

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ELEINE MAESTRI

**O ACOLHIMENTO PELOS ENFERMEIROS
DE PACIENTES E FAMILIARES
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

FLORIANÓPOLIS

2008

ELEINE MAESTRI

**O ACOLHIMENTO PELOS ENFERMEIROS
DE PACIENTES E FAMILIARES EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.
Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de Viver, Ser Saudável e Adoecer.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

FLORIANÓPOLIS

2008

ELEINE MAESTRI

**ACOLHIMENTO PELOS ENFERMEIROS DE PACIENTES E FAMILIARES
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 12 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**, através de vídeo-conferência.



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



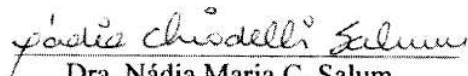
Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



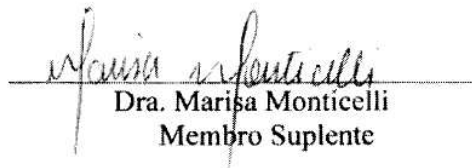
Dra. Mercedes Trentini
Membro



Dra. Marta Lenise do Prado
Membro



Dra. Nádia Maria C. Salum
Membro Suplente



Dra. Marisa Monticelli
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha família, que sempre vibra com as minhas conquistas, me acolhendo com muito amor. Em especial ao meu marido Jean, que compreende minhas ausências e me impulsiona constantemente a seguir na busca de novos conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que com seu poder supremo, me deu força, sabedoria, serenidade e principalmente amor para guiar minhas ações e atitudes durante esta caminhada.

À minha mãe Maria e minhas irmãs Kátia, Karla, Andréia e Karin, pelo incentivo, valorização e compreensão as minhas ausências.

Ao meu marido Jean, por corresponder minha ausência e distancia com amor, estímulo e carinho no afago dos seus abraços.

À amiga Josiane, que abriu caminhos para a idealização deste objetivo, incentivando e acreditando no meu potencial.

Ao padrinho Ailton, que me acolheu em seu lar dedicadamente, tornando neste período seu os meus compromissos.

À orientadora, Dr^a. Eliane, por acreditar em minhas idéias e renunciar vários momentos pessoais para me ensinar e compartilhar seus conhecimentos e experiências, tornando-se uma grande amiga. Obrigada pela atenção, dedicação e envolvimento.

Aos membros da banca examinadora Dr^a. Mercedes Trentini, Dr^a. Marta Prado, Dr^a. Nádia Salum e Dr^a. Marisa Monticelli, pelas relevantes contribuições que enriqueceram o descrever desta trajetória de Acolhimento.

À doutoranda Claudiniete, pelas sugestões minuciosas e pontuais.

Aos enfermeiros da UTI, Giordana, Graziela, Kátia, Mireli e Volnei, que abraçaram o desafio da subjetividade do cuidado, transpondo seus pensamentos e conceitos para implementar o Acolhimento aos pacientes e familiares.

Aos meus verdadeiros amigos, que mantiveram acesa a chama da nossa amizade com amor, fornecendo apoio e entusiasmo.

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.

E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.

O amor é sofredor, é benigno; o amor não é invejoso; o amor não trata com leviandade, não se ensoberbece.

Não se porta com indecência, não busca os seus interesses, não se irrita, não suspeita mal;

Não folga com a injustiça, mas folga com a verdade; Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor nunca falha; mas havendo profecias, serão aniquiladas; havendo línguas, cessarão; havendo ciência, desaparecerá;

Porque, em parte, conhecemos, e em parte profetizamos; Mas, quando vier o que é perfeito, então o que o é em parte será aniquilado.

Quando eu era menino, falava como menino, sentia como menino, discorria como menino, mas, logo que cheguei a ser homem, acabei com as coisas de menino.

Porque agora vemos por espelho em enigma, mas então veremos face a face; agora conheço em parte, mas então conhecerei como também sou conhecido.

Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o amor.

(Coríntios 13)

MAESTRI, Eleine. **O acolhimento pelos enfermeiros de pacientes e familiares em Unidade de Terapia Intensiva**, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 134 p.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na UTI adulto de um hospital público no Sul do Brasil, com o objetivo geral de identificar o conhecimento dos enfermeiros de uma UTI sobre o tema e ações de acolhimento. Os objetivos específicos compreendem desenvolver uma prática educativa de auto-conscientização com enfermeiros de modo a incentivá-los a praticar o acolhimento em UTI; obter sugestões dos enfermeiros referentes a estratégias para a prática do acolhimento aos pacientes e familiares na UTI; e identificar as ações de acolhimento percebidas pelos pacientes e enfermeiros após a prática educativa de auto-conscientização dos enfermeiros no decorrer deste estudo. O estudo teve como referencial teórico a teoria humanística de Paterson e Zderad em especial o conceito Diálogo. Dentre as opções de caminho metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial foi a escolha e se deu pelo fato de que o estudo foi desenvolvido onde o problema estava contextualizado e durante a prática profissional da enfermeira pesquisadora com a participação dos enfermeiros da unidade. Participaram da pesquisa seis enfermeiros, treze pacientes e vinte e três familiares. A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2008, e teve como método uma prática assistencial com entrevistas e discussões em grupo. Para ordenação e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo. As informações deram origem a doze discursos do sujeito coletivo relacionados aos temas: o acolhimento no cuidado de enfermagem, as lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família e avaliação das estratégias de acolhimento. Foi unânime entre os enfermeiros que a inter-relação mais frágil que necessitava de intervenções imediatas era a relação enfermeiro/família. As estratégias para acolher a família após a admissão do paciente, manter contato telefônico na vigência de piora do quadro clínico ou da alta, a comunicação do óbito, e a relação dialógica no horário de visitas foram algumas das estratégias implementadas com os familiares. Ao incluir a família no cuidado como cliente da enfermagem, os familiares sentiram-se seguros e confiantes. Ao avaliar os resultados alcançados destacou 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.

Palavras Chave: Unidade de Terapia Intensiva, família, acolhimento, enfermagem, enfermagem em UTI.

MAESTRI, Eleine. **The user embracement by nurses of patients and family members in the Intensive Care Unit.** 2008. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Nursing Post-Graduate Course, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 134p.

ABSTRACT

It's about a qualitative research, accomplished in the Adult ICU of a public hospital in the south of Brazil, with the main goal of identify the knowledge of nurses of the ICU about the subject and actions of user embracement. The specific goals include to develop a educational practice of self-awareness with nurses in a way to stimulate the practice of user embracement in the ICU; to gain suggestions of the nurses about the strategies to the practice of user embracement of the patient and family in the ICU; and identify the actions of user embracement perceived by the patients and nurses after the educational practice of self-awareness of the nurses during this study. The study had as theoretical references the Paterson & Zderad's humanistic theory specially the concept of Dialog. Between the choices of methodological path the Convergent- Research was the choice by the fact of the study was developed where the problem was in context and during the professional practice of the researcher nurse with participation of the nurses of the unit. Six nurses, thirteen patients and twenty-three family members participate in this research. The data gathering was realized between July and October of 2008, and had as method the care practice with interviews and debates in group. To order and organize the data the methodological process of The Collective Subject Speech was used. The information created twelve collective subject speeches related to the topics: the user embracement in nursing care, the gaps in the relationship between nurse/patient and nurse/family members and valuation of the user embracement strategies. The nurses were unanimous to think that the weaker relationship was the one between nurse/family members. The strategies to embrace the family after the admission of the patient, to sustain telephone proximity in case of worsening of patient's clinical state or ICU discharge, the announcement of death, and the dialogical relation in the visit hours were some of the strategies used with family members. To involve the family in the care as a nursing client, the family felt more secure and confident. In the valuation of the gained results, it's emphasize that to take over commitment and responsibility of changes in the nursing care practice, the nurses experiment a new look over the ICU care, focalized in the human being, allying the user embracement to the care model that favours the objectivity of care.

Key-Words: Intensive Care Unit., family, sheltering, nursing, ICU nursing.

Maestri, Eleine. **La recepción de los pacientes y las familias por las enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos**, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 134 p.

RESUMEN

Esta es una investigación cualitativa, llevada a cabo en la UCI de adultos de un hospital público en el sur de Brasil, con el objetivo general de identificar el conocimiento de los enfermeros en una UCI sobre el tema y las acciones de acogida. Los objetivos específicos incluyen el desarrollo de un centro de enseñanza práctica de auto-conciencia en el personal de enfermería para alentarlos a participar de acogida en la UCI, las enfermeras consejos relativos a las estrategias para la práctica de dar la bienvenida a los pacientes y las familias en la UCI, y determinar las acciones Anfitrión percibido por los pacientes y las enfermeras después de la práctica educativa de la libre conciencia de las enfermeras en este estudio. El estudio es una referencia teórica a la teoría humanística de Paterson y Zderad, en particular, el concepto Diálogo. Entre las opciones para la ruta de búsqueda de atención metodológica convergente y la elección se hizo porque era donde el problema se desarrolló y contextualizada en la práctica profesional de la enfermera investigadora con la participación de enfermeras de la unidad. Seis enfermeras participaron en el estudio, trece pacientes y familiares veintitrés de recolección de datos se realizó durante los meses de julio-octubre de 2008, y había una práctica como un método de asistencia en las entrevistas y grupos de discusión. Para ordenar y organización de datos, utilizando el proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo. La información llevó a doce de los discursos colectivos tema relacionado con los temas: la acogida en el cuidado de enfermería, las lagunas en la relación enfermera / paciente y la enfermera de la familia y estrategias de evaluación de la acogida. Fue unánime entre las enfermeras que las relaciones más frágil que requiere la intervención inmediata era la relación enfermera / familia. Las estrategias para dar cabida a la familia después de la admisión de la paciente, manteniendo un contacto telefónico durante el empeoramiento de los síntomas o la alta, la comunicación de la muerte, y el dialógico en el calendario de las visitas son algunas de las estrategias implementadas con la familia. Mediante la inclusión de la familia en el cuidado de la enfermería como un cliente, la familia se sentía seguro y confiado. Al evaluar los resultados de relieve que el compromiso y la responsabilidad de ayudar a la transformación de la práctica de enfermería, experimentó una nueva mirada a la atención en la UCI, centrado en los seres humanos, la combinación de ser anfitrión de la modelo de atención que hace hincapié en la objetividad de la atención.

Palabras clave: unidad de cuidados intensivos, la familia, recepción, enfermería, enfermería en UCI.

LISTA DE SIGLA

AC	Ancoragem
BDENF	Banco de dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DSC	Discurso do sujeito coletivo
ECH	Expressão chave
GIATE	Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem
IC	Idéia Central
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PEN	Pós-graduação em Enfermagem
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Programa Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Acolhimento aos familiares na admissão	84
Quadro 2 – Impresso com informações da UTI	88
Quadro 3 – Realização de contato telefônico com os familiares na vigência de piora do quadro clínico ou da alta do paciente da UTI	90
Quadro 4 – Padronização das condutas na ocorrência de óbito	94
Quadro 5 – Relação dialógica no horário de visitas	97

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 EXPLORANDO A TEMÁTICA DO ACOLHIMENTO	21
2.1 O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO COMO ALICERCE DO CUIDADO.....	21
2.2 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO AMBIENTE DE CUIDADO.....	25
2.3.1 <i>O acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva</i>	28
2.3.2 <i>A influência das relações interpessoais no acolhimento</i>	29
3 O REFERENCIAL TEÓRICO COMO ALICERCE	35
3.1 PRESSUPOSTOS	40
3.2 MARCO CONCEITUAL	42
4 O TRAJETO METODOLÓGICO	46
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	46
4.2 DESENHO DA PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL.....	47
4.3 FASES METODOLÓGICAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	48
4.3.1 <i>Concepção</i>	48
4.3.2 <i>Instrumentação</i>	48
4.3.3 <i>Perscrutação</i>	55
4.3.4 <i>Análise</i>	62
4.3.5 <i>Interpretação</i>	63
4.4 A ÉTICA NA PESQUISA CONVERGENTE – ASSISTENCIAL PARA O ACOLHIMENTO EM UTI	64
5 DESVENDANDO O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O ACOLHIMENTO.....	66
5.1 TEMA 1 - O ACOLHIMENTO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	66
5.2 TEMA 2 - AS LACUNAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO/PACIENTE E ENFERMEIRO/FAMÍLIA	70
5.3 TEMA 3 – ESTRATÉGIAS IMPLEMENTADAS PARA O ACOLHIMENTO AOS PACIENTES E FAMILIARES NA UTI.....	81
5.4 TEMA 4 - AVALIAÇÕES DAS ESTRATÉGIAS DE ACOLHIMENTO	99
6 TEORIZAÇÃO DA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO NA UTI	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
APÊNDICE.....	129
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	130
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS	132

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PACIENTE/FAMÍLIA 134

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação contém uma proposta para o acolhimento de pacientes e familiares em um ambiente de terapia intensiva embasada no referencial teórico da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979) e no referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

A dimensão subjetiva da qualidade da atenção, como o conforto, o acolhimento e a satisfação dos usuários é algo que parece ainda um discurso ideal e distante do real. O acolhimento está relacionado com um modo de ser e agir e será compreendido neste estudo como a mais importante das estratégias de humanização. A humanização focaliza o cuidado ao sentimento de respeito e dignidade do paciente com sentido multidimensional. Vai além do “assistir” no sentido confinado ao ato de olhar, de ver, mas tornando-o uma atividade provida de sentimento, responsabilidade, sensibilidade, ou seja, o cuidado pressupõe uma relação à pessoa. No Brasil ainda é pequena a discussão de políticas de intervenção considerando os aspectos de humanização, assim como ainda não está no rol das prioridades da maioria dos gestores de saúde (SALICIO; GAIVA, 2006).

Acolher significa receber, recepcionar, e também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo (HENNINGTON, 2005).

Muito tem se falado da humanização dos serviços de saúde intensificado com a proposta do Ministério da Saúde (MS), da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde. Os usuários têm reivindicado atenção ao acolhimento, de modo resolutivo com melhoria na qualidade dos serviços prestados. Vários programas e ações foram propostos pelo MS, entre eles a Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH (1999a); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999b); Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000a); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000b), Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (2001);

Humaniza SUS (2003), Política Nacional de Humanização (2004), Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (2006), dentre outros.

Ainda que a palavra humanização não apareça em todos os programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, podemos acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-acolhimento-satisfação do usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entre os principais objetivos do PNHAH inclui-se modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (BRASIL, 2001).

O grande desafio de tais ações e programas é a implantação das propostas não apenas como uma normativa imposta hierarquicamente. Acredita-se que os sujeitos envolvidos neste processo devam estar mobilizados para a transformação da realidade, abertos para a interação e acolhimento aos usuários.

No entanto, estas transformações não ocorrem de forma tão simples, reporto-me à minha experiência que não foi diferente, pois, durante a formação profissional o enfoque estava voltado principalmente para a doença, para os sinais e sintomas, para os saberes estruturados, para os procedimentos técnicos e para o manuseio de equipamentos.

Durante a graduação o breve contato com a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) instigou-me curiosidades acerca da assistência aos pacientes gravemente enfermos. Em minha primeira experiência profissional trabalhando em uma UTI Coronariana de um hospital privado, referência em cardiologia, o contato com os pacientes e seus familiares era direcionado principalmente para os aspectos fisiopatológicos.

Ao iniciar minhas atividades profissionais em uma UTI geral de um hospital universitário, tive como um dos desafios os aparatos tecnológicos sobre os quais eu dedicava muito mais tempo em proporção ao relacionamento, a interação com o paciente e sua família. Naquela época eu acreditava ser o domínio das tecnologias duras¹ e leve-duras² o pré-requisito da assistência de enfermagem com

¹ Tecnologias duras são aquelas constituídas por equipamentos do tipo máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais. A ela está relacionado o instrumental geralmente vinculado à mão do profissional, como por exemplo: a pinça, o estetoscópio, o eletrocardiógrafo, entre vários outros equipamentos (MERHY, 2002).

² Por tecnologias leve-duras, ele entende os saberes estruturados, como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, a clínica médica, a cirúrgica, e tantos outros saberes que operam no processo de trabalho em saúde (MERHY, 2002).

qualidade. Porém, a convivência com a equipe de enfermagem dessa UTI que demonstrava valorizar mesmo que sutilmente a subjetividade do cuidado, foi o alicerce que faltava para desvendar este ambiente, que envolve enormes fragilidades dos pacientes e de seus familiares. Compreendi, naquela ocasião, que o ato de cuidar em UTI não se restringe ao aspecto físico, e se faz necessária a inclusão de atitudes de acolhimento.

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. Percebi, 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.

Bettinelli et al (2004) reforçam essas idéias ao referirem que na humanização do cuidado no ambiente hospitalar quando nos tornamos sensíveis ao sofrimento humano, nos humanizamos para além do conhecimento científico e temos a oportunidade de crescer em sabedoria.

Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos, um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros (BETTINELLI et al, 2004 p, 91).

A experiência como enfermeira facilitadora no curso técnico de enfermagem, foi na verdade o exercício inicial de um grande objetivo de vida, que veio a se concretizar com a docência no curso de graduação em Enfermagem em uma universidade em Santa Catarina. Paralelo à docência, a necessidade de estar mais próxima aos pacientes e seus familiares, foi satisfeita na atuação como enfermeira em uma UTI, que também era campo de estágio para estudantes de graduação em enfermagem.

Atuar como enfermeira assistencial, no mesmo local onde desempenhava meu papel como docente na disciplina de Enfermagem na UTI foi enriquecedor para os estudantes, inclusive para mim, tendo em vista que o ambiente, a equipe, os pacientes e os familiares não me eram desconhecidos. Este fato facilitou o acolhimento aos estudantes e ao processo ensino-aprendizagem. Ser enfermeira de

UTI requer muito mais do que o domínio da tecnologia, habilidade técnica e conhecimento científico. Requer percepção extremamente aguçada, comunicação, solidariedade e sensibilidade ao outro, aos seus sentimentos e emoções, visto que o foco de nosso trabalho são os pacientes, seres únicos, portadores de desequilíbrios orgânicos e fragilizados emocionalmente.

Não foram raras as vezes, que os estudantes solicitaram para acompanhar o docente ou enfermeiro do setor durante o contato com os familiares, para fornecer informações principalmente na vigência da piora do quadro clínico ou óbito. Alguns egressos do curso de graduação tornaram-se colegas de profissão e manifestavam as mesmas angústias e dificuldades para o acolhimento. Relatavam não saber abordar os familiares, o que lhes falar, como confortá-los ou minimizar seu sofrimento.

A vivência, em alguns momentos da disciplina de enfermagem em UTI, com sensibilizações, relatos de vivências e experiências dos estudantes em que o diálogo instigava o pensar sobre o nosso compromisso não só profissional, mas também pessoal com o acolhimento do paciente e sua família, mostraram resultados intimamente significativos na construção de um novo saber. Naqueles momentos houve uma relação de confiança mútua e o processo educativo se tornou mais acolhedor.

O convívio em UTI, nas situações graves e de morte iminente fez com que, por vezes, me tornasse uma pessoa de referência, em quem a família deposita confiança e solicita informação sobre o paciente. Percebo que a medida que nos envolvemos, 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, e sim, principalmente pela satisfação pessoal que o acolhimento traz.

Nessa época identifiquei que realmente existiam lacunas na formação profissional relativas às oportunidades de discussão e vivências focadas e direcionadas, de forma mais explícita e relevante para o acolhimento dos pacientes e familiares em UTI.

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 inserção no Grupo de Pesquisa em Tecnologias, Informações e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE) do PEN-UFSC, fez suscitar a curiosidade na investigação sobre a percepção dos estudantes com relação ao acolhimento durante os estágios em UTI.

Assim, na disciplina de “Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde” do curso de mestrado desenvolvi uma prática educativa assistencial no período de 02 de outubro a 20 de novembro de 2007, com estudantes de um Curso de Enfermagem que cursavam a disciplina de Enfermagem na UTI. O objetivo dessa proposta foi desenvolver uma prática de ensino-aprendizagem com estudantes de Enfermagem para o cuidado acolhedor aos pacientes e familiares em UTI, com base no diálogo da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979).

Foi possível perceber durante a prática de ensino-aprendizagem que para os estudantes as percepções e experiências sobre acolhimento estão relacionadas ao universo familiar, requerem empatia e são representadas por pequenos gestos como expressões não verbais (o abraço, o olhar e se emocionar junto com o familiar) e o saber escutar. Apontaram que a graduação oferece poucas oportunidades na prática do cuidado para o exercício do acolhimento e desta forma se espelham no professor e no enfermeiro do setor. Identificaram que os profissionais e professores muitas vezes priorizam atividades relacionadas ao cuidado físico e habilidades nos procedimentos durante os estágios e que o tempo torna-se escasso para uma aproximação maior com o paciente. Observaram que o fato de provavelmente não querer se envolver afetivamente com o paciente e sua família torna os enfermeiros resistentes para o acolhimento. Destacaram que o enfermeiro deve dar o exemplo para equipe e, portanto, precisa de preparo durante a graduação, e que seria importante os supervisores de estágio serem orientados com práticas similares com as que estavam tendo.

Entre os aspectos que facilitam o acolhimento listaram a amizade, a amorosidade, estar disposto a confortar, criatividade (criar formas de acolher o outro), comunicação entre paciente/família, paciente/equipe, equipe/família, acolhimento dentro da equipe, realização profissional, auto-estima do funcionário, conhecimento teórico e prático de cuidado, abertura para aprender com as pessoas, simpatia do profissional, orientar e cuidar de todos sem distinções.

Sobre aspectos que dificultam o acolhimento os estudantes relataram não saber o que falar diante do sofrimento e questionamentos do familiar, o tempo curto da permanência da família na UTI, o lidar com a morte, o paciente ser tratado como objeto, o afastamento da equipe com relação ao paciente e a família, o não respeito a subjetividade do paciente por medo de se envolver emocionalmente, não saber lidar com a expressão de tristeza e de preocupação, o mau humor dos profissionais, a insatisfação com a profissão, a arrogância de alguns profissionais, a equipe estressada e a falta de comprometimento da equipe.

Atualmente como enfermeira assistencial em uma UTI, que somente há quatro meses dispõe de supervisão direta e exclusiva de enfermeiro em todos os turnos de trabalho, me deparo novamente com inquietações relativas ao relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família.

Algumas particularidades desta UTI relacionam-se diretamente com acolhimento aos pacientes e familiares. Os pacientes que permanecem acordados durante a internação, manifestam curiosidade sobre o prognóstico de outros pacientes que lhes parecem mais graves pelo fato de estarem sedados e com ventilação mecânica, e ao mesmo tempo tornam-se ansiosos ao imaginarem a possibilidade de evoluírem para esta mesma condição. Observa-se nos pacientes uma mescla de sentimentos de alívio e apreensão.

Outro aspecto é que não existe horário específico para boletins informativos sobre o quadro clínico do paciente aos familiares na UTI. As informações telefônicas limitadas a expressões como “melhor”, “regular” e “grave” são fornecidas em três horários por telefone quando os familiares ligam e durante o horário de visitas pelo enfermeiro e/ou médico plantonista, geralmente também, quando solicitadas, ou ainda pelo médico assistente nos corredores do hospital ou nos consultórios. O telefone utilizado para fornecer informações solicitadas pelos familiares está localizado em um balcão central da UTI, o que permite aos pacientes mais atentos ouvirem e imaginarem que o que está sendo informado é sobre a sua situação. O médico intensivista que atua diariamente no turno matutino demonstra-se extremamente preocupado e atencioso com a melhora clínica dos pacientes internados, utilizando muitas vezes o horário de visitas para dar continuidade no exame e procedimentos com os pacientes.

Além deste fato, a rotina de cuidados de enfermagem, as visitas de médicos assistentes, os exames realizados pela manhã, ocasionam frequentemente

atrasos na entrada das visitas neste turno, o que gera angústia nos profissionais de enfermagem e insatisfação dos pacientes e familiares. Os enfermeiros desta UTI referem, em conversas informais, a pouca atenção dada aos pacientes e, em especial, aos familiares, sinalizando a necessidade de intervenções que otimizem as relações entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família.

Concordo com o pensamento de Nascimento (2003), que se nós, trabalhadores melhorarmos nossa atuação junto ao doente e seus familiares, respeitando seus direitos e atendendo suas necessidades teremos um novo modo de cuidar.

O resgate de uma mentalidade humanizadora não depende de investimento financeiro, mas, constitui um grande desafio da humanização hospitalar que é a decisão por parte dos profissionais de voltar às raízes da sua profissão, quando o cuidado solidário do doente tinha um grande valor e o alívio de sofrimento era até mais importante que a cura, o que, nem sempre acontece (BRASIL, 2001).

Merhy (1997) compreende acolhimento como a relação humanizada que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de pacientes que os procuram. Para este autor o que se percebe é uma relação distante, sem produzir este acolhimento que é um direito de todos nós, usuários e cidadãos. Ele é fundamental como parte do processo de criação do vínculo e do próprio processo terapêutico.

No entanto, mudanças implicam na ação coletiva dos trabalhadores de saúde, “no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, aliado às demais dimensões sócio-políticas envolvidas na crise do setor saúde” (MERHY, 1997, p.72).

Entendo ser o diálogo a ferramenta essencial para o acolhimento. O diálogo não o restrito à comunicação como mandar e receber mensagens, mas, como comunicação em termos de chamado e resposta (PATERSON; ZDERAD, 1979). Assim, o diálogo pode ser um instrumento fundamental para provocar uma atitude comprometida com a mudança da realidade no setor saúde, em especial, nas UTIs, de unidade fria e estressante para uma unidade acolhedora.

É incontestável a necessidade de acolhimento aos usuários de UTI, 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. Preocupa-me que

na maioria das vezes o acolhimento seja abordado de forma sutil por esses profissionais. Neste sentido, tenho 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.

Diante deste contexto propus como pergunta norteadora de pesquisa:

Como os enfermeiros poderão acolher pacientes e familiares em um ambiente de terapia intensiva?

Para responder ao questionamento acima e procurando minimizar a lacuna que existe nesta área, tracei como objetivo geral **identificar o conhecimento dos enfermeiros de uma UTI sobre o tema e ações de acolhimento** e como objetivos específicos:

- a) desenvolver uma prática educativa de auto-conscientização com enfermeiros de modo a incentivá-los a praticar o acolhimento em UTI;
- b) obter sugestões dos enfermeiros referentes a estratégias para a prática do acolhimento aos pacientes e familiares na UTI;
- c) identificar as ações de acolhimento percebidas pelos pacientes e enfermeiros após a prática educativa de auto-conscientização dos enfermeiros no decorrer deste estudo.

2 EXPLORANDO A TEMÁTICA DO ACOLHIMENTO

Neste capítulo apresento um resgate teórico sobre o acolhimento, o preparo do profissional enfermeiro para o acolhimento durante a sua formação acadêmica e as particularidades do ambiente de terapia intensiva aliada às necessidades do paciente e sua família, bem como sustento a importância do estudo aliado ao referencial de Paterson e Zderad, que serviu como base para análise dos resultados.

Para a realização do estudo foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) pelo acesso às bases eletrônicas de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e BDEF (Bases de dados em Enfermagem). Foram utilizados: artigos científicos publicados em periódicos nacionais, teses, dissertações e livros que abordaram o acolhimento e/ou aspectos da humanização da assistência, referentes a atuação da enfermagem/enfermeiro, percepções dos pacientes e familiares na UTI. Os descritores utilizados foram: acolhimento/humanização; enfermagem; família; paciente grave; unidade de terapia intensiva.

2.1 O acolhimento e a humanização como alicerce do cuidado

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão que implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2006).

É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política

porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2006, p. 6-7).

O acolhimento deve ser entendido como o encontro ético, estético e político constitutivo dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. O acolhimento como ação tecno-assistencial possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade (NEVES; ROLLO, 2006).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem (NEVES, ROLLO, 2006). Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde
- a valorização e abertura para o encontro profissional de saúde, usuário e sua rede social como liga fundamental no processo de produção de saúde.
- uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.
- elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com equipes de referência em atenção diária, responsáveis/gestoras por esses projetos (horizontalização por linhas de cuidado)
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população.
- uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.
- construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais (NEVES; ROLLO, 2006, p. 7-8).

O acolhimento na saúde para Carvalho e Campos (2000) é um arranjo tecnológico que tem como finalidade escutar todos os pacientes, resolver os

problemas de acordo com a competência do serviço e referenciá-lo quando necessário.

O acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais de saúde em todas as relações profissional de saúde X paciente/família. Receber bem, ouvir a necessidade e buscar formas de solucioná-la, são etapas fundamentais para se alcançar o bom acolhimento (PAIDÉIA, 2001).

De acordo com Malta et al (2000) o acolhimento possibilita mudança no processo de trabalho, podendo atender a todos que procuram o serviço de saúde, ultrapassando até mesmo o atendimento humanizado. Deve ser entendido como um momento tecnológico importante que pode imprimir qualidade nos serviços de saúde, pois requer que o profissional de saúde utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários e tem visibilidade com a ampliação do acesso e humanização das relações.

Para que ocorra o acolhimento a equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos, mas sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o paciente e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam ou precisam de ajuda. O relacionamento humano nos serviços de saúde é essencial para melhorar a assistência (CAMELO et al, 2000).

O acolhimento requer mudança de cultura, necessita de um encontro entre enfermeiros, pacientes e família e pressupõe escuta, olhar aberto e amoroso. O profissional de saúde deve desenvolver uma capacidade de se conhecer e saber reconhecer emoções. Essa capacidade diminui as possibilidades de conflito, pois abre caminhos para a comunicação com o outro (CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Silva Jr e Mascarenhas concebem o acolhimento como uma postura da equipe comprometendo-se em atender, ouvir e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e pacientes e seus familiares (SILVA; MASCARENHAS, 2004).

O acolhimento reorganiza o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se compromete a resolver o problema de saúde do paciente, bem como busca qualificar a relação dele com o trabalhador, que deve conter parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento tem a finalidade de interligar os espaços, de conectar os diálogos entre os profissionais de saúde e pacientes. É uma técnica de conversa operada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento “acolhimento dialogado”. É definido como uma rede de conversações (TEIXEIRA, 2003).

Nascimento e Erdmann (2006) referem que as principais insatisfações dos pacientes hospitalizados estão relacionadas com a forma como o cuidado tem sido realizado pelos profissionais: com distanciamento, indiferença, incompreensão e insensibilidade. Os pacientes alertam sobre o perigo de mantermos o predomínio da forma racional de cuidar, pois essa maneira não está satisfazendo as pessoas que são cuidadas.

Constata-se, analisando esses escritos, que o acolhimento é uma tecnologia das relações, que requer envolvimento, objetivando identificar as necessidades de saúde dos usuários e buscar formas de solucioná-las, com responsabilidade profissional, respeito, que vai além do atendimento humanizado. É essa a compreensão de acolhimento que permeou este estudo e, que vem ao encontro do referencial de Paterson e Zderad.

Faz-se necessário a percepção de alguns autores sobre a humanização uma vez que tem conotação diferente do acolhimento embora de maneira sutil.

A humanização no cuidado se dá com entrega sincera e leal ao outro, do saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005).

No setor saúde a humanização vai além da competência técnico-científica-política dos profissionais, compreende o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano, no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (CASATE; CORREA, 2005).

A humanização do homem é uma responsabilidade histórica, e se dá pelo compromisso com a solidariedade (CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Schneider et al (2008) resgatam que principalmente as internações que ocorrem de forma súbita e inesperada, podem ocasionar no paciente e família medo, insegurança, sofrimento, medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, como também, depressão e angústia e, que isso por si só requer um atendimento humanizado e acolhedor.

Lima (2004) ao referir sobre o compromisso dos profissionais no setor saúde aponta ser um bem humanístico, o produto final do trabalho, portanto, a prioridade nestes serviços é a relação profissional-paciente e não a relação profissional-máquina. A tecnologia deve ser vista como um instrumento de trabalho e não um fim.

Nos serviços de saúde a humanização se traduz em melhorar a relação médico-paciente, organizar atividades de convívio, garantir acompanhante na internação da criança e do idoso, implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na atenção ao parto e ao recém-nascido de baixo peso, amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva, agilizar o atendimento aos pacientes nas Emergências, denunciar o comércio da medicina, entre outros (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Para Campos (1997), a humanização depende de mudanças nas pessoas, de desalienação e de transformação do trabalho em algo criativo e prazeroso. Os trabalhadores devem considerar que lidam com outros seres humanos durante todo o tempo, e que estes seres humanos, como eles próprios, possuem interesses e desejos. Este é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência. A humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social.

A humanização se apresenta como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que os sujeitos envolvidos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Neste sentido, se faz necessário que a equipe da UTI, aqui em especial a enfermagem, esteja preparada e receptiva ao encontro, ao chamado, ao relacionamento com paciente e família, valorizando a subjetividade, que alie o acolhimento e humanização ao cuidado técnico-científico.

2.2 A unidade de terapia intensiva como ambiente de cuidado

Florence Nightingale, no início do século XIX, foi a pioneira em reconhecer a importância de se reservar uma área isolada no hospital, para os

pacientes graves receberem cuidados especiais. Esta centralização de pacientes, como preconizava Nightingale, é uma idéia que vem sendo concebida, como podemos observar através dos tempos e registrado na história contemporânea. Com o propósito de facilitar a divisão de tarefas médicas, ela relata que muitos hospitais da Grã-Bretanha designavam uma pequena sala próxima às salas de cirurgia para os pacientes que retornavam de cirurgias e que inspiravam cuidados extras. Assim, se reconhece que as salas de recuperação pós-anestésicas foram às precursoras das modernas unidades de cuidados aos pacientes críticos ou graves (CINTRA et al, 2005).

Entre as décadas de 40 e 50, alguns acontecimentos históricos, como a Segunda Guerra Mundial, e a epidemia de poliomielite, considerados “marcos” adicionais houve a necessidade de desenvolvimento de UTIs. A literatura traz como registro a criação da primeira UTI no Johns Hopkins Hospital, na década de 20 nos Estados Unidos da América. No Brasil começou a ser praticada no final da década de 60 e início da década de 70 (CINTRA et al, 2005).

A inserção das UTIs em nossa realidade abriu um novo campo à prática de enfermagem que, para atender a esse contexto, necessitou encontrar meios adaptativos para subsidiar a assistência especializada frente às condições de trabalho hospitalar (LINO; SILVA, 2001).

As primeiras UTIs do Brasil foram fundadas no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro em 1960 e, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1961 (CARVALHO, 1972; SIMÃO et al, 1976; SPÍNDOLA, 1995 apud LINO, SILVA, 2001). Com o Decreto N.º 94.406, de julho de 1987 a especialidade foi definitivamente disciplinada, havendo a delimitação da atividade profissional e o estabelecimento como atividade privativa do enfermeiro: dirigir, liderar, planejar, organizar, coordenar, avaliar e executar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, com risco de morte, e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (CINTRA et al, 2005).

Estruturando estas unidades surgiram diferentes aparatos tecnológicos. Hayashi e Gisi (2000, p. 824), afirmam que “a era cibernética invadiu também a área da saúde, trazendo vários benefícios com a introdução de aparelhos modernos e sofisticados, aliados à informática”.

Curry (1995, p. 26) neste sentido ressalta que “o avanço técnico-científico foi tão rápido que mal pudemos conhecê-lo melhor, aparelhos e sistemas foram criados, usados e desativados sem que muitos tivessem tempo de conhecê-los”.

A tecnologia fortemente presente nas UTIs é necessária para a manutenção da vida. Assim, “a presença da máquina é permanentemente justificada e indispensável, porém é preciso haver uma interação entre o cuidador e o ser cuidado, aliando a esse conforto o bem estar do paciente” (MORAES et al, 2004, p. 29).

De modo geral os profissionais não se dão conta onde termina a máquina e começa o paciente. A relação com a máquina pode tornar o cuidado de enfermagem um ato mecânico e o paciente visto como uma extensão do aparato tecnológico. Assim, durante o atendimento na UTI que envolve complexidade tecnológica, gravidade da doença, e a necessidade de ação imediata, tornou-se comum que os profissionais que atuam nesta área priorizem as atividades técnicas, tratando o paciente internado como se fosse mais um leito (MACIEL; SOUZA, 2006).

Apesar das discussões e posições teóricas sobre a humanização em UTI, ainda hoje é impressionante a flagrante violação dos direitos e da dignidade dos usuários desses serviços. Ninguém questiona a importância da existência da tecnologia dura porque ela em si mesma não é benéfica nem maléfica, tudo depende do uso que fazemos dela (SALICIO; GAIVA, 2006).

Contudo, não há dúvidas de que a UTI salva, alivia sintomas, e transforma prognósticos. Os profissionais que atuam em UTI têm apresentado preocupações permanentes em relação ao desafio de promoverem o cuidado humanizado, associando a este a minimização de sentimentos causados pelo próprio ambiente da UTI, e pelas idéias culturais e, condições de tratamentos intensivos.

A tecnologia deve ser usada de forma criativa e humana, servindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que ali permanecem. É imprescindível que um dos aspectos a serem analisados em relação à implantação e ao uso de qualquer tecnologia, além da segurança, eficácia, impacto social e relação custo-benefício, é a questão do acolhimento. Nos dias atuais, o avanço tecnológico está a disposição dos profissionais e usuários, mas por outro lado a humanização da

assistência, o cuidado humanizado tem sido muito incitado na literatura de enfermagem porém, ainda incipiente e pouco praticado em especial na UTI.

Temos a certeza que a tecnologia dura (instrumental, procedimentos técnicos, aparelhagem) é essencial e desejável à modernização do atendimento aos pacientes da UTI, tornado-se útil e porque não dizer indispensável, para prolongar a vida e diminuir o sofrimento de muitas pessoas. No entanto, não podemos desconsiderar o paciente como ser de relação dando prioridade aos aparelhos. Conforme descreve Ribeiro, Carandina, Fugita (1999, p. 19) “de nada adianta ser humanista e observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ser rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente”.

2.3.1 O acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva

O acolhimento é essencial principalmente no universo da UTI devido as suas particularidades conforme a citação abaixo.

A vivência em UTI me possibilita afirmar que esses serviços possuem algumas características próprias, como a convivência diária dos trabalhadores e dos sujeitos doentes com as situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados quanto dos familiares e trabalhadores de saúde; as rotinas, muitas vezes, rígidas e inflexíveis; e a rapidez de ação no atendimento (NASCIMENTO, 2003, p. 20).

Humanizar o cuidado em UTI é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante, mesmo assim observa-se um grande esforço dos enfermeiros para que a humanização do serviço ocorra (BOEMER et al. apud VILA; ROSSI, 2002).

Os enfermeiros de UTI têm experimentado que o atendimento em saúde se torna cada vez mais tecnológico. Mas, a doença crítica não é somente uma alteração fisiológica, e sim um processo psicossocial, desenvolvimental e espiritual, representando uma ameaça para o indivíduo e sua família, o que torna as necessidades de humanização simultâneas aos avanços tecnológicos cada vez mais essenciais. O enfermeiro deve demonstrar interesse, atenção, empatia, desejo e

capacidade de ajudar para que o paciente e a família em crise sejam receptivos (MORTON et al, 2007).

Diante deste contexto fica evidente que a realidade do cotidiano das UTIs está longe de oferecer uma assistência humanizada, tendo entre os principais elementos dificultadores a ausência de uma filosofia assistencial nas instituições e falta de comprometimento da equipe de saúde (SALICIO; GAIVA, 2006).

A contradição entre o falado e o vivido na UTI foi observada por Vila e Rossi (2002) ao estudarem o significado cultural do cuidado humanizado em UTI em um hospital universitário. Os pacientes expressaram que a vivência na UTI é como estar num ambiente desconhecido e estigmatizado com o medo do desconhecido e da morte, referiram sentimento de isolamento social, muito barulho, movimentação excessiva, excesso de luminosidade e de ventilação e horários de visitas limitados.

Igualmente Nascimento e Erdmann (2006) descrevem que mesmo contribuindo para o atendimento do paciente e dando segurança aos profissionais de saúde, a visão tecnicista favorece o distanciamento, a indiferença, a incompreensão e a insensibilidade das relações humanas, conduzindo ao predomínio de uma forma racional de cuidar. Os pacientes apontam que as técnicas e ações de enfermagem precisam de requisitos como amor, carinho, conversa, orientação e informação para caracterizar como cuidado e não apenas obrigação.

2.3.2 A influência das relações interpessoais no acolhimento

No ambiente das UTIs, a maioria dos pacientes são altamente dependentes exigindo a presença intensa da equipe de saúde e de enfermagem. Muitos destes, em decorrência da gravidade ou da condição física, se tornam extremamente "pesados" ou "trabalhosos" o que dificulta as manipulações e aumenta o consumo do tempo para a execução dos cuidados. Assim, a sobrecarga de trabalho pode levar muitos trabalhadores de enfermagem ao processo de desgaste físico (PASCHOA; ZANEI; WHITAKER, 2007). Por vezes estão angustiados pela sobrecarga de procedimentos e a possibilidade constante de agravos e de morte. Porém, é importante ressaltar que a maioria dos profissionais de enfermagem sente satisfação e prazer em cuidar de pacientes graves.

Nesta perspectiva Amestoy, Schwartz, Thofehrn (2006), identificaram que as condições precárias de materiais na instituição interferem nos sentimentos dos trabalhadores, mas mesmo em instituições detentoras de equipamentos modernos, permanece a necessidade de profissionais que desenvolvam habilidades emocionais, que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano.

Leopardi (2004) reforça esta idéia referindo que ao desenvolverem habilidades emocionais, os trabalhadores estarão preparados para oferecer um cuidado com compaixão ao paciente, sem exploração, domínio ou desconfiança. Uma compaixão amorosa que permita sermos tão humanos quanto possível, tão envolvidos quanto o sentimento determine.

Leite e Vila (2005) realizaram um estudo em UTI cujo objetivo foi identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional. As dificuldades relatadas estavam relacionadas ao contato com os familiares, com o lidar com a morte, com a falta de recursos materiais e, especialmente, com o relacionamento entre os membros da equipe. Os resultados evidenciaram a necessidade de que a equipe promova momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos referentes ao cuidado tanto dos pacientes críticos quanto de seus familiares, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal.

O enfermeiro particularmente possui um alto nível de responsabilidade por desempenhar atividades mais complexas e que envolvem maior risco para os pacientes, além de ser responsável pelas atividades desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem. Assim, ao investigarem a ocorrência de estresse entre enfermeiros que atuam na assistência a pacientes críticos Ferrareze, Ferreira, Carvalho (2006) constataram que mais da metade dos enfermeiros que assiste pacientes críticos, mostrou sinais de sofrimento físico e ou psicológico característicos da fase de resistência ao estresse.

O resultado de um estudo para avaliar as interações dos profissionais da enfermagem com os pacientes da UTI e unidade semi-intensiva cirúrgica chama a atenção devido o fato do profissional durante os procedimentos, direcionar seu olhar para o relógio ou para equipamentos que monitoram o paciente e em muitas situações a conversa entre o profissional e o paciente se deu por iniciativa do paciente. Por ser o olhar necessário numa conversação e a sua ausência denotar a

falta de interesse pela continuidade da interação, este fato poderá desestimular o paciente, diminuindo sua confiança na equipe (GALA; TELES; SILVA, 2003).

Com relação à percepção dos enfermeiros sobre a humanização e o trabalho em UTI, retratam ser o cotidiano neste ambiente como estressante, cansativo e desgastante, não só pela sobrecarga de atividades, mas também pelo grau de cuidados que os pacientes requerem. Por outro lado, identificam situações prazerosas, principalmente aquelas ligadas à recuperação do paciente e seu retorno para o convívio familiar. A dicotomia entre a teoria e a prática revela que apesar da humanização da assistência consistir em prestar um cuidado com respeito, atenção, diálogo com o paciente e família, os profissionais desenvolvem muitas vezes um trabalho, rotinizado, mecânico e desumano com o paciente e sua família. Mesmo tendo os enfermeiros consciência da necessidade da assistência humanizada, o que ainda predomina na UTI é o cuidado técnico (SALICIO; GAIVA, 2006).

Além do estresse a que os pacientes são submetidos em uma UTI, muitas vezes estes são privados da companhia de familiares e amigos. A hospitalização em UTI é um evento de crise tanto para o paciente como para a família, neste sentido, devemos avaliar as necessidades físicas e psicológicas de ambos e incorporá-las como prioridade para a eficácia do tratamento (MACIEL; SOUZA, 2006).

Maciel e Souza (2006) lembram que as regras institucionais costumam ser rígidas em relação às visitas e acompanhantes em UTI, determinando horário e número de visitantes, favorecendo deste modo apenas a instituição e não o paciente. Isso só contribui para a aflição e angústia da família que fica do lado de fora aguardando notícias.

Acredito que embora não dependa somente de nossa ação enquanto profissionais de enfermagem, mas também dos demais profissionais envolvidos no setor, e inclusive dos gestores em mudar o que está instituído, podemos contribuir para que este momento seja menos doloroso.

No cenário de UTI a família se percebe doente, pela desestruturação em nível holístico, causada pela vivência do risco iminente da perda, a sensação de impotência diante da doença, o sentimento de culpa, a impossibilidade de manter suas tarefas diárias e tantas outras modificações que a doença acarreta (CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Uma importante fonte de ansiedade em pacientes e em seus familiares é a falta de informação e a incerteza. Enquanto esperam aflitos os momentos da visita,

a incerteza normalmente causa apreensão e ansiedade nos familiares. Geralmente os familiares aguardam boas notícias relacionadas com melhora do estado clínico do paciente, ao aumento da probabilidade de cura e à diminuição do risco de morte. No entanto, o profissional deve ter o compromisso ético de fornecer informações verdadeiras, sejam elas boas ou más (MARUITI; GALDEANO 2007).

Nascimento (2003), em sua tese de doutorado, destaca vários ruídos presentes no espaço das relações na UTI tais como: os trabalhadores se apossam dos doentes; o cuidado prestado ao doente é muito mecanizado, faltando mais aproximação, humanização; ao entrarem na UTI os familiares deparam-se com uma situação desconhecida e assustadora, ficando apavorados; são deixados a sós com os pacientes, sem receber apoio; não recebem orientação antes de entrar na UTI e a beira do leito; os trabalhadores evitam o contato com os familiares; a relação entre trabalhadores de enfermagem e a família do doente é de saber e de poder. A autora apresenta algumas estratégias, citadas pelos trabalhadores da UTI, para o acolhimento: explicar aos familiares quanto à rotina do serviço; recepcionar os familiares ao entrarem na UTI, apresentando-se e orientando-os sobre as condições do paciente, colocar-se disponível; ter atitude de respeito e consideração para com as manifestações dos familiares; orientá-los a conversar com os pacientes e a tocá-los; dentre outras.

Em pesquisa a vinte e seis estudos realizados sobre as experiências dos pacientes relacionadas com a permanência em UTI, Moraes et al (2004), concluíram que as experiências negativas se relacionam ao medo, à ansiedade, ao desconforto e, as experiências positivas estão ligadas, principalmente, aos sentimentos de segurança e confiança, muitas vezes associados com as competências técnicas e habilidades interpessoais eficazes dos enfermeiros.

Em outro estudo sobre a comunicação dos profissionais de saúde com os familiares em UTIs concluiu-se, que entre os fatores que dificultam esse processo está o desconhecimento por parte dos profissionais do modo de ser e de perceber da família (SANTOS, 2004).

As necessidades de familiares de pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos segundo Maruiti e Galdeano (2007) são a necessidade de informação com fatos concretos sobre o progresso do paciente; a necessidade de conforto de ter um toalete e um telefone próximo à sala de espera; a necessidade de segurança de ter a certeza que o paciente está recebendo o melhor tratamento; a

necessidade de acesso ao paciente e aos profissionais da unidade como conversar com o enfermeiro e o médico todos os dias. Ficou evidente também no estudo, que a família se preocupa com o paciente e vivencia o medo e a insegurança em relação à conduta e ao tratamento.

A família, que geralmente encontra-se na sala de espera do lado de fora da UTI, aguarda notícias do paciente que chegam, marcadas por impessoalidade e descompromisso dos profissionais de saúde para com as reais necessidades dos usuários. Fica evidente o despreparo da equipe frente aos familiares prejudicando o acolhimento destes. A maioria das pessoas, quando não orientada, ao entrar em uma UTI sente-se perdida, deslocada com o universo de aparelhagens, sem saber se pode se aproximar do leito ou até mesmo tocar no paciente. Modificações devem ocorrer nesta relação através da identificação das necessidades sentidas pelos usuários.

As orientações e o contato com o enfermeiro são muito importantes, para os familiares, o enfermeiro deveria explicar de forma clara e objetiva o que está acontecendo com o paciente, como ele evoluiu e o que significa estar estável³. No estudo que objetivou levantar a percepção do familiar do paciente crítico sobre a comunicação com a equipe de enfermagem, foi concluído que os familiares apresentam dificuldades em ter acesso a quem detém as informações, e que o ideal seria existir uma pessoa devidamente treinada, que soubesse de cada caso, para transmitir as informações necessárias (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

A humanização engloba o contexto familiar e social, o ambiente do trabalho e a equipe de saúde. A presença do enfermeiro junto aos familiares deve possibilitar a troca de informações da evolução do paciente, por meio de uma comunicação efetiva, contribuindo para a identificação de dificuldades dos familiares e oferecendo o apoio necessário (SALICIO; GAIVA, 2006).

Para Morton et al (2007, p. 29 - 30),

o tempo que a enfermeira de cuidados críticos dedica à família é às vezes limitado devido necessidades fisiológicas e psicossociais do paciente. Conseqüentemente é importante fazer com que toda interação com a família seja a mais produtiva e terapêutica possível.

³ Termo muito utilizado pelos profissionais ao se referirem a uma situação do paciente, indicando que o estado do paciente encontra-se inalterado.

O enfermeiro deve estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família. Ao comunicar-se de forma adequada, incentiva e motiva os familiares a retirarem todas as suas dúvidas, de forma a satisfazer a necessidade de informação e, desse modo, diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos. A enfermagem, sendo uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, deve se preocupar em atender, não apenas as necessidades dos pacientes, mas também de seus familiares (MARUITI; GALDEANO, 2007) diminuindo assim, o desconforto e a ansiedade.

3 O REFERENCIAL TEÓRICO COMO ALICERCE

Para nortear o estudo optei pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), por entender que permearia todo o percurso teórico-metodológico acerca do que é importante observar, planejar, organizar, analisar, compreender e refletir sobre o acolhimento em UTI na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família. Neste sentido elegi o diálogo como conceito, por acreditar que a relação dialógica é o alicerce para que o acolhimento seja intenso, marcante e adequado em UTI. Também por perceber que este possibilita ao enfermeiro conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar.

As teóricas contemplam na Teoria Humanística o fenômeno da enfermagem com o bem-estar; o potencial humano; a transação intersubjetiva; o diálogo vivido, desenvolvido pelo encontro; a relação e a presença. A teoria de Paterson e Zderad (1979) não apresenta apenas os conceitos primitivos, mas traz novos conceitos que permitem um novo olhar ao cuidado como o encontro, relação, presença, chamado e resposta, objetos, tempo e espaço (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Inspirada em filósofos como Martin Buber, Gabriel Marcel e Frederick Nietzsche, a Teoria Humanística de Paterson e Zderad surge de uma base fenomenológica existencial. A relação dialógica é a categoria existencial por excelência, quando ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida e da reflexão (BUBER, 1974). O diálogo é comunicação em termos de chamado e resposta bi-direcional (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Ao encontrar significados no partilhar nossas experiências com outros que também estão enfrentando as escolhas incertas do cotidiano estamos vivenciando o diálogo (PATERSON; ZDERAD, 1979). A enfermagem é entendida, pelas autoras, como um diálogo vivo, por meio do qual se compreende e se descreve as situações de enfermagem.

Desta forma há necessidade do enfermeiro possuir conhecimentos sobre Filosofia e Ciências Humanas, bem como procurar auto-conhecimento através de cursos, referenciais e das artes para que um diálogo vivo esteja presente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A ênfase tecnocrática da sociedade moderna provoca um distanciamento maior entre as pessoas (HYCNER, 1995). Esse fato é constatado na UTI, visto que os enfermeiros relacionam-se mais com os equipamentos do que com as pessoas que compõem o cenário nessa unidade, como mencionado no capítulo anterior.

Em 1923, Buber publicou sua principal obra, EU e TU, que é uma reflexão sobre a existência humana. Para ele, as relações com as pessoas se dão de duas maneiras diferentes, porém necessárias: a relação EU-TU e a EU-ISSO. A relação EU-TU valoriza a singularidade, é uma atitude de genuíno interesse por aquele com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa. Essa relação envolve uma totalidade do ser, é uma relação de plenitude, de sujeitos, de intersubjetividade (BUBER, 1974).

De acordo com Buber (1974, p. 32),

o homem se torna EU na relação com o TU. O face a face aparece e se desvanece, os eventos da relação se condensam e se dissimulam, e é nessa alternância que a consciência do EU se esclarece e aumenta cada vez mais.

Em contraste, quando o outro é, essencialmente, um objeto para nós, utilizado como meio para um fim, ocorre a relação EU-ISSO. Nesse tipo de relação não existe um encontro genuíno entre pessoas. Porém, a relação EU-ISSO é um aspecto necessário na vida humana. Não é a sua existência que está “errada”, mas sim a predominância esmagadora com que se manifesta na moderna sociedade tecnocrática (HYCNER, 1995).

Na UTI, se observa maior utilização da relação EU-ISSO, quando estamos atendendo a uma parada cardíaca e o conhecimento técnico somado às habilidades de manipulação dos equipamentos é fundamental para a obtenção de êxito no procedimento. No entanto, essa atitude impera em detrimento a relação EU-TU, tão necessária para o enfermeiro, paciente e família. Internações frequentes do mesmo paciente na UTI podem induzir o enfermeiro a uma equivocada interpretação de familiaridade dele mesmo, do paciente e da família com a situação. Alguns rótulos e julgamentos são realizados afastando o enfermeiro do encontro, do diálogo genuíno, que somente pode fluir se duas pessoas (enfermeiro/paciente, enfermeiro/família) estiverem disponíveis para irem além da atitude EU-ISSO e, de acordo com Buber (1974), valorizarem, aceitarem e apreciarem verdadeiramente a alteridade da outra pessoa.

O EU é relacional e não podemos falar em EU sem mundo, sem Isso ou sem TU. O EU se decide por uma ou por outra relação “atitudinal”, uma vez que é um fenômeno da relação Ser Humano-mundo. O TU se oferece ao encontro e o EU decide encontrá-lo. Se o outro for um objeto, o TU não é senão um Isso, útil a um propósito realizável (BUBER, 1974).

Para minimizar o envolvimento emocional, alguns profissionais que atuam em UTI elegem rotineiramente a atitude EU-ISSO. Acredito, no entanto, que tal atitude, embora pareça segura, traga pouca gratidão. E como refere Buber (1974), se a relação EU-TU, não ocorrer, não somos humanos.

Paterson e Zderad (1979) consideram que o ser humano possui características especiais de relacionar-se, por meio da relação EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS, no tempo e no espaço. Na relação com os outros seres, o ser humano vem a ser, e manifesta sua singularidade. O relacionamento EU-TU é o diálogo intuitivo, que ocorre quando o ser humano se envolve com o outro.

Nessa relação, cada um está consciente da singularidade do outro, e oferece presença autêntica, permitindo, ao mesmo tempo, a presença autêntica do outro. Cada um torna-se mais através da relação EU-TU. A relação EU-ISSO compreende a relação sujeito-objeto. Como a relação EU-TU é vivenciada por cada ser, cada um reflete sobre o processo, interpreta e dá significado à experiência. A relação EU-ISSO é similar na maneira como as pessoas interagem com os objetos, mas como uma essencial diferença, um objeto é aberto à investigação, enquanto o ser humano, tomado como objeto, pode colocar barreiras à objetivação. O indivíduo pode ficar em silêncio ou resolver ocultar idéias ou sentimentos.

Portanto, para o processo de cuidar é indispensável que o ser que cuida encontre-se inteiramente presente no tempo e espaço vivido do ser que é cuidado, envolve reciprocidade e sintonia. O encontro na enfermagem humanística é um tipo particular de encontro porque é intencional (PATERSON; ZDERAD, 1979). Há uma expectativa no encontro quando o enfermeiro está cuidando e o paciente/família necessitando de cuidado.

Assim, durante o encontro impera a relação dialógica “EU e TU”, que levará o ser humano a experienciar o mundo e a si mesmo. A relação entre enfermeiro, pacientes e familiares na UTI não pode ser apenas tecnicamente competente, como uma relação do sujeito com o objeto, mas sim, autêntica. Para

Buber (1974), a relação autêntica ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão (pensamento).

Em ambientes como a UTI, o enfermeiro encontra vários desafios como o conhecimento científico importante para as intervenções, manuseio dos aparatos tecnológicos, a gravidade das situações, os prognósticos sombrios, as suas fragilidades emocionais além das dos pacientes e de seus familiares. Faz-se necessário o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem que compila ao fazer técnico um fazer, pensar e agir mais humanístico. Portanto, o enfermeiro deve incluir propostas e estratégias criativas no seu dia-a-dia, indo além do relacionamento EU-ISSO, favorecendo o encontro, a presença, o chamado e a resposta e o relacionamento EU-TU.

Para Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado de ajuda que se dá por meio da compreensão do significado de experiências de vida e busca de potenciais. Durante o encontro, a relação inter-humana estará intencionalmente voltada para o bem estar e o estar melhor. A enfermagem, portanto, é um diálogo vivo, em que o enfermeiro e outra pessoa relacionam-se pelo encontrar-se, pelo estar presente. É um tipo particular de situação humana, na qual a relação inter-humana está dirigida intencionalmente a nutrir o bem-estar e o estar-melhor de uma pessoa com necessidades evidentes na relação com a dimensão saúde-doença, característica da vida humana.

Na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família, tanto um quanto o outro, podem ser vistos como sujeito (TU) ou como objeto (ISSO). A esse respeito, Hycner (1995) refere que, quando transformamos o outro em objeto, também nos tornamos objeto. Acredito que o paciente e a família vêem o enfermeiro como objeto, quando os considera somente como executores de procedimentos, quando os percebe como meros depositários do saber que os comanda.

Segundo Nascimento (2003), o enfermeiro será visto como sujeito quando existir por parte deste o acolhimento aos pacientes e familiares. Este se dá quando são valorizadas suas queixas; quando lhes for dada oportunidade para expressarem seus medos e seus pedidos de esclarecimento; quando esses trabalhadores proporcionarem conforto e transmitirem confiança; quando respeitarem sua privacidade, seu pudor, sua intimidade, seu desejo de não querer tomar banho na hora imposta pela rotina, de não querer luz artificial permanentemente, de poder

dormir sem ser interrompido frequentemente; quando lhes for demonstrada atenção e afeição.

Paciente, família e enfermeiro chamam e respondem. O chamado dos pacientes e familiares ao enfermeiro de UTI pode se expressar de diferentes maneiras. A queixa de dor e gemidos de um paciente durante a internação, por exemplo, representa o chamado. A resposta se dará se houver valorização do enfermeiro a esta manifestação, de modo a aliviar a dor e o sofrimento proporcionando o bem-estar ao paciente. Se, por exemplo, durante a realização de uma sondagem nasoenteral, o enfermeiro esclarecer as necessidades do procedimento e obter cooperação do paciente haverá também uma resposta a um chamado. A todo momento na UTI, ocorrem situações de chamado e que requerem respostas.

O enfermeiro responde ao chamado do familiar quando demonstra estar disponível para o atendimento de suas necessidades, quando, por exemplo, lhe permite permanecer mais tempo junto ao paciente, esclarece suas dúvidas, lhe ajuda a enfrentar um prognóstico sombrio ou a notícia de óbito. No contexto de incertezas vivenciado na UTI, as formas de comunicação, em especial com o paciente, exigem muito mais interação, já que muitas vezes, devido a dificuldade ou impossibilidade de comunicação oral, os chamados serão através do olhar, da postura e das expressões faciais. Desta forma por meio do diálogo, o enfermeiro retrata sua sensibilidade, favorece a sua aproximação com o familiar, com o paciente e entre eles (familiar/paciente), ou seja, propicia o acolhimento.

As relações que se efetivam na UTI tornam-se imprescindíveis para o sucesso das ações de enfermagem, pois são imensas emoções, sentimentos, percepções, intersubjetividades que permeiam cada mente humana nesse processo de chamado e resposta.

Acredito que ao eleger o diálogo como instrumento para o acolhimento em UTI possa haver a ruptura do modelo centrado unicamente na visualização das condições agudas do paciente, pois, como refere Paterson e Zderad (1979) os melhores momentos do cuidado de enfermagem envolvem a nutrição intersubjetiva e assim, o enfermeiro com compromisso autêntico busca o desenvolvimento do potencial humano.

É através do diálogo que o ser humano torna-se um ser consciente, crítico e reflexivo. É nesta união que enfermeiros com suas experiências de vida, buscam

conhecer os problemas comuns que surgem durante o dia-a-dia com os pacientes e familiares em UTI e desenvolvem as ações de acolhimento.

Alguns estudos foram realizados utilizando este referencial teórico em UTI, entre eles destaca-se: Barbosa (1995), Souza (2000) e Nascimento (2003). Barbosa (1995) a partir de um processo fundamentado em alguns conceitos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad refere que a vivência assistencial pautada no referencial dessas teóricas possibilitou-lhe enxergar o assistir além da técnica, a perceber a singularidade do outro, favorecendo a proximidade. A objetividade tornou-se mais amena ao unir-se à subjetividade. A autora acredita ser possível tornar a enfermagem cada vez mais fundamentada na relação com o outro, no diálogo.

Um estudo desenvolvido com trabalhadoras de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola, tendo como objetivo refletir sobre o modo como ocorre o processo de comunicação em terapia intensiva, e tendo como referencial a Teoria de Paterson e Zderad, foi realizada por Souza (2000). Segundo ela, essa teoria pode ser desenvolvida e aplicada por todos os que desejem fazer seu trabalho com humanidade. O estudo, de acordo com a autora, desenvolveu e alimentou um ser humano preocupado com o “bem estar” e o “estar melhor” das pessoas que cuidam.

Para Nascimento (2003) a experiência obtida com o diálogo, tal como concebido por Paterson e Zderad, junto aos pacientes, familiares e trabalhadores, foi enriquecedora, pois possibilitou ao profissional enfermeiro ser menos objetivo na relação com o outro, estar aberto as expressões do doente, do seu familiar e dos trabalhadores, ver melhor o ser humano como ser social.

3.1 Pressupostos

Os pressupostos são afirmações filosóficas, ideológicas, sociais, culturais e éticas que representam as crenças e valores do autor (LEOPARDI, 1999a).

Foi utilizado neste estudo os pressupostos de Paterson e Zderad, por estarem em consonância com minhas crenças e valores.

- a) Enfermagem envolve dois seres humanos que estão dispostos para entrar num relacionamento existencial um com o outro;
- b) Enfermeiros e pacientes como seres humanos são únicos e totais, seres bio-psico-sociais com o potencial para vir a ser mais através da escolha e intersubjetividade;
- c) As experiências presentes são mais do que a soma total do passado, presente e o futuro, sendo influenciadas por cada um deles. Na sua totalidade eles são menos que o futuro;
- d) Todo encontro com outro ser humano é aberto e profundo, com um grande grau de intimidade que profundamente e humanisticamente influenciam os membros envolvidos no encontro;
- e) Os seres humanos são livres e estão esperando para serem envolvidos no seu próprio cuidado e nas decisões que os envolvem;
- f) Todos os atos da Enfermagem influenciam na qualidade de vida e morte das pessoas;
- g) Enfermeiros e pacientes convivem, eles são independentes e interdependentes;
- h) Os seres humanos têm uma força inata que os move para conhecer seu ponto de vista angular e outros pontos de vista angulares do mundo;
- i) A Enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado ao paciente e manifestado na presença ativa do enfermeiro como um todo no tempo e espaço;
- j) A Enfermagem é envolvida com seres humanos, seu fenômeno é uma pessoa precisando de ajuda e uma pessoa ajudando na sua própria situação;
- k) Intimidade e neutralidade nos relacionamentos aumentam o bem estar.
- l) O acolhimento expressa uma ação para estar subjetivamente relacionado com o outro.

3.2 Marco Conceitual

O marco conceitual é um conjunto de conceitos inter-relacionados que podem partir de uma ou mais teorias, constituindo-se num processo reflexivo para a assistência de Enfermagem (CARRARO; WESTPHALEN, 2001).

Os conceitos que nortearam este estudo estão fundamentados em Paterson e Zderad (1979) e são: ser humano, saúde, ambiente, Enfermagem, diálogo e acolhimento.

Paterson e Zderad (1979) consideram o **ser humano** como único, num processo existencial, capaz, aberto a opções, que necessariamente se relaciona com outros seres humanos, trazendo consigo suas experiências de vida manifestadas no seu passado, presente e futuro.

Ao se relacionar com outros seres humanos as relações intersubjetivas existem com a possibilidade de autoconfirmação. No entanto, isto não é garantia de um encontro genuíno, pois, ambos são independentes para suas escolhas e possuem a capacidade humana para estar abertos ou não (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Neste estudo o **ser humano/paciente** é um ser único, de relações, com instabilidade física e emocional, dependente dos cuidados de enfermagem, e que necessita da relação dialógica para estar melhor. O **ser humano/família** é compreendido como um ser de relação, que troca experiências de vida, fragilizado emocionalmente pela internação de um ente querido em UTI. É um ser que possui laços afetivos e não precisa ter necessariamente laços consangüíneos com o paciente. O **ser humano/enfermeiro** é um ser único, com conhecimento e habilidades para o cuidado, dotado de criatividade para a relação do encontro e que por meio da presença genuína do diálogo proporciona o acolhimento na UTI.

O objetivo da enfermagem humanística é ajudar o ser humano a tomar decisões responsáveis para superar-se e ser melhor (PATERSON; ZDERAD, 1979). Enfermeiros, pacientes e familiares são seres humanos únicos, capazes e abertos a opções que se relacionam intersubjetivamente e estabelecem através do diálogo a busca do bem-estar e do estar-melhor que representa saúde.

Saúde está relacionada com capacidade que o ser humano possui para o bem-estar e o estar-melhor, através das relações e experiências de vida

independente do estado físico, social, espiritual, cognitivo e emocional. O estar melhor é um processo para tornar-se mais, o bem-estar relaciona-se com a estabilidade (PATERSON; ZDERAD, 1979). Portanto, quando enfermeiro, pacientes e familiares relacionam-se entre si verdadeiramente encontrando sentido para a vida estão vivenciando saúde.

Paterson e Zderad (1979) destacam que a verdadeira interação entre as pessoas requer uma transição em dois mundos. O mundo interior e o mundo objetivo das outras pessoas. O **ambiente** neste estudo é a UTI, caracterizado estruturalmente pela presença marcante de aparatos tecnológicos nas situações críticas da existência. É um espaço físico cercado de situações conflitantes e emocionalmente marcantes, onde deve ocorrer a relação dialógica entre enfermeiro, paciente e família.

A **Enfermagem** se dá quando um ser humano necessita de cuidado e o outro o proporciona. O verdadeiro significado da enfermagem como ato humano está no ato mesmo, e para entendê-lo faz-se necessário considerar a enfermagem como um “existente”, ou coisa em si, um fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O interesse da enfermagem não está centrado apenas no bem-estar do ser humano, mas, em uma existência mais plena, ajudando a ser o mais humana possível em um momento particular de sua vida, valorizando algum potencial humano (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem é uma forma de **diálogo** humano e possui como características desse processo a nutrição e a transação intersubjetiva. Diante desta concepção o acolhimento aos pacientes e familiares na UTI resulta em um encontro entre pessoas. Esse encontro é denominado como diálogo humano, pois as ações de enfermagem acontecem numa relação dialógica, intersubjetiva, baseadas nas necessidades de interação e na convivência com os outros e com o ambiente de cuidado (PATERSON; ZDERAD, 1979). De acordo com Buber (1974), é através do encontro que o outro não é um indivíduo impessoal, um “ELE” ou “ELA”, mas torna-se um “TU” sensível e próximo do “EU”.

Segundo as teóricas Paterson e Zderad (1979), o diálogo exige uma relação de estar e ser com o outro, entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Nesta relação, é importante que o enfermeiro tenha consciência da necessidade da intersubjetividade especialmente, em se tratando de UTI. Os enfermeiros deparam-

se com grandes desafios em relação a este ambiente de alta tecnologia, onde sentimentos de sucesso e insucesso, de vida e morte misturam-se ao longo do dia, diante de pacientes e familiares, exigindo muito mais interação, para que o acolhimento ocorra. Desta forma, o diálogo proporciona a troca de conhecimentos e experiências com a realidade dos sujeitos, que se relacionam no ambiente de terapia intensiva e se constitui como ferramenta indispensável para que ocorra o acolhimento.

O **acolhimento** é o ponto-chave do trabalho de humanização, fortalecendo o comportamento ético e articulando o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno (BRASIL, 2001).

Nas relações, os seres humanos interagem mutuamente e permanentemente na produção de “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e de vivenciar suas necessidades (MERHY, 1997). Assim, a construção de um vínculo efetivo entre enfermeiro, pacientes e familiares, que se expresse em mútua cumplicidade, é fundamental para enfrentar os diferentes problemas de saúde e fortalecer o acolhimento em UTI

Humanizar é aceitar a necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (BRASIL, 2001, p. 33).

A fragilização física e emocional do paciente e família provocada pela doença e a internação em UTI, gera conseqüências emocionais para ambos e deve ser considerada durante o acolhimento.

Sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, compaixão, entre outros são inevitáveis em qualquer contato humano. Esses aspectos precisam ser reconhecidos, estar sob controle e a serviço da compreensão das necessidades de acolhimento. Na verdade, esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do

profissional, podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde (BRASIL, 2001).

No ambiente de uma UTI é marcante a presença desses sentimentos e a necessidade de controle por todos os envolvidos nesse contexto para que ocorra o acolhimento.

4 O TRAJETO METODOLÓGICO

Nesta etapa descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados em função do tema, do problema e dos objetivos. Minayo (2003) cita que este é um momento amplo no qual o investigador deve estar atento para que haja coerência nas colocações.

Como referencial metodológico foi utilizado a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim (2004) e para a análise dos dados o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre (2003).

4.1 Natureza do estudo

A PCA pode conduzir tanto estudos quantitativos quanto qualitativos. No entanto os estudos qualitativos se adéquam melhor às investigações de prática assistencial, como realizado neste estudo.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003, p.22).

A pesquisa qualitativa condiz com a proposta do diálogo fundamentado em Paterson e Zderad, por investigar e compreender fenômenos voltados para a percepção, a intuição e subjetividade. “Está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia” (MINAYO, 2000, p. 22). A modalidade qualitativa é refletida pela autora como sendo a forma de pesquisa que tem maior relevância na área da saúde (MINAYO, 2003).

4.2 Desenho da Pesquisa Convergente-Assistencial

A PCA propicia as trocas de informações durante o fazer e pesquisar o cuidado. Informações obtidas pela pesquisa influenciam as modificações na prática assistencial e, a prática por sua vez instiga problemas de pesquisa buscando a construção de um novo conhecimento e a melhoria direta do contexto estudado. Desta forma, demanda que todos os sujeitos da pesquisa sejam extremamente ativos e envolvidos durante todo o processo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Buscou-se a PCA para o delineamento metodológico do estudo, por que:

- a) o estudo foi realizado onde o problema está presente, ou seja na UTI, onde a enfermeira pesquisadora desenvolve suas atividades assistenciais;
- b) todos os enfermeiros da UTI reconhecem a existência do problema de pesquisa, estavam abertos para reflexões e principalmente para as mudanças na realidade;
- c) incluía na estratégia operacional para solução do problema, atividades de cunho coletivo;
- d) constitui-se em uma metodologia que possibilitava a integração do cuidado, ensino e pesquisa;
- e) o resultado deste estudo subsidiará o desenvolvimento de novas estratégias no relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família para o acolhimento em UTI.

Algumas autoras entre elas May (2002), Nascimento (2003), Oliveira (2003), Santos (1998) e Souza (2000) aliaram a Teoria Humanística com a PCA, demonstrando criatividade e integração entre a teoria e a prática em diferentes ambientes como a clínica cirúrgica, a neonatologia, a obstetrícia e a UTI, respectivamente.

4.3 Fases metodológicas da Pesquisa Convergente Assistencial

A PCA apresenta cinco fases compostas de vários passos interrelacionados. São elas: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.3.1 Concepção

A fase de concepção inclui a justificativa do tema, definição da questão de pesquisa, objetivos, revisão da literatura e o referencial teórico já apresentados anteriormente.

4.3.2 Instrumentação

Na fase de instrumentação ocorre a escolha do local da pesquisa, dos participantes, dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados.

4.3.2.1 Local

O estudo teve como cenário a UTI adulto de um hospital público no Sul do Brasil. O hospital foi inaugurado em dezembro de 1943 com 62 leitos, e em 1971 passou a ser Hospital Geral (clínica médica e clínica cirúrgica), tendo seu número de leitos aumentado para 72. A partir de 1975 o hospital ampliou o atendimento para clínica médica e cirúrgica, e de 72 leitos passou para 134. Em 1996, conquistou o título de Hospital Amigo da Criança e a acreditação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Um novo bloco com 5 andares (clínica médica masculina, clínica médica feminina, clínica cirúrgica, centro cirúrgico e apartamentos) foi concluído no ano de 1999. No ano de 2004, foi reformado o centro obstétrico, a UTI neonatal e a central de material e esterilização. Em 2006, os setores administrativos, recepção e setor de infectologia.

Atualmente têm a disposição da comunidade 184 leitos, distribuídos em UTI adulto, UTI neonatal, Alojamento Conjunto, Clínica Médica e Cirúrgica, Unidade de Tratamento de Queimados, além do Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico.

A UTI é composta por dez leitos, sendo dois de isolamento, separado dos demais, em quarto fechado, dotado de painel de vidro para facilitar a visualização. Os demais leitos são separados um dos outros por cortinas de blecaute. Entre os compartimentos da UTI, está uma sala de espera para os visitantes com cadeiras e banheiro anexo. A taxa de ocupação dos leitos é próxima aos 100% e o perfil dos pacientes internados predominante é de idosos, com distúrbios cardíacos e respiratórios, manifestados sazonalmente provavelmente devido à altitude e aos extremos de baixas temperaturas no inverno. Outro fator decisivo no perfil é que o hospital não oferece atendimento a vítimas de trauma e não possui unidade de emergência.

A equipe de trabalhadores da UTI é composta pela equipe de enfermagem, uma técnica administrativa (escrituraria), médicos intensivistas e plantonistas de diferentes especialidades. Outros profissionais compõem a equipe de apoio que atendem à UTI e as demais unidades do hospital: fisioterapeutas, assistente social, nutricionistas, psicólogos e fonoaudiólogas.

A equipe de enfermagem é constituída por seis enfermeiros e vinte seis profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) com jornada fixa de trinta horas semanais de trabalho e realização de hora plantão para cobertura da escala, segundo as necessidades do setor. Dezesete destes ingressaram na instituição e na UTI em julho de 2007 após concurso público e apenas nove já trabalham nesta UTI há mais tempo. A partir de agosto de 2007 cada profissional de nível médio, presta cuidados integrais a dois pacientes. Não é utilizada uma metodologia assistencial sendo que as ações de enfermagem são guiadas por um manual de rotinas, disponibilizado no sistema informatizado da instituição. Algumas rotinas mais específicas da assistência de enfermagem na UTI estão fixadas no

mural do setor. A assistência de enfermagem está voltada principalmente para o cuidado físico, para a relação EU – ISSO em detrimento do EU – TU.

A equipe médica está organizada nos dias úteis com um intensivista no período matutino (8 – 12h), e os demais turnos com cobertura de doze médicos plantonistas de diferentes especialidades desenvolvendo suas atividades no período das 12 às 20h e no noturno das 20 às 08h.

Após ser avaliado pelo médico de plantão e esclarecido as probabilidades diagnósticas, o paciente internado na UTI é encaminhado para um especialista que o assume como médico assistente até a alta hospitalar. O médico assistente realiza visita diária na UTI, discute a situação clínica do paciente com o médico de plantão e está a frente das decisões sobre o tratamento do paciente. O médico assistente é o responsável pelas informações clínicas aos familiares, sem que exista horário determinado para que ocorram.

A escrituraria possui formação técnica em enfermagem, já atuou na assistência direta aos pacientes nesta mesma UTI, desempenha esta função desde abril de 2008 e conhece bem as rotinas do serviço e da instituição.

Os fisioterapeutas são em número de quatro e organizam suas atividades no período matutino e vespertino nos dias úteis atendendo todas as unidades da instituição. Não existe um profissional exclusivo para a UTI. Dependendo da demanda geral da instituição é realizada a distribuição das atividades entre eles.

O serviço social possui duas profissionais que atendem todas as situações dentro da instituição. A relação do serviço de UTI com essas profissionais, geralmente, ocorre quando a equipe do setor identifica alguma necessidade e faz o encaminhamento. Na maioria das vezes são situações de transferência a outros municípios ou apoio aos familiares que acompanham pacientes oriundos de outras cidades e situações de óbito para providenciar funeral quando o familiar tem baixa condição sócio econômica.

O hospital possui três nutricionistas, sendo que uma delas faz o acompanhamento dos pacientes na UTI através de visitas diárias. Na maioria das vezes, os pacientes fazem uso de suporte nutricional enteral e as alterações são passadas para a nutricionista que trabalha seis horas por dia, ou para as funcionárias do lactário que permanecem durante o dia no setor.

A fonoaudiologia conta com duas profissionais, sendo que uma delas atende a UTI, por solicitação da equipe ou da busca ativa dessa profissional, de

pacientes em situação de desmame da ventilação mecânica, traqueostomizados ou outras lesões que necessitem avaliação e reeducação para início de dieta ou recuperação da fala.

A psicologia possui três profissionais sendo que, cada psicólogo fica responsável pelo acompanhamento dos pacientes de determinados setores. O psicólogo responsável pelo atendimento na UTI, também o é pelos atendimentos na unidade de tratamento de queimados e no ambulatório da cirurgia bariátrica. A psicologia é considerada pela equipe uma importante aliada no acolhimento e humanização dentro da UTI, porém, os enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem freqüentemente relatam a necessidade de existir uma atuação mais presente do psicólogo dentro da UTI. Esse profissional permanece na instituição no máximo três a quatro dias por semana, o que limita as atividades e o acompanhamento quando solicitado. Destes três dias de atuação, um dia é dedicado exclusivamente para o acompanhamento da cirurgia bariátrica. Como o psicólogo não faz busca ativa, o atendimento e acompanhamento além de ter dias específicos depende da avaliação e indicação de algum integrante da UTI.

Quanto à admissão do paciente na UTI ele pode ingressar procedente de transferências internas oriundos de outros setores do próprio hospital ou de transferências externas. A transferência interna é realizada pelo médico plantonista da unidade de internação acompanhado pelo enfermeiro e o técnico de enfermagem. As transferências externas ocorrem principalmente da emergência de outra instituição hospitalar, do pronto atendimento municipal ou de atendimentos realizados pela própria equipe do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). O transporte para as transferências externas geralmente é realizado pelo SAMU, e este por sua vez reconfirma a disponibilização do leito para efetivar a transferência do paciente. Como o hospital não dispõe de emergência a entrada do paciente se dá diretamente na UTI.

Na admissão, o paciente, ao chegar à UTI, é recebido pelo enfermeiro, médico e o técnico e/ou auxiliar responsáveis pelo seu cuidado. O leito já está preparado e cada profissional presta assistência conforme suas funções específicas e de acordo com as necessidades do paciente. Um dos funcionários do setor entrega os pertences (roupas, relógios e jóias) aos familiares, informa o horário de visitas, esclarece que não é permitido acompanhante e solicita a realização do boletim de internamento (no caso de transferência externa). Na maioria das vezes, a

família não entra na UTI na admissão do paciente, e vem somente no horário de visitas.

A alta do paciente da UTI se dá de duas maneiras: transferência interna ou externa ou óbito. Quando ele é transferido para uma clínica (transferência interna), o enfermeiro ou a escrituraria solicita uma vaga ao setor de internação. Havendo a vaga, é realizado contato telefônico com a clínica de destino, confirmado transferência e informado as condições do mesmo. Na transferência geralmente ele é acompanhado por dois auxiliares ou técnicos de enfermagem. O setor de destino é responsável pela comunicação aos familiares sobre a transferência interna. Junto com o paciente irá seu prontuário, medicações do dia e pertences.

A transferência externa acontece quando o paciente necessita de tratamento específico oferecido por outro hospital. Na maioria das vezes é realizado pelo SAMU, e é encaminhado o relatório de transferência preenchido pelo médico da UTI ou assistente.

Quando ocorre óbito, o médico de plantão preenche constatação do óbito no prontuário. O enfermeiro ou escriturário comunicam o médico assistente (responsável pelo preenchimento do atestado de óbito), a família e a portaria do hospital. Fica a cargo desta o contato com a funerária.

As visitas são distribuídas em dois horários: matutino (12h30 - 13h) e vespertino (17h30 - 18h), com duração de trinta minutos. 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 de mais visitantes. Este fato gera algumas discussões, devido divergências nas condutas dos enfermeiros.

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

Quando, devido intercorrências no setor, ocorre atraso no horário de entrada dos visitantes, nem sempre é permitida a permanência dos familiares durante os trinta minutos pré-estabelecidos, devido à preocupação da equipe em dar

continuidade às suas atividades. Este fato tem gerado freqüentemente insatisfação dos pacientes e familiares.

4.3.2.2 Participantes do Estudo

Atuaram como participantes neste estudo: seis enfermeiros da UTI, 13 pacientes que permaneceram lúcidos no mínimo quarenta e oito horas durante o período de implementação das estratégias de acolhimento (que serão descritas na fase de perscrutação) e 23 familiares acima de dezoito anos que o visitaram na UTI. Não foi estipulado quantos pacientes e familiares iriam participar do estudo, uma vez que, a pesquisa qualitativa, utiliza uma amostragem expressiva de informações, e não o número de participantes.

A proposta do estudo foi apresentada e detalhada individualmente aos enfermeiros, em encontro agendado no horário de trabalho. O convite aos pacientes e aos familiares para participação no estudo foi realizado na unidade de internação após a alta da UTI e para alguns familiares na sala de visita da UTI quando o seu familiar estava internado há mais de duas semanas.

Para todos foi garantido o sigilo e anonimato das informações, sendo entregue após o primeiro contato, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

4.3.2.3 Métodos para coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2008. Como métodos foi realizada uma prática assistencial com entrevistas e discussões em grupo.

O principal objetivo da entrevista foi obter informações fidedignas por meio da conversação, constituindo uma condição social para a interação humana

(TRENTINI; PAIM, 2004). Foi utilizada a entrevista semifechada individual com agendamento prévio.

Na entrevista individual existe estreita relação de aproximação entre o entrevistado e o entrevistador. A estrutura semifechada permite seguir o referencial teórico e o conhecimento específico sobre o tema, e o pesquisador inicia a entrevista partindo de tópicos relacionados ao tema até aprofundar e detalhar as informações de acordo com os objetivos da pesquisa. O roteiro composto por temas e não por questões específicas, oferece ao entrevistador a flexibilidade para explorar de diferentes formas cada participante dependendo de suas características pessoais (TRENTINI, PAIM, 2004).

Conforme orienta Lèfreve e Lèfreve (2003), a elaboração do roteiro foi realizada com questões abertas, permitindo aos participantes expressões livres sobre o tema, produzindo os discursos individuais.

Quanto as discussões em grupo, essas propiciaram: a geração e expressão de opiniões, a disponibilidade das correções pelo próprio grupo, a possibilidade de consenso entre os participantes e a resolução de problemas no grupo. O moderador do grupo possui papel de direcionador, determinando o início e o fim da discussão, bem como introduzir novas perguntas para um aprofundamento do tema (FLICK, 2004).

A fase de análise consiste em decidir que métodos e técnicas foram utilizados para analisar informações, uma vez que a PCA investiga fenômenos do contexto da prática assistencial de enfermagem, podendo assim ser utilizados métodos de análise quantitativos, qualitativos, ou ambos. Neste estudo, como citado anteriormente o método adotado foi o qualitativo.

Na pesquisa convergente-assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 91 e 92).

Para ordenação e organização dos dados, utilizou-se o processo metodológico do **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**, que através da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p.16), “é um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a

presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade”.

A técnica do **Discurso do Sujeito Coletivo** busca justamente dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados (Lefèvre; Lefèvre, 2003 p.11).

Lefèvre e Lefèvre (2003) propõem quatro figuras metodológicas para a confecção dos DSCs, quais sejam: **as expressões chaves (ECHs), as idéias centrais (IC), a ancoragem (AC) e o DSC**.

As **ECHs** são pedaços, trechos ou transcrições contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente. 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 lingüísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, de cada conjunto homogêneo de ECHs e que vão dar origem ao DSC.

A **AC** é a expressão de uma teoria, ideologia ou crença religiosa adotada pelo autor do discurso e que está embutida no discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

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 ECHs que têm a mesma IC ou ancoragem.

4.3.3 Perscrutação

Esta fase apresenta como foi operacionalizada a utilização dos instrumentos de coleta de dados durante a PCA.

As estratégias apresentadas foram cumpridas de acordo com as necessidades e realidade da prática, ou seja, de acordo com o processo de desenvolvimento da PCA.

Qualquer estratégia, que seja declarada face a face com os grupos ou face a face individual, o que as garante são não-eventualidade, o não-espontaneísmo, o não-esporádico e sim, o caráter de convivência e intimidade com os dados e os registros. Dada essa familiaridade, tão necessária na assistência como na pesquisa convergente-assistencial, as estratégias têm aderência ao método, porém viabilizam o enfrentamento da sensibilidade, do não-dito, da sensação, da emoção, da intuição, elementos presentes na prática da entrevista (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 85 e 86).

Assim, a prática assistencial se deu concomitantemente com a pesquisa e foi vivenciada durante todo o processo com a realização do cuidado aos pacientes e seus familiares; nas discussões em grupo com os enfermeiros; nas discussões que ocorriam individualmente. Durante o processo da pesquisa ocorreram momentos do somente assistir, momentos inteiramente voltados para a pesquisa como na entrevista, e momentos vários de superposição destas atividades como quando no assistir implementava estratégias de acolhimento já definidas pelo grupo durante a pesquisa e nas discussões em grupo.

A todo o momento o resgate do referencial metodológico da PCA foi imprescindível. Como destaca Trentini e Paim, (2004, p.72) é necessária uma dança que envolva “movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência”.

Durante a prática do cuidado houve constantemente o compartilhar com os enfermeiros, dos resultados que emergiam das estratégias de acolhimento, permitindo avaliações e readequações nas ações propostas. Acredito que este ir e vir proporcionado pela PCA foi imprescindível, para provocar as mudanças efetivas na realidade investigada.

“A principal característica da PCA consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 26). Assim, as ações de cuidado desenvolvidas serviram de informação para a pesquisa, bem como subsidiou a realização do cuidado. As discussões em grupo, caracterizadas como um processo educativo permitiu a construção coletiva do conhecimento, direcionando neste momento a prática assistencial dos enfermeiros da UTI.

4.3.3.1 A entrevista

A entrevista (apêndice B) foi realizada durante horário de serviço dos enfermeiros em ambiente restrito, com duração média de sessenta minutos. Objetivou identificar a percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento, abordando aspectos relativos ao relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família, facilidades e dificuldades encontradas durante a prática para o acolhimento, sobre o diálogo, entre outros.

Optou-se por iniciar com a entrevista informal conduzindo os participantes a refletirem a temática. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente, possibilitando ao entrevistador explorar mais detalhes das informações. A entrevista realizada individualmente ampliava a visão do enfermeiro pesquisador para outros aspectos a serem investigados com os demais enfermeiros em entrevistas posteriores.

As entrevistas com os pacientes e familiares foram guiadas pelo roteiro proposto (apêndice C), explorando como vivenciaram a relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família durante a internação na UTI. Iniciou-se a coleta destas informações após a segunda semana de implementação das estratégias de acolhimento propostas pelos enfermeiros. Estas entrevistas também foram gravadas, ocorreram no turno vespertino e noturno, e tiveram duração de vinte a trinta minutos, e foram realizadas no quarto onde permaneciam internados no hospital.

Alguns familiares foram entrevistados no término do horário de visita da UTI em pequenos grupos (dois a quatro familiares), na sala de espera. Esses eram familiares de pacientes que ainda estavam internados, durante longo tempo na UTI.

4.3.3.2 A discussão em grupo

As discussões em grupo serviram para desenvolver estratégias que possibilitaram o cuidado acolhedor do enfermeiro para os pacientes e familiares em

UTI, com base nas lacunas existentes nas relações e sustentadas no diálogo da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979).

Devido o fato dos enfermeiros possuírem outros vínculos empregatícios foi realizado um encontro por semana, durante quatro semanas, três no período noturno e um no matutino. Os encontros agendados no noturno facilitaram a participação de todos os enfermeiros. A sala de espera dos visitantes foi o local utilizado para as discussões em grupo.

Cada encontro foi iniciado com uma dinâmica de introspecção, empatia e integração visando fortalecer o engajamento dos enfermeiros. Os encontros tiveram duração aproximada de duas horas.

Para propor mudanças na prática do contexto pesquisado quatro encontros foram realizados para discussões em grupo, organizados seqüencialmente da seguinte forma: selecionando lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família, refletindo o Diálogo, elegendo estratégias para o cuidado acolhedor aos pacientes e familiares (dois encontros). Um quinto encontro foi realizado para a avaliação final dos resultados obtidos com a pesquisa.

1ª Discussão em grupo: selecionando lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família.

Como dinâmica de abertura foram apresentadas figuras, e cada enfermeiro elegeu aquela que, na sua percepção, representava o cuidado de enfermagem na UTI, justificando suas escolhas.

Os discursos individuais oriundos nesta dinâmica demonstraram como se manifestam as relações EU-TU e EU-ISSO, exacerbadas pela valorização da subjetividade e a priorização tecnológica do cuidado.

Em seguida foi projetado em PowerPoint dados parciais da PCA, resultante da prática assistencial e entrevistas individuais relacionados ao entendimento de acolhimento, lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família, outros. Tive durante a construção e apresentação do material, o cuidado de preservar o anonimato de cada participante.

As principais lacunas apontadas pelos participantes nas entrevistas e percebidas durante a prática que dificultam o acolhimento foram apresentadas em

cartões e entregues aos participantes, para selecionarem as prioritárias. Os enfermeiros elegeram aquelas em que a solução dependia diretamente da enfermagem. As lacunas destacadas permaneceram fixadas em um mural na sala dos enfermeiros.

Inicialmente havia programado encerrar este encontro com a dinâmica “Linha do Tempo”. No entanto, após conhecimento da técnica foi sugerido por alguns participantes durante as entrevistas, que essa fosse realizada individualmente em horários agendados. A dinâmica foi então realizada após agendamento e no espaço da UTI.

A dinâmica “Linha do Tempo” teve por objetivo estimular os participantes a compreensão do pressuposto de Paterson e Zderad (1979), de que as vivências dos enfermeiros no passado e presente são frutos de suas escolhas e que influenciarão suas decisões no futuro.

Para essa técnica um pedaço de barbante foi esticado no chão e no ponto central estava escrito em uma folha de papel a palavra *presente* e o enfermeiro se posicionava sobre ela. Em uma das pontas do barbante estava escrito a palavra *passado* e na outra o futuro.

Direcionando o olhar para o passado, o enfermeiro foi instigado a recordar experiências pessoais particulares (envolvendo familiares, amigos, outras) sobre o acolhimento e visualizar as atitudes e comportamentos que ele apresentou nesta vivência. Foi solicitado que verbalizassem quais eram os comportamentos, os aspectos positivos e negativos desta lembrança.

Depois foi orientado ao enfermeiro se direcionar para o *futuro*, trazendo consigo a experiência resgatada. Posteriormente solicitou-se que o enfermeiro criasse e visualizasse uma situação futura focando o relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família na UTI. O participante foi convidado a refletir como se dará este relacionamento uma vez que ele é responsável pelas decisões e caminhos que seguirá no futuro. Finalizando a dinâmica, foi sugerido que o enfermeiro incluísse na relação futura visualizada com o paciente/família, as mesmas atitudes e comportamentos que resgatou nas suas experiências pessoais.

Após foi realizada uma reflexão sobre as experiências pessoais e sua relação com o pressuposto de Paterson e Zderad (1979) relacionado com as vivências.

2ª Discussão em grupo: refletindo o Diálogo

No primeiro semestre de 2008 desenvolvi na UTI com acadêmicas da nona fase de um curso de graduação em enfermagem, uma prática educativa assistencial sobre a sistematização da assistência. Nesta ocasião os enfermeiros tiveram a oportunidade de conhecer o referencial teórico de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979).

Este contato prévio dos enfermeiros com o referencial teórico adotado para guiar o estudo, facilitou as reflexões durante a realização das entrevistas individuais, dinâmicas de grupo, e principalmente, na execução do cuidado.

Na discussão em grupo foi apresentado aos enfermeiros, agora com um maior aprofundamento, um recorte bibliográfico de alguns conceitos do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979), relacionados ao diálogo como a relação EU-U, EU-ISSO, Presença, Encontro, Chamado e Resposta, para leitura e discussão.

Por meio de cartões contendo relatos de situações verídicas⁴ ou não, o grupo identificou e argumentou em quais delas estava evidenciado o referencial. Ao avaliarem as situações apresentadas os enfermeiros tiveram a possibilidade de rever como estão se relacionando com o paciente e a família, compartilhando experiências pessoais de acolhimento e associando-as com o diálogo preconizado por Paterson e Zderad (1979).

A troca de experiências fomentou o grupo a vislumbrar caminhos e estratégias possíveis para o acolhimento na UTI. Esse encontro teve duração de noventa minutos.

3ª e 4ª Discussão em grupo: Elegendo estratégias para o cuidado acolhedor aos pacientes e familiares.

A partir das lacunas identificadas, com base no referencial teórico de Paterson e Zderad (1979), foram realizados dois encontros com a finalidade de

⁴ As situações originadas de observações na UTI estudada tiveram nomes de pacientes, familiares e integrantes da equipe omitidos para preservar o sigilo e evitar expor os participantes.

elaborar estratégias e definir como seriam implementadas na prática o acolhimento em UTI.

O primeiro encontro foi destinado a eleger estratégias de acolhimento. Algumas sugestões foram apresentadas e discutidas, o que demandou muito tempo. Assim, foi sugerido pelos participantes que cada enfermeiro deveria elaborar individualmente estratégias para favorecer o acolhimento, especificando: o que fazer, como fazer, quando fazer e quem deveria fazer, para ser apresentado e discutido no próximo encontro agendado para a semana seguinte.

No encontro seguinte foram apresentadas, discutidas e organizadas as estratégias consideradas prioritárias para o acolhimento dos pacientes e familiares na UTI.

Para otimizar a implementação, folhas contendo a descrição das estratégias foram fixadas no mural da sala dos enfermeiros para a visualização de todos os participantes.

Nesse encontro foi acordado que após aproximadamente dois meses de implementação das estratégias o grupo deveria se reunir para a avaliação das mesmas. Porém, avaliações parciais ocorreram durante esse processo de implementação.

5ª Discussão em grupo: Avaliando as estratégias implementadas para o acolhimento.

A avaliação foi realizada em vários momentos, durante a prática assistencial percebida em conversas informais com os participantes.

O encontro de avaliação foi realizado após a entrevista feita com os pacientes e familiares. Essa decisão se deu devido a necessidade de levar para o grupo a percepção dos pacientes e familiares sobre o atendimento da enfermagem na UTI. Neste encontro foram apresentados essas percepções e avaliado cada estratégia implementada. Nessa oportunidade também foi discutido junto aos enfermeiros como perceberam a utilização do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979) (apêndice B).

Ao mesmo tempo em que a PCA permitiu resolver problemas específicos da prática relacionados ao acolhimento na UTI, também despertou nos participantes

a necessidade permanente de inclusão de novas estratégias para o melhor acolhimento, relatadas pelos participantes nesse encontro coletivo, dando resposta a alguns chamados dos familiares e pacientes.

4.3.3.4 Registro das Informações

O registro das informações foi realizado por gravação (previamente autorizada pelos participantes) e anotações em diário. Pelo fato de eu também estar prestando assistência durante a pesquisa, inicialmente as informações foram registradas por meio de expressões-chave e no final da atividade ou do dia elas eram detalhadas. O diário também objetiva o registro dos sentimentos, percepções, dificuldades, facilidades e novas idéias durante o estudo (TRENTINI; PAIM, 2004). No diário de campo registrava também os cuidados por mimprestados aos pacientes e familiares, como estratégia para poder avaliar se estava conseguindo assistir e pesquisar ao mesmo tempo.

4.3.4 Análise

A versatilidade da PCA de envolver processos de assistência e pesquisa simultâneos transforma constantemente a realidade estudada (TRENTINI; PAIM, 2004). Desta forma, a análise dos resultados ocorre durante o processo de coleta das informações, e é descrita evidenciando as intervenções na realidade durante a prática assistencial.

Para a análise, foram utilizadas três das quatro figuras metodológicas da proposta de Lefèvre e Lefèvre (2003): ECHs, IC e DSC.

Os procedimentos de construção do DSC foram realizados seguindo as seguintes etapas:

- a) agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema,
- b) extração das ECHs dos discursos individuais,

- c) agrupamento das ECHs de mesmo sentido, de sentido equivalente, ou de sentido complementar,
- d) extração da IC de cada agrupamento de ECHs
- e) construção do DSC com as ECHs relacionados a cada IC.

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 ligados por meio de conectivos que proporcionem a coesão do discurso, eliminando-se dados particularizantes, tais como sexo, idade, eventos particulares, doenças específicas etc. e as repetições de idéias (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

4.3.5 Interpretação

Esta fase compromete-se com o resultado da pesquisa e compreende três processos: síntese, teorização e transferência.

A síntese examina subjetivamente as associações e variações das informações. A teorização é o desenvolvimento de esquema teórico intelectual. Nesta etapa surge a formulação de novos conceitos, suas definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo. O processo de transferência constitui a socialização dos resultados, contextualizando em situações similares (MORSE; FIELD, 1995 apud TRENTINI; PAIM, 2004). A síntese neste estudo está retratada nas análises dos discursos com a fundamentação teórica. A teorização encontra-se na parte final desta apresentação representada por um esquema teórico.

A transferência seria a socialização dos resultados. Na PCA existem sempre duas classes de resultados: uma ligada ao problema de pesquisa focado, e a outra a ampliação do resultado em processo de modo a interferir na qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Os resultados encontrados nesse estudo poderão servir ou ter significado em contextos similares, sem que o processo utilizado seja configurado como tendo poder de generalização como referem as autoras do método de PCA.

4.4 A ética na pesquisa convergente – assistencial para o acolhimento em UTI

O “*ethos*” da enfermagem na pesquisa convergente-assistencial compreende os comportamentos que caracterizam a cultura de certo grupo profissional ao desenvolver investigação científica no âmbito da própria assistência, por fazer valer o uso de determinados valores reconhecidos como princípios morais, os que têm a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como o alicerce das relações profissionais com a pessoa que é cuidada (TRENTINI; PAIM, 2004, p.103).

Na PCA os princípios morais, o respeito e a dignidade humana, formam o fundamento para o desenvolvimento da investigação científica pelos profissionais, uma vez que esta ocorre durante a realização do cuidado ao paciente (TRENTINI; PAIM, 2004).

O desenvolvimento da pesquisa manteve compromisso com a proteção dos direitos humanos, guiado pela Resolução 196/96 atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais através dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Sendo assim, foi assegurado aos participantes do estudo:

a) a privacidade e o anonimato das informações durante todo o processo da pesquisa.

b) a dignidade ao relacionamento, valorizando e respeitando as sugestões dos envolvidos.

c) a liberdade de o pesquisado entrar no estudo e dele sair a qualquer momento. Este fato foi resgatado freqüentemente, durante os encontros individuais e discussões em grupo. As datas agendadas de discussão em grupo eram decididas no próprio encontro com o grupo e ficavam fixadas no mural. Não foram realizados telefonemas ou outras estratégias de reforço ao convite para os encontros, evitando que os participantes se sentissem pressionados a participarem.

d) o consentimento para participar no estudo foi voluntário, assinado em duas vias com os detalhes e esclarecimentos da pesquisa.

e) o bem-estar e segurança, por meio de escolha de local apropriado para as entrevistas, dinâmicas que preservaram segredos dos participantes (quando assim preferiam), respeito às opiniões individuais e cautela para não expor enfermeiros, pacientes e familiares.

f) aos pacientes e familiares foi respeitado a sua identidade e privacidade e oferecido uma assistência livre de riscos, além de valorização de suas sugestões na melhoria da assistência para o acolhimento

A proposta de estudo teve o consentimento da Gerência de Enfermagem, foi encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado pelo protocolo número 342/07.

5 DESVENDANDO O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE O ACOLHIMENTO

A construção do DSC foi norteadada pelos objetivos deste estudo que consistia em desenvolver uma prática educativa de auto-conscientização com enfermeiros de modo a incentivá-los a praticar o acolhimento em UTI; obter sugestões dos enfermeiros referentes a estratégias para a prática do acolhimento aos pacientes e familiares na UTI e identificar as ações de acolhimento percebidas pelos pacientes e enfermeiros após a prática educativa de auto-conscientização dos enfermeiros no decorrer deste estudo.

O encadeamento das narrações traz os temas dos discursos referentes aos questionamentos feitos aos participantes, as idéias centrais extraídas das expressões-chave dos discursos individuais, e por último os discursos coletivos constituídos por expressões-chave relacionadas aos temas. Os discursos foram analisados conforme o referencial teórico adotado e outros estudos já realizados sobre a temática.

Apresento a seguir doze discursos do sujeito coletivo, relacionados aos temas: o acolhimento no cuidado de enfermagem; as lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família, as estratégias de acolhimento implementadas e avaliação destas estratégias.

5.1 Tema 1 - O acolhimento no cuidado de enfermagem

As expressões chaves remetem o acolhimento à idéia de receptividade relacionada principalmente a crenças e valores pessoais adquiridas no ambiente familiar.

Idéia Central: **Receptividade**

Expressões-chave utilizadas

D3 – “Penso que acolhimento é receber, acolher. Deve ser nesse sentido mesmo que surgiu a palavra acolhimento. Acho que ela está ligada a humanização”.

D4 – “É a recepção. Tanto do paciente, como dos familiares no setor, no local onde a gente trabalha”.

D5 – “Se fosse para denominar uma palavra eu falaria receptividade. O acolhimento, na verdade, é a forma como você recebe o paciente, a família. Não só como você recebe na hora que ele interna, mas durante todo o processo até a alta do paciente. Como você vai tratar do paciente, como você vai se relacionar com o paciente e a família”.

DSC 1 - O acolhimento é a forma como você recebe, trata e se relaciona com o paciente e a família. Não só como você recebe na hora que ele interna, mas durante todo o processo até a alta do paciente. Acho que está ligada diretamente com a humanização.

Percebe-se no DSC 1 que a compreensão dos enfermeiros sobre o acolhimento está relacionada com o modo de ser do profissional durante a relação estabelecida com os pacientes e familiares na UTI.

Para Franco, Bueno, Merhy (1999) o acolhimento é uma tecnologia para a reorganização dos serviços, que permite captar lacunas nas relações entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

Assim, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia de interferência nos processos de trabalho, que consiste em uma postura de mudança no fazer em saúde, implica no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Uma postura acolhedora implica em estar atento e predisposto à diversidade cultural, racial e étnica (BRASIL, 2004; RAMOS; LIMA, 2003).

Acolher significa receber, recepcionar e aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde. Os envolvidos nesta relação com o outro, possuem poderes e saberes próprios para a comunicação. Esta comunicação requer uma relação de diálogo, respeito pelo outro,

aceitação das diferenças, de modo a ir conformando uma relação de confiança mútua (INOJOSA, 2005). Esse respeito, aceitação deve ocorrer em todos os momentos da relação dos profissionais da enfermagem com o paciente na UTI e seus familiares, desde a recepção, incluindo o período de permanência até a alta hospitalar, como retratado no discurso acima.

O acolhimento na perspectiva da relação dialógica em UTI deve surgir de um encontro, como refere Paterson e Zderad, em que pacientes e familiares compartilhem suas angústias e o enfermeiro possa responder ao seu chamado no sentido de ajudá-lo a enfrentar essa nova experiência.

Teixeira (2005) enfatiza que a conversa nesse encontro, tem um objetivo, na medida em que se trata de uma obra conjunta construída através do compartilhamento daquela relação, e não é apenas veículo para se chegar a um conjunto de acordos ou consensos.

No entanto, a noção de acolhimento no campo da saúde tem tido como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades. São programadas ações pontuais, isoladas e descomprometidas produzindo sofrimento e baixa na qualidade de vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde. Surge o desafio de alianças éticas para a produção da vida, onde o compromisso singular com os usuários seja o centro desse processo (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, vem crescendo a importância do reconhecimento sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. O acolhimento consiste em um dos elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003).

Desta forma as ações centradas no paciente e na sua família e não na doença envolve a acolhida, com sentimentos e respeito à sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos. O acolhimento deve transformar a percepção que as pessoas possuem do hospital como um ambiente hostil e tornar o período de internação o mais agradável possível (BACKES; FILHO; LUNARDI, 2005).

De modo geral o acolhimento deveria estar implícito em todas as relações estabelecidas, porém na prática diária em UTI, por diferentes motivos, tendemos a

nos distanciar do encontro com os pacientes e familiares. Ao acolher amplia-se o modelo vigente, direcionado quase que exclusivamente para a objetividade e ganha espaço a subjetividade do cuidado de enfermagem.

Idéia Central: O acolhimento está diretamente relacionado com as crenças e valores pessoais adquiridas no ambiente familiar.

Expressões-chave utilizadas.

D2 – “Acho que tem muito de como você é. A maneira que você costuma se relacionar com as outras pessoas, independente de ser ou não no ambiente de trabalho tem haver com o seu modo de ser”.

D3 – “Acho que acolher entra muito na questão da criação e coisas de casa, de família”.

D5 – “É muito mais pessoal. A minha educação de berço trouxe muito mais isso do que a graduação. A forma como lido com o paciente e a família vem de família”.

D6- “Acredito que é o eu pessoal que interfere em como sou no ambiente de trabalho. Você traz para o profissional a forma como você é...”

DSC 2 – A forma como lido com o paciente e família vem de família, da criação. É muito mais pessoal. A maneira que você costuma se relacionar com as outras pessoas, independente de ser ou não no ambiente de trabalho tem haver com o seu modo de ser.

No DSC 2 os enfermeiros expõem que para se relacionarem com o paciente e a família, resgatam suas experiências de vida e interagem de acordo com suas crenças e valores na acolhida em UTI. Esse achado também foi encontrado no estudo realizado por Backes, Lunardi Filho, Lunardi (2005).

Existe estreita relação no significado do acolhimento e na essência do cuidado. Assim, ao resgatar a definição de cuidado vários autores o definem de acordo com seus referenciais de vida e experiência. Heidegger compreende como

uma forma de ser; Griffin e Morse et al, associam o cuidado à sentimento; Buber, como relação com outro ser humano e um estado que um sujeito reconhece a si mesmo em outro e conhece o outro e importa-se com ele; Pollack-Latham, como uma interação das dimensão pessoal, social e profissional; Fry, como um fenômeno moral (WALDOW, 1995).

Na percepção dos enfermeiros da UTI estudada, o acolhimento reflete as experiências pessoais. Esta interpretação aponta que a forma como se relacionam no ambiente profissional pode ser semelhante às suas relações familiares ou refletirem crenças como uma observada durante a prática assistencial, de que o enfermeiro ideal possui postura firme, evita expressar sentimentos e expor condutas que de alguma forma possam depreciar suas habilidades técnicas.

A partir dessas idéias o acolhimento é compreendido como, uma atitude interativa entre dois ou mais seres humanos, que respeita e valoriza a experiência de vida de ambos. Ocorre nessa intersubjetividade humana, a relação dialógica de encontro genuíno entre o profissional e o ser cuidado, em um movimento de complementaridade de sentimentos, ações e reações.

5.2 Tema 2 - As lacunas na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família

As principais lacunas existentes na relação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família no ambiente de terapia intensiva que dificultam o acolhimento estão relacionadas com a ênfase atribuída à relação EU-ISSO que tem guiada as ações de cuidado do enfermeiro.

Idéia Central: A graduação não prepara os acadêmicos para o acolhimento.

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Penso que a carga horária de UTI na graduação é pequena para tanto conteúdo e não é falado sobre acolhimento e sim sobre doenças e procedimentos. Nas outras disciplinas também é dado este mesmo enfoque”.

D2 – “Na graduação, durante a faculdade a gente não ouvia falar em acolhimento. Na época se falava um pouquinho sobre humanização. Foi bem quando começou a história da humanização”.

D3 – “Esse tipo de trabalho não se aprende na faculdade, como lidar, como tratar as pessoas”.

D4 – “A experiência que tenho é da prática e de outras colegas em que eu me espelhava. Da academia muito pouco, mais do trabalho”.

D5 – “.a gente foi muito mais tecnicista do que humanista na graduação”.

D6 – “Se fala muito em humanização na graduação, mas não é ensinado como fazer”.

DSC 3 – Durante a faculdade a gente não ouvia falar em acolhimento, até se falava em humanização, mas pouco se ensinava como fazer. Penso que o fato da carga horária ser pequena para tanto conteúdo torne a formação muito mais técnica do que humanista. Não se aprende na faculdade, como lidar, como tratar as pessoas. Assim a experiência que tenho é da prática e de colegas que eu me espelhava.

A graduação que poderia interferir na construção de habilidades emocionais, pouco contribuiu, conforme retratado no DSC 3, durante a formação destes enfermeiros para os aspectos da humanização e do acolhimento aos pacientes e familiares.

A universidade não tem trabalhado de forma suficiente nem adequada a questão do acolhimento aos pacientes e familiares. Além de enfatizar a doença e a apreensão de tecnologias de intervenção, tem investido na super-especialização estimulando um movimento de intelectualização do enfermeiro e distanciando-o ainda mais das relações subjetivas do cuidado e desconsiderando a integralidade dos usuários (INOJOSA, 2005).

Apesar das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, a formação profissional na área da saúde ainda hoje está centrada, predominantemente, no aprendizado

técnico, racional e individualizado, muitas vezes sem o exercício da crítica, criatividade e sensibilidade (MINAYO, 2004).

A formação tradicional dos profissionais de enfermagem traz como foco principal a doença e o procedimento, na apreensão de tecnologias de intervenção e não o sujeito e suas necessidades. Pouco se discute a questão do vínculo com o usuário e da relação entre sujeitos. A tecnologia em UTI afasta os atores desta cena. Temos de um lado alguém com medo, dor, ansiedade e, de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor. É assim que, em muitas ocasiões a oportunidade do encontro é perdida. Este par único – quem está sendo atendido e quem atende – nem sempre consegue alcançar a confiança mútua mínima necessária para estabelecer o acolhimento (INOJOSA, 2005).

Isto talvez ocorra porque tradicionalmente a enfermagem está associada como uma relação humana pelo fato de um ser humano estar cuidando do outro. Mas, não se pode compreender o caráter humanístico da enfermagem apenas como bondade humana (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O DSC 3 evidencia que as escolas ainda não incluíram de forma significativa em seus currículos um enfoque no acolhimento e nas ações de humanização. As relações são reflexos das experiências de vida e observações no cotidiano de outros profissionais e professores.

Acredito que durante a graduação destes enfermeiros a temática era abordada de forma sutil sendo citada como importante sem, no entanto, ser assegurado oportunidades práticas específicas para esta reflexão. As lembranças que os enfermeiros apresentaram desta abordagem na graduação foi nas disciplinas de terapia intensiva e de obstetrícia, realizadas por alguns professores especificamente.

Chama atenção que os aspectos emocionais da assistência de enfermagem em UTI foram um dos temas mais explorados pelos pesquisadores nos últimos anos atingindo 21,6%, mas que as publicações por parte dos alunos graduandos estão em decréscimo (DUCCI, et al, 2007).

A experiência como docente mostra que a sobrecarga de afazeres exigidos dos estudantes durante as atividades práticas os direciona a focalizarem prioritariamente o cumprimento das tarefas, não dispondo ou dispondo de pouco tempo para exercitarem o acolhimento aos pacientes e familiares em UTI. Por isso,

há a necessidade de um novo olhar nas atividades propostas. Defendo ser importante aos estudantes de enfermagem primeiramente construir uma base emocional para o diálogo vivo, de modo que a entrega e a reciprocidade guiem a relação intersubjetiva com os pacientes e familiares.

Aos educadores em enfermagem e às instituições formadoras, surge o desafio de preparar o aluno para enfrentar situações práticas por meio do próprio potencial. Em especial, aquelas situações que envolvem a relação com o outro e de como esse preparo vem inferindo sobre a escolha e atuação do profissional no campo de trabalho (LUCCHESI; BARROS, 2006). Pela concepção de Pinheiro e Rodrigues (1999) somente o domínio da questão física, já não satisfaz mais as expectativas dos pacientes e familiares nos serviços de saúde.

Estudos admitem que os graduados de modo geral, possuem dificuldades nas relações interpessoais com os pacientes, familiares e diferentes membros da equipe, refletindo a necessidade de sintonia da competência com o exercício profissional (DOMENICO, IDE, 2006).

Este fato é confirmado pelo Ministério da Saúde durante a avaliação dos serviços, ao encontrar profissionais despreparados para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Por isso, no eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições de formação (BRASIL, 2004).

De acordo com o Parecer 16/99 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, o profissional que formamos precisa saber enfrentar situações esperadas e inesperadas, previsíveis e imprevisíveis, rotineiras e inusitadas, de modo original e criativo, de forma eficiente no processo e eficaz nos resultados (BRASIL, 1999).

A implantação/implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) implica um grande desafio que é o de formar enfermeiras(os) com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-as (os) para intervirem em contextos de incerteza e complexidade (XAVIER, et al 2002, p.6-7).

Para atingir as competências, durante a formação o educador deve possuir características como ser reflexivo, capaz de avaliar e de auto-avaliar, adotar

uma postura crítica, tomar decisões diante das escolhas e ser coerente com as exigências éticas da profissão (LUCCHESI; BARROS, 2006). O graduando passa a ter necessidade de uma formação voltada para a cidadania, com o pensamento crítico-reflexivo voltado para a assistência, pesquisa e educação (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

A educação na enfermagem precisa ter uma direção na qual o educando seja estimulado a pensar que o paciente sob sua responsabilidade faz parte de um contexto família/sociedade, o que o transforma em um ser único com características próprias merecendo ser respeitado. Deve também, estar capacitado a cuidar do paciente do ponto de vista técnico-científico e humano, pois são aspectos extremamente importantes e indispensáveis para sua recuperação.

Ao propor mudanças na qualificação dos profissionais de enfermagem estamos desafiando que abdicuem de uma posição de passividade e isolamento no processo de trabalho e tomem uma atitude de intensa interação entre os membros da equipe, paciente e família (INOJOSA, 2005).

“É claro que uma mudança que passa por atitudes, e não apenas por conhecimentos e habilidades, não se faz com rapidez, é um processo pedagógico”, como diz Mariotti (2002, p.20). Trata-se de ir alcançando cada profissional, cada estudante, cada usuário, até que a disposição para uma relação de confiança mútua tenha se instalado como regra e não como exceção.

Idéia Central: Prioridade do enfermeiro durante o relacionamento paciente e família é direcionada ao procedimento técnico.

Expressões-chave utilizadas

D1 – “A UTI cobra muito as técnicas, e como é preciso dar conta das coisas você acaba esquecendo coisas simples, como a conversa e uma aproximação maior com o paciente”.

D2 – “Algumas ações não aparecem como trabalho. O que vão me cobrar? Vão me cobrar pelo que eu deixei de fazer, os exames não marcados, as coisas não resolvidas... A gente se preocupa com coisas que aparecem, são concretas, palpáveis e geram cobrança da direção ou da própria equipe. As pessoas não sabem que, de repente, cinco minutos conversando com o paciente tenha tido

um efeito, porque não tenho como quantificar, nem como medir. Por isso, acho que a gente não acolhe como deveria porque não prioriza isso. Se priorizasse, por mais que fosse um dia agitado, daria. Mas vai de como a gente prioriza as coisas”.

D3 - “para mim a prioridade ainda é o procedimento técnico, ainda é a rotina. Claro que a gente pensa no benefício do paciente. Se a gente faz uma técnica, é pensando em melhorar a assistência, é pensando no paciente. Querendo ou não, ainda é muito forte a questão da técnica, do trabalho braçal em si, pela cobrança que é nesse modelo. Já aconteceu, e espero que já tenha acontecido com mais gente de esquecer-se da família. Depois de duas horas lembro que tem um pobre coitado cansado de esperar. Você não esquece que tem que fazer o procedimento, a evolução, o censo para preencher”.

D4 – “O meu relacionamento é mais voltado para a técnica. Quando o paciente interna primeiro é o procedimento técnico, a rotina da instituição, vou saber da doença, e depois, converso com a família. Primeiro a necessidade do paciente e em último lugar ficam os familiares. É a seqüência do atendimento que a gente vê que o paciente necessita também. Eu saio daqui achando que atendi bem quando consegui fazer tudo e acompanhei a melhora e a evolução do paciente.

D5 – “Muitas vezes, a gente deixa de falar com a família e o paciente não é um paciente grave. É um paciente que entrou conversando, que a sonda dele pode ficar pra daqui a cinco minutos, entendeu? E mesmo assim você deixa a família por último”.

D6 – “A nossa prática, querendo ou não, tem sido guiada pela intercorrência que a doença está causando e a técnica que necessita ser realizada naquele momento, e não o olhar na pessoa, no ser humano, no paciente que está com algum distúrbio. A qualidade de como você se relacionou com o paciente, por não ser algo concreto, parece que não é algo importante”.

DSC 4 - O meu relacionamento com o paciente é mais voltado para a técnica. A UTI cobra muito as técnicas, e como é preciso dar conta das coisas você acaba esquecendo coisas simples, como a conversa, uma

aproximação maior com o paciente. A qualidade de como você se relaciona com o paciente, por não ser algo concreto, parece que não é importante. Isso não vai aparecer como trabalho. A gente se preocupa com coisas que aparecem, são concretas, palpáveis e geram cobrança da direção ou da própria equipe. Querendo ou não, ainda é muito forte a questão da técnica, do trabalho braçal em si, pela cobrança que é nesse modelo. Porque a nossa prática, querendo ou não, tem sido guiada pela intercorrência que a doença está causando e a técnica que necessita ser realizada naquele momento. É dessa seqüência que o paciente necessita também. A gente não acolhe como deveria porque não prioriza isso. Se priorizasse, por mais que fosse um dia agitado, daria. Muitas vezes na admissão, a gente deixa de falar com a família e é um paciente que entrou conversando, que a sonda dele pode ficar para daqui cinco minutos, entendeu? E mesmo assim você esquece e deixa a família por último. Infelizmente é assim.

Conforme apresentado em discursos anteriores os enfermeiros compreendem o acolhimento como essencial. Apesar disso, o DSC 4 mostra que a relação estabelecida entre com pacientes e familiares na UTI, ainda era guiada pela objetividade do cuidado.

A convivência com situações graves, o risco iminente de morte, e a complexidade tecnológica exige dos profissionais que atuam na UTI ações imediatas levando-os a priorizar as atividades técnicas e conseqüentemente o paciente é tratado como se fosse mais um leito ou um caso de doença (MACIEL; SOUZA 2006).

Essa dinâmica de funcionamento da UTI com constantes tarefas e procedimentos contribui para uma equipe de enfermagem mecânica, de visão tecnicista, onde o diálogo e a reflexão crítica não encontram eco, desviando o foco da atenção que deveria estar no sujeito do cuidado (BAGGIO, 2006; CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Hoje a tecnologia avança rapidamente e a humanização da assistência é o grande desafio, a ser enfrentado pelos profissionais nas UTIs. Muitas vezes, estamos envolvidos com os aparelhos, ansiosos e atentos ao que eles nos mostram, esquecendo de que estamos cuidando de pessoas e elas dividem conosco esse espaço, tornando o ambiente frio, sem afeto, e criando barreiras que não nos permitem expressar sentimentos (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

Paralela a super valorização do conhecimento técnico firmou-se entre os profissionais uma prática de proteção emocional, restringido a atenção aos sinais da doença e não contemplado os seres humanos na sua integralidade e complexidade. O que se quer agregar com as iniciativas de acolhimento é uma relação solidária entre sujeitos, respeitando os saberes e poderes do outro (INOJOSA, 2005).

O cuidado ao paciente crítico demanda diversas habilidades técnicas e conhecimentos fisiopatológicos e como alguns enfermeiros estão formados há apenas um ano e somente um possuía experiência anterior em UTI, provavelmente este seja o motivo pelo qual priorizem outros aspectos ao acolhimento.

Por outro lado, o modo de ser e o fazer na enfermagem estão intimamente inter-relacionados tornando difícil separá-los. Contudo, os registros se voltam principalmente e por vezes exclusivamente ao fazer algo. A presença é mais fácil se vivida do que descrita (PATERSON; ZDERAD, 1979). Assim, a enfermagem fica centrada no fazer, nas técnicas e procedimentos, por serem concretos e quantificáveis. A presença durante o encontro até é vivida, mas dificilmente é descrita.

Compreendendo os sujeitos do cuidado como o centro das ações de saúde, é urgente a migração desta prática acomodada para uma prática crítica, com ações pautadas na ética e na moral, direcionando maior atenção aos pacientes e familiares (AYRES, 2004). Pois a humanização é consolidada aos poucos pelos ideais de pessoas no âmbito de um processo histórico (OLIVA, 2005). Portanto, pode ser incorporada às tecnologias para amparar de forma humana o homem para manter relações subjetivas.

Atuar verdadeiramente em UTI requer mais do que habilidades técnicas e destreza, no encontro com pacientes e familiares precisa haver presença genuína durante o diálogo, valorizando-se a dimensão humana do cuidado para aproximar o desenvolvimento científico-tecnológico ao humanismo.

A enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado (PATERSON; ZDERAD, 1979). Portanto o cuidado guiado pela atitude humanista transcende o modelo tecnicista centrado na doença e valoriza a singularidade de quem realiza e de quem recebe o cuidado.

Esta relação requer primeiramente que o enfermeiro aprecie esta interação. Pois, em diversas oportunidades quando é solicitado ao enfermeiro descrever e avaliar o cuidado ele restringe-se a descrição das ações manuais, e nos

momentos em que não estão presente procedimentos técnicos este profissional refere tratar de um contato nada significativo (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Por isso, a inserção de estratégias de acolhimento deve amenizar a valorização centrada nos meios tecnológicos e na execução de tarefas padronizadas e rotinizadas, em detrimento da singularidade dos clientes (SANTOS, 2000). As ações ainda carecem de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários. O respeito à singularidade das necessidades dos usuários e dos profissionais, acolhe o desconhecido e imprevisível e se inspira numa disposição de abertura e de respeito ao outro como um ser singular e digno.

Idéia Central: Falta acolhimento para a equipe de enfermagem.

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Para acolher depende muito de como você está se sentindo naquele momento”.

D2 – “Alguns têm a tendência de não querer se envolver, não sei por que, mas no relacionamento com ser humano, seja paciente ou profissional, tem que ter envolvimento. Você não tem um relacionamento se não se envolve de alguma forma”.

D3 – “Dizemos que estamos acostumados com o ambiente da UTI, com o serviço, mas emocionalmente, a UTI vai exigindo muito mais de você do que outro setor. Eu senti que é outro tipo de cansaço. Estou bem louca para sair de férias. Sinto falta de trabalhos sobre a humanização do profissional ou do ambiente”.

D6 – “Às vezes, é muito mais fácil para não se envolver, criar uma barreira. Se eles estão chorando eu não vou nem olhar, é mais fácil do que ir lá e me envolver, dar um lençinho porque não sei como agir nesta situação. Acho que, emocionalmente, a UTI vai exigindo muito mais de você do que outro setor.

DSC 5 – Alguns têm a tendência de não querer se envolver e criam uma barreira. Se alguém está chorando, é mais

fácil não olhar, do que ir lá e dar um lençinho, porque não sei como agir nesta situação. No relacionamento com ser humano, seja paciente ou profissional, tem que ter envolvimento. Você não tem um relacionamento se não se envolve de alguma forma. Mas, para acolher, depende muito de como você está se sentindo naquele momento. Dizemos que estamos acostumados com o ambiente da UTI, com o serviço, mas emocionalmente, a UTI vai exigindo muito mais de você do que outro setor. Eu senti que é outro tipo de cansaço. Estou bem louca para sair de férias. Sinto falta de trabalhos sobre a humanização do profissional ou do ambiente.

As instituições hospitalares agregam múltiplos setores e profissões, tornando-se instituições compostas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que repetidamente desencadeia ansiedade, tensão física e mental (MARTINS, 2003).

O DSC 5 parece constatar a importância da subjetividade no cuidado de enfermagem na UTI, mas, assinala as limitações individuais dos profissionais como seres humanos, para conduzirem as angústias dos pacientes e familiares.

As rotinas diárias podem separar de um lado o profissional pressionado e às vezes frio e endurecido por lidar com o medo e com a dor, que se fecha diante de suas limitações humanas e do outro o paciente e a família com medo, dor, ansiedades e dúvidas (INOJOSA, 2005).

Às vezes a relação entre eles é fragmentada e distante não oportunizando resposta aos chamados porque para alguns profissionais da saúde as relações subjetivas com pacientes e familiares na UTI aumentam sua exposição aos sentimentos de dor, sofrimento e medo.

Em determinadas situações que envolvem o afeto e o sofrimento tão presentes no cuidar em UTI, surge a dificuldade da equipe de enfermagem, pois não receberam preparo emocional para estas vivências com pacientes e familiares (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

O realce nas escolas de enfermagem estava no modelo biomédico, focalizado na doença, com um currículo fragmentado onde o ser humano é visto como peças de uma máquina. Assim, sem o devido preparo, grande parte dos trabalhadores da enfermagem apresenta sentimentos de impotência, o que

atrapalha o incremento de ações humanizadoras no contexto de saúde. O acolhimento dentro das instituições de saúde, quando aparece, ainda enfatiza o paciente e a família, demonstrando pouco cuidado ao acolhimento do sujeito-trabalhador (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Guiado por estes sentimentos o profissional se afasta e estabelece prioritariamente a relação EU-ISSO, evitando o envolvimento emocional por acreditar ser a melhor maneira cuidar de si. Trata-se, portanto, de um desafio propiciar que a relação entre enfermeiros, pacientes e famílias, seja um verdadeiro encontro, marcado pela presença genuína, em busca do bem estar e do estar melhor essencial para a produção da saúde.

A acolhida aos profissionais no ambiente de trabalho é fundamental para a introspecção da subjetividade e do amor nas relações profissionais e interpessoais (RODRIGUES, 2001). Pois, durante a relação com o paciente e a família levamos nossos valores culturais, preconceitos ou atitudes, de modo que acolher quem cuida é fundamental (SILVA in CINTRA, 2005).

Com esta relação de empatia, o profissional se coloca no lugar do paciente e da família, passando a cuidá-los com respeito e dignidade (VILA; ROSSI, 2002). Ao ser valorizado, o profissional fica mais dinâmico, especialmente relacionado ao aumento da auto-estima que beneficia a ocupação de uma posição de reconhecimento, prestígio e autonomia profissional (THOFEHRN, 2005).

Um estudo realizado sobre a humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem aponta que o fato de algumas instituições terem uma equipe de humanização, viabiliza encontros entre os trabalhadores, com o objetivo de aprendizado e crescimento intelectual. No entanto, nem sempre as ações são efetivas para o aprimoramento da relação EU-TU dentro da equipe e as manifestações de sentimentos associados à desvalorização dos profissionais é persistente. Na prática, os efeitos das atividades propostas pelas equipes de humanização somente aparecem após a internalização da proposta de humanização e acolhimento na instituição, por todos os profissionais. Portanto, é pertinente a avaliação constante das atividades propostas pela equipe de humanização nas instituições hospitalares (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Embora haja uma carga de sofrimento emocional, alguns profissionais, são bondosos e atenciosos com os pacientes. Conseguem manter e demonstrar suas emoções, com o compromisso de oferecer um cuidado fundamentado na

expressão do amor, ternura, cordialidade e compaixão (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Ao propor o PNH, o Ministério da Saúde objetiva atender às demandas subjetivas de pacientes, familiares e trabalhadores, baseando-se na integralidade da assistência (BRASIL, 2004). Resguardado nos princípios da integralidade, da equidade e do envolvimento do usuário, o acolhimento deve favorecer a criação de espaços que apreciem e estimulem a dignidade do paciente, da família e do profissional (CASATE; CORRÊA, 2005).

A enfermagem é uma vivência humana e inclui todas as respostas possíveis dos homens (aqueles que cuidam e aqueles que recebem cuidado) em cada situação. Assim, cabe ressaltar que a equipe de enfermagem, como qualquer outro ser humano, possui potencialidades a exemplo de ternura, confiança, alegria, esperança, e limitações como frustração, impaciência, agressividade e sofrimento (PATERSON; ZDERAD, 1979).

5.3 Tema 3 – Estratégias implementadas para o acolhimento aos pacientes e familiares na UTI

O ambiente da UTI naturalmente separa os pacientes de seus familiares. Enquanto os pacientes são tratados/cuidados pelos profissionais, por serem eles o foco do cuidado, geralmente a família fica do lado de fora, desassistida. Desta forma os enfermeiros elegeram, planejaram e implementaram estratégias voltadas para o acolhimento aos familiares. Acredito ser oportuno esclarecer que parte de algumas estratégias já eram implementadas por alguns enfermeiros isoladamente.

Idéia central: **Acolhimento a família na admissão**

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Acho que poderíamos padronizar como acolher os familiares na hora que o paciente interna. Acho importante dar informações para a família. Dizer que o paciente veio para cá porque precisa de uma observação contínua, de um suporte mais avançado”.

D2 – “É importante receber bem as pessoas, tranquilizar e acolher. Procuo me apresentar quando é a primeira vez que estou entrando em contato com a família. Falo meu nome, o que eu faço aqui no setor, que horário eu trabalho. Eu começo assim e depois explico as rotinas da UTI. Acho que é uma maneira de começar a puxar o assunto de alguma forma. Não chego dizendo fulano de tal tem isso, isso e isso”

D3 – “Acho que a primeira orientação é muito importante: os horários, o que pode, o que não pode e o que vai ser feito. Eu acho importante ter alguma coisa escrita porque, às vezes, as pessoas estão tão alienadas naquilo que você falou, que ela não vai nem lembrar no dia seguinte, nem do horário, nem do telefone, pelo stress do internamento, o nervosismo na hora. Sabe já experimentei deixar a família entrar após os primeiros cuidados e percebi que tanto o paciente como a família ficam mais tranquilos. É rápido e não atrapalha nosso serviço”

D4 – “Padronizar a conversa com a família na admissão é necessário. E também, se eu não puder ir na hora devemos pedir para um funcionário avisar a família para aguardar”.

D5 – “Geralmente, pergunto se já teve alguém internado na UTI, se já entrou em uma UTI porque o familiar dele que internou pode estar bem, conversando e tudo mais, mas ele vai chegar dentro de uma unidade onde vai ver paciente entubado, no respirador. Você tem que estar preparando quem chega a um ambiente desse. Sempre peço que eles aguardem e dou informação, entrego pertences, oriento como funciona a visita, essas coisas”

D6 – “Conhecemos muito mais o paciente quando temos contato com a família. Você vai perguntado e questionando, principalmente o paciente que não se comunica contigo. Esse é essencial”.

DSC 6 – Padronizar o acolhimento dos familiares na admissão é necessário. É importante receber bem as pessoas, tranquilizar e acolher. Procuo me apresentar quando é a primeira vez que estou entrando em contato

com a família. Falo meu nome, o que eu faço aqui no setor, que horário eu trabalho. Pergunto se já entrou em uma UTI, porque o familiar dele que internou pode estar bem, conversando e tudo mais, mas lá dentro vai ver paciente intubado, no ventilador. Você tem que estar preparando quem chega a um ambiente desse. Eu começo assim e depois explico as rotinas da UTI e digo que o paciente veio para cá porque precisa de uma observação contínua, de um suporte mais avançado. Conhecemos muito mais o paciente quando temos contato com a família. Você vai perguntando e questionando, principalmente o paciente que não se comunica contigo. Esse é essencial. Percebi que tanto paciente como a família ficam mais tranquilos se o familiar o vê após os primeiros cuidados. É rápido e não atrapalha o serviço. Se eu não puder atender na hora peço para um funcionário orientar os familiares para aguardarem. Penso que é importante ter alguma coisa escrita para dar aos familiares porque, às vezes, as pessoas estão tão alienadas, pelo stress e nervosismo do internamento, que no dia seguinte não lembram o horário, o número do telefone.

O quadro 1 apresenta detalhadamente a estratégia de acolhimento aos familiares na admissão de pacientes novos.

Quadro 1 - Acolhimento aos familiares na admissão.

O QUÊ	Acolher familiares na admissão do paciente na UTI.
COMO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qualquer funcionário do setor deverá encaminhar os familiares para a sala de espera, retirando-os do corredor e orientar que após o atendimento inicial do paciente o enfermeiro de plantão virá conversar com os familiares. 2. O enfermeiro se apresenta e informa aos familiares as condições do paciente, coleta informações pertinentes ao cuidado e histórico de enfermagem. 3. O enfermeiro proporciona abertura para questionamentos dos familiares. 4. O enfermeiro orienta rotinas da instituição como horário de visitas, horário de informações por telefone, recursos tecnológicos e humanos disponíveis na UTI, materiais de higiene que podem trazer. 5. O enfermeiro esclarece quem será o médico assistente que o acompanhará e que informações relativas ao diagnóstico médico e exames deverão ser obtidas com o médico.

	6. O enfermeiro certifica-se que os primeiros cuidados já foram finalizados e acompanha os familiares até o leito do paciente, fornecendo informações mais específicas dos recursos tecnológicos necessários ao tratamento e estando disponível a novos questionamentos.
	7. Pertences são entregues aos familiares.
QUANDO	A partir de setembro de 2008
QUEM	Enfermeiro, escrituraria, auxiliar e técnico de enfermagem

Apesar da série de procedimentos realizados com os pacientes no momento da admissão, os profissionais buscaram a unificação das condutas para incluir neste cuidado o acolhimento aos familiares como apresentado no DSC 6.

Durante a prática assistencial ficou evidente a preocupação dos enfermeiros ao se relacionarem com os familiares, valorizarem a sua subjetividade buscando atender as expectativas do familiar frente a este ambiente que é para muitos assustador. A presença do enfermeiro e da equipe interagindo com a família, que se sente alheia e insegura neste contexto, facilita a vivência da experiência da hospitalização objetivando o bem-estar e o estar-melhor.

Um dos aspectos pontuados pelos enfermeiros como facilitador foi a estrutura física da UTI possuir uma sala de espera com cadeiras e banheiro anexo, para acolher a família oferecendo privacidade e intimidade para a relação EU-TU.

A estrutura física e organizacional da maioria das UTI ainda coloca em segundo plano as necessidades manifestadas pelos pacientes e seus familiares. Geralmente não dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com familiares e políticas de flexibilização do acesso nem mesmo para os familiares de pacientes em situação de terminalidade. Estes aspectos contribuem de forma marcante para ocorrência de estresse, ansiedade e depressão nos familiares, bem como pela insatisfação com a assistência prestada ao paciente (AZOULAY et al, 2004).

Divulgou-se dentro da equipe de enfermagem que no momento de admissão do paciente, o enfermeiro sempre realizaria o acolhimento aos familiares. Desta forma como descrito no DSC 6, a escrituraria ou outro funcionário que não está envolvido diretamente no cuidado ao paciente recém-internado, se dirige à entrada da UTI, informa os familiares que o enfermeiro de plantão se apresentará em seguida para conversar com eles e convida os familiares a aguardarem na sala de espera interna se assim preferirem.

Para acolher a família, após se apresentar, o enfermeiro senta ao lado dos familiares manifestando seu interesse e disponibilidade de **estar com** eles, priorizando este momento. Os demais integrantes da equipe, do lado de fora da sala, oferecem suporte não interrompendo este encontro, salvo em situações de urgência e emergência. O enfermeiro geralmente inicia orientando as vantagens e possibilidades que o cuidado intensivo oferece para o paciente procurando minimizar o estresse desencadeado nesta ocasião. É fornecida abertura para o familiar relatar as informações que considera pertinente e manifestar suas preocupações de modo que o enfermeiro direcione o seu cuidado para as necessidades específicas da família acolhida. Entre as necessidades referidas pelos familiares inclui saber como o paciente está após os cuidados da admissão (informações clínicas e perspectivas de melhora, acomodação no leito principalmente relativo ao vestuário e aquecimento), certificar-se que o paciente receberá o atendimento necessário independente da condição socioeconômica, e que o familiar será mantido informado sobre a situação.

Neste encontro de presença genuína, a relação EU-TU é a responsável por guiar um modo de ser do enfermeiro em que ações como o segurar nas mãos, o olhar nos olhos, o abraço, o permitir chorar, e até mesmo oferecer um copo de água preenchem a relação enfermeiro/família.

Após o paciente ter recebido os cuidados imediatos a equipe organiza o espaço para receber a família. O enfermeiro acompanha o familiar até o paciente, estimula a aproximação e oportuniza um momento reservado entre eles. Na saída o enfermeiro acompanha o familiar, esclarece dúvidas que surgiram neste momento e despede-se afirmando o empenho da equipe para a recuperação da saúde do paciente. Destaca-se muitas vezes neste momento a solicitação da família para que o enfermeiro cuide do paciente como se fosse um familiar dele. Geralmente com um toque (abraço, aperto de mão, mão no ombro) e palavras afáveis o enfermeiro transmite ao familiar a certeza de além das habilidades técnicas será empregada na relação enfermeiro/paciente a afeição que o cuidado subjetivo pressupõe.

Durante a prática assistencial os enfermeiros pontuaram a necessidade nesta relação, de sensibilidade do profissional para exceções que devem ser implementadas de acordo com a particularidade de cada situação. Foram permitidas exceções como: trazer um rádio, um livro, acolher os familiares em outros horários além do horário estipulado para a entrada da visita, solicitar a permanência de um

acompanhante durante a tarde toda, e permitir a entrada de crianças (filhos, irmãos e netos). Destaco que ainda existe entre os enfermeiros a preocupação de que a criação de muitas exceções pode instituir algumas condutas como rotinas, nas quais a equipe ainda não está preparada para atuar. No entanto, fica acordado entre os profissionais que a flexibilidade aliada à sensibilidade será determinante nas decisões.

Nas UTIs, os pacientes ficam isolados de seus familiares e submetidos a tratamentos com profissionais por ele desconhecidos. Freqüentemente os familiares se encontram desamparados, carentes de informações e sem orientação. Assim, para a qualidade da assistência em UTI o cuidado deve incluir além do paciente, o cuidado à família, ouvindo-a e incentivando-a (TOFFOLETTO et al, 2005).

No início, os estudos que abordavam a família como tema central, eram apenas estudos acadêmicos e tinham uma visão direcionada para a família enquanto cuidador. Nos últimos anos a produção científica da enfermagem brasileira em relação à temática família vem aumentando regularmente. É perceptível o envolvimento de profissionais da saúde em investigações cujo o foco é a família não só percebendo-a como necessária à assistência ao familiar doente, mas também ela como foco do cuidado, procurando, entre outros, compreender como ocorrem as interações familiares durante a trajetória em que estão convivendo com o risco de morte (MARCON et al, 2006).

Assim, Nascimento (2003) e Furukawa in Toffoletto et al (2005) corroboram com o que defendo, que o cuidado em UTI inclui paciente e família. A família deve ser ouvida em suas opiniões e dúvidas e ser estimulada a participar do cuidado (MARCON, ELSÉN, 1999; NASCIMENTO, 2003).

Vários trabalhos descrevem diferentes estratégias para aproximar a família do paciente internado em UTI, e incluem ações de apoio psicoterapêutico para a família, programas com a participação de voluntários e humanização da assistência de enfermagem com valorização do ser humano em sua totalidade. Esses estudos demonstram que os enfermeiros estão atentos a este novo olhar do cuidado em terapia intensa (TOFFOLETTO et al, 2005).

Na admissão a informação proporcionada ao familiar é muito importante, sobretudo para orientar o que é uma UTI, como é sua estrutura, como será realizado o cuidado, e como é o trabalho dos funcionários dessa unidade. O familiar necessita estar seguro de que o paciente receberá toda a assistência de que precisa

minimizando a ansiedade e o estresse causado pela própria internação (ALMEIDA; NARCISO; UECHI, 1988). Evidentemente, a enfermagem terá que aprender o momento certo a essas orientações, haja vista o estado emocional abalado que muitas vezes encontra-se o familiar no momento da admissão.

Assim, optou-se pela construção de um impresso com algumas informações importantes, mas que muitas vezes não são assimiladas pelos familiares na internação. Esta estratégia está apresentada no quadro 2.

Quadro 2 - Impresso com informações da UTI.

O QUÊ	Construção de um impresso informativo para os familiares
COMO	1. Elaboração do impresso contendo orientações gerais sobre a importância da lavagem das mãos, horário de visitas, número de visitantes (quatro por dia, entrando dois por vez), horário de informações por telefone, materiais de higiene que podem trazer e telefone da instituição
QUANDO	Setembro de 2008.
QUEM	Enfermeiros

A informação fornecida deve ser de fácil compreensão aos familiares e preferencialmente fornecida pelo enfermeiro estabelecendo sucessivos contatos com os pacientes e seus familiares (MACIEL; SOUZA, 2006).

O DSC 6 mostra que o acolhimento aos familiares no momento da admissão possui grande importância e precisa ser uniformizado por os enfermeiros em todos os horários.

O acolhimento requer cuidado integral e comprometido desde a recepção do paciente e seu familiar no hospital, conhecendo as condições morais, espirituais, técnicas e relacionais dessa permanência. Pois de nada valerão os esforços gerenciais, financeiros e tecnológicos, se o cuidado acontecer sem evidências da subjetividade (BARAÚNA, 2003).

O acolhimento na UTI envolve convivência com a família, e representa um desafio a ser buscado pelos profissionais por meio da interação, do diálogo, da presença, do respeito, da paciência, da escuta atenta que são inerentes ao processo de acolher. O diálogo se faz importante no cotidiano da terapia intensiva, rompendo barreiras, fortalecendo as relações e facilitando a interação enfermeiro/paciente e enfermeiro/família.

Observou-se que ao acolher a família na UTI orientando-a, elucidando dúvidas, permitindo sua entrada após os primeiros cuidados com o paciente e mantendo-se atento às suas emoções e chamados, o enfermeiro conseguiu minimizar os impactos do ambiente e da internação e forneceu segurança e apoio aos familiares.

Idéia central: O contato telefônico com os familiares na vigência de piora do quadro clínico ou da alta do paciente da UTI

Expressões-chave utilizadas

D1 – “A família geralmente pergunta: se acontecer alguma coisa vocês avisam? Mas geralmente só avisamos o óbito. Se aconteceu algo antes do horário da visita, no horário da visita já dá aquela falada. Também não vamos ligar às duas da manhã na casa do familiar. Nesses casos quando tem piora no quadro de madrugada, no início da manhã já conversamos ou no horário de informação”.

D2 – “Sempre ligo avisando que o paciente vai receber alta do setor e peço para trazerem roupas”.

D3 – “Penso que devemos adotar isto por rotina, para melhorar o acolhimento e criar vínculo, no momento da alta é melhor a gente ligar e não o setor. Digo que o paciente está de alta e, qual setor irá”.

D4 – “Acho que todo mundo deveria fazer, por exemplo, a visita veio e o paciente estava bem, conversando e de repente fica malzão, é entubado. A gente liga para a família e diz que o paciente teve uma piora depois que vocês estiveram aqui. Esses que você vê que vão morrer porque piorou de vez, tem que ligar! Porque eu não tenho cara de ligar para a família às três horas da manhã e dizer: o seu familiar que estava conversando à tarde e dando risada morreu. Da mesma forma quando tem alta, nem sempre o setor avisa aí a família chega aqui no horário da visita e você diz: ele não está mais aqui”.

D5 - “Telefonar para a família mostra que estamos preocupados, que não ligamos somente para dizer que morreu”.

D6 – “Podemos informar a família que se tiver intercorrência vamos avisar. De repente você me passa o plantão e diz que o fulano piorou. Como a visita é só às cinco horas da tarde, antes de ligarem no boletim, ou no boletim já dou essa informação. Acho que vai um pouco da sensibilidade”.

DSC 7 – Penso que devemos adotar isto por rotina, para melhorar o acolhimento e criar vínculo. Posso informar a família por telefone, sempre que ocorrer piora do quadro clínico e quando receber alta da UTI. Afinal a família geralmente pergunta: se acontecer alguma coisa vocês avisam? Mas geralmente só aviso em caso de óbito. Quando a intercorrência for antes do horário da visita deve-se conversar com a família antes de entrarem. Não será telefonado no meio da madrugada evitando que a família acorde assustada. Mas, no início da manhã ou no horário de informações telefônicas o enfermeiro conversa com a família. Porque eu não tenho cara de ligar para a família às três horas da manhã e dizer: o seu familiar que estava conversando à tarde e dando risada morreu. Na alta telefono e Informo o setor que será transferido e evita que a família chegue no horário da visita e o paciente não esteja mais na UTI. Acho que vai um pouco da sensibilidade.

O quadro 3 apresenta detalhadamente a estratégia de realização de contato telefônico com os familiares na vigência de piora do quadro clínico ou da alta do paciente da UTI.

Quadro 3 - Realização de contato telefônico com os familiares na vigência de piora do quadro clínico ou da alta do paciente da UTI.

O QUÊ	Realizar contato telefônico com os familiares na vigência de piora do quadro clínico ou da alta do paciente da UTI.
COMO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ao ocorrer piora abrupta do quadro clínico, o enfermeiro ou escrivão, solicita via telefone a vinda dos familiares ao hospital, quando a distância e condições de transporte dos familiares for acessível, ou o enfermeiro informa a piora via telefone. 2. Quando o fato ocorrer próximo ao horário de visitas, o enfermeiro prioriza a abordagem prévia destes familiares, fornecendo-lhes as devidas informações.

	3. Alterações graves ocorridas a partir das 22 horas serão comunicadas pelo enfermeiro no período da manhã, evitando extremos de estresse emocional durante a madrugada.
	4. Enfermeiro, escrituraria ou técnico/auxiliar de enfermagem responsável pelos cuidados do paciente no dia, irão informar via telefone ao familiar, a alta da UTI, setor de destino, horário previsto para a transferência e horário de visitas no setor.
QUANDO	A partir de setembro de 2008.
QUEM	Enfermeiros, escrituraria, técnico e auxiliar de enfermagem responsável pelos cuidados do paciente neste dia.

A família na maior parte das vezes é considerada como intrometida, alguém que está ali para vigiar, criticar e dificultar o trabalho do profissional. Nos hospitais raros são os profissionais da saúde que dão valor à família e a vislumbram como parte inerente do cuidado. Esses aspectos assinalam a precisão de refletirmos sobre o atual preparo dos profissionais na procura de aprimoramento do modo de cuidar (BARBOSA, RODRIGUES, 2004).

As regras que diminuem o acesso e a participação de famílias nas instituições hospitalares compõem aspectos de herança cultural autoritária das antigas casas de saúde e poucas delas seguem parâmetros de razões técnicas. Hospitais com portas abertas que estimulam a relação entre família, pacientes e profissionais geram uma aliança favorável para todos os envolvidos.

Na realidade estudada os familiares podem telefonar para a UTI em horário estipulado para receberem informações do boletim. Foi selecionado pelos enfermeiros um único horário para a permanência do boletim informativo, que passa a ser fornecido exclusivamente pelo enfermeiro ou pela escrituraria do setor no turno matutino. Neste boletim mantêm-se as informações grave, regular ou melhor, acrescida de informações solicitadas pela família sobre o nível de consciência, como dormiu a noite, e se aceitou a alimentação. Por vezes é solicitado pelo familiar que este informe ao paciente quem telefonou e transmita informações tipo *“diga que eu o amo”, “avise que estamos rezando por ele”, entre outras.*

Além disso, foi implementado também realização de contato telefônico do enfermeiro aos familiares durante a internação, na vigência de piora do quadro clínico ou da alta do paciente da UTI, como descrito no DSC 7.

Ao entrar em contato com o familiar o enfermeiro sempre procura saber quem é o familiar com quem ele está falando, qual a última informação que este teve

sobre o paciente e informa como ele está no paciente. Orienta a piora do quadro clínico, se for o caso, e disponibiliza para vir ao hospital visitar o paciente independente do horário. Exclui-se as situações que ocorrem no meio da madrugada devido o impacto emocional que um telefonema desencadeia quando o familiar é acordado por um chamado da UTI em que seu familiar se encontra internado. Nestas ocasiões o familiar será comunicado no início da manhã.

Este discurso demonstra que a relação dialógica constantemente valoriza as necessidades da família, resgatando seu potencial humano, apoiando e estimulando sua participação durante o processo de internação de seu ente na UTI (PATERSON, ZDERAD, 1979).

A prática assistencial apontou que a usualidade do fornecimento de informações por telefone, é uma atividade simples e rápida, mas carregada de significado. Tanto os familiares sentiram-se mais valorizados como os próprios enfermeiros, demonstraram maior tranquilidade na continuidade da relação enfermeiro/família nas situações de piora do quadro clínico ou nas ocorrências de óbito. Esta estratégia amplia a relação de confiança e assegura aos profissionais a percepção de estar incluindo a família no processo de cuidar em UTI.

Pois, não só na admissão, mas durante todo o período de internamento a família encontra-se apreensiva e muito angustiada com a possibilidade de piora do quadro clínico. Assim, o fato de manter contato telefônico com os familiares na vigência da piora do quadro clínico, a própria equipe da UTI comunicar a alta do paciente foram consideradas estratégias importantes a serem implementadas para o acolhimento, estreitando laços de confiança e propiciando a relação EU-TU.

O acolhimento requer por parte do cuidador, a presença genuína para responder ao chamado dos pacientes. Mas, estratégias de aproximação, de diálogo e de subjetividade podem atender esta expectativa, promover o acolhimento (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

É pertinente que os enfermeiros da UTI sustentem um bom relacionamento com a família, promovendo sua participação no tratamento do paciente. Além disso, é necessário que haja reformulação de algumas normas e rotinas, principalmente aquelas relacionadas com os horários de visitas, o tempo de permanência dos familiares junto ao paciente e ao modo como as informações são fornecidas (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

A família mantém-se prudente com o cuidado que será dispensado ao paciente e preocupa-se intensamente com a qualidade profissional da equipe de saúde. No entanto, para satisfazer estas inquietações dos familiares, tenho certeza que o cuidar em UTI exige muito mais do que conhecimento técnico-científico estruturado. O contato telefônico do enfermeiro pode ser interpretado como uma resposta do enfermeiro ao chamado de angústia, preocupação e medo do familiar, bem como um chamado do enfermeiro ao preparo do familiar para o óbito como resposta. Assim, apesar de ser um trabalho lento, é necessário persistência para desenvolver um processo de conscientização dos profissionais para a relação EU-TU durante o encontro com os familiares.

Idéia Central: A notícia da morte para o familiar.

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Outra questão que a gente tem que rever é a comunicação do óbito”.

D2 – “Uma coisa que acho o fim da picada é a instituição chamar a funerária antes de a família ficar sabendo. Eu ligo para portaria e digo: vou comunicar um óbito, mas gostaria que vocês aguardassem o meu telefonema para estar chamando a funerária ou não”.

D4 – “O problema não é a funerária vir, mas eles não têm que abordar a família. Depois daquela nossa conversa, ligo para todos familiares primeiro e depois quando vou pegar a chave do necrotério é que aviso a portaria sobre o óbito. Fiz assim depois de pegar a experiência de vocês, porque a preocupação deles é chamar a funerária”.

D5 – “Já aconteceram algumas situações em que eu não consegui localizar a família, mas a funerária já estava de plantão na porta da UTI”.

D6 – “E já teve situações que a família chegou, tinham pedido para família vir porque o paciente tinha piorado muito e quando o familiar estava entrando no hospital a funerária abordou”.

DSC 8 – Uma estratégia a ser organizada é a comunicação do óbito. Telefonar primeiro para os familiares e somente depois de conseguir este contato, comunicar a portaria sobre o óbito. Ou então, solicitar a portaria que aguarde a comunicação aos familiares para posteriormente estar chamando a funerária. Desta forma é possível evitar que a funerária faça a abordagem antes da família receber a notícia.

O quadro 4 apresenta detalhadamente a estratégia de padronização das condutas na ocorrência de óbito, evitando contratempos desagradáveis.

Quadro 4 - Padronização das condutas na ocorrência de óbito.

O QUÊ	Padronizar condutas na ocorrência de óbito.
COMO	1. O enfermeiro comunica via telefone, seqüencialmente médico assistente, familiares e somente após o contato com a família comunica a portaria e a telefonista. 2. O enfermeiro avalia cada situação e possui a flexibilidade para chamar os familiares ao hospital e comunicar o óbito pessoalmente na sala de espera da UTI. Nestas ocasiões pode acolher e confortar a família, bem como dispor do apoio da psicóloga (nos dias úteis e no horário comercial).
QUANDO	A partir de setembro de 2008.
QUEM	Enfermeiros

As UTIs concentram elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves, mas, no decorrer da evolução da doença, a presença da morte é inevitável (TOFFOLETTO, 2005).

Os enfermeiros na maioria das vezes são os responsáveis por comunicarem aos familiares a notícia do óbito e nem sempre estão preparados emocionalmente, constituindo-se em uma das dificuldades encontradas por eles como está implícito no DSC 8.

Os profissionais de saúde desenvolvem mecanismos de defesa para enfrentarem a morte e o processo de morrer, principalmente por serem preparados para a conservação da vida. Sentimentos de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa são resultantes do despreparo profissional para o enfrentamento da morte, e geralmente refletem no distanciamento e pouco envolvimento do

profissional nestas ocasiões (BARALDI; SILVA, 2000; SILVA, 2004; SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Os profissionais expressam principalmente sentimentos de inconformidade e impotência, além dos sentimentos negativos provocados ao imaginar a própria terminalidade ou de seus familiares (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

O envolvimento dos profissionais com os familiares depois da morte do paciente pode ser tão grande que as lágrimas, o sofrimento e a angústia revelam que eles sentem necessidade de compartilhar esse sofrimento para aliviar a sua própria dor. Em outras ocasiões a prorrogação do sofrimento que o tratamento na UTI oferece faz com que o profissional se conforte com a presença da morte do paciente (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

O currículo da graduação em Enfermagem fornece precária contribuição no preparo frente às situações de morte e morrer. Assim, as ações dos enfermeiros são na maioria das vezes derivadas das experiências adquiridas na prática cotidiana do trabalho. Constata-se uma lacuna entre a formação do profissional e a manutenção do seu treinamento e suporte na instituição de saúde (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Faça-se necessário principalmente para médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem quem vivenciam intensamente o processo de morrer dos pacientes, que a instituição ofereça suporte psicológico a esses profissionais (TOFFOLETTO et al, 2005).

O DSC 8 demonstra que as relações de empatia dos enfermeiros com os familiares são marcadas por tensões emocionais principalmente durante o processo de morrer. Assim, a construção da proposta de comunicação do óbito aos familiares permeia toda a internação quando a presença genuína marca a relação entre enfermeiros e familiares preparando-os quando o diagnóstico é sombrio.

Por vezes, funcionários das funerárias estabeleciam contato com a família antes que pudéssemos informar a ocorrência do óbito. A pouca sensibilidade existente nesse serviço causava-nos grande insatisfação e gerava o sentimento de convivência a exposição desnecessária que os familiares eram submetidos, nesse momento tão difícil para eles.

Portanto, ficou definido como manifesta o DSC 8 que os funcionários da portaria (responsáveis pelo contato com a funerária) somente seriam comunicados

do óbito após a efetivação do nosso contato com a família, que dependendo da situação é realizado via telefone ou pessoalmente.

Diariamente nas UTIs surgem sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais de enfermagem. Este fato impulsiona que esses profissionais expressem afeto e dedicação ao paciente e seus familiares. No entanto, eles expõem que cuidar do paciente em processo de morrer na UTI é uma das circunstâncias mais duras de serem enfrentadas (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

O contato com pacientes e familiares durante longas internações na UTI predispõe sentimentos contraditórios da equipe de enfermagem, tanto prazer e satisfação, quanto sofrimento e desgaste. Logo, o entendimento de como surgem e se esvanecem pode favorecer a implementação de estratégias capazes de favorecer o acolhimento.

Dentro da UTI o profissional de enfermagem em algumas ocasiões percebe as limitações do tratamento e compreende que o mais assertivo para os pacientes e familiares é assegurar qualidade e dignidade para a morte. No entanto, muitas vezes não ocorre a discussão da equipe para buscar um consenso sobre o caso, e os profissionais iludem-se com o avanço tecnológico. Assim, a consternação do paciente, dos seus familiares e dos profissionais é prolongada (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

Na perspectiva da enfermagem humanística, o enfermeiro é um ser humano com um corpo e não meramente com uma função e dessa maneira afeta o mundo do paciente e também é afetado por ele. Portanto, as interações humanas podem produzir tanto efeitos humanizantes como deshumanizantes (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O lidar com o paciente e família em processo de morrer constitui-se em uma tarefa árdua e penosa, exigindo assim, a necessidade de acompanhamento da equipe de enfermagem, paralelamente ao seu trabalho.

Idéia central: A relação dialógica no horário de visitas

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Quando a visita entra fica apavorada com tanta coisa. Dá para informar para que servem os equipamentos, de forma que eles se sintam mais a

vontade e dizer que podem se aproximar e tocar no paciente. Se ficar atento posso perceber o chamado dos familiares durante o horário de visita, quando entram e ficam procurando o enfermeiro com os olhos”.

D2 – “De repente, no primeiro contato com a família você vai ter essa conversa mais profunda. O funcionário que liberar a visita coloca que o enfermeiro passará em todos os leitos para conversar com eles. Esta é uma oportunidade para a gente se aproximar do paciente e da família, fortalecendo este vínculo”.

D3 – “Eu gosto de passar a informação na frente do paciente porque assim você lembra. Vou ao leito, me apresento e dou liberdade para eles perguntarem, explico e pergunto se há mais alguma curiosidade. Em situações que quero detalhar algo mais somente com a família, peço que esperem no final antes de saírem da UTI converso com eles”.

D4 – “O funcionário que abre a porta para os visitantes deve acolher se apresentando, dizer boa tarde e informar que o tempo de visita da UTI é uma hora. Penso que em uma hora ficará melhor para o enfermeiro conversar com todos os familiares. Vão entrar apenas duas pessoas por paciente. Deve ser pedido na entrada que por favor, lavem as mãos que irei encaminhá-los até o leito do seu familiar. Deve informar ainda que a enfermeira que está de plantão neste horário é a enfermeira “Fulana”. Orientar que tem situações que você pode conversar no pé da cama e tem situações que não. Penso que assim, vamos fazer um atendimento humanizado e qualificado. No pé do leito acho interessante, mas tem esses casos que você tem que conversar em outro lugar. Aí, talvez, seja a sala de espera, na saída da visita, porque na entrada a vontade deles é ver o paciente”.

D5 – “É importante que antes de liberar a visita o funcionário confirme se há sabão, papel toalha e álcool no banheiro. À noite às vezes a família chega à portaria e pede informações mesmo sabendo que não é horário. Dependendo do funcionário, liga para cá e sempre que possível eu os chamo para conversar. Procuro ser sincera e dar atenção (presença), mesmo que ele não possa entrar para visitar. Penso que esta pode ser uma forma de responder ao chamado deles”.

D6 – “No encontro em que o enfermeiro verdadeiramente foca apenas aquele paciente/família, e se envolve de corpo e alma ocorre a presença genuína. Pela manhã o horário das 12h30 sempre atrasa, mesmo que não tenha grandes intercorrências. Está ficando bem complicado para os familiares que esperaram em média uma hora e para a equipe da tarde com dois horários de visita. Assim vale mais a pena liberar uma hora e permitir revezamentos no final da tarde”.

DSC 9 – Pela manhã o horário das 12h30 sempre atrasa, mesmo que não tenha grandes intercorrências. Assim, vale mais a pena liberar uma hora e permitir revezamentos no final da tarde. O funcionário responsável pela liberação da visita se certifica se há papel toalha, sabonete e álcool antes da entrada dos familiares; acolhe os visitantes se apresentando, dando boa tarde, reforçando que o tempo previsto é de uma hora e entrarão dois familiares por vez podendo haver um revezamento; orienta a importância de lavarem as mãos, os encaminha aos respectivos leitos e esclarece que o enfermeiro de plantão passará conversando com todos. Passar a informação na beira do leito é uma oportunidade para o fortalecimento do vínculo do enfermeiro com o paciente e a família. Além disso, facilita a lembrança de detalhes sobre o respectivo paciente. Vou ao leito, me apresento e dou liberdade para eles perguntarem, explico e pergunto se há mais alguma curiosidade. Oriento para que servem os equipamentos se querem saber e estímulo o toque e a aproximação. Em situações que quero detalhar algo mais, somente com a família, peço que esperem no final e antes de saírem da UTI converso com eles na sala de espera da UTI. Percebo também o chamado dos familiares durante o horário de visita, quando entram e ficam procurando você com os olhos ou quando chegam à portaria e pedem informações mesmo sabendo que não é horário. No encontro em que o enfermeiro verdadeiramente foca apenas aquele paciente/família, e se envolve sendo sincero e atento, ocorre a presença genuína e resposta ao chamado.

O quadro 5 apresenta detalhadamente a estratégia da relação dialógica no horário de visitas.

Quadro 5 - Relação dialógica no horário de visitas.

O QUÊ	Manter uma relação dialógica no horário de visitas com os familiares.
COMO	1. Alterar o horário de visitas para às 17h com término às 18 horas,

	<p>permitindo a entrada de duas pessoas por vez com revezamento, totalizando a entrada de 4 pessoas.</p> <p>2. A escrituraria ou na ausência deste o técnico ou auxiliar de enfermagem (conforme escala de atribuições do setor), certificam-se da disponibilidade de sabão, papel toalha e álcool antes de receber os familiares.</p> <p>3. recepcionam os visitantes e ao receberem orientam a importância da lavagem das mãos, a presença de equipamentos para a monitorização do paciente, a localização do leito e informam que o enfermeiro estará passando pelos leitos para fornecer informações pertinentes aos cuidados de enfermagem.</p> <p>4. Ao passar pelos leitos o enfermeiro se apresenta, fornece informações aos familiares, verbaliza que está aberto para perguntas, estimula o toque e a aproximação com o paciente.</p> <p>5. Complementações das informações podem ser fornecidas particularmente aos familiares na sala de espera da UTI.</p>
QUANDO	A partir de setembro de 2008.
QUEM	Enfermeiros

As reflexões e aprofundamento sobre o referencial teórico da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979) permitiram aos enfermeiros um novo olhar na prática diária.

O horário de visitas é uma valiosa oportunidade para proporcionar o encontro e conhecer melhor os familiares. Assim, algumas reflexões sobre as visitas foram realizadas durante a prática assistencial e os enfermeiros optaram por retirar o horário de visitas das 12h30. Neste horário geralmente a entrada dos visitantes atrasava e conseqüentemente se limitava a breves dez ou quinze minutos, dificultando o contato do enfermeiro e da equipe com o familiar devido coincidir com a passagem de plantão às 13h.

Como estratégia implementada durante a prática assistencial foi suspenso este horário de visitas e ampliado o horário no final da tarde, passando de trinta para sessenta minutos. Desta forma, os enfermeiros conseguiram se organizar e no horário das 17h às 18h ficam disponíveis para atender os familiares. Esse atendimento compreende informar, apoiar e orientar os visitantes diariamente, como aponta o DSC 9.

Ficou estruturada no DSC 9, a personalização do atendimento, durante o horário de visitas que de acordo com Bettinelli, Rosa, Erdmann (2007), propicia a

criação de vínculo entre os familiares e a equipe da UTI, o que leva os familiares a criarem mais confiança na equipe.

Dentre as principais necessidades dos familiares encontra-se o desejo constante de comunicação com os profissionais da UTI, pois, carecem de apoio aos seus medos, aos rituais desconhecidos do setor e informações sobre o paciente. A inserção de orientações aos familiares sobre o contexto da UTI que atendam estas necessidades é compreendida com Acolhimento (BETTINELLI, ROSA, ERDMANN, 2007).

Mesmo com o horário determinado para a visita, geralmente nas situações de longas internações, vem sendo flexibilizado pelos enfermeiros, a visita em horários extras. Esta atitude fortalece as relações interpessoais e responde a um chamado do familiar além de favorecer o encontro entre eles.

Para acolher faz se necessário a comunicação com o outro. O TU precisa perfilar o chamado do EU. O EU precisa ter a certeza de que o TU reconheceu o seu chamado e finalmente o TU lança sua resposta para o EU, na relação dialógica. Isto é, sem o diálogo não há acolhimento, e este depende de nossa capacidade de inter-relação com os familiares.

Deste modo, o ideal seria que todos os profissionais fossem capazes de sensibilizar-se com as vivências da UTI, impedindo que o cuidado seja apenas tecnicista. Ao ampliarem suas aptidões emocionais, estarão mais preparados para proporcionar um cuidado com compaixão, que tolere sermos tão envolvidos quanto o sentimento decidir (LEOPARDI, 2004).

O acolhimento à família durante a hospitalização na UTI inclusive nos momentos que batem na porta da unidade mesmo fora do horário de visita, minimiza as suas angústias, além, de poder ser uma importante ferramenta para desmistificar a impressão da UTI como um ambiente de rotinas rígidas, hostil que precede a morte.

5.4 Tema 4 - Avaliações das estratégias de acolhimento

As estratégias de acolhimento foram avaliadas pela percepção dos pacientes, dos familiares e dos próprios enfermeiros da UTI.

Idéia central: A família percebe o acolhimento

Expressões-chave utilizadas

D1 – “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”.

D6 – “Quando entramos na visita, aquela vizinha começou a passar mal, a gente nem tinha percebido e vocês já começaram atender. Aquela moça pediu para nós sairmos, disse por que, e nós entendemos. Vocês sabem como falar e são educados”.

D7 – “Como leigos temos que respeitar e saber que tem normas internas. Mas o importante é que vocês sempre explicam tudo. Quando precisamos vocês deixam entrar fora do horário”.

D8 – “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 logo que ela começa a passar mal. Isso nos conforta, nos deixa mais tranquilos”.

D12 – “Todos são muito atenciosos com a gente e com o nosso parente, vocês entendem o que a gente esta passando, para explicar quando a gente pergunta”

D 20 – “Aqui minha filha está muito bem cuidada, vocês estão ali o tempo todo, o médico também, isso me deixa mais tranqüila e quando eu pergunto alguma coisa não fico sem resposta. Quando ela teve uma piora vocês até ligaram para a gente vir visitar”.

D22 – “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”.

DSC 10 - 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. Vocês entendem o que a gente está passando. Estão sempre por perto e dizem que a gente pode chamar se precisar. Vocês até ligaram quando ela teve uma piora para a gente vir visitar.

O DSC 10 reflete a satisfação dos familiares principalmente relacionada ao atendimento dispensado ao paciente durante sua permanência na UTI.

A sensação dos familiares diante da internação na UTI é de abandono. Percebe-se pouca disponibilidade ou acolhimento à família. A apreensão 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 (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

O familiar concebe que ao entrar na UTI, já não há mais esperança de vida. 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 idéia 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 precisa de cuidado de acordo com suas necessidades (GOTARDO; SILVA, 2005).

Hoje cuidar dos familiares trata-se de solidariedade e depende das habilidades e do conhecimento tácito de cada indivíduo. Inclui estratégias e intervenções testadas e fundamentadas cientificamente que devem fazer parte do processo de formação de todo profissional de saúde da UTI (SOARES, 2007).

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 seu familiar, assustada com a situação, onde medo e angústia se defrontam com o desconhecido (SCHNEIDER, et al, 2008).

Diante da internação na UTI, tanto o paciente quanto os seus familiares podem criar fantasias ameaçadoras em torno das diferentes situações que envolvem

a assistência prestada. Geralmente a intensificação dessas fantasias leva à exacerbação emocional dos familiares, a ponto de torná-los excessivamente ansiosos, angustiados e assustados.

A família é uma extensão do paciente e cuidar dele também requer cuidar dos familiares que sofrem muito, freqüentemente mostram-se ansiosos, temerosos e se sentem muito desamparados em sua capacidade de intervir e ajudar o paciente (NASCIMENTO, 2003).

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 eles (SCHNEIDER, et al, 2008). Geralmente os familiares não sabem a quem apelar, ficando, constantemente, predispostos à perda da identidade e à falta de apoio dos profissionais. (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Em estudo realizado sobre a comunicação verbal entre a equipe de enfermagem e o visitante na UTI, foram principalmente sugeridas melhorias nos aspectos relacionados à humanização como: mais atenção, simpatia, acompanhá-los até o leito e oportunidades de fazer perguntas. Nesta investigação todos os familiares afirmaram não identificaram nos profissionais da enfermagem preocupação de saber se haviam compreendido as informações repassadas (MATSUDA, et al, 2002).

A falta de calor humano foi interpretada pelos familiares de pacientes internados na UTI, como desvalorização e descaso de alguns profissionais com as suas opiniões e sentimentos. Por vezes, os profissionais exercem sua autoridade ao ditar normas e rotinas que, segundo sua visão, não devem ser infringidas, atrapalhando ainda mais o atendimento das expectativas dos familiares, que por sua vez destacam que necessitam principalmente de acolhimento, de atenção e de afeto (GOTARDO; SILVA, 2005).

Outra dificuldade apontada é a conversa desarmônica da equipe de enfermagem com os familiares. Os familiares expressaram o desejo de comunicar-se com os profissionais ao entrarem na UTI, principalmente quando chega nesse local pela primeira vez. A maior expectativa destes familiares é o desejo de que a equipe da UTI forneça informações fidedignas sobre as condições de saúde do paciente, bem como ofereçam um atendimento menos sistemático e mais humanizado (GOTARDO; SILVA, 2005).

Concordo com Gotardo e Silva (2005) que a relação com o familiar deve incluir informações claras, concisas e com linguagem adequada, evitando o uso de termos técnicos e jargões de difícil entendimento. Os familiares precisam perguntar e dizer o que pensam e sentem, bem como, serem incentivá-los a falar sobre a situação. Outra questão importante é a personalização do atendimento, criando assim um vínculo entre os familiares e a equipe da UTI, proporcionando aos criarem mais confiança na equipe.

Os familiares participam conscientemente quando bem orientados, de toda a evolução do paciente. A família tem condições de oferecer na UTI um suporte afetivo ao paciente, porém, são poucas as possibilidades de ali permanecerem. A ajuda da família sobre a segurança emocional e comportamental do paciente pode ser aprimorada mediante um processo educativo também do familiar (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Normalmente o diálogo com os familiares é pontual, e poucas vezes se vê o profissional acompanhando o momento da visita, ou presente nos momentos de maior angústia da família. Normalmente o horário de visitas coincide com a troca do plantão, rotina que “não pode ser interrompida” (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

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 aliviadas e seguras 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 (SCHNEIDER, et al, 2008).

A separação imposta pelo internamento na UTI gera ansiedade em relação à doença e ao que possa acontecer. Quando os membros da família estão bem preparados diminui o sentimento de desamparo. A experiência de hospitalização em UTI representa um momento de instabilidade, tanto para o paciente como para os familiares, e o tempo limitado com o paciente e a equipe contribui para o aumento da ansiedade.

A qualidade do cuidar envolve principalmente a relação humana efetivada pelo diálogo, com respeito a diversidade de opiniões e de comportamentos (BARBOSA, 2008).

O inter-relacionamento entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família é tão ou mais importante que a assistência técnica-científica. Especialmente nas experiências de longas internações, a família deve ser, e o enfermeiro deve abordar a família valorizando seus sentimentos e queixas. Desta forma a família começa a confiar nos profissionais favorecendo o diálogo e o respeito mútuos (SIQUEIRA et al, 2006).

Existe insatisfação quanto ao horário de visita porque o familiar quer mais do que entrar na UTI. Ele quer ser preparado para ver seu familiar abatido, com aparelhos, fio, sondas, drenos; ter suas dúvidas esclarecidas e ser compreendido. A família constitui uma forte força afetiva aos pacientes, por representarem seu vínculo com a vida. Porém, para que os familiares possam ajudá-los necessitam de suporte em suas necessidades emocionais (GOTARDO, SILVA, 2005). As visitas rápidas e pontuais deixam os visitantes sem ação. (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007). Outra necessidade percebida nos familiares abordados é o desejo infinito de querer que o paciente fique bem e seja bem tratado (GOTARDO; SILVA, 2005).

No que se refere ao cuidado destinado aos familiares estes manifestam a necessidade de acolhimento, calor humano e afeto, sendo sugerido para a equipe da UTI valorizar a humanização da assistência aos familiares e adotar um sistema eficaz de comunicação. A sala de espera possui significado como um espaço ideal para acomodar os familiares e promover o encontro entre os profissionais da UTI e as pessoas da família (GOTARDO; SILVA, 2005)

Para tanto, o profissional deve colocar-se no lugar do outro, demonstrando e vivenciando a empatia capaz de despertar a consciência de nós mesmos e do valor da vida que cuidamos. O familiar possui sempre uma ligação afetiva muito forte com o doente. Isso precisa ser respeitado, recebendo a nossa atenção e apoio nas situações difíceis (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Proporcionar acolhimento aos familiares como uma das responsabilidades do enfermeiro contribuiu de forma significativa para o êxito a melhoria da qualidade do cuidado realizado na UTI. Tendo como parâmetro outros estudos realizados no ambiente de terapia intensiva, constato que as estratégias implementadas satisfizeram as principais necessidades que geralmente são apontadas pelos

familiares que vivenciam a internação na UTI. O enfermeiro primordialmente, deve avaliar as principais necessidades de cada familiar.

Idéia Central: O paciente considera a equipe da UTI atenciosa

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Eu não posso reclamar, as pessoas são muito atenciosas”

D3 – “Lá vocês são os uns amores, muito carinhosos”.

D4 – “Na UTI tem uma garotada bem humorada e divertida. Eu não queria sair de lá”

D6 – “As meninas são todas muito queridas, o atendimento foi muito bom, melhor estraga”.

D9 – “Hoje eu ainda gabei para o meu filho: na UTI o atendimento é muito melhor! Fazer o que eles fazem aqui no quarto faço em casa, que tem a mulher e os netos para ajudar”

D12 – “O pessoal está sempre sorrindo, e colocando a gente para cima”.

D13 – “O tempo todo tem alguém do lado ajudando e perguntando se está bom”.

DSC 11 – O atendimento na UTI é muito bom! Sempre há alguém do lado da cama. As pessoas são atenciosas, bem humoradas, divertidas e queridas. São uns amores, estão sempre sorrindo e animando os pacientes. Colocam a gente para cima. O atendimento na UTI é melhor do que aqui no quarto.

O DSC 11 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.

Pesquisas do Ministério da Saúde com usuários do SUS comprovam que o progresso científico, o emprego de sofisticados aparelhos de diagnóstico, técnicas

cirúrgicas avançadas e o incremento de ações preventivas ocorrem sem o devido acolhimento, gerando a permanência de insatisfação entre os usuários (PESSINI, 2004 apud BACKES; FILHO; LUNARDI, 2005).

Na percepção dos pacientes pequenos “detalhes” são mais importantes que a alta tecnologia. As necessidades sentidas pelos pacientes são principalmente ter conhecimento sobre o que está acontecendo, a certeza de que receberá a assistência adequada por profissionais qualificados, a manutenção do silêncio e a presença da família na UTI (BACKES; FILHO; LUNARDI, 2005).

Quando fornecemos orientações atendendo as expectativas do paciente na UTI, realizamos a educação dos mesmos contribuindo para suavizar sua ansiedade. Além disso, os próprios pacientes referem que o diálogo com a equipe proporciona tranquilidade e segurança (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Para os pacientes a humanização, representa estar aberto para o outro, transpondo quaisquer barreiras que possam diferenciar e afastar as pessoas da relação EU-TU (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

Em um estudo realizado sobre a visão dos pacientes durante o atendimento na UTI foi apontado que o atendimento prestado pela equipe de enfermagem foi percebido pelos entrevistados como algo positivo, relacionado principalmente ao fato de que na UTI sempre tinha gente cuidando (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

Muitos pacientes percebem 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, o paciente tem a oportunidade de recuperar-se e sair melhor do que entrou. 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 da equipe (MOREIRA; CASTRO, 2006).

A idéia 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, a habilidade e o conhecimento científico (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

A avaliação feita pelos pacientes neste estudo é semelhante a do estudo de Moreira, Castro, (2006). Para os pacientes mesmo que o internamento na UTI seja marcado como uma vivencia difícil, os pacientes percebem que há pessoal

capacitado, o qual lhes 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.

Alguns pacientes manifestam que não teriam medo de retornar UTI, pois associaram esta unidade como um espaço de tratamento para continuar a vida, com bom atendimento, atenção da equipe e tratamento de qualidade (CESARINO et al, 2005). No estudo de Amorim, Siviero (2003) foi observado que inicialmente os pacientes apresentam uma percepção negativa da UTI e depois relacionam o ambiente UTI com a possibilidade de cura e de vida.

Por outro lado, alguns estudos sugerem que o paciente possui uma visão da UTI, centrada unicamente na idéia de sofrimento, fragilidade, dependência física, dor e morte (GUIRARDELLO et al. 1999). O que leva a inferir que as percepções dos pacientes com relação ao internamento na UTI depende do relacionamento com a equipe, da estrutura física da UTI, das normas impostas, enfim de vários fatores.

Assim, penso que as impressões que os pacientes possuem do atendimento na UTI 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 dolorosa, propiciando assim, o compartilhar das necessidades e emoções.

Idéia Central: O envolvimento do enfermeiro na relação

Expressões-chave utilizadas

D1 – “Foi um avanço bem grande. Facilitou muito a nossa abordagem com o paciente e sua família. Foi uma construção de idéias nossas, nós todos participamos, isso foi legal”.

D2 – “Com o passar do tempo é que começamos a valorizar mais este envolvimento com o paciente e a família, pois a gratidão é enorme. O fato de agora ficarmos mais disponíveis para a família, pelo menos no horário de visita, já nos aproximou da família”.

D3 – “Era preciso priorizar e foi no momento certo. Não adiantava saber tudo lá dentro dos monitores e das técnicas, ter tudo do bom e do melhor e deixar

falha no relacionamento, porque o que vai ser referência é isso mesmo. Quando o paciente sair daqui é isso que ele e a família vão lembrar mais”.

D4 – “Tento estabelecer um bom relacionamento, utilizo muito a empatia para acolher o paciente. Penso que o mais importante é que o trabalho veio de acordo com a necessidade do setor, e não era só uma necessidade pessoal. Acho que esse é um ponto bem importante. Está bem adequado à nossa realidade e nós todos participamos, discutimos e criamos estratégias juntos e agora estamos juntos avaliando”.

D5 – “O enfermeiro precisa ter sensibilidade para acolher, falar uma palavra, ouvir, ou apenas ficar do lado confortando e transmitindo segurança”

D6 – “Penso que a relação EU–TU vai além do procedimento que estou realizando. Devo avaliar a linguagem corporal, o emocional e vários outros aspectos”.

DSC 12 - Penso que a relação EU–TU vai além do procedimento que estou realizando. Utilizo muito a empatia e a sensibilidade para acolher o paciente. Avaliando sua linguagem corporal e o emocional, pequenos gestos como falar uma palavra, ouvir, ou apenas ficar do lado confortando e transmitindo segurança, repercutem em uma enorme gratidão. Foi um avanço bem grande. O fato de ficarmos mais disponíveis a família, pelo menos no horário de visita isso já nos aproximou dela. Facilitou muito a nossa abordagem com o paciente e sua família. Penso que o mais importante é que o trabalho veio de acordo com a necessidade do setor, e não era só uma necessidade pessoal, e foi uma construção de idéias nossas, isso foi legal . Acho que esse é um ponto bem importante. Está bem adequado á nossa realidade. Era preciso priorizar e foi no momento certo. Não adiantava saber tudo lá dentro dos monitores e das técnicas, ter tudo do bom e do melhor e deixar falha no relacionamento, porque o que vai ser referência é isso mesmo, penso que é disso que o paciente e a família vão lembrar mais.

Esse discurso manifesta a satisfação dos enfermeiros frente aos resultados alcançados, e como foi importante a participação ativa na construção da

proposta. Acredito que a valorização da individualidade de cada participante foi imprescindível para o envolvimento e mudança na prática assistencial.

De acordo Gutierrez, Ciampone (2006) a prática do acolhimento como postura fortalece a relação com confiança e compromisso entre usuários, trabalhadores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.

Desta forma a subjetividade começou a ganhar espaço nos conflitos do profissional consigo mesmo, nas relações com os pacientes e familiares, no próprio ambiente de trabalho e nas interações com os demais membros da equipe (THOFEHRN, 2005).

O enfermeiro que atua em UTI percebe que é difícil lidar com a família e busca colocar em prática algumas ações que a seu ver ajudariam a família. Retratam que o contato com a família pode mobilizar emoções agradáveis e facilitar a assistência prestada ao paciente em terapia intensiva. O sofrimento da família e as dificuldades do enfermeiro em lidar com ela apontam que é necessário rever a relação enfermeiro/família e suas conseqüências no cuidado de enfermagem. Se o atendimento ao familiar fosse prioridade, enquanto filosofia institucional e vontade dos profissionais, talvez outras possibilidades pudessem surgir (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

Assim, principalmente os enfermeiros devem reconhecer as necessidades dos familiares oferecendo conforto e resgatando o papel dela como cuidador na unidade familiar. Pois, a ansiedade do familiar pode contagiar o paciente, aumentando assim, a ansiedade quando internado na UTI (LUNARDI FILHO et al, 2004).

Reconhecendo as limitações emocionais e dificuldades que a equipe de enfermagem apresenta, acredito que esta deva ser também auxiliada nesta proposta pela equipe multiprofissional que atua na UTI em especial o psicólogo.

Destaco a importância da atuação da psicologia para amparar equipe, pacientes e familiares. Pois, ao iniciar a pesquisa, na UTI estudada este serviço apresentava sérias fragilidades, com um déficit na atuação neste espaço e conseqüentemente com uma demanda reprimida. No entanto, durante a prática assistencial, por interferência nossa, ocorreram mudanças de ordem pessoal e organizacional no serviço de psicologia da instituição, em que a profissional agora responsável pelo acompanhamento desta unidade, realiza visitas diárias à UTI.

Percebi que especificamente nesta situação, mesmo a profissional não possuindo experiência prévia com o ambiente hospitalar, ao expor suas fragilidades e manifestar desde o início interesse, abertura e disposição para o envolvimento, ocorreram reflexos positivos na realidade.

É importante ressaltar que, a inclusão do psicólogo junto à equipe da UTI, objetiva unir o seu saber e fazer, aos demais cuidados, para a promoção e um amplo suporte à vida e saúde numa dimensão biopsicosocial. Nas condições estressantes, que podem desencadear agravamento de condições emocionais, tanto para o paciente, quanto para seus familiares e até a equipe de saúde, o suporte psicológico deve ser imediato (DI BIAGGI, 2002).

Ficou evidenciado neste encontro o chamado da psicóloga com uma resposta da equipe, manifestada por expressões verbais e comportamentais destes caracterizando a presença genuína na relação equipe UTI/psicóloga. Creio que o acolhimento a esta profissional foi fundamental para a sua inserção na UTI. Hoje, a psicóloga, ao realizar busca ativa diariamente com visita/avaliação a todos os pacientes internados, aliada a discussão conosco e com os médicos, favorece a identificação das necessidades dos pacientes e a seleção de alguns familiares para a abordagem desta profissional.

Acredito que o fato do enfermeiro e a equipe de enfermagem ocupar uma posição de vigilância e acompanhamento contínuo ao paciente e família exigem destes uma atuação primorosa sem dúvidas. Mas, tenho a convicção de que não devemos considerar a enfermagem como onipotente e que é imprescindível compartilhar com os demais integrantes da equipe multiprofissional as vivências com pacientes e familiares na UTI.

Concordo que a principal intervenção no momento de internações em unidades críticas é ajudar os familiares a superarem o momento vivido. No entanto, para a equipe que atua na UTI, geralmente direcionada para a cura, conviver com famílias exige um novo e contínuo aprendizado (FERRIOLLI, et al, 2003). Assim, a equipe multiprofissional além de atuar na relação direta à família e pacientes pode ser um importante aliado para a manutenção da estrutura emocional da equipe de enfermagem, que precisa ser acolhida não apenas pelos seus integrantes.

Diferentes estratégias para o acolhimento tem se mostrado úteis, na tentativa de superar essa realidade, e aproximar os profissionais dos pacientes e familiares minimizando os sentimentos negativos, pois não se trata apenas de uma

doença no corpo, mas de um ser humano completo, pertencente à uma família com crenças, valores e sentimentos.

Os discursos dos enfermeiros, pacientes, e principalmente dos familiares revelaram que acolher na UTI envolve duas estratégias fundamentais: desenvolver no modo ser dos profissionais a presença genuína desde a admissão do paciente e permanecer envolvido para responder aos chamados durante a permanência na UTI. Deste modo, a relação EU-TU estará presente de forma equilibrada com a relação EU-ISSO.

Entendo ser necessário apontar os caminhos para uma nova maneira de entender e sentir a realidade, não priorizando apenas o tecnicismo, propondo um cuidado acolhedor, fazendo com que a equipe de enfermagem volte mais sua atenção ao paciente, estando mais presente, respondendo aos seus chamados e dos seus familiares e desta forma transmitirá mais segurança. Surge então, a necessidade de avaliações e educação contínua da prática para os profissionais enfermeiros, e sua equipe.

6 TEORIZAÇÃO DA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO NA UTI

As reflexões realizadas durante a construção do estudo das relações entre enfermeiros, pacientes e familiares possibilitaram-me pensar numa proposta de acolhimento em UTI, pois como preconiza Neves e Rollo (2006), a efetividade do acolhimento aos usuários e aos trabalhadores nos serviços de saúde, é um grande desafio.

Percebo que o acolhimento contribui para além da relação de confiança, compromisso e solidariedade. O acolhimento proporciona através da presença genuína e do diálogo instituído durante os encontros uma transcendência existencial. Dela brotam sentimentos intensos de gratidão, amor e intimidade que favorecem o fortalecimento do EU como ser humano, antes mesmo de ser vislumbrado como EU profissional. Buber (1974) descreve que no amor se encontra a plenitude, a inexprimível relação intersubjetiva da totalidade humana.

Neste encontro o enfermeiro experimenta que uma ação simples de cuidado pode ser considerada pelo paciente e familiar um dos, senão o mais importante cuidado de enfermagem recebido durante todo o processo de internamento na UTI.

O encontro é o momento em que enfermeiros e pacientes se relacionam em determinadas circunstâncias, com objetivos e expectativas, e cada qual traz seus sentimentos como: ansiedade, receio, medo, esperança, alegria, impaciência, dependência, hostilidade, responsabilidade entre outros (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A presença genuína denota estar acessível, aberto e disponível ao outro durante a relação dialógica, pois, como preconiza Buber (1974), cada pessoa deve considerar a outra como o ser único que é, consciente de que é um ser diferente do outro, que tem uma forma única de ser que lhe é peculiar, uma singularidade.

No entanto, os rituais da vida moderna vêm enrijecendo cada vez mais as pessoas, que na maioria das vezes omitem e oprimem suas emoções, mais intensas que sejam, por vergonha ou medo do envolvimento emocional.

Existe uma permanente pressão para o indivíduo romper sua identidade pessoal e se adaptar ao que todos são, ao que todos representam, perdendo a

capacidade de exprimir modos de ser genuinamente pessoais (SIDEKUM, 1979). É comum o profissional de enfermagem adotar paulatinamente para si, pressupostos instituídos pela sociedade como “*foi sempre assim*”, “*não vai mudar*”, “*serviço público não funciona*”, e visualizar as pessoas como coisas, estabelecendo com elas apenas relações objetivas. Assim, por mais fortes que sejam comumente falta espaço/abertura para expor os sentimentos e emoções imprescindíveis para a intersubjetividade.

Com base nestas idéias, tenho a convicção que o pré-requisito essencial inexistente em várias das ações propostas de Acolhimento nos serviços de saúde, é a verdadeira sensibilização dos envolvidos. Mas para garanti-la faz-se necessário durante o preparo dos profissionais a experimentação de um modo de ser e não apenas um modo de fazer. Portanto, instrutores indolentes podem possuir plenos conhecimentos teóricos sobre a proposta de Acolhimento, mas jamais atingirão a fascinação da idéia implementada com efetividade.

As atividades para o acolhimento impostas hierarquicamente tendem a não serem incorporadas pelos profissionais de enfermagem no dia-a-dia, porque na maioria das vezes não estão fundamentadas nas peculiaridades do serviço, além de desrespeitarem a ética da intersubjetividade. Para Buber (1974) esta ética é pautada na liberdade que o ser humano possui de manifestar o seu modo de ser na relação EU-TU com total desprendimento do mundo, sem dele sair. Pois, o mundo em si não realiza o homem, a relação com o TU é que floresce o amor.

Subseqüente a sensibilização que assegura aos profissionais a possibilidade de se envolver, chorar, sorrir, e vibrar, proponho um diagnóstico situacional da realidade sobre as inter-relações estabelecidas no ambiente, que mesmo sendo levantado por terceiros deve ter a validação dos profissionais envolvidos. Estes a partir de então são os principais autores que selecionam as lacunas e elegem as estratégias a serem implementadas. Considera-se indispensável avaliar a viabilidade das alterações propostas, de modo que a responsabilidade e a mudança de rotinas não dependam prioritariamente de outras pessoas/instâncias. Os profissionais da unidade, acompanhados ou não, por um facilitador devem implementar e avaliar periodicamente a proposta considerando a percepção dos pacientes e familiares.

Assim, proponho que a personalização do acolhimento tenha como guia norteador uma metodologia que resgate da prática assistencial um problema a ser

investigado com a participação ativa da equipe de saúde no papel de autores e atores principais, como a PCA (TRENTINI, PAIM, 2004) proposta neste estudo.

Por fim, destaco que para sustentar o desenvolvimento das ações de acolhimento aos pacientes e familiares na UTI, bem como nos outros cenários da saúde, é indispensável que estratégias de acolhimento direcionadas aos profissionais sejam planejadas e permanentemente implementadas atuando como retroalimentação para a sensibilização da equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente hospitalar tem conotação de dor, sofrimento e privação. Na UTI particularmente agregam-se de modo marcante o medo, a solidão e a perspectiva constante de convívio permanente com a morte. Geralmente pacientes são isolados de seus familiares, familiares são esquecidos e excluídos e a equipe de enfermagem despersonaliza suas ações centrando na objetividade. No entanto, vejo no espaço da UTI uma oportunidade ímpar para a sensibilização dos profissionais de enfermagem ao acolhimento dos pacientes e familiares, justamente pela mescla de sentimentos e emoções que a permeiam. A subjetividade do cuidado transpõe o modelo tecnicista e a objetividade. Assim sendo, este estudo ofereceu aos enfermeiros a oportunidade de experienciarem 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.

As reflexões a cerca do planejamento de estratégias para o acolhimento de pacientes e familiares em uma UTI, proporcionaram a identificação das lacunas existentes na relação entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família que dificultam o acolhimento. As dificuldades relatadas nos discursos individuais evidenciaram a percepção que os enfermeiros possuem sobre a prática assistencial que desenvolvem. Como proposto pela PCA foi realizado a socialização coletiva com todos os enfermeiros da UTI, para seleção das lacunas e elaboração das estratégias e adotado como critério, a eleição das estratégias que dependiam prioritariamente de ações dos enfermeiros.

Estimular estes profissionais a explorarem teoricamente a relação dialógica da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979) constitui-se em um grande desafio minimizado pelo contato prévio que possuíam resultante de uma prática educativa precedente a esta pesquisa.

A relação dialógica satisfaz a necessidade de interação que existe na relação enfermeiro/paciente ou enfermeiro/família. Nesta relação estão presentes o “EU e o TU”, que conduzem o ser humano a experimentar o mundo e a si mesmo, pois como pressupõe a teoria, a relação entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família deve ser autêntica, existencial por excelência, quando ajuda na

compreensão da realidade, por meio da experiência vivida e da reflexão (BUBER, 1974).

A avaliação realizada pelos pacientes e familiares que vivenciaram o internamento na UTI e a prática assistencial no período da pesquisa, apontaram para os enfermeiros sobre quais estratégias demonstram-se efetivas, bem como permitiram a visualização de outras lacunas carentes de intervenção. Fica para os enfermeiros da UTI, incluindo a pesquisadora, a certeza e o compromisso de que a extensão da proposta aos demais integrantes da equipe de enfermagem é indispensável e que avaliações periódicas devem ser mantidas, pois, somente a contínua vigília perpetuará a proposta de personalização do acolhimento. Além disso, cabe lembrar que as pessoas não são permanentes nas funções que desempenham e todos os novos integrantes que chegarem a unidade precisam ser acolhidos e precisam acolher.

Os enfermeiros participantes compreendem que as inter-relações ou o acolhimento no ambiente de trabalho são influenciadas diretamente pelas experiências de vida familiar, acadêmica e profissional, alternando relação EU-TU com EU-ISSO.

Quando o homem diz EU, ele quer dizer um dos dois. O EU, ao qual ele se refere, está presente, quando ele diz EU. Do mesmo modo, quando ele profere TU ou ISSO, o EU de uma ou de outra palavra-princípio são uma só ou a mesma coisa. Aquele que profere uma palavra princípio penetra nela e aí permanece (BUBER, 1974, p.4).

Para Buber (1974) o EU-TU não é apenas uma atitude de pensamento, é uma vivência, uma atitude existencial, marcada pela presença, enquanto o EU-ISSO é uma atitude de conhecimento de algo, em que vamos experimentar o mundo, cercado por uma multiplicidade de conteúdos.

Dentre as várias lacunas na relação entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família foi destacado o despreparo durante a graduação para o acolhimento, a priorização da objetividade do cuidado, a falta de acolhimento à equipe de enfermagem. A primazia das escolas ao saber intelectual provoca um distanciamento da subjetividade do cuidado direcionando os enfermeiros para a apropriação exclusiva da objetividade. Para os enfermeiros da UTI foi oportunizado com a PCA vivenciarem o acolhimento, pois causava-me também intensa inquietação saber que cinco destes enfermeiros atuam paralelamente no ensino. Para as instituições de ensino de enfermagem, seja de nível médio ou superior,

sugiro que viabilizem este modo de ser enfermeiro aos estudantes, como vivência obrigatória nas diferentes fases do curso.

Acredito que a priorização da objetividade do cuidado é a representação da formação acadêmica e da realidade das instituições guiadas pelo modelo tecnicista de assistência. A ampla variedade de procedimentos técnicos, a sobrecarga de atividades diárias e a exposição freqüente a sentimentos ambíguos inerentes da UTI direcionam os enfermeiros a darem preferência às ações técnicas do cuidado de enfermagem. Contudo cabe ressaltar que a equipe de enfermagem como um todo demonstra bom relacionamento interpessoal, abertura para o novo e carência de propostas de acolhimento direcionadas a eles.

Foi unânime entre os enfermeiros que a inter-relação mais frágil que necessitava de intervenções imediatas era a relação enfermeiro/família. As estratégias de acolhimento personalizadas para acolher a família na admissão, manter contato telefônico na vigência de piora do quadro clínico ou da alta, a comunicação do óbito, e a relação dialógica no horário de visitas foram implementadas com os familiares. Ao incluir a família no cuidado como cliente da enfermagem, os familiares além de sentirem-se seguros e confiantes contribuíram na busca do bem-estar e do estar-melhor do paciente.

Ao avaliar os resultados alcançados nesta pesquisa que repercutiram em mudanças no cuidado de enfermagem da UTI e por acreditar que a proposta pode ser aplicada em diferentes cenários da saúde para o acolhimento, tenho certeza que a PCA foi o caminho metodológico acertivo para sustentar o estudo. Foi através dela que os enfermeiros assumiram o compromisso e a responsabilidade de transformações da prática assistencial e os pacientes e familiares tiveram a oportunidade de manifestar suas percepções com vistas a melhoria da assistência.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar as possibilidades futuras frente ao acolhimento, contudo, ressalto a importância dos profissionais da saúde estarem atentos as lacunas nas inter-relações, existentes nos cenários onde desenvolvem a prática assistencial.

O despertar como profissional e pesquisadora no campo de atuação diária estimulou a liberdade de pensamento para expandir as necessidades que a realidade na UTI impõe e o compromisso em transformar a realidade com a participação dos envolvidos, inclusive em novas investigações, haja vista ser a UTI um excelente laboratório de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. A. L.; NARCISO, R. B.; UECHI, K. Visitas em UTI: uma abordagem frente os sentimentos dos familiares e da equipe de enfermagem. In: Primeiro CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Anais**. 1988; p. 276-292.

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v.19, n.4, São Paulo, out./dez. 2006.

AZOULAY E, et al. Half the family members of intensive care unit patients do Not want to share in the decision-making process: a study in 78 French Intensive care units. **Crit Care Med**, n. 32, p.1832-1838, 2004.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n. 3, p.16-29, 2004.

BACKES, D. S.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm> Acesso em 18 out. 2006.

BARALDI, S.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte - morrer. **Nursing**. v. 24, n. 3, p. 14-17, 2000.

BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 304-307, 2003.

BARBOSA, E. M. A. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, V. 10, n. 1, p. 261-262, 2008.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 26, no. 1, p. 205-212, 2004.

BARBOSA, S. F. F. **Indo além do assistir** - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o doente internado em unidade de terapia intensiva. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico**. 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_04.htm> Acesso em 18 out. 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n.17, Botucatu, mar./ago. 2005.

BETTINELLI, L. A. et al. **Humanização do cuidado em ambientes hospitalares**. Edies: Loyola, 2004.

BETTINELLI L. A.; ROSA, J, E. A. L. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 377-384, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação**. Parecer16/99. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Série C. Projetos, Programas e relatórios**, n.20. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo **Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo (SP): Moraes, 1974.

CAMELO, S. H.H.; ANGERAMI, E.L.S; SILVA, E. .M.; MISHIMA S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.30-37, agosto 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas.** O caso da saúde. In: Cecílio, L.C.O. (org.). Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997, p.29-87

CARRARO T. E.; WESTPHALEN M. E. A. organizadoras. **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad Saúde Pública**, v. 16, p. 507-15, 2000.

CASATE. J. C, CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latinoam Enfermagem**. V. 13, n. 1, p. 105-11, 2005.

CESARINO, C. B., et al, Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva. **Arq. Ciênc. Saúde**; v. 12, n. 3, p. 150-153, jul./set. 2005.

CINTRA, E. A.; et al. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CORRÊA, A. K., SALES, C. A., LUCIANA, S. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.

CUNHA, P. J. C.; ZAGONEL, I. P. S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, 08, n. 02, p. 292 – 297. 2006.

CURRY, S. **Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente da UCI.** São Paulo, ano 8, nº 94, p. 26-30, nov. 1995.

DI BIAGGI, T. M.. **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva – adultos.** Serviço De Psicologia Hospitalar – Hospital Brigadeiro De São Paulo – Serviço De Terapia Intensiva – Adultos- 2002.

DOMENICO, E. B. L. de; IDE, C. A. C. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 4, São Paulo, oct./dec. 2006.

DUCCI, Adriana Janzante et al. Produção científica brasileira de enfermagem em terapia intensiva de 1995 a 2004. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n. 2, São Paulo, abr./jun. 2007.

FAQUINELLO, P., DIÓZ, M. A UTI na ótica de pacientes. **Reme: Rev. Min. Enferm.** v.11 n.1 Belo Horizonte mar. 2007.

FERRAREZE, M. V. G., FERREIRA, V., CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 3, São Paulo, jul./set. 2006.

FERRIOLLI, D. R., et al. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma UTI. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 193-202, set/dez. 2003.

FILHO, L. W. D., et al. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em UTIs gerais. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 6, p. 100-109, mai/ago. 2004.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa** / Uwe Flick; tradução Sandra Netz. – 2. ed. – Porto Alegre: Boockman, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processo de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** **Cad. Saúde Pública.** Rio de janeiro, v.15, n.2, 1999.

GALA, M. F.; TELLES, S. C. R.; SILVA, M. J. P. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. **Rev. da Esc. de Enferm.**; v. 37, p. 52-61, 2003.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 3ª edição, São Paulo: Cortez, 1993.

GOTARDO, G. I. B., SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm UERJ**, v. 13, p. 223-228, 2005.

GUIRARDELLO, E. de B. et al. Apercepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev.Esc.Enf.USP**. v. 33, n.2, p. 123-129, jun. 1999.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva: **Acta Paul. Enferm.** v.19, n. 4, São Paulo, out./dez. 2006.

HAYASHI, A. A. M.; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 824-837, mai./ago. 2000.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 256-265, jan./fev. 2005

HYCNER, R. **De pessoa a pessoa; psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

INABA L. C., SILVA M. J. P., TELLES S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 426-429, 2005.

INOJOSA, R. M. **Acolhimento**: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS; 2003. 256 p.

LEITE, M. A., VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.13, n.,2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2005.

LEOPARDI, M. T. organizador. **O Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Ed. Papa Livros, 1999a. 228p.

LIMA, S. M. M. O acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade da relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar./abr. 2004.

LINO, M. M.; SILVA C. S. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, n. 41, p. 25-29, out. 2001.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. Pedagogia das competências um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem - uma revisão da literatura **Acta Paul. Enferm.** v.19, n.1, supl.1, São Paulo jan./mar. 2006.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas (RS): Editora da UFPel; 1999.

MACIEL, M. R.; SOUZA, M. F. Acompanhante de adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente. **Acta Paul. Enferm.** v.19, n. 2, São Paulo, abr./jun. 2006.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, E. E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**; v. 24, p. 21-34. 2000 .

Marcon S. S; Elsen I. A enfermagem com um novo olhar.a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenvol.** v. 1, n. ½, p. 21-26, 1999.

MARCON, S. S. et al. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da enfermagem do Sul do Brasil. **Acta Paul. Enferm.** v.19, n.1, supl.1, São Paulo, jan./mar. 2006.

MARIOTTI, H. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002.

MARTINS, M. C. A. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar **Millenium. Res** ISPU[periódico na Internet] 2003 [citado 2005 Nov 11];28 Out:[cerca de 16p.]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>.

MATSUDA, L. M., et al. **A comunicação verbal da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto durante o processo de visita: perspectiva dos visitantes.** An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. May. 2002 .

MARUITI, M. R; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n.1, São Paulo, jan./mar. 2007.

MAY, L. E. **A atuação da enfermeira frente à dor do doente em pós-operatório: uma abordagem humanizada.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MERHY, E. E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde:** a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org) **Práxis en salud:** un desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar Editorial/ São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.), 1. **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MERHY, E. E.. **Saúde e cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 9, n. 1, p.17-20, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 2000.

MORAES. Carlos. et al. A Assistência Prestada na Unidade de Terapia Intensiva Adulta: visão do cliente. **Revista Nursing.** v.79, p. 29, dez. 2004.

MORTON, P. G. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística;** [revisão técnica Ivone Evangelista Cabral; tradução Ivone Evangelista Cabral, José Eduardo Ferreira de Figueredo]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NASCIMENTO, E. R. P. **Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem).- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 14, n. 3, p. 333-341, 2006.

NEVES, C. A. B., ROLLO, Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde).

NOJOSA, R. M, ARCHERMANN, L. **Saúde: um encontro de paz – reflexões dedicadas a dirigentes e profissionais de saúde**. Brasília: CONASEMS, 2005, 16 p.

OLIVA, A. A ciência entre o real épico e o ideal ético. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 527-531, 2005.

OLIVEIRA, M. E. et al. **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. 216 p.

PAIDÉIA 2001. **Protocolo de acolhimento** da secretaria municipal de saúde de Campinas. <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em 10/10/2008.

PASCHOA, S., ZANEI, S. S. V., WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n. 3, São Paulo, jul./set. 2007.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Enfermeria humanística**. México, Editorial Limusa, 1979.

PINHEIRO, V. E; RODRIGUES, A. R. F. O processo ensino/aprendizagem na enfermagem. **Rev. Enferm.** v. 5, n. 9/10, p. 62-79, 1999.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

RIBEIRO, R. C. N.; CARANDINA, D. G. G.; FUGITA, R. M. T. Tecnologia e humanização em C.C e U.T.I. São Paulo, **Revista SOBECC**, v. 04, n. 3, p. 15-19, 1999.

RODRIGUES, A. B. **Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte** [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-am Enferm.** v.13, n.3, p. 432-440, 2005.

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enferm.** v. 8, n. 3, p. 370 -376, 2006.

SANTOS K. M. A. B. **Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs e análise proxêmica dessas interações** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.

SANTOS, O. M. B. **A enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade Coronariana. **Texto&Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p.81-89, jan./mar. 2008.

SEVERO, G. C., GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, p. 21-30, jan./mar. 2005.

SIDEKUM, Antonio. **A intersubjetividade em Martin Buber**. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 1979.

SILVA, M. J. P. **Comunicação com o paciente fora de possibilidades terapêuticas.** In: Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. cap. 16, p. 263-272.

SILVA, J.A.G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Huccitec; 2004.p. 241-57.

SIQUEIRA, A. B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC. **Arq Med ABC.** V. 31, n. 2, p. 73-7, 2006.

SOARES, M. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brás. de Terapia Intensiva.** v. 19, n. 4, p. 481-484, out./dez. 2007. Série: TERMINALIDADE EM UTI.

SOUZA, L. N. A. **A interface da comunicação entre a enfermagem e os doentes em uma unidade de terapia Intensiva.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** v. 19, n. 2, São Paulo, abr./jun. 2006

TEXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Belém: Cejup, 1999. 118p.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, p.89-111

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

THOFEJRN, M. B. **Vínculos profissionais**: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

TOFFOLETTO, M. C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.** v.18, n. 3, São Paulo, Jul./Set. 2005.

TRENTINI, M., PAIM, L.. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª edição revisada e ampliada. Florianópolis: Insular, 2004.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino Am. de Enferm.** v. 10, n. 2, p. 37-144, mar./abr. 2002.

WALDOW, V.R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995.

XAVIER. et al,. Diretrizes curriculares: articulação do texto e contexto. **Bol.Inf. Assoc. Bras. Enferm.** v. 44, n. 2, p. 6-7, 2002.

APÉNDICE

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE.

Grupo: GIATE

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Mestranda: Eleine Maestri

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre **O ACOLHIMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**. Este documento contém informações sobre o estudo que será realizado.

Sua colaboração nesta atividade é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Se você não concordar em participar ou quiser desistir a qualquer momento isso não causará nenhum prejuízo. Se você decidir em participar, basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a proposta. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela atividade.

Eu, _____, residente e domiciliado na rua _____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____, nascido(a) em ___/___/_____, no pleno vigor de minhas faculdades mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a), da atividade mencionada. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo tem como objetivo geral **desenvolver estratégias de acolhimento para pacientes e familiares em uma unidade de terapia intensiva**, e como objetivos específicos: identificar as lacunas existentes na relação entre enfermeiro/paciente e enfermeiro/família no ambiente de terapia intensiva que dificultam o acolhimento; implementar estratégias que possibilitem o acolhimento aos pacientes e familiares em UTI com base no diálogo da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979); e avaliar junto aos enfermeiros, pacientes e familiares as estratégias adotadas para o acolhimento.

2. A pesquisa é importante de ser realizada porque será oferecido aos enfermeiros a oportunidade de experienciar 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.
3. O caminho metodológico escolhido é a Pesquisa Convergente Assistencial pelo fato de que o estudo será desenvolvido onde o problema está contextualizado e durante a prática profissional da enfermeira pesquisadora com a participação dos enfermeiros da unidade.
4. Para atuarem como participantes neste estudo serão convidados: todos os enfermeiros da UTI; pacientes lúcidos que permanecerem internados no mínimo quarenta e oito horas durante o período de implementação das estratégias de acolhimento; familiares acima de dezoito anos que o visitarem na UTI.
5. A pesquisa será desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital público do Planalto Serrano.
6. Se, no transcorrer do estudo, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a enfermeira pesquisadora mestranda Eleine Maestri responsável pelo estudo no telefone (49)32230282.
7. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.
8. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
9. Concordo e autorizo que seja utilizado métodos alternativos para os procedimentos propostos, como por exemplo: gravador de voz.

Declaro, outrossim, que após o esclarecido e ter entendido, desejo voluntariamente em participar desta atividade e assino este presente documento em 2 vias.

Assinatura do voluntário: _____

Lages, _____, de _____ de 2008.

Apêndice B – Roteiro de entrevista aos enfermeiros



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE.

Grupo: GIATE

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Mestranda: Eleine Maestri

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação e experiência profissional do sujeito

a. Codinome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

b. Possui experiência anterior como técnico (a) ou auxiliar de enfermagem
 () Não () Sim. Tempo: _____ Local: _____

c. Local de conclusão do curso de graduação em enfermagem e ano

d. Especializações na área

e. Experiências anteriores em UTI /tempo

f. Tempo de atuação nesta UTI como enfermeiro

Percepções sobre o acolhimento

a. Significado de acolhimento.

b. Contribuições da graduação para o acolhimento dos pacientes e familiares.

c. Percepção do enfermeiro sobre o relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família.

- d. Aspectos **dificultadores** no relacionamento/acolhimento dos pacientes e familiares em UTI.
- e. Aspectos **facilitadores** no relacionamento /acolhimento dos pacientes e familiares em UTI.
- f. Estratégias e recursos que habitualmente utiliza para viabilizar o acolhimento.
- g. Outros

Avaliação da proposta

- a. Percepções do enfermeiro sobre as estratégias implementadas
- b. Avaliação da utilização do Diálogo como ferramenta para acolhimento
- c. Introspecção das premissas presença, encontro, chamado e resposta

Apêndice C – Roteiro de entrevista com o paciente/família



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE.

Grupo: GIATE

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Mestranda: Eleine Maestri

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Avaliando as estratégias de acolhimento

Data: ___/___/___ Hora: _____

Identificação

a. Codinome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

b. Ocupação: _____

c. Escolaridade: _____

d. () Paciente () Familiar _ grau de parentesco: _____

e. Quantas vezes visitou o paciente na UTI: _____

f. Tempo de internação na UTI: _____ dias

g. Alta da UTI em: ___/___/___

Percepções sobre acolhimento

a. Percepções do relacionamento, atendimento, acolhimento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família na UTI.

b. Como gostaria que fosse o relacionamento/atendimento/acolhimento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família na UTI?

c. Outros.