ficam mais tranquilos por seus entes es-

tarem ali, onde há assistência durante todo o dia. Entretanto, muitos reclamam do pouco tempo que podem permanecer, no setor, durante as visitas, até porque várias vezes o pouco tempo disponível ainda precisa ser dividido com todos os familiares e amigos que vieram visitar o paciente internado. A declaração a seguir explana essa situação: [...] *Eu acho o horário de visitas muito ruim, ainda mais para nós que moramos fora, eu acho o tempo é muito curto [...] (E4).*

Os familiares têm condições de propiciar na UCI um suporte afetivo ao paciente, facilitando a sua recuperação. Porém, de acordo com os padrões institucionalizados, são poucas as possibilidades de ali permanecerem, pois as visitas devem ser rápidas e pontuais. E os visitantes, por sua vez, ficam sem ação ao adentrarem naquele ambiente desconhecido, em que a sofisticação e a quantidade de equipamentos constroem e causam espanto. Tudo isso provoca em ambos, familiar e paciente, muita angústia e estresse.¹³ A possibilidade de flexibilizar o horário de permanência dos familiares dentro da unidade cardiológica intensiva deve ser reconsiderada, pois se nota a insatisfação dos mesmos em relação ao curto período de tempo de visita e, muitas vezes, os horários estabelecidos não correspondem aos horários disponibilizados pelos familiares.

O adulto, quando enfermo, necessita ter junto de si alguém em quem ele tenha confiança e com quem se sinta à vontade para exprimir suas necessidades. Para tanto, sugere-se a permanência de familiares junto a ele. Desse modo, a presença do familiar requerida pelo paciente parece expressar uma necessidade de segurança emocional, apoio que ele busca entre os familiares e/ou pessoas amigas.¹²

Sendo assim, é a família que dá suporte nos vários momentos de sua vida e, com a hospitalização na UCI, priva-se o convívio ou contato prolongado entre eles, devido, principalmente, às rotinas impostas pela instituição.² Isso pode ser confirmado pela expressão a seguir: *Acho ruim também não ter acompanhante, nós queríamos posar com ela, vai que acontece alguma coisa e a gente não está ali (E4).*

A questão da presença de acompanhantes em situações especiais, quando envolvem crianças e idosos, tem permeado as discussões a respeito da humanização em ambiente hospitalar. Ela está prevista na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que assegura aos pais ou responsáveis a permanência com os filhos nos casos de internação de criança ou adolescente, e na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que permite ao idoso internado, ou em observação, a presença de acompanhantes. Alguns estudos revelam dificuldades encontradas pelas equipes em aceitar acompanhante, destacando-se, entre os motivos, a crença de que a presença de parentes é mais estressante para os pacientes graves.^{14,15}

Compreende-se a dificuldade de ter acompanhantes em unidades fechadas, como na UCI. O risco de infecção cruzada

é aumentado e, muito provavelmente, o acompanhante também pode vir a sobrecarregar ainda mais a equipe com suas demandas. Entretanto, as instituições podem propor estudos em que se pudesse avaliar os riscos e os benefícios para os pacientes se eles tivessem direito a acompanhantes integralmente. E caso fosse possível, pensar em estratégias de educação não só para os familiares como para toda a equipe, para melhor convivência. Para que haja a permanência do familiar junto ao paciente, deve-se considerar a necessidade da instituição em promover o conforto daquele, proporcionando-lhe condições mínimas de sono e repouso, para permitir que ele desenvolva papel solidário em uma unidade intensiva.

A prioridade da família é o cuidado ao familiar enfermo, passando a sua própria vida para um segundo plano. Durante esse período, a família precisa reorganizar-se de forma a superar as dificuldades que irão surgir, tanto nos aspectos afetivos, como no social e no econômico.^{12,13} O relato a seguir demonstra a organização dos familiares para poderem estar presentes, durante os horários de visitas, diariamente: *A gente é uma família pequena, então a gente se organiza, os horários que tem pra vir (E3).*

Percebe-se que os familiares assumem diferentes papéis sociais, enquanto um ente querido encontra-se hospitalizado. É preciso conciliar a sua vida pessoal, seu trabalho com os horários de visitas, que muitas vezes não coincidem com os horários disponíveis dos familiares. Dessa forma, muitos precisam contar com a colaboração de seus empregadores, para que sejam liberados e possam estar presentes durante as visitas. Os depoimentos a seguir elucidam as mudanças que os familiares precisaram realizar em suas rotinas para que pudessem visitar seu familiar internado.

A minha [vida] mudou bastante, porque trabalho de motorista de ônibus de viagem, e tem que ficar mexendo nas escadas. Eu trabalho com pessoas, não posso viajar cansado (E10).

Muda tudo. [...] Para fazer almoço também muda, tem que fazer tudo correndo por causa da visita das 11 horas. Tudo mudou. Depois que ele voltar para casa, sempre tem que ficar alguém com ele. Eu tive que parar de trabalhar (E6).

Em alguns casos, pode-se perceber que a internação de um familiar não só modifica a rotina de quem está indo visitá-lo, como altera o cotidiano de toda a família: *É bem complicado, tenho três filhos e eles ficam desesperados me esperando (E9).*

Ao compreender os sentimentos envolvidos e as percepções expostas pelos familiares, tornam-se imperativos o planejamento e o desenvolvimento de estratégias para o acolhimento destes, favorecendo a assistência mais humanizada e singu-

lar. O convívio com o familiar-visitante possibilita que este seja orientado sobre a assistência prestada e os objetivos do tratamento, incluindo-o nas medidas para recuperação do paciente.

Com isso, percebe-se a importância da equipe de saúde, em especial da equipe de enfermagem, em saber as reais necessidades desses familiares para que seja possível propor um cuidado integral aos pacientes. Dessa forma, os familiares precisam ser envolvidos no processo de internação, devendo a atenção e o cuidado também serem direcionados para eles, destacando-se a relevância da comunicação no estabelecimento da relação entre trabalhadores, paciente e familiar.

A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E OS FAMILIARES

Entre os diversos profissionais que atuam em uma unidade cardiológica intensiva, destacam-se os da enfermagem, sendo os responsáveis por diversos cuidados intensivos e constante monitorização dos pacientes ali internados. Por se tratar de um ambiente no qual a gravidade dos pacientes se faz presente, pode-se perceber que a maioria dos trabalhadores de enfermagem acaba por valorizar, em excesso, o estado físico do paciente em detrimento do estado emocional do mesmo e de seus familiares.

Nesse contexto, a coexistência de um trabalho mecanizado e do cuidado humanizado pode ficar ameaçada, resultando em crescente desumanização. Percebe-se uma valorização da tecnologia, impedindo que o profissional torne-se mais sensível, crítico e humanizado quanto à situação do paciente.¹⁶

Com base nisso, entende-se como essencial a criação do vínculo tanto com o paciente quanto com o familiar. A interação com as famílias necessita se dar desde o momento da internação do familiar doente, com a finalidade de proporcionar diálogo e o esclarecimento de dúvidas. Assim, a formação desse vínculo deve ser feita de forma responsável e saudável, devendo esse assunto ser trabalhado com a equipe a fim de se evitar posterior sofrimento.¹⁷

Durante a análise dos dados da pesquisa pode-se evidenciar que parte dos familiares não conseguia identificar os profissionais que trabalhavam na UCI, tendo destaque o pouco contato com o profissional enfermeiro. *O primeiro contato que tive foi agora, porque de manhã eu cheguei fora do horário e não me deixaram subir, foi depois das 11 horas. Agora falei somente com o médico. Nenhuma enfermeira* (E4).

Estudo anterior realizado com os profissionais de enfermagem constatou o não envolvimento com os pacientes e familiares, como forma de mecanismo de defesa adotados pela equipe, objetivando a não criação de vínculo que oportunizasse posterior sofrimento com a situação do paciente.¹⁸

Outro dificultador para a identificação dos profissionais é o uso de roupas privativas no setor da unidade cardiológica in-

tensiva avaliada, uma vez que todos os trabalhadores de saúde e da higienização utilizam o mesmo uniforme, dificultando a distinção entre eles. A diferenciação entre os cargos somente é possível a partir da apresentação pessoal ou do uso de crachás com a discriminação da função desempenhada.

Fica claro que, quando os profissionais se identificam, os próprios familiares se sentem mais satisfeitos com o serviço e seguros com o tratamento que está sendo destinado ao seu familiar internado. Percebe-se que a simples identificação, por parte dos profissionais, já proporciona uma abertura para que os familiares se sintam à vontade para sanar dúvidas ou solicitar algo. Isso está referendado pelo depoimento a seguir: *Alguns, os que se identificam, o médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem, a secretária que fica aqui fora [na recepção] eles tratam muito bem a gente!* (E1).

Destaca-se, então, a importância de se estabelecer uma relação de confiança entre trabalhadores de saúde e paciente/família, pois, quando não ocorre a cumplicidade entre ambos, a terapêutica proposta pode ser dificultada. O paciente/família precisa sentir-se seguro, confortável e amparado pela equipe de saúde, pois assim mantém sua autonomia/cidadania e oportunidade de expressão.²

A assistência só será humanizada quando os trabalhadores desse cenário compreenderem o processo vivenciado por esses familiares e reconhecerem sua condição e reais necessidades. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve preparar a equipe para o recebimento do familiar na unidade, estabelecer comunicação clara, falar com calma, mas de maneira segura, oferecer conforto, orientar sobre o funcionamento da unidade e quais os profissionais que nela trabalham.¹⁹

A necessidade dos familiares de ter informações atuais, honestas e inteligíveis também foi identificada no estudo. Contudo, infelizmente essas questões, muitas vezes, são ignoradas ou esquecidas pela equipe. Pode-se atribuir essas falhas ao fator tempo, à falta de conhecimento e à falta de compreensão sobre as reais necessidades desses familiares. Para os entrevistados: *[...] Os funcionários, tanto os da UCI como da UTI, tinham que ser mais acessíveis com os familiares, que é uma dor ter um familiar teu aqui dentro [...] eles teriam que ter mais [...] um pouquinho de educação* (E2).

A dificuldade de comunicação entre a tríade equipe de saúde-paciente-familiar está relacionada, entre alguns fatores, a diferenças entre as concepções dos envolvidos ou o pouco tempo de contato entre as pessoas.¹⁹

Evidencia-se que o profissional responsável por fornecer as informações aos familiares deve ser cauteloso quanto à terminologia usada nessa orientação, devendo compreender as diferenças sociais e transmitir as orientações de forma individualizada, pois, dessa maneira, estará reconhecendo o indivíduo como ser único e incomparável, para que não haja deficiências no entendimento das informações repassadas ao familiar.⁶

Pode-se perceber que, normalmente, a iniciativa de se começar um diálogo parte dos familiares e não da equipe de saúde. O profissional que se destacou nos depoimentos foi o médico, que, ao final das visitas, fala com os familiares acerca da evolução do paciente, agindo de acordo com a rotina do setor. Essa situação está exemplificada a seguir: *Quando eu pergunto, eles [trabalhadores da UCI] me respondem, e depois que a gente sai de manhã o médico vem conversar com a gente, vem explicar [...] (E3); o médico, só ele falou com nós (E5).*

Além da importância de receber informações, o acompanhante demonstra necessidade de comunicar suas observações para a equipe de saúde, bem como esclarecer suas dúvidas e manter a família informada sobre a situação do paciente. Compartilha-se do entendimento que enfatiza, por parte dos profissionais, o uso da escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades e o respeito às diferenças.^{2,12} Dessa forma, pode-se corroborar a ideia de que trabalhar o próprio desconforto é a primeira etapa para que os profissionais de UCI possam oferecer respostas às demandas psicossocioespirituais de pacientes e familiares.^{20,21}

Tendo em vista a importância da comunicação da equipe de saúde com os familiares, deve-se pensar em meios que facilitem esse contato. Sugere-se a criação de um espaço onde os familiares possam sanar suas dúvidas, expressar seus sentimentos e propor sugestões para o melhoramento dos serviços prestados, sendo, dessa maneira, acolhidos pelos profissionais é essencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo, pode-se perceber que a internação em uma unidade intensiva, em especial em uma unidade cardiológica intensiva, é um momento singular e difícil não só para o paciente, como para sua família. Muitos são os sentimentos despertados nos familiares ao vivenciarem a internação de um familiar na UCI. O estudo evidenciou que esse é um momento em que a família se sente desamparada, pois são poucas as informações que chegam até elas sobre o estado de saúde do paciente, e as fornecidas, muitas vezes, são desconstruídas. Sendo assim, o medo e a angústia são sentimentos despertados pelo ambiente desconhecido.

Dessa forma, torna-se essencial que a equipe de saúde esteja habilitada não só para o cuidado ao paciente, mas para com seu familiar. Compreende-se que esse binômio não deve ser dissociado, mas incluído na assistência sob a perspectiva humanizada, permitindo a integração com a equipe de saúde. Acredita-se que um dos modos para a criação de vínculo é a identificação dos profissionais presentes no setor, para que, dessa maneira, os familiares passem a reconhecer quem são os cuidadores daquela unidade e saibam a quem se reportar em casos de dúvida ou ao buscar informações.

Entende-se que a equipe de enfermagem, muitas vezes, se encontra sobrecarregada e acaba por valorizar o trabalho mecanizado em detrimento do cuidado humanizado. Dessa maneira, distancia-se dos visitantes, o que é evidenciado pelo relato dos sujeitos de que não identificam claramente quem são os profissionais atuantes no setor. Essa realidade não só é ruim para a criação do vínculo da equipe de enfermagem com os familiares, como para a categoria em si, que acaba não sendo reconhecida.

A partir da percepção dos entrevistados, nota-se a necessidade de desenvolver uma proposta de acolhimento para as famílias dos pacientes internados em uma UCI, tendo como contribuições as necessidades identificadas pelos participantes e as sugestões de melhoria no serviço. Assim, o acolhimento deixa de ser um espaço ou um local, tornando-se uma postura ética, que implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias, ou seja, o envolvimento de uma equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas dos sujeitos envolvidos na internação. Ressalta-se, também, a importância da inclusão dos trabalhadores de saúde e do apoio institucional no processo de acolhimento, no sentido de oportunizar um processo de educação continuada. Além disso, pode-se pensar em adequar horários de visitas a alguns familiares que possuam dificuldades para chegar ao hospital nos horários determinados.

Quanto à possibilidade de se ter acompanhantes em unidades intensivas, deve-se estudar a proposta, desde que ela não interfira de maneira negativa no cuidado prestado aos pacientes. Além disso, precisam ser avaliadas as questões relativas ao controle de infecção hospitalar e a disponibilidade física dos locais.

Destaca-se o enfermeiro como profissional decisivo no processo de inserção da família no cenário da terapia intensiva, pois é considerado o responsável pela gerência da unidade. No entanto, esse profissional não é facilmente identificado. Além disso, o familiar necessita ter um espaço para compartilhar sentimentos, vivências e dúvidas, devendo essa iniciativa ser parte inerente da atividade profissional do enfermeiro. Desse modo, promover-se-á vínculo mais forte e poder-se-ão oferecer aos familiares estratégias de apoio.

Como limitações do estudo, citam-se a restrição dos participantes da pesquisa aos familiares, podendo ser investigada a percepção de trabalhadores em decorrência da presença dos familiares; a existência de estratégias de aproximação; a identificação e o preparo dos profissionais para os horários de visita; a presença dos familiares como acompanhantes em unidades cardiológicas intensivas; e a relação entre os familiares e a equipe. Com isso, encoraja-se a realização de estudos que ampliem a compreensão sobre as necessidades dos familiares dos pacientes internados em UCI.

Assim, ressalta-se que os profissionais de enfermagem devem estar aptos a oferecer o suporte imediato aos familiares,

torando-se capazes de detectar possíveis problemas e implementar as intervenções necessárias, a fim de proporcionar-lhes o auxílio no enfrentamento da situação vivida. Reconhece-se a necessidade de esses profissionais se fazerem presentes, apoiando os familiares no enfrentamento dos problemas, auxiliando-os, fornecendo informações adequadas e desenvolvendo postura profissional e pessoal sincera de escuta e de acolhimento em seus momentos de crise, valorizando a autonomia e respeitando a opinião dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- Gillman L, Leslie G, Williams T, Fawcett K, Bell R, McGibbon V. Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit. *Emerg Med J*. 2006[citado em 2012 maio 12];23(11):858-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17057138>
- Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm*. 2008[citado em 2012 mar. 19];17(1):81-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09>.
- Aguar DF, Conceição-Stipp MA, Leite JL, Mattos VZ, Andrade KBS. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. *Aquichan*. 2010[citado em 2012 abr. 18];10(2):115-31. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1679/2171>.
- Marosti CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta Paul Enferm*. 2006[citado em 2012 maio 04];19(2):190-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a10v19n2.pdf>.
- Nascimento KC, Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009[citado em 2012 maio 12];17(2):215-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/12.pdf>.
- Oliveira RF, Wadie WCA. Opinião de familiares do paciente internado na unidade de terapia intensiva adulto sobre as orientações do enfermeiro. *Rev Hosp Univers UFMA*. 2008[citado em 2012 mar. 19];9(2):47-51. Disponível em: http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_9_2_AGO_DEZ_2008.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 196, 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Informações de saúde, assistência a saúde. 2015.[citado em 2012 mar. 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>.
- Almeida AS, Aragão NRO, Moura E, Lima GC, Hora EC, Silva LASM. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2009[citado em 2012 abr. 18]; 62(6): 844-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.pdf>.
- Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intens*. 2008[citado em 2012 mar. 19];20(4):370-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>.
- Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. *Maringá: Eduem*; 2002.
- Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007[citado em 2012 mar. 15]; 28(3):377-84. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4688>.
- Congresso Nacional (BR). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Portal da Legislação: Leis Ordinárias*. 1990. [citado em 2012 mar. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
- Congresso Nacional (BR). Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Portal da Legislação: leis ordinárias*. 2003.[citado em 2012 mar. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm.
- Camponogara S, Santos TM, Seiffert MA, Neumaier C. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UFSM*. 2011[citado em 2012 mar. 15];1(1):124-32. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revsm/article/view/2237/1520>.
- Silveira RS, Lunardi VL, Filho WDL, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enferm*. 2005[citado em 2012 abr. 16];14: 125-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a15v14nspe.pdf>.
- Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-Am Enferm*. 2002[citado em 2012 ago. 10];10(2):137-44. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revsm/article/view/2237/1520>.
- Almeida FP, Veloso JWN, Blaya RP. Humanização em UTI. In: Knobel E. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Atheneu; 2009. p.39-47.
- Lacerda AC, Carvalho ACS, Rocha RM. Acompanhantes no centro de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2004[citado em 2012 jul. 23];12:18-23. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a03.pdf>.
- Santos SSC, Silva BT, Barlem ELD, Lopes RS. The nurse role in the seniors' long permanence institution. *Rev Enferm UFPE on line*. 2008[citado em 2012 ago. 10];2(3):291-9. Disponível em: <http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1537/1/PDF%20n%C2%BA%2018.pdf>.