

Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva*

EVALUATION OF THE WELCOMING STRATEGIES IN THE INTENSIVE CARE UNIT

EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE RECEPCIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Eleine Maestri¹, Eliane Regina Pereira do Nascimento², Kátia Cilene Godinho Bertoncello³, Josiane de Jesus Martins⁴

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital público no Sul do Brasil, que teve como objetivo avaliar as estratégias de acolhimento implementadas. Participaram 13 pacientes e 23 familiares. A coleta foi realizada de julho a outubro de 2008, com entrevistas semiestruturadas e gravadas. Para análise dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. As informações deram origem a dois discursos: a família percebe o acolhimento e o paciente considera a equipe da UTI atenciosa. Ao incluir a família no cuidado como cliente da enfermagem, os familiares sentiram-se seguros e confiantes. Ao avaliar os resultados alcançados, destaca-se que, ao assumirem o compromisso e a responsabilidade de transformações da prática assistencial, os enfermeiros experienciaram um novo olhar para o cuidado em UTI, com enfoque no ser humano, aliando o acolhimento ao modelo assistencial que privilegia a objetividade do cuidado.

DESCRIPTORIOS

Unidades de Terapia Intensiva
Acolhimento
Estratégias
Cuidados de enfermagem
Relações profissional-família

ABSTRACT

This qualitative study was performed at the adult Intensive Care Unit (ICU) of a public hospital in Southern Brazil with the objective to evaluate the implemented welcoming strategies. Participants included 13 patients and 23 relatives. Data collection was performed from July to October 2008, utilizing semi-structured interviews. All interviews were recorded. Data analysis was performed using the Collective Subject Discourse. The collected information yielded two discourses: the family recognized the welcoming strategies and the patients found the ICU team to be considerate. By including the family as a client of nursing care, relatives felt safe and confident. Results show that by committing to the responsibility of making changes in health care practices, nurses experience a novel outlook towards ICU care, focused on human beings and associating the welcoming to the health care model that promotes the objectivity of care.

DESCRIPTORS

Intensive Care Units
User embracement
Strategies
Nursing care
Professional-family relations

RESUMEN

Investigación cualitativa realizada en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de adultos de hospital público del Sur de Brasil, que objetivó evaluar las estrategias de recepción implementadas. Participaron 13 pacientes y 23 familiares. La recolección de datos se realizó entre julio y octubre de 2008, con entrevistas semiestruturadas y grabadas. Para análisis de datos, se usó Discurso del Sujeto Colectivo. Las informaciones originaron dos discursos: la familia percibe la recepción y el paciente considera al equipo de UTI atento. Al incluir a la familia en el cuidado como pacientes de enfermería, los familiares se sintieron seguros y confiantes. Al evaluar los resultados alcanzados, se destaca que al asumir el compromiso y responsabilidad de transformaciones de la práctica de atención, los enfermeros experimentaron nueva visión para el cuidado en UTI, con enfoque en el ser humano, aliando la recepción al modelo de atención que privilegia la objetividad del cuidado.

DESCRIPTORIOS

Unidades de Terapia Intensiva
Acogimiento
Estratégias
Atención de enfermería
Relaciones profesional-família

* Extraído da dissertação "Acolhimento pelos enfermeiros de pacientes e familiares em Unidade de Terapia Intensiva", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. ¹ Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Terapia Intensiva. Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, RS, Brasil. eleine@hotmail.com ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, SC, Brasil. pongopam@terra.com.br ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde Florianópolis, SC, Brasil. kbertoncello@yahoo.com.br ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde. Florianópolis, SC, Brasil. josiane.jesus@gmail.com

INTRODUÇÃO

Acolher significa receber, recepcionar e também aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo⁽¹⁾.

Quando estamos abertas ao envolvimento com o paciente e a família, várias dificuldades são superadas, facilitando dosar de forma equilibrada as necessidades emocionais e o uso das tecnologias duras. Percebe-se, com o passar dos tempos, que as experiências de acolhimento são intensamente gratificantes, principalmente quando a família manifesta confiança no enfermeiro e nos demais membros da equipe de saúde. O profissional torna-se, com a relação de confiança e com o acolhimento, a referência para o apoio destes usuários.

O convívio em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nas situações graves e de morte iminente fez com que, por vezes, as pesquisadoras, com prática nesta área, se tornassem profissionais de referência, em quem a família deposita confiança e solicita informação sobre o paciente. Percebe-se que à medida que o envolvimento acontece, compreendemos estas íntimas e nobres relações repletas de gratidão. De um lado, o familiar grato pela atenção e de outro, o profissional satisfeito pelo dever cumprido não somente por rotinas institucionais, mas principalmente pela satisfação pessoal que o acolhimento traz.

Acredita-se que ao se definir competências que o enfermeiro deva desenvolver, faz-se necessário refletir sobre as habilidades instrumentais, cognitivas, afetivas, sociais e culturais no processo de cuidar dos pacientes e familiares nos serviços de saúde e no contexto domiciliar. Os enfermeiros devem desenvolver habilidades e atitudes para a construção de uma relação terapêutica enfermeiro-paciente e enfermeiro-família.

A prática assistencial em UTI nos mostra que é incontestável a necessidade de acolhimento aos usuários, tendo em vista as suas fragilidades. Os enfermeiros, por realizarem o gerenciamento da assistência de enfermagem, são vistos pelos demais trabalhadores da equipe de enfermagem como modelos e referência para o cuidado técnico. É preocupante notar que na maioria das vezes o acolhimento seja abordado de forma sutil por esses profissionais. Neste sentido, tem-se como pressuposto que se eles tiverem a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre o acolhimento em UTI, suas práticas de cuidado estarão alicerçadas no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos e sentirão que o cuidado oferecido é integral e eficaz.

Diante deste contexto, foi proposto como pergunta norteadora de pesquisa: Como os familiares e pacientes identificam as estratégias de acolhimento em um ambiente de terapia intensiva?

Para responder ao questionamento e procurando minimizar a lacuna que existe nesta área, foi traçado como objetivo desta investigação avaliar as estratégias de acolhimento implementadas na UTI na percepção de familiares e pacientes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva, realizada com os familiares e pacientes internados na UTI geral adulta de um hospital público de grande porte, referência da região Sul do Brasil.

A UTI é composta por 10 leitos, sendo dois de isolamento, dotado de painel de vidro para facilitar a visualização. Os demais leitos são separados um dos outros por cortinas de blecaute. Nesta unidade, existe uma sala de espera para os visitantes com cadeiras e banheiro disponível.

A equipe de enfermagem é constituída por seis enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem. Desde 2007, cada técnico presta cuidados integrais de enfermagem para cada dois pacientes, e há seis meses os enfermeiros da UTI, junto com a sua equipe, implementaram estratégias de acolhimento para pacientes e familiares na unidade.

As visitas são distribuídas em dois horários, sendo um matutino, das 12h30 às 13h, e outro vespertino, das 17h30 às 18h. Em cada horário, entram juntos somente dois familiares por paciente. Constantemente existe a solicitação dos familiares para a entrada de mais visitantes. Alguns enfermeiros, principalmente nos finais de semana, consideram esta solicitação viável, permitindo a entrada.

No horário pré-estabelecido para a visita, a funcionária da portaria do hospital encaminha os familiares para aguardarem na sala de espera da UTI. A escrituraria pela manhã e o técnico de enfermagem responsável pelos leitos 1 e 2 à tarde são quem recebem os visitantes. Os familiares recebem informações do enfermeiro e do médico sobre a situação de saúde do paciente após a visita.

Os atores desta pesquisa foram 13 pacientes que permaneceram lúcidos no mínimo 48 horas durante o período de coleta de dados e 23 familiares acima de 18 anos que o visitaram na UTI. Não foram estipulados quantos pacientes e familiares iriam participar do estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa utiliza uma

Os enfermeiros, por realizarem o gerenciamento da assistência de enfermagem, são vistos pelos demais trabalhadores da equipe de enfermagem como modelos e referência para o cuidado técnico. É preocupante notar que na maioria das vezes o acolhimento seja abordado de forma sutil por esses profissionais.

amostragem expressiva de informações, e não o número de participantes⁽²⁾.

O convite aos familiares e aos pacientes para participação no estudo foi realizado na unidade de internação, após a alta da UTI, e para alguns familiares na sala de visita da unidade, quando o seu familiar estava internado há mais de duas semanas.

A coleta de dados foi realizada com os familiares e pacientes separadamente, através de entrevista semiestruturada que oferecia como roteiro o tema relacionado, à percepção e avaliação das estratégias de acolhimento adotadas pelos enfermeiros na UTI. As entrevistas ocorreram nos meses de julho a outubro de 2008. Essas tiveram um tempo médio de 30 minutos, foram gravadas e em seguida transcritas. Para preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, utilizou-se para identificação o código por numeração de ordem de execução, por exemplo: Familiar 1 (F1) e Paciente 1 (P1).

Para todos os atores, foram garantidos o sigilo e anonimato das informações, sendo entregue após o primeiro contato o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ressaltar que estes procedimentos só ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o protocolo favorável sob nº 342/07.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se três figuras metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): Expressões Chaves (ECH); as Ideias Centrais (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽³⁾.

As ECH são pedaços, trechos ou transcrições contínuas ou descontínuas da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso. Devem ser destacadas pelo pesquisador e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As IC são expressões linguísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, de cada conjunto homogêneo de ECH e que vão dar origem ao DSC.

Para construir o DSC, segue-se uma esquematização clássica, do tipo começo meio e fim, e do mais geral para mais particular. As partes do discurso ou parágrafos são ligadas por meio de conectivos que proporcionem a coesão do discurso, eliminando-se dados particularizantes, tais como sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas e as repetições de ideias⁽³⁾.

Portanto, o DSC é uma agregação ou soma não-matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo; é um discurso síntese redigido na primeira pessoa

do singular e composto pela *colagem* das ECH que têm a mesma IC⁽³⁾.

RESULTADOS

As estratégias de acolhimento implementadas há seis meses pelos enfermeiros desta UTI foram avaliadas através da percepção de 13 pacientes e de 23 familiares que estiveram neste ambiente após a implementação. Cita-se entre elas: o realizar o acolhimento, a receptividade, o relacionamento enfermeiro-paciente-família, distribuir impresso com informações da UTI, realizar contato telefônico na alta e no agravo do paciente, padronizar conduta na ocorrência de óbito e estabelecer relação dialógica no horário da visita.

Ideia Central (IC): A família percebe o acolhimento

Expressões-chave (ECH):

Estão sempre cuidando do horário certinho do remédio, dos controles e estão sempre por perto e dizem como ele está e que a gente pode chamar se precisar, telefonar nos horários permitidos, e chamam ele pelo nome e não pelo número tal como em outros lugares (F1).

Quando entramos na visita, aquela vizinha começou a passar mal, a gente nem tinha percebido e vocês já começaram atender. Aquela enfermeira pediu para nós sairmos, disse o porquê, e nós entendemos. Vocês sabem como falar, estão sempre próximos, não fogem e são educados, e ofereceram um tempo maior no outro horário de visita (F6).

Como leigos, temos que respeitar e saber que tem normas internas. Mas o importante é que vocês sempre explicam tudo, mas sabe a gente esquece muita coisa, por causa do nervoso, mas aí tem tudo escrito e desenhado naquele folheto, que é entregue antes da visita e ajuda muito, tem até os números de telefone. E quando precisamos, e não podemos ir no horário certo, vocês entendem e deixam entrar fora do horário (F7).

Não quero que a mãe saia daqui enquanto não estiver bem boa, não temos pressa. Sabemos que aqui ela está muito bem cuidada, vocês estão atentos a tudo, viram logo quando ela começou a passar mal. Isso nos conforta, nos deixa mais tranquilos e aquele dia que ela piorou, vocês ligaram em casa, e nos deixaram entrar, não vou esquecer isso nunca (F8).

Todos são muito atenciosos com a gente e com o nosso parente, vocês entendem o que a gente está passando, mesmo na correria, param para explicar quando a gente pergunta, é muito aparelho ligado, e vocês sabem falar de uma maneira simples que a gente consegue entender, e isso ajuda a aceitar toda essa situação de uma maneira mais tranquila (F12).

Aqui minha filha está muito bem cuidada, vocês estão ali o tempo todo, o médico também, isso me deixa mais tran-

quila e quando eu pergunto alguma coisa não fico sem resposta. Quando ela teve uma piora vocês até ligaram para a gente vir visitar (F20).

No primeiro dia que chegamos, quando conversei com a enfermeira já senti o quanto vocês são dedicados. Tinha muita fé, mesmo ela dizendo que o meu marido estava grave. Sabia que fariam de tudo para ele ficar bom. Quando a gente liga vocês explicam como ele está, mas a ligação mais importante que eu recebi, foi quando vocês ligaram e falaram que tava de alta da UTI, e que ia para o quarto tal e que lá o horário de visita era diferente da UTI, foi ótimo (F22).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 1:

No primeiro dia quando conversei com a enfermeira já senti o quanto vocês são dedicados. Tinha muita fé, mesmo ela dizendo que o caso era grave. Sabia que estava bem cuidado e que fariam de tudo para a recuperação dele. Como leigos temos que respeitar e saber que tem normas internas. Mas às vezes vocês deixam entrar fora do horário. O importante é que todos são muito atenciosos e sempre explicam tudo, a gente não fica sem resposta e vocês sabem como falar. O folheto que vocês entregam antes da visita ajuda muito. Vocês entendem o que a gente está passando. Estão sempre por perto e dizem que a gente pode chamar e telefonar se precisar. Vocês até ligaram quando ela teve uma piora para a gente vir visitar, e também quando teve alta da UTI, é ótimo.

Ideia Central (IC): O paciente considera a equipe da UTI atenciosa

Expressões-chave (ECH):

Eu não posso reclamar, as pessoas são muito atenciosas, me chamam pelo nome, explicam tudo o que vai fazer de uma maneira simples para que eu possa entender (P1).

Lá vocês são uns amores, muito carinhosos, prestativos mesmo com tanta coisa para fazer e aquele bips todos, vocês ainda tiveram tempo para ligar para a minha esposa trazer meu chinelo na hora da alta (P3).

Na UTI tem uma garotada bem humorada e divertida, sempre que podem vem brincar com a gente e isso ajuda muito, a gente não se sente tão sozinho naquela cama. Eu nem queria sair de lá, mas na hora de trabalhar vocês são sérios e competentes, mesmo não vendo muita coisa, porque vocês fecham a cortina, quando a coisa aperta, vocês são muito rápidos e tem aparelhos bons (P4).

As meninas são todas muito queridas, o atendimento foi muito bom, melhor estraga, eu lembro o nome de quase todas, porque elas sempre falavam o nome, davam bom dia, e quando não conseguia dormir com medo de morrer, aquele bate-papo era o meu melhor remédio (P6).

Hoje eu ainda gabei para o meu filho: na UTI o atendimento é muito melhor! Fazer o que eles fazem aqui, não é fácil, a correria não tem hora, os remédios e os aparelhos

são de última geração, aprendi muita coisa aqui, porque eles explicam tudo, para que serve tudo, e agora que estou no quarto faço tudo sozinho, já posso ir para casa, e lá tem a mulher e os netos para ajudar (P9).

O pessoal está sempre sorrindo, e colocando a gente para cima, porque não é fácil passar o que eu passei, achei até que ia morrer, mas na UTI, não tem isso não, eles não desistem da gente, não me senti sozinho e nem mais um, me senti gente, e também chorei quando vi aquela mulher sair de maca coberta de lá (P12).

O tempo todo tem alguém do lado ajudando e perguntando se está bom, informam tudo, até as horas, e trataram minha família também super bem, já estive em outra UTI e não tinha nada disso, eu era apenas o número 3 (P13).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 2:

O atendimento na UTI é muito bom! Sempre há alguém do lado da cama, não me sinto sozinho. As pessoas são atenciosas, bem humoradas, queridas, e nos informam de tudo, que aqueles aparelhos falam sobre a gente, não se esquecem de nada, lembraram até do meu chinelo na alta. São uns amores, lembro o nome de quase todas, porque elas se apresentavam. Estão sempre sorrindo e animando os pacientes, mas a correria não tem hora, não tem caso perdido, os remédios e os aparelhos são de última geração. Colocam a gente para cima, porque não é fácil, achei até que ia morrer e também chorei quando vi aquela maca coberta sair. O atendimento na UTI é melhor do que aqui no quarto, não somos apenas um número e nossos familiares também são muito bem tratados.

DISCUSSÃO

As estratégias de acolhimento existentes na UTI foram avaliadas através da percepção de 13 pacientes e de 23 familiares, que permaneceram dentro deste ambiente e conviveram diretamente com toda a equipe desta unidade.

O DSC 1 reflete a percepção de que praticamente todas as estratégias de acolhimento adotadas na UTI foram identificadas, pois ao analisar este primeiro discurso coletivo, fica clara a satisfação dos familiares relacionadas ao atendimento dispensados aos pacientes durante sua permanência nesta unidade, como também as direcionadas a si mesmos.

Infelizmente, esta satisfação aqui encontrada não se apresenta em outros estudos, que relatam que a sensação dos familiares diante da internação na UTI é de abandono e o que se percebe é pouca disponibilidade ou acolhimento à família. A preocupação é receber o paciente e cuidar dele, e pouca importância é dada ao familiar que aguarda. Essas atitudes denotam o quanto é deixada de lado a atenção aos familiares⁽⁴⁾.

Percebe-se que o acolhimento é feito também pela enfermeira, quando esta se identifica para o familiar e para o paciente no momento da admissão na UTI e que este

ato é reconhecido como uma dedicação a mais e mesmo que ainda traga, no conteúdo da sua verbalização, a informação de que o estado de saúde do seu ente querido é grave, o familiar ainda valoriza este momento e este ambiente tecnicista como seguros.

Esta dialética reflete que o acolhimento para o paciente grave não pode vir dissociado das tecnologias assistenciais existentes nas UTI e o fato de que é possível coexistir neste ambiente crítico o cuidado de última geração, a existência do diálogo, da informação e da atenção ao familiar, porque em nenhum momento ele vai deixar de existir e de ter a sua importância na recuperação do paciente.

Com a internação, a família vivencia um período de incertezas e percebe o acolhimento como essencial e de extrema importância, proporcionando um vínculo de confiança e tendo a confiança de que está entregando o seu familiar em boas mãos. Quando os familiares recebem adequadamente as informações sobre o estado de saúde do paciente, demonstram-se aliviados e seguros em relação ao cuidado recebido. Neste momento, a família, ao se sentir acolhida, expõe suas dúvidas e preocupações, criando um elo de confiança entre equipe e família⁽⁵⁾.

Entende-se, portanto, que o senso comum que passa o imaginário social dos acompanhantes levanta um questionamento interessante sobre a complexidade que o processo de internamento da UTI representa para eles, mesclando-se o sentimento de pesar pela possibilidade da morte com a visão negativa criada pela quantidade de aparelhagens que mantêm os pacientes vivos na unidade. Tal situação é uma realidade observada dia-a-dia pelos profissionais de saúde do setor, carecendo ser repensada e trabalhada seguidamente no interior desses espaços⁽⁶⁾.

Ressalta-se também que por mais que os enfermeiros estudem e trabalhem para implementar estratégias de acolhimento na UTI desta investigação, a história de vida do paciente e do familiar também tem que ser valorizada e escutada para que outras melhorias possam ser somadas, mesmo que seja este o acolhimento da fé, que ele verbaliza e reconhece no seu imaginário, que é real, que é possível e que é a única coisa que ele, leigo, pode oferecer frente a todos aqueles aparelhos sofisticados e todos os profissionais especializados que ele encontrou nesta unidade.

Muitas vezes o familiar concebe que, ao entrar na UTI, já não há mais esperança de vida para o seu ente querido, então sua última esperança é a fé. Mas, mesmo assim, o medo do estado do paciente e da cena que irão ver ao entrarem deixa o familiar perdido por não conhecer os rituais desse setor e aflito para falar com alguém da equipe, a fim de obter informação sobre o paciente. Portanto, é preciso aceitar e incorporar a ideia de ver os familiares não só como fiscais implacáveis que aborrecem a todo instante, mas sim como importantes para a recuperação do paciente e que também precisam de cuidado de acordo com suas necessidades⁽⁷⁾.

Portanto, a estratégia de acolhimento adotada de distribuir e apresentar um folheto, explicativo sobre a UTI na sala de espera para visita (englobando informações curtas, com linguagem simples, letras grandes, utilizando figuras coloridas, colocando os números dos telefones da UTI e da assistente social para consultar os boletins de informações diárias sobre o estado de saúde de seu familiar, os horários e condutas para visitantes) foi avaliado como positivo pelos familiares, lhes proporcionando mais segurança neste momento de separação, de incertezas, de expectativas, no qual o seu estado emocional pode apresentar importantes alterações.

A família reconhece que a hospitalização de um familiar é um momento difícil e que muitas vezes sente-se desamparada com poucas informações acerca do estado de saúde do paciente, bem como assustada com a situação, na qual o medo e a angústia se defrontam com o desconhecido. Ao encarar a situação de internação, a família necessita de um membro da equipe que possa lhe dar informações ou simplesmente lhe escutar. Assim, o enfermeiro, ao assumir este compromisso, pode diminuir a angústia sentida por ela⁽⁸⁻⁹⁾.

A possibilidade de flexibilidade no horário e de número de visitantes da UTI também aparece como uma boa estratégia de acolhimento, porque os familiares se sentem amparados, ajudados, compreendidos e confortados. Assim, pelo menos parte das suas necessidades afetadas é atendida com esta estratégia, sendo que, neste momento de muita angústia e de muita ansiedade, estes minutos a mais ao lado do seu ente querido representam respeito aos vínculos afetivos.

Acredita-se que proporcionar o acolhimento aos familiares é uma das responsabilidades do enfermeiro, porque estas estratégias contribuíram de forma significativa para o êxito da melhoria da qualidade do cuidado realizado nesta UTI, pois resolveram as principais necessidades afetadas que geralmente são apontadas pelos familiares que vivenciam a internação do seu ente querido em uma unidade crítica.

O DSC 2 retrata a satisfação dos pacientes com o atendimento recebido na UTI, relacionada com a atenção da equipe dispensada a eles e com a forma carinhosa e bem humorada com que a equipe se relaciona e acolhe seus familiares.

Os pacientes perceberam a UTI como um local para receber pacientes em estado grave e com risco eminente de morte. Descrevem que ser paciente de UTI representa estar muito doente, mas que, mediante o cuidado dentro da unidade, eles têm a oportunidade de recuperar-se e sair melhor do que entraram. Mesmo apontando alguns aspectos desagradáveis, os pacientes referem sensação de bem estar, satisfação, segurança e confiança, tanto no que diz respeito ao tratamento como à atuação rápida da equipe.

A avaliação feita pelos pacientes neste estudo é semelhante a outro, no qual os pacientes percebem que, na internação na UTI, mesmo que seja marcada como uma vivência difícil, há pessoal capacitado, que cuida a toda hora, proporcionando-lhes segurança e proteção, bem como lhes transmitindo confiança por dispensarem atenção, carinho e afeto, oferecendo-lhes agradáveis momentos de alegria⁽⁹⁾.

Apesar de valorizarem todo este aspecto de acolhimento recebido da equipe de enfermagem, os pacientes também sentiram necessidade de relatar as tecnologias existentes na UTI como parte essencial do cuidado e da recuperação deles, dando ênfase na utilização de equipamentos e de remédios de última geração.

Frente à revelação deste resultado e à consequente consulta à literatura, encontrou-se uma descrição contrária referente a esta valorização de equipamentos em que, na percepção dos pacientes, pequenos *detalhes* são mais importantes que a alta tecnologia. As necessidades sentidas foram principalmente de ter conhecimento sobre o que estava acontecendo com eles, a certeza de que receberam a assistência adequada por profissionais qualificados, a manutenção do silêncio no ambiente crítico e a valorização da presença da família na UTI⁽¹⁰⁾.

Observa-se, contudo, que pelo DSC 2 os pacientes somam de maneira positiva a valorização do acolhimento recebido pela equipe atenciosa e competente, sem excluir a necessidade do emprego das tecnologias existentes vivenciado no ambiente desta UTI. Portanto, através desta avaliação, em que os resultados foram julgados como necessidades complementares bem sucedidas, recomendasse a outros enfermeiros experienciarem esta estratégia.

Cabe destacar a verbalização dos pacientes sobre o sofrimento vivenciado no ambiente da UTI e o medo de morrer, sendo que a identificação destes sentimentos negativos também é encontrada com frequência como resultado de outras investigações^(6,11). Portanto, chama-se a atenção que esta temática, apesar de ser difícil de ser abordada e implementada, precisa estar presente no planejamento do acolhimento destes indivíduos e familiares, utilizando-se de estratégias que informem progressivamente o agravamento do estado de saúde do paciente, somada com a conscientização da importância da realização do trabalho em equipe, bem como a utilização de toda tecnologia disponível para atender adequadamente o paciente em estado crítico.

O óbito na UTI, de uma maneira geral, também é visto pela a equipe de enfermagem como uma perda profissional e às vezes, com esta nova experiência, quase como pessoal, justificada como resultado de uma maior aproximação afetiva, cujas técnicas de acolhimento trouxeram para enfermagem neste ambiente. Portanto, esta é uma situação ainda nova, que precisa ser melhor trabalhada e planejada para que não resulte em mais um fator que possa vir a gerar estresse aos profissionais que atuam em ambiente crítico, onde, como consequência, possa-se

atribuir este ônus às novas estratégias de acolhimento implantadas por enfermeiros.

Apesar do estresse ser um tema que vem sendo discutido de longa data, a sua presença ainda tem sido verificada entre os enfermeiros que atuam em UTI, pelo fato de ser grande sua proximidade com os pacientes em sofrimento e com risco de morte, sendo que este fato se agrava devido à necessidade de cuidados diretos e intensivos, como também pelo fato das instituições ainda não oferecerem uma atenção especial a estes profissionais no sentido de promover sua saúde de forma integral, através de novos investimentos em busca de ambientes saudáveis, de melhores condições de trabalho e de grupos de apoio emocional⁽¹²⁾.

Mesmo considerando que existem vários fatores que possam interferir na percepção do paciente ao avaliar as estratégias de acolhimento existentes nesta UTI, ousa-se afirmar que ocorreu uma melhora do cuidado historicamente centrado na doença para uma reorganização da sua prática fundamentada na promoção do cuidado humanizado, justificado aqui pelas ações que a equipe de enfermagem realizou para atender as necessidades apresentadas pelos pacientes, ao chamá-lo pelo nome e não por um número, ao dar-lhe como melhor remédio para o medo da morte um bate-papo na beira do leito, ao oferecer um chinelo na hora da alta mesmo com tanta coisa para fazer e, por fim, dizer-lhe com um sorriso que não desistiu e que não está sozinho.

A ideia de uma boa assistência de enfermagem parece estar mais associada à maneira como os profissionais interagem com o paciente do que com as questões referentes ao cuidar propriamente, como o domínio das técnicas, das habilidades e o do conhecimento científico. Além disso, os próprios pacientes referem que o diálogo com a equipe proporciona tranquilidade e segurança, contribuindo para suavizar a ansiedade e o medo⁽¹³⁾.

Assim, acredita-se que as impressões que os pacientes possuem do atendimento depende essencialmente da forma como os profissionais interagem com eles. Na UTI, é preciso oportunizar o diálogo, com vista à construção do acolhimento nesta situação crítica, propiciando, assim, o compartilhar das necessidades e emoções.

CONCLUSÃO

A avaliação realizada pelos pacientes e familiares que vivenciaram o internamento na UTI e a prática assistencial no período da investigação apontaram que as estratégias de acolhimento implementadas foram percebidas de forma positiva. Portanto, fica para os enfermeiros da UTI a certeza e o compromisso de que é indispensável a realização de avaliações periódicas, pois somente a contínua vigília validará a proposta efetiva do acolhimento.

Além disso, cabe lembrar que todos os novos integrantes que chegarem à unidade precisam ser acolhidos e precisam aprender a acolher, porque não se pode esquecer

que a equipe profissional também poder ser alterada com o tempo, assim como as necessidades de acolhimento dos pacientes e seus familiares.

Os resultados alcançados nesta pesquisa repercutiram positivamente em mudanças no cuidado de enfermagem na UTI. Acredita-se que esta proposta pode ser aplicada em diferentes cenários da saúde para o acolhimento, e não somente no ambiente crítico, pois esta realidade só foi modificada pela iniciativa dos enfermeiros que assumiram o compromisso e a responsabilidade de transformações da prática assistencial e pelos pacientes e familiares que tiveram a oportunidade de manifestar suas percepções com vistas à melhoria da assistência.

Ressalta-se que, através desta importante avaliação das estratégias de acolhimento realizadas, também foi possível

identificar novas lacunas existentes nesta UTI, como: as necessidades espirituais não atendidas, tanto de familiares quanto de pacientes, o acolhimento no momento da notícia do óbito que não aconteceu e a possibilidade da maior permanência do familiar ao lado do leito do seu ente querido, ultrapassando com sensibilidade e coerência a persistente barreira física e fria para estarem juntos não apenas naqueles 30 minutos do horário de visitas.

Todavia, esta pesquisa não teve a pretensão de esgotar todas as possibilidades de estratégias de acolhimento em UTI, mas, através de seu resultado, permitir uma reflexão e até mesmo a ação de ousar em recomendar aos profissionais da saúde a importância de estarem atentos para intervir nas lacunas existentes de inter-relações, dentro dos cenários onde se desenvolvem as práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Henington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad Saúde Pública*. 2005;2(1):256-65.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
3. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: EDUCS*; 2005.
4. Bettinelli LA, Rosa J, Erdmann AL. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(3):377-84.
5. Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2008 [citado 2010 out. 13];9(2):315-28. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03.htm>
6. Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):66-72.
7. Gotardo GIB, Silva CA. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13(2):223-8.
8. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):81-9.
9. Lima AB, Oliveira SRD. The life meaning of the parents of the critical patient. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2008 [cited 2010 Oct 13];42(3):547-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a18.pdf
10. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):481-4.
11. Preto VA, Pedrão JL. Stress among nurses who work at the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2010 Oct 13];43(4):841-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a15v43n4.pdf
12. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. *Acta Sci Health Sci*. 2005;27(2):103-7.
13. Severo GC, Girardon-Perlini NMO. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Sci Med*. 2005;15(1):21-30.