

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENIADA  
EXPANSÃO PÓLO III - CONVÊNIO REPENSUL

DISSERTAÇÃO

**O PROCESSO DE VIVER, ADOECER E MORRER: REFLEXÕES  
COM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS  
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Autora: Carmem Lúcia Colomé Beck  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi

Florianópolis, setembro/1995.

**TÍTULO: O PROCESSO DE VIVER, ADOECER E MORRER: REFLEXÕES COM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

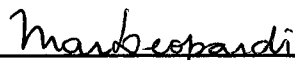
**CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

sendo APROVADA e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

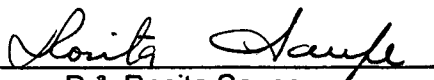
**BANCA EXAMINADORA:**



Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi  
(Presidente)



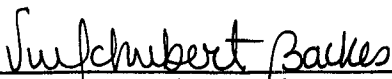
Dr<sup>a</sup>. Ingrid Elsen  
(Membro)



Dr<sup>a</sup>. Rosita Saupe  
(Membro)



Dr<sup>a</sup>. Lúcia T. Gonçalves  
(Suplente)



Doutoranda Vânia M. S. Backes  
(Membro)

## **AGRADECIMENTOS**

*À Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Maria e ao Departamento de Enfermagem, pela oportunidade de realizar o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem;*

*Ao Hospital Universitário e à Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do HUSM pelo apoio;*

*À orientadora Dr<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi, por acreditar que poderíamos juntas "vencer a distância" e realizar um trabalho que pudesse contribuir com a enfermagem;*

*Às colegas do departamento de enfermagem que acreditaram no projeto Repensul e investiram na nossa formação;*

*Às colegas mestrandas (Rosa Gonzales, Laura Guido, Maria Augusta Rubin, Helena Cereser, Margrid Beuter) que, no convívio diário, cada uma com suas qualidades, demonstraram companheirismo e amizade;*

*À colega e amiga Vânia Marli Schubert Backes pela acolhida carinhosa, atenção e dedicação demonstradas ao longo do percurso;*

*À minha família Colomé/Beck, que assumiu tantas vezes minhas atividades com tanto empenho, possibilitando que eu pudesse estudar;*

*Ao meu marido Marco e aos meus filhos Marquinho e Rafael, pela paciência e amor a mim dedicados e pela compreensão nas minhas ausências;*

*Aos familiares dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, alvos deste trabalho, pela receptividade e compartilhamento dos seus sofrimentos, dúvidas e esperanças.*

*Aos pacientes internados que, com suas histórias de vida, doença e morte, proporcionaram momentos de reflexão que contribuíram para meu amadurecimento profissional;*

*Aos digitadores Felipe e Luciana Ethur que, com sua presteza, auxiliaram na apresentação dos trabalhos do Curso, em especial nesta dissertação;*

*A Prof<sup>a</sup>. de português Maria Helena Beck da Silva pela competência, empenho e dedicação na revisão desse trabalho;*

*A todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que esse curso se efetivasse*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Maria e ao Departamento de Enfermagem, pela oportunidade de realizar o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem;*

*Ao Hospital Universitário e à Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do HUSM pelo apoio;*

*À orientadora Dr<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi, por acreditar que poderíamos juntas "vencer a distância" e realizar um trabalho que pudesse contribuir com a enfermagem;*

*Às colegas do departamento de enfermagem que acreditaram no projeto Repensul e investiram na nossa formação;*

*Às colegas mestrandas (Rosa Gonzales, Laura Guido, Maria Augusta Rubin, Helena Cereser, Margrid Beuter) que, no convívio diário, cada uma com suas qualidades, demonstraram companheirismo e amizade;*

*À colega e amiga Vânia Marli Schubert Backes pela acolhida carinhosa, atenção e dedicação demonstradas ao longo do percurso;*

*À minha família Colomé/Beck, que assumiu tantas vezes minhas atividades com tanto empenho, possibilitando que eu pudesse estudar;*

*Ao meu marido Marco e aos meus filhos Marquinho e Rafael, pela paciência e amor a mim dedicados e pela compreensão nas minhas ausências;*

*Aos familiares dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, alvos deste trabalho, pela receptividade e compartilhamento dos seus sofrimentos, dúvidas e esperanças.*

*Aos pacientes internados que, com suas histórias de vida, doença e morte, proporcionaram momentos de reflexão que contribuíram para meu amadurecimento profissional;*

*Aos digitadores Felipe e Luciana Ethur que, com sua presteza, auxiliaram na apresentação dos trabalhos do Curso, em especial nesta dissertação;*

*A Prof<sup>a</sup>. de português Maria Helena Beck da Silva pela competência, empenho e dedicação na revisão desse trabalho;*

*A todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram para que esse curso se efetivasse*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENIADA  
EXPANSÃO POLO III - CONVÊNIO REPENSUL

**O PROCESSO DE VIVER, ADOECER E MORRER: REFLEXÕES COM  
FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA**

Carmem Lúcia Colomé Beck

**RESUMO:** Este trabalho foi desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM - e teve por objetivo aplicar a Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, construindo uma metodologia de assistência de enfermagem aos familiares dos pacientes internados em terapia intensiva. A referida teorista afirma que, quando se busca o significado da dor e do sofrimento diante da doença, há crescimento pessoal. Buscou-se refletir com os familiares que aguardavam o horário de visitas na UTI sobre suas angústias, dúvidas e medos, parte integrante do processo de viver, adoecer e morrer. A interação e a comunicação com os familiares foram o foco principal do trabalho. Constatou-se que, quando a família participava das discussões, sua ansiedade diminuía, o que se refletia no comportamento de pacientes internados e dos envolvidos. Os conceitos de enfermeiro, família, sofrimento, relação de interação, esperança, ambiente, processo de viver, adoecer e morrer, construídos para esse momento foram adequados, bem como a teoria de Travelbee neste campo de prática.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENIADA  
EXPANSÃO PÓLO III - CONVÊNIO REPENSUL

**THE PROCESS OF LIVING, AILING AND DYING: REFLECTIONS  
WITH FAMILY MEMBERS OF PATIENTS INTERNED  
IN AN INTENSIVE CARE WARD**

Carmem Lúcia Colomé Beck

**ABSTRACT:** This work was developed in the University Hospital of the Federal University of Santa Maria - HUSM - and sought to apply Joyce Travelbee's Theory of Interpersonal Relations, by constructing a methodology of nursing assistance for the family members of patients interned in intensive care. Travelbee affirms that when seeks to determine the significance of his pain and suffering from illness, there is personal growth. The methodology utilized was to reflect with family members, who awaited visiting hours at the intensive therapy unit, on their anguish, doubt and fear, integral parts of the process of living, ailing and dying. Interaction and communication with family members was the principle focus of the work. It was found that when the family participated in the discussions, their anxiety diminished, wich result was reflected in the comportment of the interned patients and their families. The concepts of nurse, family, suffering, interaction relation, hope, environment, and the process of living, ailing and dying, constructed for this purpose were adequate, as was Travelbee's theory when applied to this field of practice.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi

## SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS .....	viii
1- INTRODUÇÃO .....	1
1.1- Objetivos .....	9
1.1.1- Objetivo Geral .....	9
1.1.2- Objetivos Específicos .....	9
2- REVISÃO DE LITERATURA .....	11
2.1- Considerações Gerais .....	11
2.2- A Equipe de Saúde, o Paciente, a Família e suas Relações Durante a Internação Hospitalar .....	13
2.3- A Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee .....	35
2.4- Conceitos Adotados para Implementação do Modelo Assistencial em UTI .....	43
3- METODOLOGIA DO TRABALHO .....	47
3.1- Caracterização do Campo de Experiência e da Equipe de Trabalho da UTI .....	47
3.2- As Visitas na UTI .....	49
3.3- A Prática Assistencial Desenvolvida .....	50
3.4- O Processo de Enfermagem Segundo o Modelo de Travelbee .....	52
3.5- Entrevistas e Aplicação de Questionário .....	56
4- VIVÊNCIAS COM OS FAMILIARES DOS PACIENTES INTERNADOS NA UTI .....	60
4.1- Visitas na UTI: Quando a Família se Toma a Clientela .....	61
4.1.1- Caracterização dos Familiares .....	66
4.1.2- Caracterização dos Pacientes Internados na UTI .....	70

4.2- A Diversidade no Processo de Viver, Adoecer e Morrer . . . . .	75
4.2.1- Uma História: Quando a Vida Não Tem Mais Significado . . . . .	77
4.2.2- O Amor Refletido na Doação . . . . .	86
4.2.3- A Doença e a Possibilidade de Morte Carregadas de Surpresas . . . . .	93
4.3- A Assistência aos Familiares como Processo Interativo . . . . .	96
4.3.1- O Modelo de Travelbee e as Relações Estabelecidas com os Conceitos. . . . .	97
4.3.2- Fases do Processo de Enfermagem . . . . .	106
4.4- Resultados do Questionário Respondido pelo Pessoal da UTI . . . . .	109
5- A EXPERIÊNCIA COM TRAVELBEE COMO UMA POSSIBILIDADE METODOLÓGICA . . . . .	116
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .	124
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA . . . . .	127
ANEXOS . . . . .	129



## LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Entrevista Semi-Estruturada Realizada com o Familiar do Paciente Internado .....	130
ANEXO II - Entrevista Semi-Estruturada Realizada com os Familiares do Paciente Internado, Tendo como Foco Principal o Sofrimento e a Esperança .....	131
ANEXO III - Instrumento Respondido por Profissionais da Enfermagem e Alunos da Saúde .....	132

## 1 INTRODUÇÃO

Meu interesse por este tema surgiu em 1985, quando realizei o Curso de Especialização em Pedagogia da Enfermagem Médico-Cirúrgica na Faculdade de Enfermagem "Nossa Senhora Medianeira" - FACEM. A monografia de conclusão denominava-se "Atitude Comportamental da Equipe de Enfermagem frente à Morte de Pacientes em Estágio Final", a qual foi elaborada conjuntamente com um grupo de colegas enfermeiras.

Em 1986, iniciei minha atividade como docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS. A disciplina para a qual fui designada foi Enfermagem Médico-Cirúrgica (atualmente Assistência de Enfermagem ao Adulto II) - 5º semestre do curso, com a possibilidade de realizar aulas práticas em unidade clínica ou em unidade de terapia intensiva.

Minha escolha recaiu sobre a Terapia Intensiva, na busca de experiências e na assistência de enfermagem a pacientes graves, uma vez que, no curso de graduação e nos dois anos de trabalho posteriores, minha vivência estava relacionada a atividades em postos de saúde da periferia.

O contato diário e estreito com pacientes, familiares, equipe de saúde e alunos me fascinou, atuando na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, por oito semestres consecutivos (supervisão de alunos em aulas práticas). Com a indicação para Vice-Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário, como representante do Departamento de Enfermagem, dediquei-me às tarefas pertinentes ao cargo e retirei-me da docência temporariamente.

Terminada minha gestão, em 1994, iniciei o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Para realizar a disciplina "Prática Assistencial" do referido curso, optei pela Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, tendo em vista as vivências anteriores e o desejo de aprimorar questões relativas ao paciente grave e seu contexto.

O tema escolhido para estudo e desenvolvimento da prática assistencial foi refletir com a família do paciente gravemente enfermo e internado na UTI, o processo de viver, adoecer e morrer.

Como esta vivência foi muito significativa, decidi continuar o estudo e aprofundamento deste tema na dissertação de mestrado, oportunizando aos enfermeiros o relato de uma prática em UTI respaldada em uma teórica da área de enfermagem: Joyce Travelbee.

O embasamento do trabalho em uma Teoria Interacionista deveu-se à importância que as relações interpessoais têm no cotidiano da equipe de enfermagem e, em especial, diante de situações tão difíceis quanto a hospitalização, a dor, a morte e a "solidão", vivenciados pelos profissionais da enfermagem, enquanto trabalhadores da saúde, e pelos doentes e seus familiares, enquanto pessoas fragilizadas neste momento.

As relações interpessoais e a comunicação foram o foco principal do trabalho realizado com os familiares dos pacientes internados na UTI e a equipe de enfermagem.

Conforme diz STEFANELLI (1985), a comunicação é um dos principais instrumentos que a enfermeira pode lançar mão para tornar sua interação com o paciente o mais eficaz possível.

Foram trabalhados alguns conceitos (sofrimento, esperança, família dentre outros) com os familiares e equipe de enfermagem, com a expectativa de reduzir

seus níveis de angústia, proporcionando uma interação mais favorável à recuperação do paciente ou o seu "desligamento" do corpo físico (morte) de forma mais tranqüila.

A opção por trabalhar com a família do paciente internado na UTI deveu-se à pouca assistência de enfermagem dedicada a eles, por razões relacionadas à deficiência numérica de enfermeiros, planta física inadequada para atender os familiares, cuidados complexos requeridos pelos pacientes da unidade, dentre outros.

Sabe-se entretanto, que para Titler, Cohen & Craft apud DAL SASSO (1991), a família é uma unidade básica para o desenvolvimento de seus membros e fonte de ajuda ativa para estes em todas as circunstâncias de suas vidas.

Como a hospitalização em uma unidade de cuidados intensivos gera muito stress para todos (família, paciente e equipe), é fundamental trabalhar com os envolvidos nessa situação, oportunizando especialmente à família a contribuição mais efetiva junto ao seu familiar.

- Discutir temas relacionados a doenças graves, dor, sofrimento e morte é um desafio, uma vez que enfrentá-las no cotidiano, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, é uma das grandes dificuldades encontradas no exercício profissional do Enfermeiro, sua equipe e demais profissionais da área da saúde.

Para ARAÚJO (1975, p. 11), "a morte na verdade é tão parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, quanto o nascimento. É uma das poucas coisas da vida que temos certeza. Ela não é um inimigo a ser conquistado, nem uma prisão de onde devemos escapar, é uma parte integral de nossas vidas que realça a existência humana. A morte estabelece um limite em nosso tempo de vida e nos impele a fazer algo produtivo neste espaço de tempo, enquanto dispusermos dele".

Ver a morte como ocorrência da vida tem sido uma preocupação da

Tanatologia. A "Tanatologia", que significa "estudo da morte", tem buscado repensar fatos relacionados direta ou indiretamente à morte, interligando-os na tentativa de melhor compreender o processo de morrer. Esta área do conhecimento oferece grandes contribuições aos trabalhadores da saúde quando oportuniza reflexões acerca do tema.

Diante da morte, as reações dos familiares, pacientes e equipe interdisciplinar variam consideravelmente, sendo fatores interferentes a idade do paciente, o diagnóstico, o papel do paciente na família (pai, mãe, irmão, arrimo de família) e sua relação com ela. Em algumas situações, esses envolvidos reagem, negando a doença ou a morte, ou apresentando outras manifestações, tendo em vista que, acompanhar o sofrimento, a dor e a morte de outras pessoas, implica em conscientizar-se de sua própria finitude.

Sabe-se que o suporte emocional que deve ser proporcionado pela família e equipe interdisciplinar aos pacientes gravemente enfermos, é de fundamental importância, sendo esta função de responsabilidade dos mesmos nesses momentos.

Nasce deste pressuposto, a necessidade dos profissionais de enfermagem fortalecerem junto à família e pacientes, suas relações interpessoais, refletindo sobre sentimentos, ansiedades, expectativas e valores. Isso se faz ainda mais necessário em se tratando de terapia intensiva, porque ela exige dos profissionais a capacitação técnica por ser unidade altamente especializada, não priorizando as questões relacionadas às necessidades psicoespirituais dos pacientes, da família e dos trabalhadores de saúde do hospital.

Afirma ESPÍRITO SANTO (1985, p. 232) que "os clientes em UTI encontram-se acometidos de desequilíbrios orgânicos graves, poder-se-ia afirmar que sua segurança emocional, fatalmente, estará seriamente afetada, visto que, sendo o homem um ser holístico, a doença representa um fator capaz de afetar a

segurança física, econômica, religiosa e, principalmente, emocional".

Essa autora referenda que o Enfermeiro é o elemento mais indicado na identificação de sinais e sintomas que expressem desequilíbrios emocionais, sendo ainda capaz de promover o ajustamento do paciente ao meio, contribuindo efetivamente para o retorno a uma situação de equilíbrio. Isso se deve também ao contato prolongado e contínuo que a enfermagem tem com os pacientes internados, o que contribui para o desenvolvimento da percepção e da observação do enfermeiro.

Detectar alterações importantes que se manifestam nos pacientes no processo de adoecimento e/ou morte durante a hospitalização, é função bastante complexa que o Enfermeiro tem a seu encargo. O processo de viver, adoecer e morrer deveria ser natural, mas na realidade tem sido percebido como assustador e amedrontador.

Para PITTA (1991, p. 27), "no mundo atual encontramos um homem desaparelhado para enfrentar a morte como uma contingência, posto que sua emergência vem sempre acompanhada da idéia do fracasso do corpo, do sistema de atenção médica, da sociedade, das relações com Deus e com os homens, etc."

A percepção pelo enfermeiro de problemas relacionados à morte e ao adoecer gravemente, é fortemente influenciada por suas vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais. Esses fatores norteiam a conduta dos enfermeiros, bem como da família do paciente internado.

Para a família, a internação de pacientes em UTI apresenta-se com significados bastante distintos: a determinação da gravidade da doença, a possibilidade de morte ou a melhora frente ao atendimento especializado. Portanto, o ambiente da UTI tem se apresentado hostil e assustador, tanto para a família quanto para os pacientes internados. Eles se angustiam muito, pois além da insegurança acerca do futuro, não sabem como se comportar adequadamente

nestes ambientes e situações.

Portanto, faz parte das atividades do enfermeiro, auxiliar na adaptação dos pacientes e de suas famílias nessas unidades.

KURCGANT (1991, p. 19) afirma com propriedade que "outra área de competência do enfermeiro diz respeito a seu papel enquanto elo de ligação entre o paciente e a família. Os familiares, em geral, estão tensos, inseguros e com medo do que poderá ocorrer com o paciente".

A assistência de enfermagem prestada aos pacientes durante vinte e quatro (24) horas favorece esta relação com o paciente e com seus familiares. Durante as visitas dos familiares na UTI, o enfermeiro tem a oportunidade de proporcionar informações à família, conhecer melhor a relação do paciente com a mesma e aprender a valorizar as "pistas" que a família tem acerca da vida do seu familiar antes da internação. Estas informações auxiliam os profissionais de saúde a conhecer hábitos, costumes e valores dos pacientes, o que contribui para a adaptação e tratamento mais adequado dos mesmos no meio hospitalar.

Esses fatores podem também auxiliar na diminuição da ansiedade dos familiares que têm pacientes internados, do paciente e da própria equipe, uma vez que conhecer melhor o doente, possibilita uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem.

Conhecer os seus direitos, enquanto paciente internado em uma instituição de saúde, é de suma importância. Refiro-me especialmente ao direito à informação, tanto do paciente quanto de seus familiares. As informações fornecidas poderão minimizar o medo que sentem diante do ambiente estranho e agressivo que é o hospital.

O direito à informação deve ser assegurado a esses pacientes e familiares, incluindo vários aspectos, como por exemplo: estado atual do paciente e sua evolução, diagnóstico médico e prognóstico. As informações devem ser prestadas

por todos os profissionais da equipe, no sentido de atender às necessidades dos familiares.

Outro aspecto fundamental é que a verdade deve permear todas as informações fornecidas ao familiar, sob pena e risco de infringir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e o direito assegurado constitucionalmente aos pacientes. O atendimento prestado à família e pacientes internados deve primar pela humanização e individualização. A inflexibilidade no atendimento das necessidades emocionais do binômio paciente-família é extremamente prejudicial à recuperação do paciente e à experiência de vida daquelas pessoas, naquele período.

Eis aí uma razão pela qual a educação continuada é de fundamental importância. É preciso reciclar continuamente os profissionais que exercem suas atividades em terapia intensiva, considerando os avanços tecnológicos e que todos têm medos, angústias e inseguranças no trabalho. A discussão conjunta entre profissionais acerca de dificuldades encontradas e condutas a tomar em UTI, apresenta-se como possibilidade para o desenvolvimento da equipe de saúde que presta assistência.

É importante destacar que, culturalmente, a UTI é tida como uma unidade onde o paciente interna para morrer. Na verdade, seu maior objetivo deve ser atender pacientes graves e recuperáveis, encaminhando os pacientes terminais para suas casas ou para outras unidades hospitalares. Faz-se necessário que os critérios de internação sejam cumpridos e que a família seja esclarecida com relação aos mesmos.

A partir das considerações tecidas anteriormente, optei por realizar o trabalho em terapia intensiva, levando em conta, também, aspectos como: aulas realizadas na UTI do HUSM com boa integração na unidade (equipe); participação no gerenciamento da unidade (com alunos), em alguns momentos de ausência da



enfermeira-chefe; preferência pessoal por trabalhar em ambientes fechados, promovendo uma interação mais efetiva com pacientes, familiares, alunos e equipe da unidade; desejo de contextualizar doentes e doenças em uma disciplina e em um campo de aulas práticas altamente complexo, técnico e especializado.

A escolha do tema "processo de viver, adoecer e morrer" deveu-se à tentativa de entender melhor como ele acontece, como é vivenciado pela família, especialmente em uma unidade de terapia intensiva, onde as doenças graves e as mortes podem ocorrer cotidianamente. Busco compreender a vida, a doença e a morte enquanto processo dinâmico, onde a forma de experienciar a doença, o sofrimento e a morte são resultantes das muitas maneiras de ver e de viver a vida de cada pessoa.

Partindo do pressuposto que a família do paciente de UTI requer atendimento diferenciado, pois influencia sobremaneira no comportamento e segurança emocional dele, propus-me a aprender a assistir esta família.

Logo, entenderei a família como meu cliente, sendo que o paciente será informado do trabalho desenvolvido com seus familiares.

Conviver com profissionais que atendem pacientes com doenças graves ou à "beira" da morte, e também atender sua família, possibilitar-me-ão entender um pouco mais os mecanismos utilizados nesse processo e fornecer-me-ão subsídios para uma melhor qualidade na assistência e no ensino.

Justifica-se, ainda, este trabalho, pela necessidade de experimentar novas e consistentes estratégias de atendimento às famílias de pacientes internados na UTI. A prática de uma metodologia baseada em conceitos de Travelbee pode ser uma alternativa para uma assistência humanizada e individualizada, sem afastar a família dessa experiência, pois o objetivo é de que ela participe de todo o processo.

## **1.1 Objetivos**

Tendo em vista o cotidiano complexo dos familiares que têm pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do HUSM, estabeleci, para o presente trabalho, os seguintes objetivos:

### **1.1.1 Objetivo Geral**

- Aplicar a Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, construindo uma metodologia de assistência de enfermagem aos familiares dos pacientes internados em terapia intensiva.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- compartilhar sentimentos e vivências com os familiares, ressaltando a importância da família no processo de internação e reabilitação do seu familiar;

- interagir com familiares de pacientes internados em UTI, refletindo conjuntamente angústias, dúvidas e medos, acerca de questões presentes no processo de viver, adoecer e morrer;

- estimular o fortalecimento dos vínculos paciente/família/equipe, no sentido de humanizar a assistência de enfermagem;

- sensibilizar a equipe de enfermagem para realizar o trabalho em parceria;

- avaliar a aplicabilidade do marco conceitual e da Teoria de Joyce Travelbee na prática assistencial a familiares de pacientes internados em UTI.

- proporcionar aos enfermeiros uma nova metodologia para assistir em enfermagem, tendo como cliente a família do paciente internado em UTI.

Para alcançar esses objetivos, foi necessário ouvir familiares de pacientes

internados na UTI, refletir sobre o que relatavam e interagir neste processo de viver, adoecer e morrer.

A interação do enfermeiro com os familiares ocorre quando o enfermeiro mostra-se, além de técnico competente, uma pessoa capaz de desenvolver a empatia, a comunicação e a humildade como instrumentos de trabalho para uma práxis mais humanizada, libertadora e clarificadora das responsabilidades dos profissionais enfermeiros.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Considerações Gerais

Nessa revisão de literatura, busquei subsídios para fundamentar minhas concepções acerca do processo de viver, adoecer e morrer, a partir de autores como TRENTINI, PITTA, KURCGANT, GOMES, dentre outros.

O homem é um ser de relação, um sujeito coletivo que deve ser visto como um todo, onde existe uma unidade entre o psíquico, o biológico e o social.

Afirma GELBCKE (1992, p. 5) que, "ele é uma organização biopsicosocial que absorve em escala reduzida todas as características da sociedade, sendo que sua capacidade física e mental depende das condições concretas do desenvolvimento das forças produtivas da sociedade e das relações sociais existentes, da sua inserção social enquanto sujeito produtivo e histórico".

Fica evidente nesta citação, a relação que existe entre o biológico e o social especialmente quando me reporto às questões de saúde e de doença dos homens e da sociedade em geral.

Os fatores sociais interferem na vida do homem, possibilitando que ele tenha uma melhor ou pior qualidade de vida, dependendo da sociedade em que ele vive. E quanto menor a qualidade de vida, maiores as possibilidades que as pessoas têm de adoecer e morrer.

No Brasil, os problemas de ordem social são tantos e tão graves que favorecem o aparecimento das doenças, muitas das quais deixam seqüelas e limitações importantes para toda vida.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em 1986, propôs

um novo projeto para a saúde, no sentido de reavaliar prioridades e estratégias assistenciais, realizando ações preventivas e obtendo um controle mais efetivo sobre o aparecimento de doenças.

O objetivo principal era atender as necessidades de saúde da população através da melhoria da qualidade da assistência e dos serviços no país.

Conforme afirma IDE (1989, p. 94), "detectou-se a necessidade de implementação de um sistema de saúde hierarquizado, regionalizado e apto a interferir no processo saúde-doença nos três âmbitos de prevenção, todos necessários desde que articulados e coerentemente utilizados".

Na verdade, mesmo com a proposta de municipalização, não houve o alcance dos objetivos estabelecidos, uma vez que, pela fragilidade principalmente dos níveis primário e secundário, os serviços de saúde atendem tão somente a demanda reprimida que chega à unidade sanitária, em busca de um diagnóstico médico.

Diante da precariedade do atendimento primário e secundário na rede pública de saúde e do difícil acesso a bens e serviços, diante de uma alimentação inadequada, da falta de saneamento básico, da moradia insalubre, é que os índices de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas aumentam consideravelmente. Isto remete os indivíduos à procura de leitos hospitalares, os quais permanecem em número reduzido em relação à demanda.

ESPÍRITO SANTO (1985) assegura que, diante das dificuldades no atendimento a pacientes em estado grave, surgiram no Brasil, nos últimos 20 anos, as Unidades de Tratamento intensivo (UTI). Elas se destinaram ao tratamento ininterrupto, especializado e individualizado a pacientes com risco de vida.

Sua criação proporcionava a centralização de recursos humanos e materiais, os quais poderiam interferir, com seu atendimento qualificado, nas taxas

de morbi-mortalidade, reduzindo-as. Com o passar do tempo e considerando a grande necessidade de leitos nessas unidades, tem-se estabelecido como um dos objetivos da UTI, a assistência de saúde para pacientes agudos e/ou crônicos com possibilidades de recuperação.

Por outro lado, o avanço tecnológico, o aprimoramento de métodos terapêuticos e diagnósticos, o alto investimento em recursos farmacêuticos na atualidade, principalmente nas unidades de terapia intensiva, marcam uma considerável distância da realidade da saúde. O número de leitos é pequeno e não atende às necessidades dos pacientes que procuram estas unidades. E é nesse panorama caótico que o processo de viver, adoecer e morrer é vivenciado por pacientes, familiares e equipe de saúde.

## **2.2 A Equipe de Saúde, o Paciente, a Família e suas Relações Durante a Internação Hospitalar**

Nos dias atuais, o hospital tem a função precípua da cura, devido a sua alta tecnologia e às concepções acerca da morte, que a caracterizam como evento indesejado, que ocorre devido à incapacidade de homens e máquinas, gerando impotência e tristeza naqueles que "são derrotados por ela".

No passado (século XVIII), o hospital era um "espaço caritativo" onde bêbados, pobres e marginais eram recolhidos para morrer, não perturbando dessa maneira a sociedade em geral. Esse caráter religioso, caritativo, das práticas de enfermagem, era baseado na busca da "salvação eterna", para os produtores desses serviços.

Segundo PITTA (1991), o horror da morte, da doença, da velhice, já se constituíam em inquietações no século XV. Entretanto, naquela época, a morte era vista como um fato da própria existência que circulava no cotidiano das pessoas,

tendo uma dimensão humana.

Após o século XIX, com o desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, a morte passou a ocorrer não mais nas residências, mas sim nos hospitais, o que a caracterizou de maneira diferente.

O processo de urbanização interferiu sobremaneira nas condições de saúde da população, especialmente nas mais empobrecidas, favorecendo uma alteração no sistema de saúde como um todo.

Logo, as pessoas passaram a morrer longe do seu "habitat natural", com o distanciamento das suas origens, do seu cotidiano, da sua família, dos seus hábitos, tornando-se a morte "um agravo". Diante dessas considerações, parece oportuno considerar que o hospital tornou-se um local onde, caracteristicamente, o sofrimento, a dor e a morte compõem o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Os trabalhadores do hospital têm como rotina cuidar de pessoas doentes, mais ou menos graves, com possibilidades ou não de reabilitação.

O serviço de enfermagem deve prover cuidados contínuos aos pacientes internados em UTI, no desenvolvimento de atividades de maior ou menor complexidade, o que é fator gerador de grande ansiedade.

Afirma PITTA (1991, p. 65) que "o hospital é um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais que a eles se vinculam". Considera ainda que sentimentos como depressão e ansiedade presentes nos doentes e familiares são naturalmente projetados no hospital, através de seus elementos de mediação, ou seja, os trabalhadores do hospital.

A emoção, dor e sofrimento dos familiares, manifestados através do choro e do desespero, perturbam muito os profissionais de saúde. Na verdade, parece que os trabalhadores de saúde do hospital não sabem "lidar" com seus

sentimentos, até porque não foram instrumentalizados em suas escolas de formação para tal.

SARANO (1978) afirma que a maior dificuldade no relacionamento com os pacientes encontra-se no comportamento do próprio profissional. Classifica-a em dois grupos: os provenientes de sua própria pessoa, como preocupações, problemas pessoais, estados de humor, caráter, interesses, tendência de domínio e poder. Os segundos são oriundos do despreparo, da ausência de aquisição de conhecimento e de treino do estudante para a abordagem psicológica do paciente.

Em muitos momentos, os profissionais da saúde podem apresentar intolerância em acompanhar o sofrimento e a morte do outro, porque isto os remete à necessidade de refletir sobre sua própria finitude, ou seja, sobre sua existência e morte. Assim, os indivíduos que cuidam de pessoas doentes ao trilharem o caminho do auto-conhecimento, da auto-percepção e do compartilhamento dessas experiências com outras pessoas, rumam para o crescimento pessoal e profissional.

Pode-se dizer que não foi somente o lugar que se dispõe para morrer que mudou, mas também as concepções acerca da morte, de modo que, a partir do desenvolvimento tecnológico, o homem lançou-se ao desafio de "vencê-la". Este fato é bastante comum nas UTIs, quando se utilizam medicamentos e procedimentos de alto custo em pacientes terminais, mantendo-os lá até a morte.

Na verdade, as atitudes que as pessoas têm diante da vida e da morte estão vinculadas ao tipo de educação que receberam, as experiências que vivenciaram e ao contexto sócio-cultural onde cresceram e se desenvolveram.

De acordo com OLIVEIRA e OGASAWARA (1992, p. 367) "a diferença entre morrer e morte é necessária, porque o morrer está ocorrendo em nós a cada momento e, dependendo da forma como a vivemos, teremos um medo mais ou menos intenso da morte".



O medo da morte faz parte do comportamento humano, existindo duas formas de medo diante da morte: uma decorrente do instinto de preservação, natural e necessário, e outra decorrente da educação preconizada nos países do ocidente, que faz da morte uma situação de extremo sofrimento.

Nas civilizações mais antigas, como a egípcia, a chinesa, a mongólica, a tibetana, nos povos primitivos da África e em outros países da Ásia, a morte é tratada como parte essencial da vida, pois se vive e se morre muitas vezes. Conseqüentemente, a forma de ver a vida também difere de cultura para cultura.

Para Matos, apud MANZOLLI (1987, p. 92), "o homem moderno do ocidente vê a morte como uma situação de separação, de desaparecimento de si mesmo; considera também a morte como um fracasso, perda de "status" e que, portanto, deverá evitar". Ele diz ainda que com essa concepção, o "ser" passa para segundo plano, sendo que o "ter", o consumir, o desperdiçar aparecem em evidência.

As concepções de que a morte é inevitável, que a vida e morte fazem parte de um só fenômeno e que é possível apresentar um comportamento diante do morrer fundamentado na educação das emoções, do conhecimento, dos sentimentos, auxiliam na conscientização de que as coisas são transitórias e que se deve valorizar cada momento vivido, respeitando e aceitando a morte do outro.

Para os profissionais da saúde, essas concepções podem não diferir muito do que foi referido anteriormente.

Gomes, apud FELISBINO (1990, p. 28), salienta ainda que deve ser um dos objetivos da UTI "buscar os familiares como participantes diretos ou indiretos do planejamento e da assistência ao cliente". A participação da família é decisiva na reabilitação do doente.

Popim e Barbieri (1990), apud BOEMER et al. (1989), estudando a percepção da morte em profissionais de unidade de terapia intensiva, nos

mostram que estes, apesar de estarem lidando constantemente com situações que envolvem a morte, preocupam-se com a técnica para recuperação e garantia da vida, encarando a morte, quando ela ocorre, como fracasso profissional.

LEPARGNEUR (1987, p. 84) assegura que "nas UTIs de recente concepção, providenciam horas, dias, semanas ou anos de vida a mais a pessoas que outrora teriam morrido. Realizam estes prodígios, mas com que preço econômico e humano? Em que condições? A técnica não resolve tudo: ainda há lugar para indagações éticas que embarçam mais do que nunca".

Manter a vida de qualquer forma transforma-se, então, em um dilema ético. ARRUDA (s. d.) assegura que "para a enfermagem estar preparada para enfrentar os dilemas éticos é necessário: clarificar os valores em relação a vida de cada um e da profissão, compreender os princípios e as teorias de desenvolvimento moral, conhecer as teorias éticas e suas abordagens, o que facultará um raciocínio sistematizado dos dilemas éticos". Também é nessa perspectiva que se observa a necessidade de se prestar uma assistência de enfermagem que preserve a dignidade do paciente em todos os seus momentos.

Outro fator de vital importância é o diagnóstico médico, porque pode determinar possibilidades como: a cura, a cronificação, a invalidez e a morte. A partir desse diagnóstico, a vida do paciente e da família pode se transformar radicalmente.

TRENTINI (1992, p. 76) afirma que "o diagnóstico médico é recebido pelo paciente com grande ansiedade, medo, incerteza, insegurança, pois os planos do futuro estão, quase sempre, ameaçados a não acontecer", o que pode não ocorrer nos casos de internações e/ou doenças prolongadas, quando paciente e família passam a conviver com elas e a incorporá-las no seu processo de viver.

Nestes casos, a família se adapta a este processo de doença, organizando-se no dia-a-dia no sentido de atender as necessidades do paciente e,

ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto.

Quando a família e o paciente experenciam esses momentos com muita dor e sofrimento, aceitam a morte do familiar com mais facilidade. Entretanto, a dificuldade aumenta em se tratando de crianças, jovens e adultos jovens, pois tem-se a sensação de que "não cumpriram suas tarefas, não aproveitaram a vida"...

FELISBINO (1990, p. 28) diz que "o relacionamento humano que se estabelece na UTI entre cliente - pessoal - familiares, pode influenciar na forma como o cliente percebe a sua doença, o ambiente, a aparelhagem e o tratamento aos quais é submetido durante sua internação na UTI".

Os pacientes que permanecem internados na UTI podem se sentir ameaçados devido ao isolamento do trabalho, da família, enfim, do seu cotidiano.

KOIZUMI, KAMIYAMA & FREITAS (1979, p. 138) afirmam que "os maiores problemas e expectativas sentidos e relatados por pacientes internados em UTI, em média durante 58 horas, foram a separação da família, o ambiente agressivo e desconhecido, a quebra nos hábitos de alimentação e hidratação, o medo de morrer e o desrespeito à privacidade".

Salientam ainda que "como ser gregário que é, o homem necessita sentir-se parte de uma família, grupo social primário, em que o relacionamento interpessoal se efetua no plano afetivo e, por isso, se torna inseguro longe dela, principalmente em situações de emergência, nas quais a sua vida corre risco, como é o caso das internações na UTI".

Isso suscita no paciente o sentimento de impotência (pela dependência dos outros e das máquinas), de angústia, de medo do desconhecido, de submissão e outros sentimentos desse gênero.

O afastamento da rotina diária passa a ser fator gerador de muito stress para o paciente e sua família, além de que o sofrimento físico e psíquico é maior

devido a alta incidência de mortes, os ruídos permanentes (gemidos de dor, aparelhos funcionando, movimentos de pessoas 24h/dia), cenas dramáticas de pronto atendimento, o contato com outros pacientes graves e a suposição da gravidade da doença.

Simão, apud FELISBINO (1990, p. 36), caracterizou o ambiente da UTI como "frio, impessoal, com temperatura constante, com luzes artificiais que dificultam distinguir o dia da noite, fazendo com que a noção do tempo perca o sentido.

Para amenizar essas dificuldades sentidas pelo paciente, é importante o reconhecimento de que o paciente é um "ser doente" que está ligado a pessoas dentro de uma família e que interfere e sofre interferência da mesma, sendo este conceito relativamente novo. A medicina ainda tem trabalhado as doenças a partir da sintomatologia apresentada, sem considerar o psiquismo e a situação global do doente. A Enfermagem, na atualidade, tem procurado dimensionar a pessoa doente enquanto participante de uma estrutura familiar, de trabalho, religiosa, social, as quais interferem diretamente na saúde física, psíquica e espiritual do paciente e de sua família.

A visão de saúde e doença tem se transformado consideravelmente. REMEN (1993, p. 9) coloca que "uma vida sadia é aquela fundamentada em valores e qualidades espirituais como respeito, compaixão, bondade, altruísmo, uma sensação de mistério, a capacidade de descobrir significados, a coragem, a fé e a habilidade de dar e receber amor, a percepção da preciosidade da vida em todas suas diferentes formas".

Essa autora diz ainda que os seres humanos são mais do que corpos, e esta é uma tarefa difícil para os profissionais de saúde, uma vez que não aprendem nos bancos universitários a ver a unicidade dos pacientes (matéria/consciência).

SINNO (1987, p. 123) reafirma que "não se admite mais o tratamento do doente como mero objeto. Este deve assumir uma conotação humana, de troca de experiências, gestos, propiciando uma comunicação mais afetiva e efetiva". É possível "envolver-se" com o outro quando a percepção favorece um relacionamento mais estreito, o que é preconizado por Travelbee na busca de um relacionamento terapêutico.

Em unidades em que o trabalho envolve alta tecnologia como em unidades fechadas, a exemplo da UTI, o ser humano pode passar "quase que desaparecido", parecendo, por vezes, que os aparelhos podem ocupar os espaços das pessoas. Este fato é trabalhado quando os profissionais se sentem importantes junto ao doente e valorizam verdadeiramente o relacionamento pessoa-pessoa.

O estabelecimento das relações interpessoais em ambientes fechados e estressantes como a UTI são difíceis tanto para os profissionais quanto para os pacientes. É importante dimensionar a "competência" do enfermeiro não somente no plano técnico, mas também no plano psicoespiritual, quando ele assume suas dificuldades e sentimentos ao lidar com pacientes graves e que podem morrer.

Concordo com GOMES (1978, p. 28), quando afirma que "a UTI é estressante para a equipe de saúde, em especial para a enfermagem. Estar ao lado de um ser humano, compartilhar com ele a situação existencial expressa pelo binômio vida-morte exige engajamento total na profissão escolhida. Ser uma presença ao lado do indivíduo e não uma testemunha, manter o relacionamento eu-tu e não eu-coisa são características da enfermagem comprometida".

O relacionamento interpessoal é fundamental quando envolve pacientes, familiares e equipe de enfermagem diante de uma situação de crise que é a doença e a hospitalização. Esse é um evento que pode ser percebido pela família como uma ameaça. Entretanto, apesar dessas dificuldades, DAL SASSO (1994,

p. 78), diz que "a crise contribui para a unidade e solidariedade da família, porque fortalece suas relações, enriquecendo seus membros através da troca de amor, energia e suporte entre eles". ELSEN (1994, p. 69) diz que "a situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde familiar. Todos sabem o quanto a hospitalização ou doença grave pode alterar a dinâmica familiar. Os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando, inclusive, uma situação de crise na unidade familiar".

É fundamental que o enfermeiro perceba que o compartilhamento das situações de crise com outras pessoas, ajuda-o a compreendê-la construtivamente e, de certa forma, a tratá-la.

O trabalho desenvolvido com indivíduos em grupo, de acordo com Hoff, apud DAL SASSO (1994), visa facilitar o processo de crise de todos os membros do grupo, ajudando um ao outro na compreensão da mesma, e fazendo com que as pessoas se sintam menos isoladas socialmente. O clima de companheirismo, cumplicidade e união favorece o alcance dos objetivos".

Para enfrentar a dor, o sofrimento e a morte, PITTA (1991) diz que os trabalhadores de saúde lançam mão de alguns mecanismos de defesa que são:

**1- Fragmentação da relação técnico-paciente:** apesar de permanecer 24 horas junto ao doente, pode-se detectar a redução do tempo que o profissional de saúde passa junto ao paciente (parcelamento das ações), o que dificulta um contato mais próximo e o "protege" da angústia provocada pela situação (doença/sofrimento).

**2- Despersonalização e negação da importância do indivíduo:** parte-se da premissa que todos os pacientes são iguais e, portanto, devem ser tratados da mesma maneira. A despersonalização e as relações de poder entre eles são

observadas frente à roupa igual para todos os pacientes e ao uso de uniformes pelos profissionais.

**3- Distanciamento e negação dos sentimentos:** a autora afirma que a "courage" necessária para os profissionais é obtida com a redução das diferenças individuais, com o cuidado parcelado e com o controle sobre os sentimentos e envolvimento com os pacientes.

**4- Tentativa de eliminar decisões através do estabelecimento de normas e rotinas:** a padronização de condutas tem a finalidade de reduzir ansiedades, uma vez que não exige que cada situação seja analisada separadamente pelo profissional. Isto minimiza o dispêndio de tempo gasto pelo mesmo.

**5- Redução do peso da responsabilidade:** este fato ocorre levando-se em conta os citados anteriormente. As decisões são compartilhadas e isto reduz o impacto dos erros e acertos obtidos, apesar de muitas tomadas de decisão serem repassadas para os profissionais que assumem postos de comando.

O grande número de aparelhos que monitorizam os pacientes favorecem o distanciamento físico entre eles e os trabalhadores da saúde, entretanto os mantêm vigilantes, devido à gravidade e à evolução rápida do quadro clínico que os pacientes podem apresentar.

Observa-se que a padronização de condutas em UTI é importante, contudo deve-se ter cuidado para não torná-las inflexíveis, o que virá em prejuízo do paciente e de sua família. Por exemplo, a liberação da visita fora do horário estabelecido, em muitas situações é fundamental para o reequilíbrio do paciente.

SPÍNDOLA & MACEDO (1994, p. 109) dizem: "em estudo recente com os profissionais de enfermagem do CTI de um hospital geral público no Rio de Janeiro, obtivemos depoimentos onde foi citada a **aparente insensibilidade** dessas pessoas diante do morrer dos pacientes a quem assistem". Na verdade, pode-se depreender desse fato que não há insensibilidade dos profissionais de enfermagem, mas sim a utilização de mecanismos de defesa que o "protejam um pouco do sofrimento, da dor e da morte e que possibilite a eles desenvolver o trabalho a que se propuseram.

Os mecanismos de defesa auxiliam os trabalhadores de saúde a fugir da ansiedade, da incerteza e da interação dinâmica e complexa com o paciente, família e colegas.

Mesmo os utilizando, os trabalhadores da saúde podem apresentar sinais de sofrimento psíquico como: comportamento inadequado, doenças psicossomáticas e estados depressivos. Para fazer frente a este sofrimento, faz-se necessário que os profissionais estejam atentos para detectarem precocemente sinais e sintomas desconhecidos em si mesmos e procurarem ajuda para solucioná-los.

Além disso, a reflexão sobre sua condição de ser-humano-no-mundo, ser-trabalhador, e integrantes de um sistema de saúde, é importante e auxiliará nesse processo de encontro consigo mesmo. Já a instituição de saúde deve oferecer aos seus trabalhadores programas de assistência voltados para a saúde integral dos mesmos. Em UTI, é necessária a assistência de um profissional apto a trabalhar individualmente ou em grupos, no sentido de compartilhar com os profissionais suas angústias e necessidades de toda ordem.

Já com relação a morte e o morrer, Engel (1964) e Kübler-Ross (1969), apud MANZOLLI (1987), apresentam outras fases: choque e incredulidade, consciência da situação, luto, aceitação da perda e interesse por novas relações.



O **estado de choque e incredulidade** é a primeira resposta sobre o aprender a morrer. Em geral, o paciente e família lamentam-se dizendo: "não, não pode ser eu"! Às vezes, a resposta inicial é de aceitação da realidade, porém como uma atitude puramente intelectual que se manifesta quando o paciente ou familiares passam a confortar os outros, não se permitindo o acesso ao impacto emocional da perda que se instala.

Na fase seguinte, **desenvolvendo o conhecimento da situação**, a realidade da morte e o sentimento de perda começam a penetrar no consciente da pessoa de forma mais intensa. Pode haver manifestações psicossomáticas como: falta de ar, dor no estômago, taquicardia, dentre outros.

Na fase do **luto**, os familiares e amigos sofrem pela antevisão da perda, aceitando o processo de reconhecimento da morte do paciente. Isto ocorre também com o paciente.

A **resolução da perda** é vivida quando a realidade da morte torna-se presente para o paciente e para a família e eles a aceitam. Na **idealização**, todo o sentimento hostil e negativo sobre falecimento vem sendo dominado e, com o correr do tempo, o paciente passa a ter **interesse por novas relações**, aproximando-se de pessoas que estão na mesma situação que ela, dialogando com elas e confortando-as até mesmo para se desligarem delas próprias, de todos e de tudo.

Em sua obra "Sobre a Morte e o Morrer", KLUBER-ROSS aborda as seguintes fases do morrer: negação e isolamento, ira, barganha, depressão e, por fim, aceitação.

Na fase de negação e isolamento, a autora assegura que a pessoa ao tomar conhecimento da notícia fatal, poderá apresentar dificuldades em aceitá-la. Nega e se isola todo o tempo, verbalizando expressões como: "não, eu não, não é verdade". A pessoa passa a questionar o resultado dos exames realizados, muitas vezes solicitando a repetição dos mesmos.

A ira apresenta-se quando a pessoa passa a acreditar no diagnóstico feito a seu respeito. Os comportamentos de ira aparecem sob a forma de inveja, raiva e ressentimento. Verbalizam tais comportamentos através de expressões como: "Por que eu e não o senhor X, que já é viúvo e com 85 anos?" "Porque Deus é injusto comigo?".

Nessa fase, a ira do paciente pode ser projetada sobre o ambiente e sobre a equipe de saúde, sendo importante o conhecimento dessas fases pela equipe, no sentido de entender o processo pelo qual passam o paciente e sua família.

A fase da barganha aparece por curto espaço de tempo e se observa em expressões como: "já que Deus decidiu tirar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos irados, Ele bem que pode ser mais camarada comigo se eu lhe pedir mais suavemente." Esse comportamento é típico de crianças, pois buscam fazer acordos que adiem o acontecimento inevitável.

Na fase da depressão, o paciente desenganado já não pode mais negar sua doença, tendo em vista cirurgias, exames, internações. Sua ira logo será substituída por um sentimento de grande vazio ou perda.

A aceitação não é sinônimo de que o paciente entrou em um estágio feliz. É quase uma fuga dos sentimentos. É como se a dor estivesse terminando, os

esforços superados e chegado o momento para o "descanso final, antes da longa jornada".

É importante frisar que a vivência dessas fases varia de paciente para paciente, cada uma podendo durar poucos minutos, horas ou dias. "Flashes" de desespero, angústia e esperança podem estar presentes durante todas essas fases.

O sofrimento, a dor e a esperança são sentimentos muito presentes quando se fala em doença e morte, tanto para o doente, quanto para a família e a equipe de saúde.

FRANKL (19--) aborda o **sentido da dor e do sofrimento** quando ressalta que, muitas vezes, o homem encontra o sentido da vida nas suas últimas horas, momento em que supera a si mesmo atingindo grandeza interior. A vida pode adquirir o seu último sentido através da morte e na própria morte. Considera ainda que a dor possibilita, ao ser humano, amadurecimento e crescimento.

FRANKL (19--, p. 151) assegura que "o homem realiza, criando, os valores criadores; experimentando vivências, os valores vivenciais; e, sofrendo, os valores de atitude". E que essas três categorias de valores, em termos gerais, concebem o problema do sentido da vida.

Logo, significa que a vida humana pode atingir a sua plenitude, não apenas no criar e no gozar, senão também no sofrimento. E o sentido da existência humana se funda no "caráter de algo único" e na irrepetibilidade das pessoas.

Para esse autor, mesmo no plano biológico, a dor representa o papel de um guardião e monitor pleno de sentido. Já na esfera anímico-espiritual, tem uma função análoga: o que o sofrimento faz é salvar o homem da apatia, da rigidez mortal da alma. Enquanto sofremos, continuamos a viver da alma. Com o sofrimento crescemos, tornando-nos mais ricos e poderosos.

Em uma análise existencial feita por FRANKL, o sofrimento tem um sentido, ele faz parte do pleno sentido da vida. Afirma que o sofrimento, como o destino e a morte, fazem parte da vida.

FRANKL (19-- , p. 154) assegura que "nenhum desses elementos se pode separar da vida sem se lhe destruir o sentido. Privar a vida da morte, do destino e do sofrimento, seria tirar-lhe a configuração, a forma. É que a vida só adquire forma e figura com as marteladas que o destino lhe dá, quando o sofrimento a põe ao centro". Diz que, em algumas situações, pode a doença e a proximidade da morte fazer brotar do fundo de um homem as últimas reservas, depois de ter passado a vida sem prestar atenção às suas próprias possibilidades.

Alguns pacientes carecem de vontade de viver, de encontrar um sentido para suas vidas, o que os faz se empenharem muito pouco no seu restabelecimento e/ou busca do bem-estar. Isso se observa na assistência direta prestada aos doentes, estejam eles hospitalizados ou não.

A dor e o sofrimento estão presentes no processo de viver, adoecer e morrer e atingem a todos, em especial a pacientes e seus familiares. Os mecanismos de defesa auxiliam nesse "vivenciar a dor", mas, obviamente, não isentam de todo os envolvidos.

KÜBLER-ROSS (1992, p. 152) assegura que "o que os sustenta através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento é o fio de **esperança**. É a sensação de que tudo deve ter algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo".

É a esperança de que tudo não passe de um pesadelo irreal, de que acorde de manhã com a notícia da descoberta de um novo medicamento ou de uma nova cirurgia que possibilite a eles continuarem vivendo.

O paciente precisa, durante esse processo, contar com uma equipe que também tenha esperanças, apesar das más previsões.

A autora afirma ainda que quando o paciente não dá mais sinal de esperança, geralmente é prenúncio de morte iminente.

Para ela, os conflitos relacionados com a esperança, provêm de duas fontes principais. A primeira é a substituição da esperança pela desesperança, tanto para a equipe quanto para a família do paciente, justamente quando o paciente precisaria muito da mesma. A segunda fonte de angústia provém da incapacidade da família em aceitar o estágio final do paciente, quando o mesmo já se prepara para morrer.

Ela considera ainda que, quando a equipe "desiste" de um paciente, pode estar estimulando o doente a se "entregar". Nessas situações, o paciente poderá sentir-se abandonado, desprezado, o que não contribuirá em nada nesse momento.

A comunicação estabelecida com o doente e seus familiares necessita ser adequada no sentido de auxiliá-los efetivamente.

TRAVELBEE (1982) em sua Teoria das Relações Interpessoais, aborda no seu livro "Travelbee Intervencion in Psychiatric Nursing", aspectos importantes, os quais são relatados a seguir.

A comunicação é o meio através do qual o indivíduo participa do mundo que o rodeia, sem o qual o homem não estabelece relações satisfatórias. Para desenvolver uma comunicação precisa e eficaz, é preciso tempo e esforço, pois a mesma é um tipo de comportamento adquirido. Caracteriza-se como um processo de negociação e acomodação, onde todos os participantes devem estar envolvidos e comprometer-se, com o propósito de compreenderem e serem compreendidos. O processo de comunicação é dinâmico, envolvendo a comunicação não-verbal e a verbal.

Para o enfermeiro, um instrumento mais valioso para comunicação com seus pacientes, é a empatia. Pode-se alcançá-la quando o enfermeiro se

concentra em si mesmo, refletindo sobre suas próprias experiências. Com o objetivo de desenvolver a empatia, é importante que o enfermeiro observe as reações que provoca nas outras pessoas, o que compõem o processo de relação entre enfermeiro e paciente.

Comunicar-se com outra pessoa pode ser uma experiência significativa ou totalmente carente de significação para ambos os participantes, o que pode interferir no alcance de metas na intervenção de enfermagem.

A enfermeira tem objetivos gerais a alcançar na sua atenção ao paciente e família, que são:

- auxiliá-los a enfrentar os problemas da sua realidade atual de maneira realista;
- considerar de forma lógica seus problemas;
- perceber suas participações na experiência, distinguindo possibilidades;
- ensaiar novos padrões de comportamento;
- comunicar-se e integrar-se socialmente com os demais;
- encontrar um significado para sua enfermidade.

Para isso, ela precisa reconhecer que a comunicação envolve arte, criatividade, conhecimento e responsabilidade. A responsabilidade deve ser especialmente direcionada para identificar e modificar as coisas que venham de encontro à desumanização do paciente. É sua tarefa intervir no sentido de buscar um atendimento humanizado, sob pena de colocar em risco a integridade e bem-estar dos pacientes.

A relação pessoal se caracteriza por uma comunicação recíproca com um propósito determinado, envolvendo as necessidades e problemas dos pacientes, onde a enfermeira e o paciente se identificam como seres humanos.

A experiência da relação pessoal pode ter um efeito terapêutico, ao mesmo tempo que fortalece os aspectos sadios da personalidade.

As técnicas de comunicação preconizadas por Travelbee envolvem ações como:

- estimular o paciente para que se expresse verbalmente;
- ajudar o paciente a esclarecer o sentido e a natureza da mensagem que está transmitindo;
- ajudar o paciente a concentrar sua atenção em um tema de conversação;
- ajudar o paciente a perceber sua participação em uma experiência;
- ajudar o paciente a identificar causas e efeitos de um problema específico.

Essas técnicas de comunicação auxiliam a enfermeira a orientar o fluxo da comunicação nos canais pertinentes. Podem ocorrer rupturas na comunicação por incapacidade da enfermeira em modificar a forma de conversação com pacientes. Isso também pode ocorrer quando a enfermeira não desenvolve a sensibilidade de perceber quando falar ou quando calar diante do paciente.

Outro aspecto importante que compõe o campo efetivo da enfermeira é o desenvolvimento de uma relação emocional estreita com o paciente. O comprometimento emocional do enfermeiro com o paciente possibilita uma aliança terapêutica que se expressa pelo interesse e preocupação da enfermeira para com o paciente.

Para alcançar esse envolvimento, é necessário que a enfermeira deseje envolver-se, acreditando nesse processo e que reconheça os aspectos emocionais da sua própria vida e empregue esse conhecimento para descobrir a experiência do paciente. Essa situação fica bem clara, por exemplo, diante de uma perda, como experiência que faz parte da sua própria vida. Toda enfermeira já experienciou alguma morte de alguém próximo, portanto, ela deve refletir sobre suas próprias reações, instrumentalizando-se para melhor assistir os pacientes e suas famílias.

A opção por comprometer-se emocionalmente ou não com o paciente é pessoal, envolvendo entretanto a humanização no atendimento ao doente. Se não decidir por isso, pode se tornar uma profissional autômata no seu trabalho e que não serve como mediadora entre as intervenções tecnológicas e o doente.

Na relação pessoa a pessoa, paciente e enfermeira devem desenvolver atitudes interpessoais cada vez maiores. Essa relação é semelhante às demais, sendo que o que a diferencia é que a enfermeira tem conhecimentos e habilidades que o paciente necessita.

É uma experiência única, singular, vivida pelos dois, onde, na interação, cada um interfere nos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro.

Um dos obstáculos que pode comprometer a relação pessoa-a-pessoa é a forma como a enfermeira e paciente percebem um ao outro. Cada participante pode perceber o outro como figura estereotipada e não como ser humano único. Enfim, o estabelecimento do relacionamento pessoa a pessoa é um desafio ao qual enfermeira e paciente devem lançar-se, tendo clareza quanto às dificuldades que terão de enfrentar e dos benefícios que poderão advir para os envolvidos.

Não há como negar que o paciente internado em UTI tem suas necessidades básicas bastante comprometidas. Dentre elas, destaco a **comunicação** em todos os níveis, uma vez que o uso de sondas endotraqueais, nasogástricas, traqueostomias e as drogas, interferem na capacidade do paciente se comunicar. Isso pode torná-lo agressivo, prostrado, indiferente ou apático e trará repercussões para sua recuperação, seja do ponto de vista clínico ou psíquico.

Portanto, a comunicação deve ser clara, possibilitando uma prática profissional na qual a relação pessoa-pessoa garanta a visão do homem total, ou seja, um homem biológico situado no mundo, pertencendo a uma família e com historicidade própria.



Para GOMES (1978, p. 34), "a enfermeira deve ter muita habilidade para assumir o importante elo no relacionamento com a família".

Preconiza Delaney, apud NITSCHKE (1992), que se deve considerar a unidade familiar como cliente, pois a família serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, possibilitando a participação psicossocial aos seus membros.

As visitas de familiares nas UTIs, muitas vezes, são limitadas ou proibidas e obedecem a regulamentação bastante rígida, devido ao estado grave do paciente, às intensas atividades da equipe e à estrutura física da unidade, nem sempre adequada.

Em geral, a aparência da unidade é fria e desumanizada pelo grande número de equipamentos sofisticados que a equipe utiliza. Aliados a isto, o desconhecimento, a falta de informação e preparo dos familiares no momento da visita podem gerar grande ansiedade e stress.

Vários autores consideram a visita extremamente importante, porque representa segurança afetiva ao doente. Em algumas situações, o paciente pode apresentar uma resposta emocional durante a visita do familiar. Simão, apud TAKAHASHI (1986), diz que, na verdade o paciente não piora após a visita, ele apenas sente-se com mais liberdade para expressar sentimentos e sensações até então reprimidas.

Isto sugere que as equipes devem atuar com atenção e presteza junto ao paciente crítico, considerando que a percepção dos sentimentos expressos pelos pacientes pode redirecionar alguns aspectos da assistência de enfermagem.

Para fortalecer o relacionamento equipe-família, o qual traz efeitos benéficos para a recuperação do doente, é importante que a equipe de enfermagem ofereça à família uma estrutura física e administrativa na UTI, favorável para contatos periódicos onde esclarecimentos e informações serão

prestadas aos mesmos.

O papel da família na UTI tem sido tema de pouca reflexão, pelo fato de que os familiares têm pouco acesso aos pacientes e equipe da unidade.

Sabe-se que as visitas significam apoio para o paciente e para a família, porque requerem contato com a equipe de saúde, favorecendo as informações, especialmente no que se refere a doenças graves, tratamento e evolução dos pacientes.

Afirma DUNKEL & EISERDRATH (1983), que as **visitas dos familiares** aos pacientes internados em UTI podem trazer benefícios psicológicos, assim como ser fator psicológico negativo para o doente. Dentre os benefícios, os autores destacam os que seguem:

- **Confiança mútua** - Quando se estabelecem elos de confiança entre a equipe e a família, o paciente passa a confiar no grupo de profissionais da UTI, reconhecendo a equipe como formada por pessoas competentes para tratá-lo e ajudá-lo a recuperar sua saúde.

- **Personalização do paciente** - Através do contato com a família, a equipe da unidade conhece melhor o paciente, podendo tratá-lo de maneira personalizada. Mesmo quando o prognóstico é sombrio e a morte advém, dados pessoais possibilitam à equipe auxiliar o paciente e sua família a lidar com o processo da morte de maneira mais humana e pessoal.

- **Retorno** - Isto funciona no sentido de dar um feedback do trabalho que está sendo realizado na unidade após a saída do paciente daquele local, somente sendo possível quando se estabelecem vínculos entre familiar e equipe. As manifestações de apreço e carinho por parte do familiar com a equipe ocorrem

quando laços são estabelecidos entre as duas partes.

- **Papel dos profissionais** - Os laços entre paciente-equipe-família possibilitam aos profissionais um redimensionamento do seu papel junto ao paciente, podendo, por vezes, serem técnicos habilidosos, e em outros momentos, pessoas que compartilham o pesar pela doença, limitação ou morte do paciente.

- **Aproximação** - Frequentemente a equipe que assiste a um membro da família no processo do luto, aprende a trabalhar melhor este fato e redimensiona novas posturas junto a outros pacientes.

Alguns fatores psicológicos podem ser negativos com a presença do familiar na unidade, trazendo stress para a equipe. A seguir, serão relacionados alguns:

- **Expectativas irreais** - As expectativas irreais da família acerca da evolução do paciente, dificultam o trabalho da equipe e a interação com os familiares, quando o prognóstico não é aceito.

- **Medo da família** - Este dado relaciona-se com a realização de um procedimento doloroso e necessário para o paciente. Muitas vezes, o profissional tem dificuldade de explicar o procedimento e solicitar autorização para a realização do mesmo.

- **Pressão dos colegas** - Como nem todos os profissionais buscam interação com a família, os que o fazem são alvo de pressão dos colegas devido à cobrança que os familiares têm com os demais, para que se comportem da mesma forma.

- **Perda de pacientes** - Devido à alta taxa de mortalidade em UTI, o envolvimento com estes pacientes que morrem, torna-se um dos mais estressantes aspectos do trabalho.

TAKAHASHI (1986, p. 113), afirma que "uma das condições que pode afetar ainda mais a problemática da doença e da hospitalização é o isolamento do homem do seu meio social e familiar, exatamente no momento em que mais precisa de atenção e de um relacionamento de maior nível de afetividade".

Para essa mesma autora, é importante estender o papel da equipe que atua em UTI até a assistência à família, favorecendo contatos periódicos para informações e esclarecimentos. Este é um aprendizado a ser buscado e valorizado pela equipe de enfermagem.

Observando-se as colocações feitas pelos autores e a vivência na prática, pode-se dizer a presença da família junto ao paciente internado traz mais benefícios do que problemas e a equipe de saúde deve se organizar para proporcionar as melhores condições para que ela aconteça. A partir do momento em que os pacientes conscientizam-se dos seus direitos, impõe-se uma nova postura dos profissionais. Cada serviço, cada equipe deverá estabelecer estratégias que favoreçam a recuperação dos seus doentes, tendo claro que a visita ao paciente, quando orientada, é extremamente benéfica para ele e para sua família.

### **2.3 A Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee**

Para promover uma assistência de enfermagem comprometida com as reais necessidades da família do paciente internado em UTI, fez-se necessário delinear um marco conceitual e esclarecer o entendimento de alguns conceitos

que são fundamentais para operacionalizar o trabalho proposto.

Anteriormente à apresentação dos conceitos, farei a apresentação da Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, relacionando alguns dados da vida e trajetória de Joyce Travelbee.

LANSINGER & HOBBLE (1989) informam que ela nasceu em 1926, sendo que, em 1946, concluiu seus estudos básicos de Enfermagem no Charity Hospital - Escola de Enfermagem de Nova Orleans. Tornou-se bacharel em Ciências da Enfermagem na Universidade Estadual de Louisiana, em 1956, realizando seu curso completo de "master" na Universidade de Yale, em 1959.

No verão de 1973, Travelbee iniciou um programa de doutorado na Universidade da Flórida, falecendo prematura e inesperadamente pouco depois, no mesmo ano. Iniciou sua carreira como professora de Enfermagem, em 1952, iniciando o curso de Enfermagem Psiquiátrica e ensinando Enfermagem Psiquiátrica na Universidade Estadual de Louisiana, na Universidade de Nova York e de Mississippi.

Em 1970, foi nomeada diretora da Escola de Enfermagem do Hotel Dieu, em Nova Orleans. No momento de sua morte, era diretora da educação pós-universitária da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Louisiana. Travelbee começou a publicar artigos em revistas de Enfermagem em 1963. Durante sua trajetória profissional, Travelbee desenvolveu a assistência de enfermagem a pacientes psiquiátricos, a docência e também tornou-se escritora.

Publicou seu primeiro livro "Interpersonal Aspects of Nursing" em 1966 e em 1971 reeditou-o. O segundo "Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing" foi publicado em 1969.

A experiência de Travelbee durante sua formação básica em Enfermagem e seus primeiros trabalhos como profissional ligada a assistência em instituições caritativas católicas, influenciaram profundamente no desenvolvimento de sua

teoria.

Travelbee considerava que os cuidados de enfermagem que eram prestados aos pacientes naquelas instituições careciam de compaixão, observando que a enfermeira necessitava de "uma revolução humanista" - um regresso à função de cuidadora do enfermo.

Sua teoria é o resultado das suas vivências e leituras, tendo recebido influência de Vicktor Frankl, criador da Teoria da Logoterapia e sobrevivente de Auschwitz e outros campos de concentração e também de Ida Jean Orlando, sua instrutora na Universidade de Yale.

As semelhanças entre Ida Orlando e Travelbee se baseiam na afirmação de Travelbee que enfermeira e paciente interagem e também na definição do propósito da Enfermeira em ajudar o indivíduo, a família e a comunidade a enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento.

Dentre as teorias interacionistas, vislumbrei a Teoria de Joyce Travelbee como aquela que respondia melhor às minhas inquietações e favorecia o alcance das metas traçadas para o trabalho.

Como já fiz algumas considerações sobre as idéias de Travelbee anteriormente, neste momento explicitarei somente os pressupostos básicos que adotei da referida autora.

Estas pressuposições básicas de Travelbee esclarecem as crenças e valores que assumi publicamente e que forneceram a base para o entendimento da enfermagem, do assistir e do processo de viver, adoecer, morrer. São enunciados pelas seguintes afirmações, Travelbee apud LEOPARDI (1988, p. 50):

- A relação enfermeiro/paciente é a essência do propósito da enfermagem;
- Os seres humanos são seres racionais, sociais e únicos e são mais diferentes do que semelhantes;
- Todos os seres humanos passam por certas experiências e irão procurar

significados para estas experiências durante o processo de vida. Então, as semelhanças e similaridades entre seres humanos estão na natureza de suas experiências;

- Os enfermeiros devem lembrar que pacientes são seres humanos que diferem entre si, e somente precisam da assistência de pessoas que acreditam ser capazes de ajudá-los a resolver problemas de saúde;
- Doença e sofrimento não são somente conflitos físicos para os seres humanos, são conflitos emocionais e espirituais também;
- A interação enfermeiro/paciente, quando tem um propósito, preenche os objetivos da enfermagem;
- A comunicação é um processo que pode capacitar o enfermeiro a estabelecer a relação enfermeiro/paciente e então preencher o propósito da enfermagem - que é assistir indivíduos e famílias no sentido de enfrentar a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, assisti-los para que busquem significado naquela experiência.
- A enfermeira, para ser capaz de prestar ajuda, deveria clarificar seus próprios valores e utilizar a si mesma, de maneira terapêutica.

LANSINGER & HOBBLE (1989) apontam também como pressupostos básicos de Joyce Travelbee os seguintes:

- A qualidade e a quantidade de cuidados de enfermagem ministrados a um ser humano enfermo dependem, em grande parte, da forma como a enfermeira percebe o sofrimento do paciente;
- A enfermeira pode ajudar a encontrar sentido na experiência da enfermidade e do sofrimento. Este sentido encontrado pode capacitar o indivíduo para fazer frente aos problemas gerados por estas experiências;
- Os valores éticos e espirituais da enfermeira, bem como suas crenças filosóficas sobre a enfermidade e o sofrimento, determinam a medida em que

será capaz de ajudar os indivíduos e a suas famílias a encontrar sentido para essas difíceis experiências;

- É responsabilidade da enfermeira ajudar os indivíduos e suas famílias a encontrar sentido na enfermidade e no sofrimento;

Buscar reconhecer e implementar estes pressupostos na Assistência de Enfermagem é um caminho em direção à qualificação da mesma.

A partir dos pressupostos, Travelbee introduz uma série de conceitos que fornecem uma estrutura à assistência, além de uma base filosófica.

De acordo com Travelbee, a percepção e a comunicação (partes do processo interativo) são os instrumentos a serem utilizados nas relações para que as mesmas se estabeleçam de "pessoa para pessoa", possibilitando construir uma assistência que o paciente realmente necessite, auxiliando-o efetivamente no enfrentamento do sofrimento e da dor (mais psíquica do que física na maioria das situações).

Acredito que a inter-relação destes conceitos destacados por Travelbee estructurem uma nova perspectiva para a assistência de enfermagem. Por isso, propus a aplicação da sua teoria em uma prática assistencial em terapia intensiva, baseada na relação pessoa-pessoa.

Essa relação pessoa-pessoa deve envolver a todos que compõem a experiência (enfermeiro, equipe de enfermagem, pacientes e familiares do paciente internado).

Para Travelbee, a visão de enfermagem envolve um processo interpessoal, sendo que a assistência de enfermagem deve ser realizada para prevenir problemas. Ressalta também que o enfrentamento da experiência, da doença e do sofrimento têm mais sentido quando se encontra significado para a mesma. Considera a doença como uma experiência que faz parte da vida dos indivíduos, sendo, portanto, inevitável.



Seu foco são as relações interpessoais que podem conduzir à auto-realização e apresenta como finalidade da enfermagem a busca do significado da dor e da doença na vida das pessoas. Isso favorece o crescimento pessoal, proporcionando bem-estar e aumentando o potencial dos seres humanos.

Conforme afirma Meleis, apud LEOPARDI (1988), o entendimento de Travelbee acerca da **Terapêutica de enfermagem** envolve a enfermeira, o encontro original, o rapport, a empatia, a compaixão e o surgimento das individualidades neste processo de interação, que se constituem nas etapas da interação.

TRAVELBEE (1982) apresenta em sua teoria algumas fases que possibilitam o processo de interação que são:

**1 - Fase do Encontro Original ou Encontro Inicial:** fase do conhecimento das percepções e primeiras impressões para a enfermeira e paciente/família, onde se tenta quebrar as barreiras de categorização de valores para ambos.

**2 - Fase das Identidades Emergentes ou da Definição de Identidades:** esta fase se caracteriza pelo reconhecimento dos indivíduos como únicos. Começa o vínculo da relação, onde os envolvidos passam a transcender seus respectivos papéis.

**3 - Fase da Empatia:** todos repartem seus estados psicológicos, mas ainda encobrem seus sentimentos. Já há possibilidade de se predizer os comportamentos uns dos outros, sendo a característica principal dessa fase a capacidade de compartilhar a experiência com outra pessoa - a autora considera que a semelhança de experiências e o desejo de compreender a outra pessoa são duas qualidades que reforçam o processo da empatia.

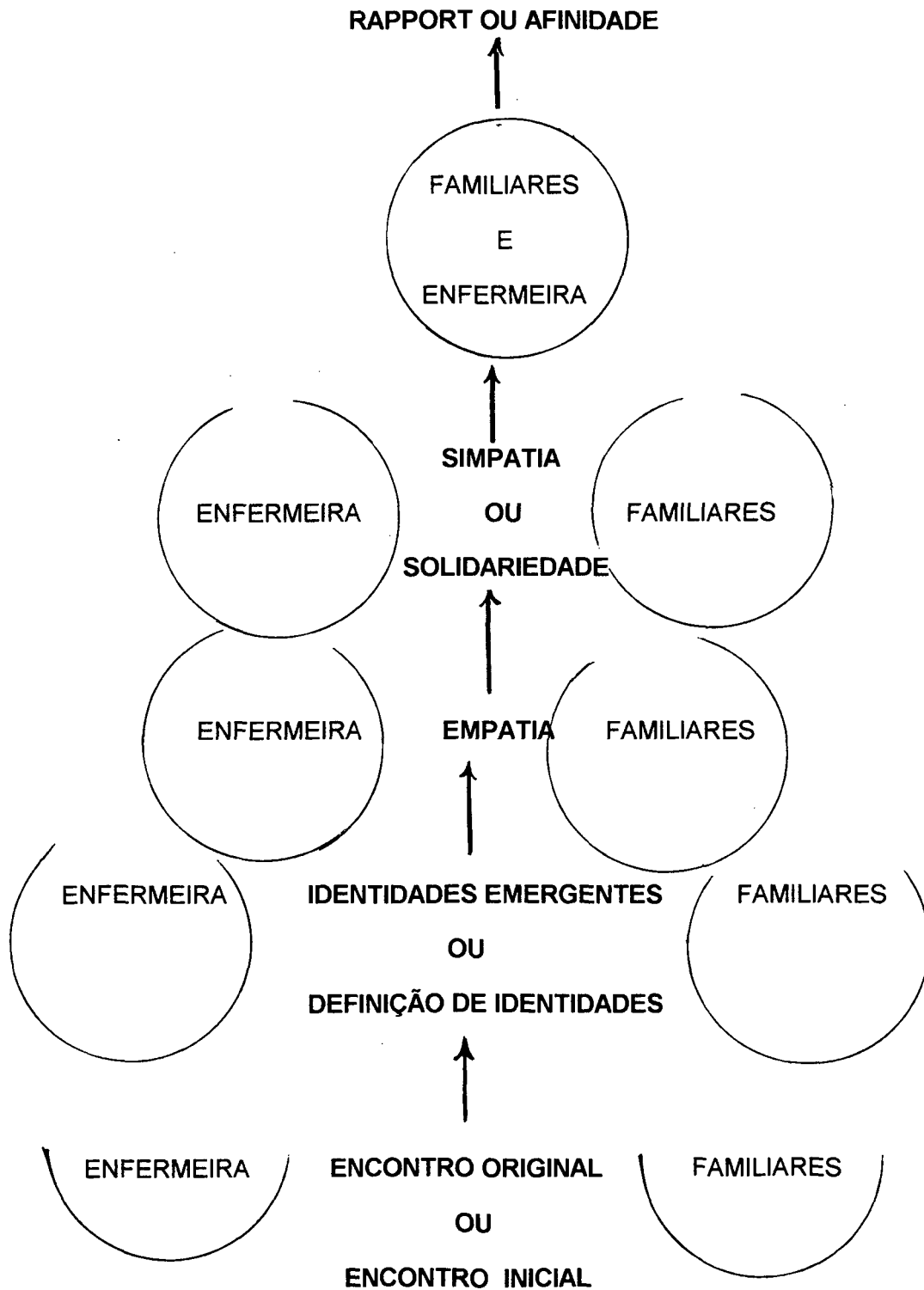
**4 - Fase da Simpatia ou Solidariedade:** nessa fase há envolvimento emocional, troca e os sentimentos vivenciados por eles são compartilhados. Há, por parte do enfermeiro, um desejo de aliviar a causa da enfermidade e o sofrimento do paciente/familiares. Solidarizar-se é envolver-se.

**5 - Fase do Rapport ou da Afinidade:** nesta fase enfermeira e paciente/familiares são capazes de perceber, trocar e comunicar experiências, sentimentos e pensamentos. Ela se caracteriza na medida que o enfermeiro alivia o sofrimento do enfermo/familiares. O primeiro oferece sua confiança ao segundo. O enfermeiro pode estabelecer a afinidade porque possui os conhecimentos e a preparação necessária para assistir os enfermos/familiares e porque é capaz de perceber, racionar e apreciar a singularidade do ser humano enfermo/familiares.

O diagrama que se segue mostra a interação que se produz entre enfermeira e paciente/família. Fiz uma adaptação do mesmo, tendo em vista que meu cliente é a família ou familiares do paciente internado em UTI, conforme o Diagrama 1, na página seguinte.

Os autores HOBBLE & LANSINGER (1989, p. 174) dizem que os semicírculos situados ao nível do encontro inicial indicam a possibilidade e a necessidade de que o encontro se converta em uma relação terapêutica. À medida que o processo de interação progride para a fase da afinidade ou rapport, os círculos vão se fechando até completar a circunferência, a qual indica que se obteve o potencial necessário para o estabelecimento da relação terapêutica.

DIAGRAMA 1 - Fases da Relação Humano a Humano (Elaborado por William Hobbie e Theresa Lansinger, a partir dos escritos de Joyce Travelbee, 1989).



## 2.4 Conceitos Adotados para Implementação do Modelo Assistencial em UTI

Os conceitos que considere fundamentais para desenvolver o presente trabalho estão apresentados a seguir:

### - Enfermeiro

De acordo com o marco filosófico da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Enfermeiro é "o profissional de saúde, crítico, comprometido com as necessidades de saúde da população, com a responsabilidade de assistir o ser humano (indivíduo, família e grupos sociais), na sua integralidade, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária e deve contribuir para o desenvolvimento da profissão através do ensino, pesquisa, participação nas entidades de enfermagem e no exercício da cidadania social".

TRAVELBEE (1982) afirma que o enfermeiro é um ser humano que possui um corpo de conhecimentos especializados e a capacidade de utilizá-los com o fim de ajudar os outros seres humanos a evitar a doença, recuperar a saúde, encontrar sentido para a enfermidade e manter-se com o grau máximo de saúde possível.

Ela não define Enfermeiro, mas entende Enfermagem como "um processo interpessoal entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda (paciente) e o outro fornece ajuda (enfermeiro)", conforme LANSINGER (1989, p. 172). O enfermeiro deve identificar o paciente como um ser humano que necessita de cuidados de outros seres humanos.

Tendo em vista estes dois conceitos, decidi reuni-los e adaptá-los, ficando assim concebida a definição de Enfermeiro para este trabalho:

Enfermeiro é o profissional de enfermagem que, no processo interativo, oferece ajuda à família que precisa de ajuda. O objetivo dessa ajuda é

proporcionar à família meios para enfrentar a situação da doença, aprendendo com a experiência a partir da busca do seu significado. Para isto, o enfermeiro precisa ser crítico, ético, consciente da sua responsabilidade com a saúde do paciente e de sua família (entendida como cliente) e profundamente envolvido no processo.

#### - Família

De acordo com uma adaptação do conceito usado pelo GAPEFAN (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família, UFSC - 1990) a família será entendida como uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, com certo tempo de convívio, constituindo uma história de vida. Os membros estão unidos por laços de adoção, afetividade ou consangüinidade.

Os conceitos a seguir relacionados foram discutidos e apresentados por LANSINGER (1989) e são referentes à edição de 1969 de Travelbee.

#### - Processo de Viver, Adoecer e Morrer

Travelbee trabalha somente com o conceito de enfermidade considerando que é o estado da falta de saúde, expressa por critérios **objetivos** (efeitos exteriores da enfermidade sobre o indivíduo) e **subjetivos** (o modo como o ser humano se percebe como indivíduo enfermo).

Então, optei por entender o processo de viver, adoecer e morrer como processo natural, dinâmico, parte do ciclo vital, vivenciado pelas pessoas, em diferentes momentos de suas vidas, algumas vezes com dor e sofrimento. Estas ocorrências (adoecer/morrer) envolvem de modo significativo a família do paciente.

O viver, adoecer e morrer estão vinculados à historicidade do paciente, ou

seja, aos determinantes sócio-econômicos, religiosos, políticos e culturais do mesmo.

#### **- Relação de Interação**

Foi considerada como aquela que tem "pessoas" envolvidas, sejam familiares e/ou profissionais, com o objetivo de auxiliar a todos a enfrentar e compreender a experiência da dor e do sofrimento na vida, doença e morte, a partir do compartilhamento de momentos de troca de vivências. Os envolvidos precisam estar "abertos para ensinar e para aprender".

Travelbee, apud LANSINGER (1989), diz que a Teoria Interacionista, tem como foco principal o estabelecimento das relações interpessoais como possibilidade de crescimento para todos os envolvidos, onde os indivíduos exercem influências entre si através da comunicação verbal e não-verbal. Considerou a comunicação como o processo que permite à enfermeira estabelecer uma relação de humano a humano e, portanto, cumprir o propósito da Enfermagem que é ajudar o indivíduo e a família a fazer frente ao sofrimento, procurando seu significado.

#### **- Sofrimento**

TRAVELBEE (1982) define sofrimento como um sentimento de desprazer que vai de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual a uma angústia extrema. Esta experiência pode variar de intensidade de acordo com os indivíduos envolvidos nesta vivência.

Em si a dor não é observável, notando-se, porém, seus efeitos. É uma experiência solitária, difícil de comunicar por completo a outra pessoa, sendo também distinta para cada indivíduo.

Assim, lidar com o sofrimento de outrem requer um alto grau de interação

para que se possa aproximar da experiência do indivíduo.

#### **- Esperança**

TRAVELBEE (1982) a caracteriza como um estado mental marcado pelo desejo de conseguir alcançar uma meta acompanhada de certo grau de expectativa positiva. Este conceito será trabalhado com grupos de familiares de pacientes da UTI, não se perdendo de vista a real situação do doente internado, entendendo que é um dos "alimentos" que possibilitam a efetiva participação dos familiares na visita.

#### **- Ambiente**

Será entendido como o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde internam pacientes em estado grave, com possibilidades de recuperação e que requerem uma assistência de enfermagem cuidadosa e qualificada. É importante considerar que este doente fica isolado de sua família e que os familiares necessitam, da mesma forma, de uma assistência na qual possam socializar suas angústias, medos e dúvidas. Com isto, as possibilidades dos encontros entre familiares e pacientes serem terapêuticos, é maior.

Elaborar essa revisão de literatura foi de fundamental importância no desenvolvimento do trabalho, uma vez que deu sustentação aos conceitos adotados, viabilizando a implantação de um modelo assistencial para familiares de pacientes internados em terapia intensiva.

### **3 METODOLOGIA DO TRABALHO**

Neste capítulo, apresento a metodologia escolhida para realizar essa prática, fazendo a caracterização geral da Unidade de Terapia Intensiva, da equipe de trabalho, as visitas na UTI, o detalhamento da forma como ocorreram os encontros com os familiares dos pacientes internados na UTI, e os passos do Processo de Enfermagem, segundo o modelo proposto por Joyce Travelbee e adotados neste trabalho. Relato também como realizei as entrevistas e a aplicação do questionário para a equipe da UTI. O desenvolvimento de uma prática assistencial voltada à família do paciente internado, foi entendida como parte integrante do trabalho do enfermeiro, sendo que a mesma foi desenvolvida na UTI do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

A prática foi efetivada em duas etapas: a primeira (parte da prática assistencial da disciplina do Curso de Mestrado) foi realizada no período de 20/07/94 a 10/09/94. A segunda etapa foi efetivada no período de 12/05/95 a 20/07/95 - de 2ª a 6ª feira, no turno da tarde.

#### **3.1 Caracterização do Campo de Experiência e da Equipe de Trabalho da UTI**

O Hospital Universitário de Santa Maria é um hospital-escola, de grande porte e de referência regional. Atende, portanto, a pacientes procedentes de Santa Maria e de diversas cidades do interior do estado. É composto de duzentos e setenta e quatro (274) leitos, sendo que a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) recebe pacientes provenientes de todas as unidades do hospital e de toda a região.



A UTI localiza-se no 5º andar do hospital, sendo composta por cinco (05) leitos distribuídos em três ambientes: um salão onde estão colocados três leitos, e dois quartos maiores, onde estão situados outros dois leitos. O quinto leito é usado, quando necessário, para isolamento de pacientes.

A unidade dispõe de uma equipe de saúde composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e fisioterapeutas. A equipe médica é composta por doze (12) profissionais de diversas especialidades. Existem também outros profissionais médicos que são chamados para cobrir escalas quando necessário. A organização da escala é feita pelo médico-chefe; a atividade médica é coberta nas vinte e quatro horas do dia, com plantões de doze (12) horas ou vinte e quatro (24) horas (nos fins-de-semana).

A equipe de Enfermagem é composta por vinte e seis (26) funcionários, sendo sete (07) enfermeiros, quatorze (14) auxiliares de enfermagem, três (03) técnicos de enfermagem, dois (02) auxiliares de saúde e dois (02) alunos bolsistas para cobrirem os três (03) turnos nas vinte e quatro horas.

Os turnos são cobertos, em geral, com 04 ou 05 auxiliares de enfermagem e 02 enfermeiros com 36 horas semanais.

Durante o semestre letivo, os alunos dos cursos de enfermagem, medicina e fisioterapia desenvolvem aulas práticas na unidade, no turno da manhã.

As normas e rotinas que vigoram na unidade foram sistematizadas em um manual em 1986, por duas (02) enfermeiras da unidade, na época. Estas enfermeiras contaram com a participação da enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Atualmente, normas e rotinas estão sendo revisadas e reelaboradas, com a participação das coordenadoras de áreas da enfermagem, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, das enfermeiras da unidade e das docentes do departamento de enfermagem.

O registro da assistência de enfermagem prestada ao paciente é feito na chamada "foiha de evolução", sendo utilizada por auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

A metodologia da Assistência de Enfermagem é desenvolvida pelos acadêmicos de enfermagem em suas aulas práticas, com base em Wanda Horta. A equipe de enfermagem utiliza um formulário amarelo em que registra, diariamente, informações como: data de internação, diagnóstico médico provável ou comprovado, procedência do doente, exame físico sumário e nota de evolução, não efetuando por completo o modelo de Wanda Horta, mas parte dele.

De qualquer modo, o prontuário foi de suma importância para o desenvolvimento da prática, uma vez que o processo de interação iniciava-se com informações ali contidas aos familiares acerca do estado de saúde e evolução do paciente.

A equipe que atua na UTI não participa de nenhum processo avaliativo sistemático, bem como não há uma avaliação da assistência de saúde desempenhada pelos integrantes da equipe de saúde.

Ocorrem reuniões entre os participantes da equipe de assistência mediante o pedido de algum membro da equipe ou de algum grupo, não existindo calendário pré-estabelecido para qualquer segmento.

### **3.2 As Visitas na UTI**

A unidade não permite a permanência da família em suas dependências e estabelece como horários para a visita, pela manhã, das 10h30min às 11h e, à tarde, das 14h30min às 15h. Este horário só é alterado quando ocorrem intercorrências como altas, internações, óbitos ou realização de exames na unidade, sendo a mesma adiada para mais tarde.

No horário disponível, é norma que quatro (04) familiares podem entrar para visitas, no período de 30 min por turno. Quando se questiona as enfermeiras sobre as razões para ter sido estabelecido quatro familiares, elas informam que esse número possibilita uma visitação a contento e que, quando é necessário, o mesmo é revisto e ampliado. Há a entrada de um familiar por paciente na hora da visita, sendo que o segundo visitante só entra mediante a saída do primeiro, estabelecendo-se assim o controle do fluxo de visitantes na unidade.

Os familiares são orientados pela equipe de enfermagem a lavarem as mãos e vestirem o avental da unidade. Durante a realização desta prática assistencial, eu assumi essa atividade, o que me aproximou sobremaneira dos familiares.

Em geral, quando o familiar solicita informações à equipe de enfermagem, esta, as fornece, encaminhando-o, após, ao médico de plantão, quando as questões levantadas relacionam-se ao diagnóstico.

As visitas fora do horário pré-estabelecido são autorizadas pela enfermeira ou pelo médico de plantão, em situações tais como internação recente, morte iminente, chegada de familiares de outra localidade e/ou melhora súbita do quadro clínico (especialmente do nível de consciência, quando o paciente que estava inconsciente, recobra a lucidez). Essa flexibilidade é fundamental para a humanização do atendimento à familiares e à pacientes internados na UTI.

### **3.3 A Prática Assistencial Desenvolvida**

A dinâmica proposta e operacionalizada iniciou pelo contato com a enfermeira-chefe substituta, através de solicitação para uma reunião com todos os funcionários da unidade, na qual apresentaria à equipe de enfermagem a proposta de trabalho que pretendia implementar. Entendia ser esse momento vital para o

desenvolvimento de todo o trabalho, pois buscava aliados entre eles, bem como, refletir sobre a importância da presença do familiar no contexto da UTI.

A enfermeira acreditava ser difícil mobilizar para a referida reunião todos os funcionários da unidade. Ressaltou, entretanto, que considerava bastante viável o encontro com os funcionários do turno da tarde.

Foi agendada uma reunião com bastante antecedência, mas, por problema de comunicação, os funcionários não vieram ao encontro. No segundo dia agendado, compareceram poucos funcionários, mas a atividade foi realizada. Entendi que, a partir daquele momento, seria interessante divulgar o projeto individualmente ou em reuniões informais durante o turno de trabalho, o que foi efetivado com relativo sucesso. Essas reuniões foram realizadas dentro da UTI, especialmente na sala de lanche da equipe.

Em duas ocasiões, contatei com a enfermeira-chefe, com o objetivo de organizar alguns momentos de reflexão sobre o processo de viver, adoecer e morrer com os integrantes da UTI, entendendo ser fundamental sua participação no meu processo de trabalho no campo da prática. Infelizmente, não foi possível realizar essa atividade, tendo em vista a escala de funcionários reduzida e as intercorrências da unidade.

Para realizar o trabalho com os familiares, utilizava uma capela situada ao lado da porta central da unidade de terapia intensiva. Essa capela só é utilizada para a missa aos domingos, permanecendo ociosa o restante do tempo.

Para desenvolver a assistência, me inteirava, diariamente, da evolução apresentada pelos pacientes durante a noite e turno da manhã, através da leitura dos prontuários e de conversas informais com toda a equipe da unidade para esclarecer dúvidas (1 hora antes do horário de visitas). Para trabalhar com os familiares, ia até a porta da UTI, utilizando sempre um crachá de identificação. Apresentava-me e informava quais eram meus objetivos naquele encontro com

eles. Em seguida, os convidava para participarem desse momento que poderia ser de grande valia para o grupo.

Perguntava às pessoas quais suas dúvidas acerca daquele momento e procurava conhecer suas relações com os pacientes internados.

Após o trabalho realizado com os familiares (em torno de 40min), procurava um local mais tranquilo na unidade, onde pudesse registrar os acontecimentos daquele período em um diário de campo.

Os registros constaram de descrições das situações vivenciadas, reflexões, percepções e sentimentos sobre as mesmas, bem como um plano de ação que continha linhas gerais de atuação. Ao descrever a reunião, destacava aspectos que me chamavam a atenção, especialmente o surgimento dos conceitos selecionados para esse trabalho.

Cada vez que um deles aparecia, implícita ou explicitamente no diálogo, procurava explorá-lo ao máximo, buscando interrelacioná-lo aos outros.

A leitura e reflexão dos registros dos encontros anteriores tinha o objetivo de favorecer uma práxis com maior qualidade.

No processo interativo procurava conhecer quais eram as dúvidas, os medos, as ansiedades dos familiares, planejando formas de amenizá-las, como por exemplo: se a ansiedade era provocada pelo medo de ver seu familiar inconsciente, assistia o familiar no sentido de colocá-lo a par do estado de inconsciência, do comportamento do paciente nessa situação, dentre outras.

### **3.4 O Processo de Enfermagem Segundo o Modelo de Travelbee**

Nesse momento, relato como trabalhei com os familiares dos pacientes internados em UTI, baseada na Teoria de Joyce Travelbee.

A autora apresenta cinco fases que possibilitam a interação entre

enfermeira e família, de forma a alcançar as condições necessárias para o estabelecimento da Relação Terapêutica.

1. Fase do Encontro Original ou Encontro Inicial: Nessa fase, os familiares tiveram as primeiras impressões a meu respeito e vice-versa. Durante o diálogo, considerando os conceitos que adotei para este trabalho (enfermeiro, família, sofrimento, esperança, dentre outros) procurei conhecer suas concepções sobre os mesmos e suas percepções acerca do ambiente da UTI (sua composição, finalidades, equipe de trabalho).

Ressaltei também a importância de estarem ali naquele momento, participando ativamente do processo de vida, doença e talvez da morte do seu familiar.

2. Fase das Identidades Emergentes ou da Definição de Identidades: A partir da interação inicial, questionei seus vínculos com o paciente internado, tendo em vista a importância dos mesmos, ligando-os aos papéis desempenhados por cada um deles junto a família.

Propus reflexões que conduzissem à valorização do familiar como "pessoa única e insubstituível no processo", com um papel fundamental naquele momento junto ao doente internado.

3. Fase da Empatia: Na empatia, todos os participantes do grupo tiveram oportunidade de refletir mais profundamente sobre a situação do outro, seja ele familiar, paciente ou trabalhador de saúde.

Essa reflexão deveria possibilitar às pessoas o entendimento de alguns comportamentos adotados pelos envolvidos nessa situação. (Exemplo: depressão do paciente, agressividade do familiar, impotência da equipe). A empatia é o

momento em que alguém se coloca numa posição, em que pode perceber as dificuldades, as alegrias, enfim, as características do momento que o outro vive.

4. Fase de Simpatia ou Solidariedade: Nessa fase, havia o desejo de aliviar a causa da doença e o sofrimento do paciente, bem como o empenho pela reabilitação do doente que foi compartilhado entre todos. Ocorreu, portanto, maior envolvimento emocional entre os participantes do processo e todos estavam mais abertos para dar e receber ajuda. Dialogavam sobre seu sofrimento e suas esperanças.

5. Fase de Rapport ou da Afinidade: É a fase de maior interação onde foram compartilhados sentimentos, emoções, experiências e pensamentos.

Nessa fase, estabeleceram-se os laços de confiança entre enfermeiro e familiares e se pode observar que, tanto o enfermeiro quanto os familiares, inteiraram-se de forma terapêutica. Isso foi possível porque os envolvidos puderam apreciar a singularidade dos seres humanos, a partir de suas próprias experiências.

É importante ressaltar que essas fases foram vivenciadas a cada reunião, com alguns familiares e com outros não. É preciso ter bem claro a necessidade da flexibilidade deste tipo de trabalho, pois foi realizado com seres humanos em momentos de crise (especialmente os familiares), onde buscavam amenizar suas angústias para melhor vivenciarem essa situação difícil e inevitável.

A teoria de Travelbee é direcionada à assistência individualizada, sendo que a proposta se ampliou e se destinou ao atendimento de grupos de familiares que vinham participar das visitas na UTI.

Na Teoria de Relações Interpessoais de Travelbee não está esclarecido

como se desenvolve o Processo de Enfermagem. Entretanto, a seguir, apresento um modelo, didaticamente construído, onde se alinham as fases e as etapas do processo, como sugestão para o desenvolvimento do trabalho e demonstração da viabilidade da aplicação dessa teoria na prática assistencial à família em unidade de terapia intensiva.

#### Fases do Processo de Enfermagem de Joyce Travelbee

Fases da Teoria de Travelbee	Fases Adaptadas	Implementação
<p>1ª Fase: Encontro Original ou Encontro Inicial</p> <p>2ª Fase: Identidades Emergentes ou Definição de Identidades</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contato inicial - impressões.</li> <li>- levantamento das necessidades dos familiares</li> <li>- início da relação de interação com familiares/ equipe de enfermagem.</li> </ul>
<p>3ª Fase: Empatia</p> <p>4ª Fase: Simpatia ou Solidariedade</p>	<p>Plano Assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- relação de interação em ascensão.</li> <li>- reflexão acerca da troca de papéis entre os participantes.</li> <li>- compartilhamento do sofrimento, da esperança neste processo de vida, doença e morte.</li> </ul>



Fases da Teoria de Travelbee	Fases Adaptadas	Implementação
5ª Fase: Rapport ou Afinidade	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feed-back estabelecido com familiares, equipe de enfermagem, observação do comportamento dos familiares durante a visita na unidade.</li> <li>- observação do alcance das fases.</li> <li>- retomada das situações e replanejamento das ações.</li> </ul>

### 3.5 Entrevistas e Aplicação de Questionário

Realizei entrevistas com familiares e solicitei o preenchimento de um questionário pela equipe da UTI. As entrevistas foram semi-estruturadas, sem roteiro rígido. Foram realizadas entrevistas com os familiares que tinham vínculos mais diretos com os pacientes e que conseqüentemente participavam mais dos encontros grupais.

A primeira entrevista (Anexo I) foi construída com a finalidade de: avaliar o alcance dos objetivos do trabalho, coletar sugestões para melhoria da visita na UTI e verificar se esse momento era entendido como uma possibilidade de intervenção terapêutica para o familiar. As respostas foram inseridas ao longo do relato da vivência.

A segunda entrevista (Anexo II) foi elaborada tendo em vista a observação que os dois sentimentos mais ressaltados pelos familiares nos encontros foram o sofrimento e a esperança diante do processo de viver, adoecer e morrer na UTI.

Optei, então, por aprofundar um pouco mais esses aspectos, conversando com eles especificamente sobre o assunto, uma vez que essa literatura na enfermagem é praticamente inexistente.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos familiares, ficando preservado o direito dos que não desejassem participar. O registro ocorreu após cada uma delas, não se utilizando a gravação como recurso, devido a possibilidade de inibir o familiar nessa situação. Os resultados serão apresentados no relato das vivências com os familiares na UTI.

O questionário (Anexo III) foi entregue a equipe de enfermagem da UTI abrangendo: quatro (04) auxiliares de enfermagem (01 do turno da manhã), dois (02) enfermeiros (01 do turno da manhã) e três (03) alunos (02 do curso de enfermagem - 5º semestre e 01 do curso de fisioterapia - último semestre).

Tinha como finalidade averiguar quais as concepções que a equipe tinha sobre a visita terapêutica, colher sugestões para a melhoria do serviço no tocante a visita e ter um feed-back do trabalho desenvolvido no campo.

Ao entregar individualmente o questionário, explicava meus objetivos, colocava-me à disposição para esclarecer dúvidas e ressaltava a importância do retorno do mesmo.

Pedia também que suas respostas fossem mais direcionadas a observações dos pacientes Rosa (e seus familiares Violeta e Lírio), bem como a Margarida (e seu familiar Cravo), tendo em vista o alto tempo de internação (cerca de 40 dias) e a efetividade do processo interativo atingida com eles. A solicitação do preenchimento do questionário ocorreu na 1ª etapa do trabalho, sendo incluídas as pacientes Rosa e Margarida e não sendo envolvida a paciente Gardênia e seus familiares, tendo em vista que o trabalho desenvolvido com eles ocorreu na 2ª etapa da atividade.

Para assegurar o anonimato das pessoas que responderam os

questionários, designei nomes fictícios com a letra E quando as falas forem de enfermeiras, com a letra A quando se tratar de auxiliares de enfermagem e C quando for relativo aos alunos. Optei por não diferenciar os alunos, tendo em vista que somente um aluno da fisioterapia respondeu o questionário.

Na apresentação da entrevista com os familiares sobre o sofrimento e a esperança (Anexo II), bem como em algumas outras falas durante o trabalho optei por não nominar as pessoas tendo em vista que muitas delas participaram somente daquele momento, dando sua contribuição.

Foram utilizados para análise do trabalho, as respostas obtidas nas entrevistas e no questionário respondido pela equipe, bem como as anotações feitas nos diários de campo.

O trabalho foi construído a partir do relato das vivências com familiares de pacientes internados na UTI entrelaçando-o com o referencial teórico e com o marco conceitual elaborado. A apresentação dos resultados foi feita tendo em vista que a multiplicidade de informações tornou imprescindível a separação das mesmas, uma vez que tinham objetivos claros e diferenciados.

É importante salientar que julguei interessante apresentar aos leitores três (03) histórias de vida de pacientes relacionadas mais especificamente a esse momento de suas vidas e com cujos familiares desenvolvi uma relação de interação mais próxima. Procurei relatá-las explicitando como o familiar vivenciou esses momentos junto a mim, a equipe e a seu paciente no sentido de acompanhar alguns momentos do seu processo de viver naquela situação. Para tal, utilizei nomes de flores para nominar as pessoas envolvidas nas histórias pela forma anônima, mais pessoal e agradável à leitura.

Também explicitarei no relato das vivências algumas falas de familiares e de membros da equipe de enfermagem da UTI, no sentido de ilustrar e reforçar idéias que considere centrais.

Os conceitos ou expressões vinculadas aos conceitos que compuseram o marco conceitual, aparecem grifados no texto com o objetivo de chamar a atenção do leitor e facilitar a discussão e interrelação dos mesmos que será feita no próximo capítulo, após o relato das vivências.

### **Validação de Informações**

Tendo em vista as dificuldades para reunir os enfermeiros da unidade e também o número elevado de enfermeiros que foram admitidos recentemente, para validar informações relacionadas a aspectos administrativos (normas e rotinas) bem como funcionamento do serviço, contactei com a enfermeira-chefe e marcamos uma reunião com essa finalidade, o que foi efetivado.

#### **4 VIVÊNCIAS COM OS FAMILIARES DOS PACIENTES INTERNADOS NA UTI**

Nesse capítulo, apresento uma breve caracterização de pacientes e familiares vinculados ao trabalho, como a assistência aos familiares tornou-se um processo interativo, a utilização do modelo de Travelbee e as relações estabelecidas com os conceitos.

Incluo também a apresentação de 3 histórias de vida de pacientes internados na UTI e o trabalho realizado com seus familiares.

Finalizo essa etapa com a apresentação dos resultados do Instrumento respondido pelo pessoal da UTI.

Para efetivar minha proposta busquei referencial teórico de autores como STEFANELLI (1985), SARANO (1978), KÜBLER-ROSS (1992), MANZOLLI (1987), os quais deram suporte para o trabalho com os grupos, além da Teoria de Travelbee como base assistencial.

Uma grande preocupação durante a sua realização foi estabelecer relações interpessoais que gerassem crescimento pessoal para todos os envolvidos e que nossa comunicação pudesse ser terapêutica.

Com certeza, esse processo refletiria na visita, tomando-a um "encontro terapêutico" para o paciente internado e seu familiar.

Para tal, estudei algumas técnicas para ajudar no desenvolvimento dessa habilidade, no sentido de auxiliar os indivíduos a descreverem suas experiências e sentimentos, compreendendo assim suas vivências.

STEFANELLI (1985) afirma que permanecer em silêncio em algumas situações, ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação da pessoa que está falando, verbalizar interesse pelo indivíduo, usar frases incompletas para estimular a

manifestação da pessoa, repetir os comentários feitos anteriormente por eles, fazer perguntas acerca do que está sendo comentado, são algumas possibilidades de auxiliar na descrição da experiência que as pessoas estão vivendo, bem como na expressão de pensamentos e sentimentos.

É importante destacar que essas técnicas auxiliaram muito durante o desenvolvimento do trabalho e que foram utilizadas, considerando-se as diferenças e necessidades individuais dos familiares com quem desenvolvi o processo interativo.

#### **4.1 Visitas na UTI: Quando a Família se Torna a Clientela**

O trabalho desenvolvido na UTI, enquanto docente do curso de Enfermagem, tinha como foco central o atendimento ao paciente internado e a recepção do familiar para a visita ao doente.

Sempre me inquietou o fato dos familiares desses pacientes não receberem uma assistência de enfermagem que viesse ao encontro das suas necessidades, o que também detectei na UTI do HUSM e em outras tantas unidades de terapia intensiva.

Observei que cada vez mais os familiares demonstravam suas inseguranças e fragilidades, o que, sem dúvida, repercutia nas relações com o seu paciente e com a equipe da unidade. Quando ouvidos e orientados, manifestavam um comportamento mais tranquilo.

Ao iniciar a implementação dessa proposta, observei que os familiares, em geral, iam chegando e se postando em frente à porta da unidade. Quando permaneciam por mais tempo naquele local, ficavam numa capela (ao lado da unidade), aguardando notícias ou o momento de entrarem na UTI. Na maioria das vezes, permaneciam em silêncio, havendo manifestações sempre que chegava

alguém (familiar ou amigo) que não estava a par da evolução clínica do doente. Alguns mostravam uma expressão fisionômica de desolação e profunda tristeza, outros de consternação e pesar.

Em alguns momentos, presenciei os familiares chorando e compartilhando, com outros membros da família, sua dor e suas esperanças.

Observei que, nos primeiros dias da internação do paciente, o número de familiares na visita era maior. À medida que esse tempo de internação aumentava, vinham para a visita somente os familiares com vínculos mais estreitos (pai, mãe, filhos, esposa, cunhados (as)) e, muitas vezes, ninguém.

Outro dado interessante é que, a cada vez que saía alguém da unidade, as pessoas movimentavam-se e demonstravam ansiedade, seja pela busca de informações, seja pelo "medo de ser comunicado de que seu familiar piorou ou morreu".

Ao término da visita, foi comum observar que alguns familiares permaneciam do lado de fora da porta, conversando acerca de que viram dentro da UTI, das suas percepções sobre a evolução do doente ou do seu luto antecipado.

Imediatamente ao sair da unidade, o familiar era cercado pelos demais parentes ou conhecidos do paciente que perguntam coisas como:

- "Ela melhorou? Te reconheceu?"
- "Já está se alimentando? Está com febre ainda?"
- "Quando virá para casa?"

Houve casos de pacientes que nunca recebiam visitas ou que recebiam os familiares somente nos finais de semana, em função da família morar em outra localidade e ter dificuldades financeiras para vir ao hospital. Esses pacientes que não tinham seus familiares mais próximos, demonstravam angústia e tristeza diante da situação.

Já com relação aos pacientes que recebiam visitas, observei mudanças de comportamento com a presença do familiar e/ou amigo.

Em um dos casos que acompanhei durante a visita, Gardênia, por exemplo, buscou ansiosamente tocar, apertar a mão do visitante, desejando saber como estavam todos, especialmente, seus pais, filho e esposo. Quando sua irmã relacionava as pessoas que aguardavam para visitá-la, manifestava alegria ou desdém, comunicando-se pela expressão facial ou pela escrita (paciente jovem, entubada).

A interação dos familiares com o paciente, durante a visita, provocava, então, manifestações interessantes, como alterações na frequência cardíaca, choro, agitação psicomotora, dentre outras, que cessavam algum tempo depois.

Com relação aos familiares, observei que permaneciam muito ansiosos antes de ver seu familiar, especialmente quando era sua primeira visita. O fato de não saber como se comportar, o que fazer ou dizer, quanto tempo permanecer na unidade os estressava muito. À medida que os dias transcorriam, eles ficavam mais tranquilos e participavam mais dos encontros com os seus familiares e com os familiares dos outros pacientes da UTI.

À medida que seu nível de observação progredia, os familiares já manifestavam sua curiosidade acerca de outros pacientes, do funcionamento de aparelhos, da dinâmica de trabalho na unidade. Essa necessidade de conhecer outros pacientes pareceu-me parte integrante do processo de adaptação ao ambiente.

Muitos familiares, quando à beira do leito, permaneciam assustados, com medo de tocar no doente e, em alguns casos, controlavam-se muito para não chorar. Aí reside a importância de orientações elementares sobre o que ele irá ver, como deve se comportar e como poderá expressar-se, no sentido de estabelecer com seu familiar um encontro terapêutico, onde o familiar tenha sua angústia



amenizada e o paciente sintia-se amado e valorizado.

Diante dessas considerações me parece que ficou evidente a questão da família tornar-se parte da clientela do enfermeiro, o que interferirá sobremaneira na evolução do doente internado em terapia intensiva.

Tendo em vista essa perspectiva de atender a família do paciente internado na UTI, iniciei o trabalho na unidade com o planejamento da apresentação do projeto aos funcionários da unidade.

O grupo ouviu atentamente a apresentação, mostrando-se receptivo. A enfermeira-chefe ressaltou o quanto era importante esse trabalho, o quanto a unidade carecia dele e o seu desejo de continuar esta atividade em outros momentos. Após a apresentação sumária do projeto, houve uma manifestação importante feita pela auxiliar de saúde, que é quem, seguidamente, recebe os familiares para a visita, ao defender a interferência que a equipe de enfermagem deve fazer quando entende necessário, para que o paciente receba determinada pessoa para visita (a situação era relacionada à restrição que a família fazia à visita do ex-marido de uma paciente).

Esta situação foi discutida em grupo, no sentido de esclarecer que o momento da visita é de responsabilidade da família e que a equipe de enfermagem deve intervir, se necessário, enfatizando a importância daqueles momentos para o paciente. Deve-se, entretanto, resguardar o direito da família do doente internado em definir quem será autorizado para a visita, quando o mesmo não puder fazê-lo. Foi uma oportunidade de reflexão e compartilhamento de ansiedades e expectativas, quando as dúvidas e conflitos puderam ser dirimidos.

O encontro foi encerrado e a impressão foi extremamente favorável. Nesse dia, houve contacto também com um médico residente, quando lhe foi apresentada a proposta.

Nos dias subseqüentes, trabalhei individualmente com os demais

funcionários da unidade que não haviam participado da reunião, tendo boa receptividade.

Em seguida, iniciei o processo de interação, convidando a todos os familiares e amigos dos pacientes internados, que aguardavam o horário de visitas na unidade, para uma reunião. Ressaltei o seu direito de não participarem deste momento em grupo, caso não o desejassem, verbalizando entender a situação de crise que atravessavam.

O propósito foi dialogar com eles, oportunizando as reflexões acerca do processo de viver, adoecer e morrer, pelo qual seu familiar transitava.

O trabalho iniciava com minha apresentação pessoal, sendo colocados em seguida os objetivos daqueles encontros, bem como nossos papéis naquele momento.

Inicialmente investiguei quais os pacientes que seriam visitados e qual o vínculo daquelas pessoas com eles. A seguir me colocava à disposição para informações gerais sobre os pacientes, incluindo evolução clínica, terapêuticas realizadas, exames solicitados pelos médicos, cuidados de enfermagem que o paciente recebia, finalidade e funcionamento de aparelhos, como monitores cardíacos e respiradores, dentre outras.

Estimulava também o relacionamento e interação do grupo de modo que, em algumas ocasiões, os próprios familiares conduzissem sozinhos o encontro, sendo eu a mediadora.

É fundamental dizer que cada reunião foi única, pois grupos diferentes de pessoas se reuniam em cada dia. Outro fator que interferia sobremaneira era a evolução clínica dos pacientes, seu prognóstico e o tempo de internação do mesmo na unidade.

Por exemplo: como dialogava com familiares de 05 pacientes, em geral com quadros clínicos, evolução e prognósticos diferentes, sentia que cada

agrupamento familiar tinha necessidades diversas e por isso a importância do atendimento individualizado, especialmente quando solicitado pelos mesmos.

Em um determinado momento, vivi uma situação em que um dos pacientes internava naquele momento do encontro, outro já estava com alta para o andar, outro era paciente terminal e outro evoluía bem, mas não havia previsão de alta. Obviamente, as ansiedades e as dúvidas dos familiares neste momento eram diferenciadas, de acordo com a situação.

Não seria possível homogeneizar a assistência, pois cada um vivia emoções e expectativas diferentes, que somente um processo interativo poderia evidenciar. Assim, em qualquer desses momentos foi possível refletir sobre o processo de viver, adoecer e morrer dos pacientes, com diferentes níveis de abordagem e profundidade. Durante todo o processo, busquei proporcionar um ambiente agradável, no sentido de favorecer as trocas de experiências entre todos os familiares presentes na UTI.

#### **4.1.1 Caracterização dos Familiares**

A seguir farei uma caracterização dos familiares com quem estabeleci um processo interativo na UTI do HUSM, durante a efetivação do trabalho.

A maioria dos familiares presentes na UTI no horário de visitas eram do sexo feminino, com prevalência de mães e esposas. Os homens também participavam da visita, mas em menor número, em casos em que os internados eram filhos, sobrinhos em 1º grau, netos.

Posso dizer que cada dia de trabalho foi diferente dos demais, mas, de uma forma geral, observei que, em média, reuniam-se para cada visita (tumo da tarde) cerca de vinte (20) a trinta (30) familiares de pacientes internados.

Esse número elevado foi bastante significativo, considerando-se que são

dois horários para visita e que a unidade conta com 5 leitos para internação. Esse fato, por vezes, interferiu no desenvolvimento do trabalho, porque dificultava o uso da palavra por muitas pessoas no horário destinado para a atividade.

Os idosos, em raras ocasiões, eram vistos na unidade. Nessas ocasiões que tive contato com eles, deparei-me com pessoas muito sofridas que vinham à UTI ao encontro do filho(a), do neto(a), do irmão(ã) ou de outro familiar ligado a ele e bem mais jovem. Isso me estressou um pouco na medida em que, naquele momento, refletia como seria "acompanhar o processo de doença e morte" de um filho, por exemplo...

As crianças, também, poucas vezes participaram, excetuando-se algumas situações em que eram liberadas para realizarem as visitas ao pai, mãe ou outro familiar muito próximo internado na unidade, o que sempre estabelecia a necessidade de conversar com a criança antes da sua entrada na unidade, preparando-a para enfrentar essa situação.

O comportamento dos familiares junto à unidade e ao paciente era bastante diversificado porque estava vinculado a: crenças, valores, cultura, religiosidade, experiências de vida, idade, diagnóstico e prognóstico do familiar internado.

As situações em que o paciente era jovem e sua internação inesperada para a família, traziam familiares muito ansiosos para a UTI.

Já nos casos em que se tratava de pacientes idosos com doenças crônicas, o processo de aceitação da doença, da internação e morte eram mais tranquilas.

Outro dado importante é que a forma como o familiar "vê e vive sua vida" direciona suas ações e se expressa em seus comportamentos através da dor, do sofrimento e da esperança.

A religiosidade da família também aparece nesses momentos como se

observa a seguir na fala de um cunhado de Margarida que é pastor da Igreja Evangélica:

*"Se ela está assim é porque Deus permite. E como Ele é justo e bom, eu tenho que me conformar com tudo isso..."*

A carência de informações com relação à evolução dos doentes é um ponto a destacar. A questão "podemos ligar outra hora ou à noite para saber notícias?" é extremamente significativa, porque destaca a necessidade que os familiares tem por informações, especialmente quando não estão no hospital.

Gardner e Stewart, apud GRUDTNER (1991), relatam que a equipe de enfermagem notou que o fornecimento de informações e orientações diminuiu em muito a ansiedade da família.

Essa busca constante de informações é evidenciada ainda nos estudos de Arduíno et al., apud GRUDTNER (1991), que dizem que: "os pedidos de informações a todo instante, telefonemas repetidos, insistência em "visitar" o doente e uma certa agressividade nas relações com a equipe, são partes desse processo". No decorrer do trabalho, selecionei algumas questões que mais emergiram nos encontros relacionadas com o quadro clínico, a evolução e o prognóstico dos doentes internados.

Com relação ao quadro clínico as questões que os familiares perguntaram foram específicas para cada paciente:

*"Como está a pressão arterial?"  
 "E os rins, estão funcionando?"  
 "Ela teve convulsão hoje? Demorou a passar?"  
 (Sr. Cravo, esposo de Margarida)*

*"Por que precisa fazer o furinho no pescoço (traqueostomia)?"  
 "É positiva ou negativa a saída de secreção pelo tubo?"  
 "Por que ela está com aquele aparelho (respirador)?"  
 (Dona Violeta e Sr. Lírio, mãe e padrasto de Rosa)*

Algumas dúvidas eram da maioria dos familiares como por exemplo:

*"Por que foi colocado o marca-passo (eletrodos do monitor cardíaco)?"*

*"Ele está dormindo ou em coma?"  
"Como ele vai se alimentar daqui para frente?"*

Essas questões me chamaram a atenção, porque trouxeram à tona conceitos e fantasias que possivelmente a equipe não imagine que os familiares tenham. É extremamente significativo diferenciar um estado comatoso do sono, por exemplo, e pode-se deduzir que quando isso não fica claro, o familiar pode entrar em angústia.

Com relação ao acompanhamento da evolução clínica, a mesma subsidia o familiar no dia-a-dia para o enfrentamento da situação, seja ela reabilitação total, parcial ou morte.

Destaco, então, as seguintes questões:

*"Como está indo o paciente? Me parece que nada bem..."  
"A agitação na cama é positiva para o seu restabelecimento?"  
"A urina vermelha... tem sangue? Antes estava amarela..."  
(Sr. Cravo, esposo de Margarida)*

Esses questionamentos são elaborados pelos familiares a partir de um acompanhamento e observação cuidadosas da pessoa doente, o que implica na necessidade de maiores informações por parte da equipe, no sentido de auxiliar a família a viver esses momentos de hospitalização da maneira mais concreta possível.

Com relação ao prognóstico perguntavam:

*"Será que ele tem chances de se recuperar?"  
"Ele ficará com seqüelas?"  
"Quando ele poderá sair daqui?"  
(filho de um paciente com câncer de pâncreas)*

Já no que tange a angústia da conscientização da morte do paciente, eles perguntavam:

*"O que será de mim se ela morrer?"  
"Por que ele vai me deixar? Não, ele não..."  
"Por que Deus não me leva, ao invés dela?"  
(Vários familiares)*

Percebo que são questões difíceis de responder e que, ao mesmo tempo,

devem ser verbalizadas pelo familiar, porque representam muitos dos mecanismos de defesa preconizados por KLÜBER ROSS (1975) em seu trabalho. Essa explicitação, por si só, já abrandava um pouco a ansiedade sentida por eles.

Um dado interessante a destacar é que os familiares não "expressavam verbalmente" sua preocupação com os sentimentos que os pacientes internados na UTI pudessem apresentar. Em contrapartida, questionavam como ficariam, como se sentiriam caso o paciente viesse a falecer.

Ao refletir sobre esse aspecto, vi que nesses momentos de dor e sofrimento as pessoas (familiares) voltavam-se muito para o "seu eu", esquecendo um pouco do outro (paciente). O que mais me intrigava eram aquelas situações em que o paciente estava morrendo e os familiares se perguntavam: "o que será de mim agora?" Na verdade, os familiares viverão a vida sem aquele ente querido, mas me parece que as mudanças profundas são muito mais prováveis de ocorrer na vida da pessoa que vai morrer. Isso expõe o egoísmo presente nos humanos? Não posso alinhar as razões que determinam esse fato. É provável que novas investigações elucidem questões como estas, embora se possa pensar que o traço mais constante é a experiência da perda, que deflagra a inquietude de ver-se diante do fato de assumir sozinho responsabilidades que antes dividia com alguém. Outro aspecto que merece destaque é a saudade que os familiares, em muitas situações, virão a sentir do seu parente, o que os transtorna e angustia muito.

#### **4.1.2 Caracterização dos Pacientes Internados na UTI**

Julguei importante a caracterização dos pacientes internados, porque a assistência prestada à família e a relação estabelecida com ela sofre interferência de fatores como idade, sexo, diagnóstico médico, tempo de internação e

prognóstico do paciente internado. Durante todo o processo interativo, procurei relacionar o familiar ao doente, na tentativa de entender algumas manifestações e comportamentos dos familiares durante o tempo em que aguardavam a hora da visita e o processo interativo estabelecido com eles.

QUADRO 1 - Idade, sexo, diagnóstico médico, tempo de internação dos pacientes na UTI do HUSM e situação do doente durante a realização do trabalho.

Idade	Sexo	Diagnóstico Médico	Tempo de Internação	Situação do Paciente
36 anos	feminino	Cardiopatía a esclarecer	41 dias	!
36 anos	feminino	Coagulação Intravascular disseminada	12 dias	☆
38 anos	feminino	Infarto Agudo do Miocárdio	41 dias	†
72 anos	masculino	Doença do nó sinusal	06 dias	☆
51 anos	masculino	Infarto agudo do miocárdio	09 dias	†
66 anos	masculino	Pós-operatório de Hepatectomia e Insuficiência Respiratória Aguda (IRA)	27 dias	†
65 anos	masculino	Insuficiência Respiratória Aguda, I. Renal Aguda, Diabete Mellitus	03 dias	†
18 anos	feminino	Cetoacitose Diabética	01 dia	☆
64 anos	feminino	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	08 dias	†
63 anos	masculino	Pós-operatório de Lobectomia por Câncer de Pulmão	04 dias	☆
18 anos	masculino	Meningite, Desnutrição e Desidratação	23 dias	†
60 anos	masculino	Insuficiência Renal Aguda e Respiratória Aguda	08 dias	☆
62 anos	feminino	Pancreatite Necrohemorrágica	09 dias	!
75 anos	masculino	Insuficiência Renal Crônica, Sepsis	01 dia	†
17 anos	feminino	Valvulopatia Mitral, Hipertensão Pulmonar, Insuficiência Cardíaca	03 dias	†
65 anos	feminino	Pancreatite Necrohemorrágica	06 dias	†
39 anos	masculino	Pancreatite Necrohemorrágica	04 dias	☆
24 anos	feminino	Insuficiência Respiratória, Estenose Mitral	04 dias	☆



Idade	Sexo	Diagnóstico Médico	Tempo de Internação	Situação do Paciente
70 anos	masculino	Câncer Brônquico, Pneumectomia	02 dias	☆
68 anos	feminino	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	03 dias	☆
47 anos	masculino	Infarto Agudo do Miocárdio	03 dias	☆
38 anos	feminino	Diabete (cetoacidose), Distúrbio Psiquiátrico, Insuficiência Respiratória Aguda	32 dias	☆
43 anos	feminino	Choque Séptico, Insuficiência Renal Crônica, Peritonite	03 dias	†
81 anos	feminino	Insuficiência Respiratória	03 dias	☆
58 anos	masculino	Insuficiência Respiratória	04 dias	†
44 anos	masculino	Infarto Agudo do Miocárdio	06 dias	☆
78 anos	feminino	Infarto Agudo do Miocárdio	01 dia	†
75 anos	masculino	Insuficiência Renal	04 dias	☆
76 anos	masculino	Doença Bronco-pulmonar Obstrutiva Crônica e Infarto Agudo do Miocárdio	06 dias	†
53 anos	masculino	Insuficiência Respiratória	07 dias	☆
	masculino	Infarto Agudo do Miocárdio	04 dias	☆

FONTE: Livro de Registros da UTI - HUSM.

! Internação na UTI

† Morte

☆ Alta para o andar de origem

Relacionei nesse quadro pacientes vinculados a familiares com quem tive algum contato, sendo que, com alguns pude dialogar em diversos encontros e, com outros, em somente uma oportunidade. Não estão relacionados aqui os pacientes que internavam nos finais de semana ou que permaneciam na UTI em torno de 24 horas.

A clientela de pacientes que esteve internada na UTI neste período foi bastante diversificada, mas caracterizou-se por ser um grupo de pacientes, a maioria adultos (faixa etária entre 35 e 75 anos), de ambos os sexos e com diagnósticos predominantemente ligados à área cardiopulmonar e renal.

Observei que a idade do paciente, por exemplo, interferiu na maneira como

a família vivenciou o processo de viver, adoecer e morrer do seu doente.

Certa vez, trabalhando individualmente com a mãe de Rosa, uma paciente jovem com Infarto Agudo do Miocárdio, ela referia:

*"Meu Deus, ela é tão jovem, por que não é comigo, que já estou um caco e não sirvo prá mais nada? Por que ela tem de passar por isso?"*

*(D. Violeta, mãe de Rosa)*

Isto expressa uma maior dificuldade quando tivemos que buscar o significado dessa experiência e o doente era jovem, ou seja, quanto mais jovem era o paciente, mais sentimentos mobilizava na família, dificultando a aceitação do processo de adoecer e morrer. Já quando o paciente era idoso, por vezes a família aceitava melhor essa situação, por entender que ele já havia "cumprido grande parte do seu papel aqui na Terra..."

Em estudo realizado por PIERIN, PADILHA & CRUZ (1990), acerca da caracterização dos pacientes de duas unidades de terapia intensiva, detectei que as faixas etárias predominantes variam de 41 a 80 anos (entre homens e mulheres). Com relação ao sexo, há um predomínio muito pequeno do sexo masculino, o que também observei na UTI do HUSM.

No que tange ao diagnóstico médico, o que as autoras encontraram como o mais comum foram as doenças cardio-circulatórias (23,3%), as insuficiências (20%) seguidas das doenças cérebros-vasculares (15%). Esse dado é semelhante ao que encontrei na UTI, onde as alterações cardiopulmonares (35,4%) e as insuficiências (29%) estiveram bem presentes.

Com relação ao tempo de permanência, observei que 48% dos pacientes permaneceram por um período de 0 a 5 dias e 25,8% de 5 a 10 dias de internação, o que atende ao critério básico de internação na UTI: paciente recuperável com um mínimo de permanência na unidade.

No estudo dessas autoras, 40,4% dos pacientes permanecem de 0 a 2 dias internados na UTI e de 7 a 10 dias com um percentual de 9,6%.

Na UTI do HUSM, 51,7% de pacientes tiveram alta, 41,8% foram a óbito. Essa situação é menos parelha no estudo de PIERIN, PADILHA & CRUZ (1990) e outros, onde o percentual de óbito é de 26,9% mas deve-se ter claro as particularidades das unidades, o que pode não ser um dado alarmante.

Ficava mais difícil dialogar no grupo quando o diagnóstico e prognóstico estabeleciam limitações futuras aos pacientes internados.

Em uma das situações vivenciadas, o filho lamentava muito que seu pai de 67 anos saísse dali com impossibilidade de caminhar, trabalhar... viver.

Ele dizia:

*"O velho vai morrer de tristeza... levantar cedo e trabalhar todo o dia na lavoura era a felicidade dele".*

É bastante comum a observação de que para cada doente um familiar "assume" a situação, tomando-se o porta-voz dos demais e trazendo também para a equipe as decisões da família sobre procedimentos que podem ser tomados.

Essa pessoa é um referencial importante, porque, em muitos momentos, precisa de feed-back positivo do enfermeiro, que lhe possibilite refletir sobre a razão de assumir aquela função (às vezes solitária), suas fragilidades e medos e sua necessidade de manter-se ligado ao contexto da sua micro-família.

O conhecimento do diagnóstico por parte da família foi fundamental, porque quando orientado e consciente da evolução do seu familiar, realizava uma interação mais efetiva com todos, proporcionando aos demais familiares momentos de reflexão sobre o cotidiano, a doença e a morte.

Outro dado importante observado é que, com o transcorrer da internação, a família (vínculos mais próximos) ficava muito sobrecarregada e solitária. A família, especialmente, nesses casos, "também internava", pois tinha toda a sua rotina transformada em função da doença do seu familiar.

O prolongamento do tempo de internação mostra à família um leque de possibilidades com relação à aceitação da doença e morte do seu familiar, porque

propicia uma reflexão mais profunda sobre o significado da experiência e o sofrimento que ela traz.

Outro aspecto importante é que a família, com tempo longo de internação, se exaure. Em alguns casos em que os familiares eram de outra cidade, conversei longamente com eles acerca da importância de voltarem às suas casas, às suas famílias, para se "reabastecerem de energia", o que facilitaria o enfrentamento dos momentos de crise.

O medo manifestado nesses momentos é de que o seu familiar morra na sua ausência. Dialogávamos sobre esta questão, refletindo com eles que ninguém poderia deter o curso dos acontecimentos nessas situações graves de saúde. Parecia que "estar lá... na vigília..." evitaria a morte ou aliviaria a perda, o sofrimento... o luto...

Conhecer o prognóstico provável do doente auxiliou no trabalho em grupo, porque compartilhar o sofrimento relacionado à morte do familiar é diferente do que dividir a dor da espera da convalescença. E o encontro desses dois grupos de familiares, conversando e refletindo juntos, enriqueceu muito esse processo.

#### **4.2 A Diversidade no Processo de Viver, Adoecer e Morrer**

As discussões que permeavam o processo de viver, adoecer e morrer no trabalho grupal não eram planejadas completamente, mas construídas com as pessoas presentes a partir das colocações que faziam. Portanto, o grupo construía-se no dia-a-dia. Sem dúvida, isto me gerou angústia porque, na verdade, eu não estava habituada a trabalhar "sem receitas"..., ou seja, a desenvolver uma assistência embasada em uma teoria de enfermagem (Travelbee) e que era construída aos poucos, com o engajamento e a participação das pessoas no processo.

A assistência de enfermagem prestada à família sem a devida interação, torna-se ineficiente e inviável nesta proposta de trabalho.

No sentido de alcançar a interação com os familiares, refleti muito sobre os pressupostos escolhidos e sua adequação à proposta que vinha desenvolvendo. Eles foram importantes porque apontavam o caminho a percorrer consolidando todo o processo.

Com relação à participação dos familiares no trabalho, detectei que cada um vivenciava e expressava o sofrimento, a dor e a esperança de maneira diferente. Isso deve servir de alerta quanto à inadequação de alguns rótulos que a equipe pode estabelecer para determinado familiar, como por exemplo: a esposa daquele paciente o visita muito rapidamente porque é "muito nervosa"... Esta é uma análise muito superficial sobre os sentimentos da familiar com um pré-julgamento estabelecido que pode interferir negativamente no processo de interação entre equipe de enfermagem e familiares.

Para perceber e entender melhor o familiar, é necessário compartilhar com ele sua dor, o que favorecerá uma assistência mais individualizada e humanizada.

No trabalho deparei-me com várias situações: familiares com quem não pude contactar (internações e óbitos no fim-de-semana), pacientes que nunca recebiam visitas, familiares que preferiam conversar com o médico e alguns familiares que não demonstravam interesse em acompanhar a evolução do paciente e conversar a respeito disso.

Com certeza, trabalhar com essas situações mais complexas demandariam um processo prolongado, com a utilização de outros recursos, o que não foi realizado pela restrição de tempo desse projeto particular, como experiência acadêmica e pelo interesse da maioria dos familiares em participar do grupo.

Assim, descreverei mais detidamente o acompanhamento de 3 pacientes e o trabalho com seus familiares em atividades grupais ou individuais, objetivando

pontuar algumas questões vivenciadas conjuntamente.

Os dados relacionados a seguir foram colhidos no prontuário dos pacientes e em entrevistas realizadas com familiares dos pacientes internados, com os quais a interação foi mais efetiva.

#### **4.2.1 Uma História: Quando a Vida Não Tem Mais Significado**

Rosa tem 38 anos e é natural e procedente de Santa Maria - RS. Está separada há aproximadamente 7 anos, é faxineira. Foi internada na unidade com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e Choque Cardiogênico. Antes de infartar (cerca de um mês), apresentou dores no peito, foi a Porto Alegre realizar exames, quando se submeteu a cineangiocoronariografia e outros exames, sem apresentar alteração alguma. Tem dois filhos (11 e 14 anos - meninos) que estão sob a guarda do pai (este fato é motivo de grande tristeza para ela, pois o pai levou os filhos e não os entregou mais a ela). O relacionamento com os filhos é regular, sendo que o filho mais novo entra em pânico quando a encontra (as razões são obscuras). Segundo Dona Violeta (sua mãe), o que justifica este fato são as informações que o pai dá à criança, "colocando-a contra a mãe". Coursou até o primário e casou aos 18 anos, permanecendo casada por 12 anos. Nesse período, não trabalhava fora. O ex-marido tem história de alcoolismo e agressão física à mulher. A mãe de Rosa refere que ela era apaixonada pelo marido e que "sofreu muito nas mãos dele". Atualmente, mora com uma amiga e colega de trabalho em sua casa, na Cohab Tancredo Neves. É a filha mais nova, tendo somente um irmão.

Seu pai faleceu em decorrência de um Infarto Agudo do Miocárdio, há alguns anos atrás, tendo tido um bom relacionamento com todos os membros da família. Rosa é muito nervosa e preocupada com Dona Violeta (que já teve

internação psiquiátrica), sendo que a mesma a visita duas vezes por dia. Sua mãe refere que, quando ela ainda estava casada, teve dois episódios de "ataques", com perda da consciência, após fugir de casa com medo de ser agredida pelo marido (pela descrição assemelha-se a crises histéricas).

Na infância, teve problemas de inflamação nos ouvidos, tendo realizado três cirurgias e apresentando atualmente perda auditiva em um deles (segundo informações que não foram checadas). Com relação ao trabalho, Dona Violeta diz que ela tinha bom relacionamento, trabalhando inclusive como office-boy em alguns momentos. Relata ainda que Rosa só foi feliz no período em que esteve em casa e era solteira. Após a separação, ela estimulou a filha a ter novos relacionamentos, mas a paciente era apaixonada pelo marido e tinha medo que ele cumprisse a ameaça de matá-la, caso a encontrasse com outro homem.

Vivia a vida com alegria quando solteira ou quando casada recentemente. Depois, ficou muito triste, especialmente pela "perda dos filhos".

Com relação à doença e morte de outros membros da família, Rosa as aceitava bem, com resignação (sua grande perda foi o pai). A partir dessa perda, permaneceu muito triste porque seu pai representava afeto, segurança e tranquilidade.

Senti, ao conversar com Dona Violeta, que a mesma exercia um controle sobre a vida de Rosa, interferindo nos seus horários, suas companhias, seus relacionamentos afetivos, impedindo-a de tomar iniciativas e atitudes pertinentes somente a ela. Estabeleceu-se uma relação de dominação entre elas embora aparentemente tudo pareça muito bem. Essa relação estabelecida configura uma dependência que dificultou o crescimento e amadurecimento pessoal de Rosa.

Dona Violeta procurava continuamente encontrar "culpados" para justificar o estado de saúde de Rosa, atribuindo ao genro a responsabilidade pela situação estabelecida. Parece-me que isso abrandava um pouco seu sofrimento,

aumentando, contudo, sua impotência.

- **Evolução da Paciente na UTI**

Ao internar apresentava-se chocada, oligúrica, com extremidades mal perfundidas e frias. Estava entubada e com respirador artificial. Apresentava intracath na jugular esquerda, sonda nasogástrica fechada e sonda vesical de demora. Permanecia sedada continuamente, com grande quantidade de secreção pulmonar. Três dias depois evoluiu bem, saindo do respirador, mas permanecendo muito deprimida e emotiva (chorava muito, especialmente na presença da mãe). Seis dias após, apresentava quadro de embolia arterial periférica nos dois pés, como seqüela provocada pelo infarto agudo do miocárdio.

A equipe solicitou avaliação dos médicos angiologistas e estabeleceu um tratamento conservador. A paciente e sua família foram informadas da evolução, aumentando consideravelmente o estado depressivo de Rosa e de Dona Violeta.

A equipe da UTI solicitou avaliação e acompanhamento de psiquiatra para as duas (mãe e filha), no sentido de diminuir um pouco a ansiedade e auxiliá-las neste momento de crise. Com relação à possibilidade de amputação, pareceu-me que Rosa aceitava, mas Dona Violeta, de forma alguma. Foi indicada a alta da paciente para o 4º andar, mas ela não queria sair da UTI. Vinte e dois dias após a internação, teve alta para o andar, ficando lá cerca de 12h somente. Retornou à UTI com diagnóstico de edema agudo de pulmão e em estado crítico. Foi novamente entubada e colocada no respirador, permanecendo ansiosa e agitada no leito. Apresentou também um edema importante no membro superior direito, com suspeita de trombose venosa. Rosa permanecia lúcida, acompanhando sua evolução, cada vez mais deprimida e ansiosa. O diagnóstico do edema no braço direito foi tromboflebite, sendo a regressão da mesma rápida e total. O desmame



do ventilador tornava-se cada vez mais difícil devido também a grande quantidade de secreção pulmonar e hipertermia, o que foram fatores agravantes. Com a evolução do quadro, suspeitou-se de vasculite e prolongou-se a avaliação nesta área. Aguardava-se a delimitação da área para amputação dos pés, que já se apresentavam com drenagem de secreção fétida e purulenta, em grande quantidade. Rosa se queixava de dor nos membros inferiores. Com o passar do tempo e a evolução do quadro, o psiquiatra solicitou a presença dos filhos para a visita, pois Rosa pedia para vê-los insistentemente. O médico acompanhou a visita que transcorreu tranqüilamente. Ela permaneceu chorando, praticamente, todo o tempo. Trinta dias após sua chegada na UTI, foi ao bloco cirúrgico para fazer uma traqueostomia, tendo uma parada cardíaca durante o procedimento, sendo reanimada e retomando à UTI. Apresentava-se oligúrica, desnutrida, com episódios de diarréia, sendo avaliada pelos médicos gastroenterologistas. No 50º dia de internação, pela manhã, Rosa começa a "competir" com o respirador, permanecendo ansiosa, agitada e dispnéica. Observou-se vômito cor borra-de-café e cianose importante na região peri-oral. O estado geral evoluiu rapidamente e, à tarde, Rosa estava chocada, indo a óbito às 14h30min daquele dia. Fui comunicada do ocorrido através de uma aluna do curso de enfermagem que estava na unidade e dirigi-me ao hospital para encontrar a família de Rosa. À noite, fui ao velório, permanecendo com a família durante algum tempo, sendo bem recebida e vivendo esses momentos com muita emoção.

Sentia-me triste, mas ao mesmo tempo buscava entender que Rosa parecia não querer mais viver e que já havia renunciado à sua vida há muito tempo.

Ao participar do velório e acompanhar Dona Violeta e alguns familiares por algum tempo, percebi que ela, apesar de não aceitar a morte da filha, ia se resignando aos poucos, com muitas lágrimas e com um monólogo muito difícil:

*"E agora? Como vou viver daqui para a frente, sem a minha rica filha?"*

Dona Violeta lembrava a todos, nesse momento, que a morte separa os entes queridos tomando por vezes muito difícil a vida dos que ficam...

Ao conversar com Seu Lírio, ele referiu estar surpreso com o comportamento de Dona Violeta e o vínculo ao trabalho realizado com ela no hospital, no grupo.

Respondi a ele que, os dias vividos ao acompanhar a evolução do quadro de Rosa, sem dúvida "muniu" a todos de força e coragem para vivenciar esse momento tão difícil, da melhor maneira possível.

Meu sentimento de tristeza aos poucos vai se transformando em algo positivo por ter a possibilidade de viver/compartilhar esse **processo de vida, doença e morte** (alegria, tristeza, esperança) da paciente Rosa junto aos seus familiares.

O processo de interação transcorreu com os familiares de Rosa, perpassando todas as fases da Teoria das Relações Interpessoais, sendo salientado para os presentes o quanto nos tornávamos mais fortes, quando "contávamos ao outro o que nos passava pela cabeça e pelo coração".

E à medida que nos relacionávamos, sentia que nossos laços de amizade e empatia se fortaleciam. Confirmei isso quando a mãe da paciente encontrou-me no hall do hospital e solicitou que ficássemos a sós. Mostrou-me uma receita e disse, muito assustada, que estava com doença bronco-pulmonar obstrutiva brônquica (DPOC). Expliquei a ela o que significava e a tranquilizei, dizendo que não era "doença maligna", mas que ela precisava de acompanhamento de saúde. Ela se despediu de mim com um toque afetivo e refleti, então, como esses momentos têm sido difíceis para todos nós, porque nessa interação me entristecia e me alegrava com os familiares continuamente.

Dona Violeta, mãe de Rosa, "transitou" pelos estágios estabelecidos por

Klüber Ross. A fase da negação, por exemplo, apareceu quando comentava:

*"Não, ela não..."*

*"Por que com minha filha? Ela nunca fez mal a ninguém...  
(negação)"*

Já a fase da barganha pode ser evidenciada quando diz:

*"Meu Deus, eu faço promessas... tenho de ser atendida..."*

Ficou evidenciado que a amputação dos pés e a possibilidade da morte de Rosa nunca foram aceitos por sua mãe.

O fato da possibilidade da amputação ser ventilada poucos dias após a internação da paciente na UTI, influenciou em todo o trabalho com esses familiares, pois a perspectiva "pairava" sempre, como uma situação bastante provável. Todos ficaram extremamente sensibilizados e quietos quando um familiar questionou sobre a possibilidade de qualquer um ficar sem os pés. Este fato foi comentado no grupo e trouxe bastante dificuldade para refletirem sobre o assunto.

Buscamos, nesse momento, repensar sobre a vida, a doença e a morte enquanto processos dinâmicos e vinculados entre si. Refletir sobre a amputação dos pés de Rosa significou pensar na importância de nossos pés e no modo como vivemos a vida.

Vivenciar esse processo de empatia foi fundamental para o grupo, porque os vinculou de uma maneira diferente, surgindo daí os sentimentos de compaixão e solidariedade salientados por Travelbee na sua teoria.

O trabalho no grupo de familiares contribuiu para abrandar um pouco a ansiedade e a angústia de Dona Violeta. Na verdade, pude estabelecer com eles (especialmente Dona Violeta e seu Lírio) uma relação de interação, baseada na confiança, sinceridade e empatia, o que muito me gratificou. Entendia que a necessidade maior dos familiares dessa paciente era conversar, sentirem-se livres para expressar sentimentos e, ao mesmo tempo, viver a inconformidade diante da

situação (e essa oportunidade o grupo oferecia).

No contato com Rosa via que a cada dia faltava-lhe brilho para viver, forças para lutar, para melhorar seu estado de saúde. A necrose progressiva dos pés (a perspectiva da amputação e de não poder caminhar mais), a impossibilidade de retomar seu trabalho, suas atividades em casa, a ausência dos filhos, o distanciamento definitivo do marido pareciam ser fatores que contribuíam para essa postura diante da doença e da vida. Viver não tinha mais nenhum significado.

Durante todo o trabalho realizado com os familiares de Rosa busquei estabelecer quais eram suas maiores angústias e a buscar juntos com eles o **significado desta experiência**, na tentativa de entendermos o **sofrimento** como um momento a ser vivido (inevitável) e que diante de novas situações pudéssemos ter **mais coragem e crescimento pessoal**.

As perguntas que os familiares de Rosa fizeram nesses primeiros encontros foram:

*"O que é um Infarto?"*

*"Por que ele acontece? É porque ela é nervosa?"*

*(Lírio, padrasto da Rosa)*

*"Por que ela tem que amputar os dois pés? E se não amputar, o que acontecerá com ela?" "Ela ficará para sempre aleijada, numa cadeira de rodas?" "E o que será dela, meu Deus? Sem pés? Sem poder trabalhar?"*

*(Dona Violeta, mãe de Rosa)*

Nos muitos encontros com os familiares de Rosa conversamos ainda, em grupo, sobre tais questões como:

- fatores determinantes do infarto agudo do miocárdio;
- a importância da religião como suporte nestes momentos de internação e doença grave;
- o significado da solidariedade dos pacientes, vizinhos, amigos nesta oportunidade;

- as questões da velhice enquanto reflexo de toda a vida (a vida, a doença, a velhice e a morte como processos dinâmicos);
- a importância da visita para o familiar e paciente enquanto possibilidade terapêutica, interferindo na recuperação dos pacientes internados;
- a importância da interação e envolvimento dos familiares com a equipe, nas quais a família presta informações que auxiliam na recuperação do doente;
- a importância dos momentos de silêncio no grupo, onde se refletia sobre o que estava sendo colocado;
- o exercício de ouvir a todos os familiares do grupo onde cada um, na sua singularidade, proporcionava reflexões belíssimas sobre o viver e o morrer.

Observei que, durante toda a internação de Rosa, sr. Lírio e alguns familiares tinham bem claro as seqüelas da doença e a possibilidade da morte. Entretanto, com Dona Violeta havia "oscilações" de comportamento, demonstrando entender o prognóstico, mas jamais perdendo a **esperança** que esse quadro pudesse ser revertido.

Gradativamente, detectei que ela e Rosa mostravam-se menos ansiosas durante as visitas, o que foi referido por Carla, uma aluna da saúde:

*"a paciente no início da internação estava muito ansiosa e não aceitava bem o trabalho fisioterápico. Com as atividades realizadas com seus familiares, ela passou a apresentar um comportamento inverso, ou seja, mais tranqüila e colaborativa".*

Buscando a interação ainda mais efetiva com os familiares de Rosa, especialmente com Dona Violeta, entrevistei-a, registrando a seguir suas colocações.

Com relação ao trabalho grupai propriamente dito, quando se perguntou à mãe o que pensava do trabalho, ela referiu:

*"É importante, porque dão palestras e explicam coisas pra gente..."*  
*"É bom porque é todos os dias..."*

Nesta fala fica implícita a necessidade do familiar de conhecer e

acompanhar o que está acontecendo com o paciente e de apoio cotidiano para suportar as dificuldades nesta situação de doença.

Quando solicitei a Dona Violeta que me dissesse o que falava à filha na hora da visita, ela disse:

*"Digo a ela que vou vim aqui todos os dias e que me preocupo muito com sua saúde. Digo também que a casa dela tá sendo bem cuidada, que os filhos estão bem e peço a ela que não se preocupe comigo (penso que dizer isso a ela vai lhe fazer bem, vai ajudar a sarar)".*

Fica claro nessas palavras de Dona Violeta que há uma preocupação em tranquilizá-la quanto à sua casa, filhos e também com relação ao forte vínculo que as une. Outro fato que chama a atenção é a busca da "visita terapêutica", onde Dona Violeta seleciona o que conversar com Rosa nesse momento.

Trabalhamos muito, nos encontros, a questão de realizar uma visita que "alimentasse a alma" do doente, que lhe desse ânimo e coragem para viver. Como Dona Violeta estava sofrendo muito, observei que fazer uma visita terapêutica demandava muito esforço e, ao sair da UTI, sua expressão era de sofrimento e desconsolo.

Quando perguntei se considerava importante a visita, ela disse:

*"É bom porque Rosa fica contente e se não tivesse a hora da visita ela ficaria muito triste e se preocuparia achando que ninguém gostava dela. Sentiria muita solidão".*

Em seguida, peço a Dona Violeta que fale um pouco sobre o significado da doença de Rosa para ela e sua família. Ela refere:

*"A doença dela é dos nervos, é uma mancha para o resto da minha vida. Minha filha é muito nervosa, tem muito problema e é como um balão que enche, enche e quando não aguenta mais estóra... foi o que aconteceu com o coraçãozinho da minha filha. Estou **desesperada, preocupada** e não tenho vontade de fazer nada. **Minha vida se transformou...**"*

Ela deixa bem claro o quanto está sofrendo com toda a situação e usa uma figura de linguagem para expressar como vê a doença. Diz também que está sem

ânimo para continuar vivendo diante de toda a transformação pela qual passou sua vida.

Quando questionei qual seria seu sentimento frente à possibilidade de morte de Rosa, ela diz:

*Se minha filha vier a falecer, acho até que vou morrer também..."*

Isso deixa claro o nível de **angústia, sofrimento e depressão** vivenciado por Dona Violeta e que encontrar um motivo para tudo isso ajudaria a transpor essa realidade.

Depois de um contato bastante prolongado com os familiares de Rosa posso dizer que em várias reuniões e situações alcançamos o rapport, porque além de desejarmos encontrar o sentido do vivido, construímos um "espaço" para "nos assistirmos" numa troca que proporcionou crescimento e maturidade para os envolvidos.

#### 4.2.2 O Amor Refletido na Doação

Margarida tem 36 anos e é natural e procedente de Caçapava do Sul - RS. É casada, desempenhando atividades no lar.

Internou na unidade, com diagnóstico de cardiopatia a esclarecer (suspeita de embolia pulmonar, choque cardiogênico, miocardiopatia pós-parto e ou choque séptico). Estava gestando com, aproximadamente 30 semanas de gestação (2ª gestação). Logo em seguida foi detectado que o feto estava morto e providenciado parto natural na UTI. Margarida tem dois filhos (08 e 10 anos) sendo que o filho mais velho é adotivo (foi dado ao casal por uma cunhada que veio a falecer por problemas no parto há 10 anos). Antes de adotá-lo, ela teve um abortamento espontâneo. Seu esposo é seu primo em primeiro grau, sendo que essa relação sempre foi bem aceita na família. É integrante da Igreja Evangélica

"Cruzada Universal da Salvação", onde trabalha com escolinha dominical na evangelização de crianças e jovens (salienta-se que o apoio que a família está recebendo dos membros da igreja tem sido significativo para a família neste momento). Margarida tem um temperamento calmo, é muito ponderada e trabalha na comunidade especialmente no auxílio aos doentes. Seu esposo é pedreiro e a renda familiar fica em torno de 3 salários mínimos. É filha mais velha, tendo mais uma irmã. A família tem um relacionamento harmônico. Antes dessa internação, apresentava boa saúde. **Vivia a vida com otimismo, enfrentando com coragem os acontecimentos do dia-a-dia.** No que tangia à doença e à morte, encarava-as de frente e com altivez, especialmente as doenças infantis dos filhos. Seu pai faleceu quando tinha quatro anos e a mãe recentemente, mas superou bem as perdas, mantendo-se ativa e mobilizada para o trabalho.

#### • Evolução da Paciente na UTI

Ao chegar ao Pronto Atendimento, familiares relataram que ela teve um mal súbito acompanhado de dispnéia intensa, cianose generalizada e taquicardia, apresentando em seguida uma parada cardio-respiratória.

Chegou à UTI entubada, em ventilação mecânica, sedada, chocada, com extremidades frias e mal perfundidas, ictérica e em insuficiência renal aguda. Abdômen globoso (feto morto) e com útero hipertônico, sendo realizado parto induzido na unidade. Edema facial e de extremidades moderado. Pulmões com estertoração basal bilateral.

Foi instalada a diálise peritoneal com resultado aquém do esperado. Instalou-se então a hemodiálise. Dez dias após, a paciente começou a convulsionar (até este momento, a paciente permanecia lúcida e interativa). Uma semana depois, apresentou-se comatosa. A equipe médica decidiu pela realização da histerectomia total tendo em vista a sepsis (suspeitado pela infecção uterina).



Após a cirurgia, apresentou ferida operatória com tecido necrótico, coágulos na incisão e mudanças de comportamento (passa a ser agressiva e pouco colaborativa). Vai ao bloco cirúrgico para debridamento, limpeza e retirada de coágulos da incisão, apresentando retorno ao comportamento inicial. Neste momento, a equipe médica suspeitou de microinfecções abdominais e cerebral. Foi solicitada Tomografia Computadorizada de abdômen e de cérebro. O esposo (Sr. Cravo) entra em angústia, tendo em vista o valor alto dos exames (aproximadamente R\$ 500,00 (Quinhentos Reais), e o HUSM não dispor do mesmo. Contactei com o serviço social do HUSM solicitando que pleiteassem uma redução no valor dos exames (os mesmos não foram necessários e não foram realizados).

Após cerca de 25 dias, houve nova internação para debridamento da ferida cirúrgica, sendo que 19 dias depois, apresentou convulsões novamente, acompanhadas de taquicardia, hipotensão, febre persistente, anasarca e urticária por todo o corpo.

Nesse período, detectou-se também pediculose no couro cabeludo. Observou-se que o cabelo muito comprido e em mau-estado agravava a pediculose. Solicitou-se ao familiar (esposo) autorização para cortar o cabelo mais curto e colocar o medicamento. O esposo não autorizou o procedimento, tendo em vista a religião da família, expressando conflito por entender a necessidade do mesmo. Pedi tempo para conversar com o pastor a respeito. Quando digo que consultarei a paciente, ele diz não ser este o momento, pois Margarida "recém está acordando". Em contato com a enfermeira da unidade, **refletimos juntas o quanto a cultura, a religião, os valores, direcionam a vida das pessoas, dificultando, por vezes, seu bem-estar.**

Será ela, nesse momento, fonte de libertação ou aprisionamento? Por outro lado, tenho claro que é dela que emanou coragem, fé e o desprendimento

do esposo para enfrentar a situação. Dias depois, ele autorizou o corte do cabelo da paciente, com o aval do pastor que disse:

*"Façam o que for melhor para ela, nesse momento..."*

A paciente alternava ventilação com T de Ayre e respirador mecânico (desmame). Na aspiração traqueal, apresentava grande volume de secreções e de tampões sangüinolentos. Passou a receber a dieta com boa aceitação e tolerância. Comunicava-se com gestos. Vinte dias após, a paciente deu alta para o andar, apresentando complicação respiratória importante e retornando imediatamente para a unidade.

Ao conversar com o médico plantonista, ele informou-me que estava confirmada a miocardiopatia periparto e o choque cardiogênico. Disse que o prognóstico era muito sombrio (sobrevida curta), devendo a paciente ser encaminhada para uma cardioplastia ou transplante cardíaco e que o esposo já estava orientado a respeito.

Trabalhei basicamente com o marido desta paciente, uma vez que seus parentes eram de outra cidade, não sendo possível virem diariamente. Com o esposo (Sr. Cravo) também alcancei o rapport, uma vez que nos encontrávamos quase que diariamente e por isso estabelecemos laços estreitos de amizade, respeito, empatia e compartilhamento da situação vivida na UTI.

O que chamou muito a minha atenção foi a esperança e a tenacidade do esposo, durante todo o processo. Ele jamais faltou à visita. Chegava pela manhã e permanecia até a metade da tarde na porta da UTI ou na capela. Para poder fazer isto, deixou os filhos com parentes e ficou no hospital indo esporadicamente para casa (em outra cidade).

Para acompanhar esta situação, o esposo doou-se plenamente, esquecendo de si para apoiá-la nestes momentos difíceis.

Nos primeiros encontros que tivemos, este familiar se encontrava bastante

ansioso. Busquei estabelecer com ele quais os fatores que geravam essa ansiedade e as perguntas que ele me fazia eram, dentre outras, as seguintes:

- "O que ocasionou toda a situação se ela sempre foi saudável?"
- "O feto está morto? É menino ou menina? Tinha anomalia? Foi enterrado?"
- "Se os rins não funcionarem, o que vão fazer?"
- "Por que ela convulsiona tanto?"
- "Por que o aparelho (monitor cardíaco) bate diferente no início e no fim da visita?"

Ultrapassado esse primeiro momento, planejei trabalharmos em grupo ou individualmente essas questões especialmente as relacionadas ao feto. Dei-me conta que o familiar se encontrava diante da morte, do luto pela perda do filho e da necessidade de "lutar", (do lado de fora da porta a maior parte do tempo) pela saúde da esposa.

Conversamos também sobre as rotinas da unidade, o papel do enfermeiro dentro da UTI, a importância da religião (apoio nos momentos difíceis) e de compartilhar a dor, o sofrimento e a esperança.

O processo de interação acontecia gradativamente sendo que o comportamento do familiar (colaborativo, cauteloso, mas esperançoso) auxiliava muito. Ele se hospedava na casa de Dona Violeta, mãe de Rosa (referida anteriormente) e devido a sua fé e equilíbrio emocional, teve uma participação muito importante nos encontros do grupo e na interação com esses familiares.

À medida que o tempo passava, ele nos falava de suas crenças, valores e sentimentos (definição de identidades), bem como estabelecia laços de afinidade e empatia com todos os membros do grupo. Este fato se acentuou, porque esses familiares tiveram seus pacientes na UTI por, aproximadamente 50 dias, tendo os demais um tempo de internação mais breve. Logo, muitos familiares participavam do grupo dois (02) ou três (03) dias e partiam, e eles permaneciam.

Em outros momentos, trabalhamos sobre a importância dele estar ali, solidário e demonstrando seu amor por ela.

No início da internação, o esposo se sentia ainda mais "analfabeto". Depois, com os esclarecimentos gradativos, já se sentia mais capaz e menos inibido para perguntar qualquer coisa. E isto o nutria enormemente.

Neste plano assistencial, contemplei dentre outras discussões:

- o significado para a família de Margarida perda do bebê;
- a importância da religião, dos irmãos de fé, da solidariedade, da doação;
- o valor inigualável da presença constante dele na unidade manifestada pela paciente por alterações da frequência cardíaca detectadas no monitor cardíaco;
- o encaminhamento do familiar para a assistente social para viabilizar exames;
- a necessidade de instalar diálise peritoneal e/ou hemodiálise em alguns períodos.

Observei que Sr. Cravo alegrava-se com minha presença, sentindo-se livre para expressar sua preocupação com o sustento da família e com a evolução de sua esposa. Muitas vezes chorava durante nossos encontros, mas nunca desanimava ou desistia. Mantinha-se sempre ao lado dela, em qualquer circunstância.

Foi um desafio trabalhar com esse familiar porque oscilava muito o quadro clínico-cirúrgico de Margarida. Entretanto, ele se mantinha acompanhando todo o caso, com serenidade e muita confiança.

Com o Sr. Cravo, alcancei o rapport, tendo em vista alguns fatores que colaboraram tais como: o comportamento do familiar, o tempo de internação da paciente, a relação estabelecida entre os familiares dos pacientes Rosa e Margarida, dentre outros.

Em um dos últimos encontros, conversei com ele e solicitei que dissesse se considerava importante a visita e por quê. Ele disse:

*"a visita é muito importante, a gente nota a diferença. Quando a gente chega ela está agitada. Quando conversa ela se acalma. Vejo naquele aparelho que diminui as batidas do coração dela quando eu chego. Ontem, ela não queria que eu sáísse, me reconheceu mesmo".*

É interessante observar que esse familiar "controlado" o monitor cardíaco, relacionando-o com a maior ou menor ansiedade de sua esposa, comprovando o quanto sua visita era importante, sentindo-se portanto valorizado nesse momento.

Quando pergunto ao Sr. Cravo o que diz a ela durante a visita ele informa:

*"Digo que está tudo bem, a casa, os filhos. Falo que só posso entrar no horário de visita, mas que estou presente lá fora e que ela sabe que eu estou por perto".*

Nessa fala, ele procura transmitir segurança a ela dizendo que mesmo que ele não esteja lá dentro (na UTI) ele está muito próximo, no corredor ou na capela. Preocupa-se também em tranquilizá-la com relação aos filhos e a casa.

Com relação ao significado da doença para ele, refere:

*"Nunca pensei passar por esse trecho difícil. Acho que se ela voltar com vida, esta será uma luta difícil que eu venci. Vai ficar marcado e eu tenho a certeza que a recompensa eu recebi. É um trecho que tenho que passar, não dá prá colocar na porta do vizinho (se referindo ao sofrimento e a doença). Pelo conhecimento da Bíblia eu sei que tem hora prá tudo, estamos preparados. É a hora de cada um".*

Quando pergunto a ele o que pensaria se ela viesse a morrer ele diz:

*"Se ela morrer, jamais vamos acusar Deus de ter nos tirado ela. Jesus é que tem poder. Se ele resolver chamar ela, nós vamos aceitar. O consolo está na certeza que chegou a hora dela. Quem tem o evangelho não é derrotado tão cedo. Estamos fazendo o possível e o impossível prá que ela viva. A religião ajuda muito".*

Com relação ao sofrimento e a morte da paciente observa-se que esse familiar tem bem claro, a partir de suas concepções religiosas, o seu significado, ou seja: o sofrimento e a morte são, intransferíveis e que a fé, a religião dão sustentação para viver e aceitar esses momentos.

Ao final do período da prática, a paciente permanecia internada na UTI com

previsão de alta para breve e com encaminhamento para o Instituto de Cardiologia de Porto Alegre.

#### **4.2.3 A Doença e a Possibilidade de Morte Carregadas de Surpresas!**

Gardênia tem 24 anos é solteira, natural e procedente de Santa Maria. Profissão: dona de casa. Chegou à UTI proveniente do 4º andar com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda e Hemoptise. Lúcida, orientada no tempo e espaço. Em seguida, apresentou dispnéia, cianose, sudorese e agitação psicomotora. Foi sedada, entubada e assistida com ventilação mecânica. Colocado intracath na subclávia direita para medicações. Foi colocado também uma sonda vesical em sistema fechado e sonda nasogástrica aberta em frasco sem drenagem de secreções. A família informou que antes de internar no 4º andar, a paciente chegou no Pronto Atendimento em estado grave (sangramento pulmonar abundante) e que todos os familiares estavam assustados e temerosos pelo futuro da paciente. No contato com eles, observei grande nível de ansiedade, tristeza e preocupação. Referiam ainda que ela é tabagista há 7 anos com um consumo diário de aproximadamente 20 cigarros. Informaram ser a primeira vez que ocorreu essa situação com a paciente. Segundo seus familiares, a **mesma é extrovertida, comunicativa e vive a vida com alegria.**

##### **• Evolução da Paciente na UTI**

No primeiro dia de internação na UTI, a paciente apresentou grande quantidade de secreção traqueal sangüinolenta, com vômito cor de borra-de-café. Glicose elevada (182 mg/dl) com dispnéia progressiva. O volume urinário se apresentou diminuído, com urina cor de chá da índia. Dois dias após a internação, a paciente já não utilizava o respirador, estando lúcida e colaborativa. Foi

diagnosticado um estenose mitral, sendo este diagnóstico desconhecido da paciente e de sua família. No dia seguinte, paciente estava com hipertermia, mas com boa evolução clínica. Com 7 dias de internação na UTI, dá alta para o 5º andar.

O primeiro contato com seus familiares foi muito interessante, porque devido a ansiedade deles, só foi possível conversar após o horário de visitas. Senti que o que mais os perturbava era o "inesperado", "a doença que vem sem avisar...", como referiu uma de suas irmãs. Observei que ao verem Gardênia, na visita, todos choravam (irmãos e mãe) e se identificavam, o que fortalecia a paciente, pois a mesma retribuía chorando e apertando com força as mãos deles. Ela solicitou (por escrito) que trouxessem seu filho de cinco anos à unidade. Enfermeira do turno a orienta que esse não é o momento propício para se verem uma vez que o mesmo pode se assustar e ficar com medo, o que não é bom para ninguém. Diz que assim que ela estiver melhor, a visita dele será liberada.

Nesse primeiro momento, conversamos individualmente sobre a importância de transmitirem a ela segurança, alegria e confiança na equipe que a tratava, além de colocá-los a par da evolução clínica da paciente. Após passados esses primeiros momentos, eles se interessaram por entender o que são e para que são as sondas e outros equipamentos que a paciente tem. Os familiares começaram a se identificar com relação às crenças e valores e demonstraram seus sentimentos com relação à doença e ao afastamento da paciente da família devido hospitalização. Refletimos juntos o quanto ficaríamos assustados se estivéssemos "bem de saúde" e fôssemos internados às pressas com sangramento... (isso na tentativa de entender como estaria se sentindo sua familiar).

Em outra ocasião, já em grupo, conversamos sobre a importância dessa ocorrência em nossas (suas) vidas. Eclode da conversa aspectos como: sentiram

a solidariedade dos vizinhos através do compartilhamento da sua dor, observaram que a família se uniu um pouco mais em torno da doença de Gardênia. Um outro aspecto importante ressaltado foi a manifestação de um cunhado da paciente que emocionado, em uma visita, disse a ela o quanto a estimava (anteriormente tiveram dificuldades de relacionamento).

Para a família, a possibilidade da morte foi tão clara que uma das irmãs disse na reunião que se ela recuperasse a saúde tudo ficaria diferente.

Em seguida, ressaltai a importância da participação deles no abandono que ela deverá fazer do cigarro. Destaquei as dificuldades inerentes a este processo e a necessidade que a paciente tem de fazê-lo. O contato com os familiares foi profícuo e os sentia muito envolvidos e empenhados na recuperação da sua familiar. Nossos encontros tiveram características interessantes porque a internação foi breve e o vínculo foi bom.

Após a alta, fui visitar a paciente na unidade de internação. Ela me recebeu muito bem e ao conversarmos um pouco, observei que ela estava feliz com sua recuperação. Em outra oportunidade fui ao encontro de seus familiares e fiz orientações gerais acerca da alta.

Quando perguntei qual foi o significado da doença para uma familiar (irmã) da paciente ela disse:

*"senti muito medo de perdê-la de uma hora para outra e de não poder fazer nada para evitar isso, aí me dei conta de como a gente gosta e precisa dela. Quando ela for para casa, nós vamos fazer uma festa, com tudo o que ela tem direito..."*

Acho fundamental ressaltar que eles programaram fazer a celebração do retorno à vida... E isso me encantou e emocionou muito.

Quando perguntei se gostaram do trabalho realizado com eles na UTI, um familiar diz:

*"quando você chegava (a enfermeira), a gente ficava sabendo 'tintim por tintim' o que tava acontecendo com Gardênia. Era jóia... a gente ficava mais tranquilo..."*



Conhecer um pouco da vida, da crença, dos valores antes e durante a internação forneceu-me subsídios para a realização de um trabalho mais contextualizado junto aos seus familiares, proporcionando uma releitura do seu processo de viver, adoecer e morrer.

#### **4.3 A Assistência aos Familiares como Processo Interativo**

A assistência de enfermagem aos familiares internados na UTI teve como base o processo interativo, como já comentado. Esse processo baseou-se, principalmente, na comunicação verbal e não-verbal estabelecida com eles em busca de um relacionamento terapêutico.

No entender de Peplau, apud STEFANELLI (1985), a enfermagem é um processo interpessoal, terapêutico, entre duas pessoas ou mais; este processo torna-se mais útil quando ambas, enfermeira e paciente, "crescem" como resultado da aprendizagem ocorrida na situação de enfermagem. Assegura ainda que interagir com o paciente só se torna terapêutico quando a enfermeira está consciente de sua comunicação e assume responsabilidade sobre esta.

Essa afirmação de Peplau se coaduna perfeitamente com Travelbee quando diz que o relacionamento enfermeira-paciente é meta a ser atingida, função específica da enfermeira e não "mero acontecimento"; é a interação planejada, com objetivos definidos, entre duas pessoas, na qual ambas modificam seu comportamento, construtivamente, com a evolução do processo de relacionamento.

Esses momentos do processo interativo, quando alcançados, contribuíram para o alcance das metas estabelecidas.

#### 4.3.1 O Modelo de Travelbee e as Relações Estabelecidas com os Conceitos

Tendo em vista que a busca do significado da doença e do sofrimento que Travelbee propôs se adaptavam perfeitamente às situações na unidade de terapia intensiva, sua escolha me proporcionou um instrumental de trabalho adequado. Certamente a situação de doença caracteriza-se como uma grande crise, tanto para o paciente quanto para sua família, e é nesse panorama que estabeleci relações interativas efetivas ou não, o que dependia de todo o contexto em que nós todos estávamos inseridos.

Além dos pressupostos básicos estabelecidos como referência e buscados durante o desenvolvimento do trabalho, defini alguns conceitos que, juntos, compuseram o marco conceitual explicitados anteriormente.

Um dos conceitos escolhidos foi **Família**, uma vez que ela era "o meu cliente" e que a assistência de enfermagem prestada a ela refletiria no paciente internado, o que ficou claro nas respostas aos instrumentos respondidos na UTI. A família concretamente foi entendida e trabalhada como uma unidade constituída por pessoas que não necessariamente tinham laços consangüíneos, mas sim histórias de vida construídas conjuntamente.

O que ficou claro também é que o processo de doença e sofrimento do paciente, repercute da mesma forma sobre a família. Isso fica explícito na fala de um familiar que diz:

*"Eu sabia que ele estava doente, mas nunca pensei que poderia morrer... Ele é tão importante para nós..."*

E também na fala de um familiar de Gardênia quando refere:

*"depois dessa, da saída dela daqui, tudo será melhor, diferente..."*

Aqui aparece a expectativa e a esperança do recomeçar da família e dos relacionamentos. É como se a paciente renascesse... e a família também.

Os laços consangüíneos apareceram bem demarcados mas, sem dúvida, existem laços tão ou mais fortes que estes, envolvendo pessoas com grandes afinidades e simpatias.

O conceito de **Enfermeiro** no projeto foi adaptado, buscando crescer e clarear as questões relacionadas ao processo interativo como responsabilidade desse profissional. Essa questão apareceu bem nítida, sendo que a família do paciente internado tem necessidade de ser assistida pelo enfermeiro, o que qualificará a assistência de enfermagem prestada.

Este conceito foi interessante porque, para tê-lo presente no dia-a-dia, foi preciso que eu me colocasse como pessoa que buscava estabelecer relações terapêuticas com os familiares.

Com propriedade, Meleis, apud LEOPARDI (1988), diz que, para a enfermeira prestar ajuda, deve clarificar seus próprios valores.

Foi fundamental conhecer os familiares com relação a crenças, valores, posturas e comportamentos reafirmando a necessidade do enfermeiro respeitar suas convicções, esclarecendo-os quando elas podem interferir na assistência de saúde a ser prestada ao seu familiar.

É importante destacar que, à medida que os familiares entravam em contato com o trabalho e participavam dele, identificavam-me como enfermeira e professora na UTI ou em qualquer lugar do hospital, procurando-me para conversar, o que me trazia grande alegria.

O conceito de **processo de viver, adoecer e morrer** foi adequado e demonstrou ter correlação direta com a história de vida do paciente e dos membros de sua família, em especial nessa fase de suas vidas.

Gardênia internou na UTI com uma infecção respiratória inespecífica e foi dito a ela que seria fundamental para a manutenção da sua saúde, o abandono do hábito de fumar. Ao dialogar com ela, ainda assustada com a internação, dizia

reconhecer a dificuldade em efetivar essa ação (fumava 1 maço de cigarros/dia). Busquei conscientizá-la do seu papel e do seu compromisso com seu corpo no sentido de mantê-lo o mais saudável possível.

O conhecimento da história do paciente auxiliou na compreensão de determinados comportamentos do mesmo e de seus familiares, esclarecendo, às vezes, uma evolução inesperada.

Uma situação ocorreu com Margarida, que segundo seu esposo (Sr. Cravo), antes da internação era calma, atenciosa e colaborativa. Após alguns dias de internação apresentando este comportamento, ela começou a manifestar agressividade. A equipe não entendeu as razões. Após a realização de um debridamento cirúrgico, ela retornou ao seu comportamento habitual. Concluiu-se que a agitação e agressividade foram resultantes da dor que sentia e que como estava entubada, não conseguia verbalizar o fato. Se a equipe não investigasse como era seu comportamento anteriormente, não teria condições de estabelecer estas correlações.

Este conceito atendeu às minhas necessidades porque a doença acometeu pacientes de diversas faixas etárias que viveram estes momentos de internação de diferentes formas. Alguns fatores que interferiram foram: o diagnóstico, o prognóstico, as relações familiares, a religião, entre outros.

Todo esse processo é permeado pelo sofrimento, pela dor e pela esperança e o enfrentamento do sofrimento está vinculado à forma como se vive a vida, bem como o que se pensa acerca da morte. Essa questão filosófica evidenciou-se nos comportamentos dos pacientes, familiares e equipe de saúde. Uma fala da esposa de um paciente muito grave, após a visita, é a seguinte:

*"É, todos temos um fim igual...  
Trechos difíceis para trilhar".*

*"A gente não é nada neste mundo".*

Isso expressa a inevitabilidade dos momentos difíceis na vida de cada um

de nós e a consciência da morte de todos nós, um dia.

Esse processo possibilita que ocorra crescimento pessoal como preconiza DAL SASSO (1992, p. 133), dizendo: "dentro do conceito de saúde holística, a enfermidade é vista como uma oportunidade positiva para o crescimento do indivíduo. Em outras palavras, a enfermidade oferece ao indivíduo uma oportunidade para clarificar valores, afirmar prioridades e direção individual, bem como aprofundar significados e valores da vida".

O conceito de **Relação de Interação** foi elaborado tendo em vista a interação ser o caminho que possibilitava algumas abordagens acerca do processo de viver, adoecer e morrer. A proposta inicial envolvia também os profissionais da UTI, mas essa meta não foi alcançada totalmente devido a transformações radicais nos quadros de pessoal com dispensa de funcionários eventuais e treinamento de pessoal para atuar nessa área; troca da chefia médica e de enfermagem da unidade, dificuldade de trabalhar com os funcionários devido a alterações súbitas no estado geral dos pacientes internados na UTI. Em duas ocasiões, suspendemos a atividade programada tendo em vista óbitos, internações, paradas cardio-respiratórias, dentre outras.

A participação efetiva dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem ocorreu de diferentes formas. Em uma das situações, a enfermeira foi participar do grupo e recebeu da esposa de um paciente internado o seguinte feed-back:

*"Quando meu marido veio mal para cá eu me desesperei, porque minha cunhada internou e morreu na CTI. E a senhora veio falar comigo e me disse que ele podia melhorar ou não e que era preciso esperar. Fiquei mais aliviada e graças a Deus ele já tá dando alta daqui".*

Acredito que a enfermeira sentiu-se recompensada, até porque não lembrava mais dessa sua ação e, com certeza, não tinha tido oportunidade de avaliar seu efeito.

Em outros dois momentos, participaram da atividade na sala de espera

outras duas enfermeiras e prestaram informações aos familiares presentes no grupo, o que foi muito interessante. Já os auxiliares se envolveram no trabalho observando o comportamento dos familiares e dos pacientes na hora da visita.

É importante salientar que em algumas situações grupais, os familiares perguntaram por que os médicos e fisioterapeutas da UTI não estavam presentes. Informei que essa era a meta a alcançar, ou seja, que a equipe da UTI recebesse e orientasse os familiares antes da visita à unidade, estando à disposição para esclarecer dúvidas quando necessário.

Infelizmente, nesse momento não foi possível realizar o trabalho com essa abrangência, mas tenho claro a necessidade e a emergência da realização do mesmo.

As relações de interação ocorreram em várias situações e envolveram a mim, aos pacientes (indiretamente), aos familiares e alguns membros da equipe de enfermagem. Relaciono a seguir, algumas falas em que essa interação fica mais clara:

*"Quando conversamos, tu já está ajudando...  
Agora que vou embora, olha ele por mim..."  
(esposa de um paciente jovem e terminal)*

Nessa fala fica destacada a importância da interação pelo diálogo e o pedido que cuidem do paciente por ela. Pareceu-me que, naquele momento, para a esposa, eu poderia ser sua extensão, representá-la naqueles momentos derradeiros.

Na Teoria das Relações Interpessoais de Travelbee, ela estabelece que o enfermeiro é um profissional capacitado para prestar ajuda a quem necessita de ajuda (paciente). Essa relação nos escritos de Joyce Travelbee se apresenta muito unidirecional, ou seja, não há destaque para as possibilidades de transformação no enfermeiro diante das relações estabelecidas com o paciente/família. O enfermeiro não é caracterizado como alguém que também

recebe ajuda nesse processo interativo; ele basicamente auxilia.

Este me pareceu um ponto frágil da teoria de Travelbee, uma vez que essa relação interativa, quando vivenciada pelo enfermeiro e familiares de maneira significativa, mobiliza sentimentos, atitudes em todos os envolvidos. Travelbee não explicita claramente qual o retorno para o enfermeiro no relacionamento interpessoal.

Na vivência, senti ser impossível auxiliar/assistir sem "sofrer" interferência daquilo que os familiares acreditam, dos seus valores, das suas posturas e comportamentos. Essa relação torna-se, com sua evolução, uma vivência para ambos os envolvidos, sendo que ela pode ser ampliada e trabalhada também em grupos. No meu caso particular, trabalhei na maioria das vezes, em grupos e observei que, quando o processo de interação se sedimentava, havia uma maior interrelação entre os integrantes do grupo.

Nem sempre pude perceber essa interação completamente, até porque muitas vezes o processo de comunicação foi não-verbal, sendo possível, porém, observar as atitudes e gestos somente de alguns participantes dentre os 20 a 30 em cada encontro.

Com relação aos conceitos **sofrimento e esperança** eles apareceram de uma forma muito marcante, tendo em vista as características da própria unidade e do contexto dos pacientes que lá internam. Portanto, na tentativa de aprofundar um pouco mais esses conceitos, entrevistei familiares de pacientes internados que relataram o que segue:

Uma das questões perguntadas foi qual o sentimento inicial quando soube que seu familiar estava internado na UTI. As respostas foram as seguintes:

*"Aflição - devido demora de informações concretas por parte da unidade".*

*"Eu me senti chocada uma vez que sabia que havia possibilidade de meu pai melhorar ou morrer".*

*"Angústia - porque apesar de saber que meu marido estava no recurso (Pronto Atendimento) ele dependia de leito para ser internado na UTI".*

*"Eu tive muito medo pela associação que faço da morte com UTI e também por ser da área da saúde e conhecer a evolução clínica dos doentes" (enfermeira, filha de um paciente internado).*

*"Desespero pelo acontecimento súbito, para o qual não estávamos preparados e ao mesmo tempo **esperançoso** por ele ter sido atendido rapidamente".*

Nessas falas fica implícita a avalanche de sentimentos presentes nos familiares quando têm pacientes internados na UTI. A associação de idéias UTI igual vida e morte aparece bem clara, assim como a relação estreita entre o desespero e a esperança.

Outra observação que considero pertinente é a colocação da enfermeira, filha de um paciente internado quando diz que os conhecimentos que tem permitem que ela vislumbre possibilidades não vistas pela família, o que sem sombra de dúvida, aumenta o seu medo.

Na questão seguinte, pergunto se eles têm sofrido muito com essa situação. Eles respondem:

*"Muito, porque a doença apareceu de uma hora para outra..."*

*"Sim, porque não estava preparada para enfrentar essa situação".*

*"É porque tenho 9 filhos, quase todos casados e em casa somos eu, uma filha menor e ele (o paciente). Agora estamos sozinhas em casa".*

É importante salientar que dentre esses familiares, somente um tinha seu paciente internado com doença crônica (hemato-oncológica). Os demais tinham doenças cardio-pulmonares e insuficiências que haviam se instalado num curto espaço de tempo.

Portanto, fica clara a surpresa que tiveram quando seu familiar internou o que causa um grande transtorno e sofrimento para a família.

A outra fala expressa a ausência do familiar, o que gerou insegurança e



intranqüilidade na família.

Quando pergunto se têm esperanças que seu doente se restabeleça todos eles respondem afirmativamente. Já quando questiono o que tem dado sustentação a esta esperança, eles dizem:

*"É a fé que tenho em Deus".*

*"É a confiança de que nunca vai acontecer o pior. Isto eu aprendi com minha família - o otimismo".*

*"É a religião que dá coragem para enfrentar o que vem para nós".*

*"É pensar que ele é jovem, forte, nunca adoeceu tão grave assim... Ele vai reagir..."*

A sustentação da esperança baseia-se em aspectos como a fé, o otimismo, a religião e o fato do paciente ser jovem, capaz de reagir.

Faço a pergunta do que mudou na vida da família e especificamente na vida daquele familiar com a internação. Eles afirmaram:

*"Mudou tudo, porque eu e as crianças sentimos muita falta do pai que é muito caseiro e carinhoso conosco".*

*"Ficou muito difícil porque ele só sai para trabalhar e agora estamos sozinhos..."*

*"Tá muito ruim, porque tive que chamar meus filhos de Porto Alegre porque ele (o paciente) faz tudo e eu não sei fazer nada sem ele..."*

Nessas falas fica clara a solidão dos familiares e a falta que o paciente faz em casa.

E finalmente perguntava o que esta experiência estava lhes trazendo. Eles responderam:

*"Nunca tinha pensado como seria viver sem meu marido..."*

*"Tenho pensado muito e acho que minhas responsabilidades aumentaram pois preciso ajudar o meu marido a se cuidar".*

*"O meu marido é muito teimoso e acho que com esse susto ele vai se cuidar mais".*

Na realidade elas expressam reflexões sobre anos de convivência,

comportamentos, mudanças no estilo de vida, enfim, sobre como se está vivendo a vida e o que poderá ser modificado para melhorá-la, o que é muito importante nesse processo. Foi muito comum observar que alguns familiares, diante da internação do seu paciente, traziam à tona questões como: qual o valor do dinheiro, por exemplo, se diante da doença e da morte ele não transforma o destino? Na verdade, essa experiência pode possibilitar o repensar "a vida" de todos os integrantes da família e portanto uma mudança na estrutura, nas relações estabelecidas entre eles, o que poderá trazer crescimento pessoal para todos.

É importante salientar que não é possível trabalhar em UTI sem se deparar cotidianamente com esses sentimentos tão presentes em pacientes, familiares e equipe de saúde e fatalmente são eles que tomam esse trabalho estressante (sofrimento) mas que, ao mesmo tempo, impulsionam novas tentativas para recuperar a saúde dos pacientes (esperança).

A dor emocional dos familiares com pacientes internados em UTI quase sempre estava relacionada ao medo de perder o paciente (da morte), a separação e as limitações físicas que poderiam advir da internação.

Os familiares vivenciaram o **sofrimento** e a **esperança** quase que concomitantemente, uma vez que, por exemplo, com a evolução rápida das pacientes Rosa e Margarida, eles se manifestavam cotidianamente.

As pacientes ora melhoravam, ora pioravam, num espaço curto de tempo.

Como refere KLÜBER-ROSS (1992), a esperança de que tudo isso não passe de um pesadelo irreal; de que acorde uma manhã com a notícia de que os médicos estão prontos para tentar um novo medicamento de vez em quando se insinua.

Algumas falas trazem à tona esses sentimentos, como as relacionadas abaixo:

*"Hoje eu estou com esperança, ela me reconheceu e não queria me deixar sair".*

*(Sr. Cravo, esposo de Margarida).*

*"Eu nunca pensei que ia sofrer tanto nessa vida..."*

*(D. Violeta, mãe de Rosa).*

Eles se nutrem e convivem lado a lado, definindo-se aos poucos, à medida que o prognóstico se define e que a evolução clínica acontece.

Outro conceito, ou seja, de ambiente foi construído apropriadamente e respaldou os objetivos construídos para o presente trabalho na medida em que conhecer aspectos relativos ao contexto da família permitiu uma abordagem mais identificada com a realidade do doente.

Por outro lado, a inter-relação de conceitos, juntamente com os pressupostos estabelecidos são de suma importância para que o trabalho seja coerente e para que os leitores entendam como se relacionavam e o que se pretendia com sua execução.

#### **4.3.2 Fases do Processo de Enfermagem**

O modelo estabelecido por Travelbee é bastante aberto, podendo ser utilizado metodologicamente de diferentes maneiras.

Observei que, dentre as etapas de interação, não há nenhuma mais importante que a outra mas que, para chegar ao rapport, a fase mais completa da interação, faz-se necessário percorrer algumas fases anteriormente.

A fase do encontro inicial ocorreu no primeiro ou nos primeiros encontros, sendo registrada mentalmente, quase que automaticamente (primeiras impressões e percepções). Detectei também que, à medida que as pessoas participavam mais vezes da reunião, contribuíam e dialogavam mais. Nos grupos que continham muitos familiares que vinham pela primeira vez, tínhamos mais dificuldade de interagir devido à ansiedade desses familiares.

Um familiar me disse ao final da reunião:

*"Muito interessante o seu trabalho porque compartilhar a dor é uma das maneiras de se aliviar".  
(Religiosa que trabalhava na pastoral da saúde).*

A segunda fase de definição de identidades foi alcançada diante dos diálogos mantidos com o grupo, onde procurei valorizar cada pessoa presente, bem como ressaltar o seu papel, insubstituível, junto ao paciente internado. Nessa fase, pudemos conhecer um pouco das crenças e valores dos envolvidos no processo. No caso de Margarida e Sr. Cravo, que eram adeptos da Assembléia de Deus, cortar o cabelo (mesmo com pediculose) era muito difícil e somente é possível entender e respeitar isso quando há um processo interativo em andamento que possibilite troca de informações.

Já na fase da empatia, o processo ocorria mais facilmente quando havia realmente o desejo de colocar-se no lugar do outro que estava sofrendo e refletir sobre como o outro se sentia, porque se comportava assim, tendo clara a perspectiva: e se fosse comigo? O que faria ou pensaria?

Foi interessante ter claro também que, como Travelbee, considerei a doença como uma vivência que é parte da vida dos indivíduos, portanto inevitável, e que todas as pessoas em um dado momento passam por ela.

Um dos momentos mais significativos com relação à fase da empatia foi quando D. Violeta dizia:

*"Por que Deus não me leva ao invés de Rosa? É tão jovem..."*

*"Por que não morro eu que já não sirvo mais para nada?"*

Em um dado momento, vivenciamos a presença marcante da fase da simpatia ou solidariedade descrita por Travelbee quando, no diálogo entre dois familiares, D. Violeta descobre que Seu Cravo não era da cidade e não tinha onde se abrigar, oferece sua casa e o aloja durante todo o tempo de internação de sua familiar, Margarida. Este fato trouxe para a sala de espera um grande facilitador de

interação que foi o exemplo da solidariedade, em um momento muito semelhante de suas vidas: eram familiares de duas pacientes (Rosa e Margarida), jovens (36 e 39 anos), com 2 filhos cada uma, com riscos de morte...

O mais interessante é que, como moravam no extremo da cidade, eles se dirigiam para a UTI em torno de 9h e só saíam após o horário da visita da tarde. À noite, iam a um telefone público e ligavam para o hospital em busca de informações. Outro dado que observei foi que como seu Cravo estava mais equilibrado e tranqüilo, ele auxiliou enormemente a família de D. Violeta com seu exemplo de coragem, de resignação, de perseverança e de fé. Parece-me que muito mais são auxiliados, os que auxiliam... o bem que D. Violeta fazia ao seu Cravo, retornava multiplicado...

Em muitos momentos, também vivenciei essa fase, sentindo-me impotente em algumas situações. Esse foi um aspecto que procurei trabalhar com os familiares no sentido de auxiliá-los, percebendo ser essa uma dificuldade comum a todos nós.

A fase do rapport é, sem dúvida, a fase mais completa de interação e, portanto, a fase mais difícil de ser alcançada. Aconteceu em vários momentos, por exemplo quando Gardênia estava com alta. Como sua mãe não sabia como agilizar sua saída me procurou na UTI, pedindo ajuda nesse sentido. Algumas falas também podem expressar essa fase, tal como:

*"A gente conversando diminui a angústia, espairose a gente e quando passa coisa ruim pela cabeça, na conversa vem o pensamentos bom... Dá força prá gente..."  
(Seu Lírio, esposo de Margarida).*

Parece-me que essa colocação expressa o quanto o diálogo terapêutico pode ser reconfortante, bem como a busca do significado da experiência pode ocorrer a partir do estabelecimento de relações interpessoais mais verdadeiras e construtivas. Para repensar o viver, é necessário coragem, reflexão e muita humildade...

Pela dinamicidade dos encontros e pela unicidade das pessoas, em algumas reuniões alcançamos o rapport e em outras não, estacionando em fases anteriores. Em outras situações, essa fase foi vivida em dois ou mais encontros, sendo que isso sofreu a interferência de fatores como: tempo de internação do paciente, número de pessoas presentes para a visita, vínculos dos visitantes com os doentes, dentre outros.

De qualquer maneira, procurei, em todos os momentos aplicar o preconizado por Travelbee, apud STEFANELLI (1985, p. 33), que foi "estimular o familiar a verbalizar e clarificar seus sentimentos e pensamentos; ajudá-lo a perceber as relações entre causa e efeito e a identificar sua participação na experiência".

#### **4.4 Resultados do Questionário Respondido pelo Pessoal da UTI**

Nesta etapa, apresentarei os resultados do questionário respondido pela equipe de enfermagem e alguns alunos na UTI, com o intuito de conhecer algumas concepções da equipe acerca da visita, sensibilizando-os nesse momento. Isso vem ao encontro da humanização da assistência de enfermagem na UTI, um dos objetivos específicos dessa proposta.

Esses questionários, bem como as entrevistas realizadas com os familiares auxiliaram na verificação da aplicabilidade do marco conceitual e da Teoria de Joyce Travelbee na prática assistencial desenvolvida.

Na questão número 1, perguntava ao profissional se considerava a visita ao paciente internado uma possibilidade, um momento terapêutico. Todos os questionados afirmaram que sim, justificando da seguinte forma:

*"A visita ao paciente internado em CTI ou em qualquer unidade de internação não só é um momento terapêutico como é o momento em que o doente se identifica com o seu mundo externo, onde ele se encontra com parentes e amigos do seu*

*mundo exterior" (Elaine).*

*"É um momento terapêutico desde uma vez que esta não traga ansiedade para o mesmo" (Ana).*

*"Sim, porque os familiares trazem segurança ao paciente" (Ângela).*

*"Sim, dependendo das visitas, porque algumas podem deixar o paciente angustiado, muitas vezes piorando o seu quadro clínico" (Caria).*

Observei nas falas que a visita do familiar traz para dentro da UTI o mundo lá de fora. Entretanto, como nem sempre a visita é positiva, há a necessidade de se trabalhar com o familiar, preparando-o para a efetivação da mesma. Isso reforça a necessidade de uma metodologia de enfermagem para assistir aos familiares dos pacientes, no sentido de melhorar a efetividade desses momentos.

Isso se comprova quando pergunto: caso a visita dos familiares não esteja sendo terapêutica, como achas que poderia ser transformada para tal e eles responderam:

*"À medida que os familiares são orientados a ansiedade diminui e eles ajudam com palavras de carinho para a paciente sentir-se o melhor possível" (Ângela).*

*"Os familiares que não receberam orientação geralmente estão muito ansiosos e não conseguem fazer da visita um momento terapêutico. Percebo que a sala de espera é a melhor forma de orientar e conscientizar os familiares" (Carlos).*

*"Antes do horário da visita, que este familiar seja orientado sobre o que falar com o paciente, enfim, como deve proceder sua visita para que não interfira negativamente na recuperação do paciente" (Carla).*

*"A visita só não é terapêutica quando o familiar ou amigo não está preparado para ver o doente, não está ambientado com o estado de doença de seu familiar e passa essa insegurança para o doente" (Elaine).*

Devo salientar que concebi o termo "visita terapêutica" tendo em vista os estudos de Peplau (1952), Goldin & Russel (1969) apud STEFANELLI (1985), que descrevem sobre comunicação terapêutica como forma de interação terapêutica. Como a visita ao paciente internado pode ser um momento positivo ou negativo,

de acordo com a comunicação positiva ou negativa estabelecida entre familiares e pacientes, entendi como adequada essa denominação.

Posso dizer que, para esse grupo da UTI, "visita terapêutica" é aquela que traz segurança, coragem, afetividade, esperança, estímulo para saírem da situação que estão vivendo, vínculos com o mundo exterior, além de não trazer muita ansiedade ao paciente internado, e que é negativa quando os familiares não estão preparados para ver o doente, não estão "acostumados" com a situação de doença do familiar e trazem, portanto, insegurança ao mesmo.

Para Ruesch, apud STEFANELLI (1985, p. 32), "a comunicação terapêutica é a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com os demais, a ajustarem-se ao que não pode ser mudado e a enfrentarem os bloqueios a auto-realização".

Tendo em vista essa citação, entendo que os familiares podem ser orientados e trabalhados no sentido de, ao visitar seu paciente, realizarem um relacionamento terapêutico entre eles. É importante salientar que os efeitos da visita para o paciente refletirão sobre o familiar, ou seja, se o paciente sentir-se mais encorajado e feliz durante a visita, seu familiar também receberá essa influência positiva e vice-versa. Na interação, considera-se sempre que pessoas interagem conjuntamente, com reflexo desse momento para todos.

Na terceira questão, solicitei que explicitassem se percebiam que as pacientes Rosa e Margarida recebiam visitas terapêuticas.

As respostas foram as seguintes:

*"Principalmente com a L.D.A. (Rosa) percebi isso de algum tempo até hoje, ela e os familiares apresentam-se menos tensos e ansiosos no horário de visitas" (Eliana).*

*"Sim, ocorre com as pacientes, pois ambas aguardam ansiosas as visitas e os familiares que, com suas palavras de incentivo, estimulam a vontade dos mesmos de sair do quadro em que estão vivendo" (Ana).*

*"Sim, pela tranquilidade, força e coragem que tentam transmitir*



*aos pacientes. Como são familiares esclarecidos a respeito de seus pacientes, percebem as reações dos mesmos e tranquilizam-os deixando claro que estão ali para ajudá-los e que estão rezando, pedindo a Deus que os proteja" (Ana).*

*"Sim, principalmente para a paciente Margarida, pelo apoio, pelas palavras, pelo toque e o afeto que seu marido traz a ela durante a visita" (Ângela).*

*"A paciente Rosa, após o início do trabalho, ficou mais colaborativa e tranqüila, pois anteriormente, após a visita da mãe, ela ficava mais sensível e pouco colaborativa" (Carla).*

Os depoimentos colocam as mudanças de comportamentos sentidas com os pacientes, que indiretamente estavam envolvidos no trabalho.

Uma outra questão feita à equipe e alunos (4ª questão), foi se haviam observado mudanças no comportamento dos familiares de Rosa e Margarida, após o início do trabalho com seus familiares.

*" Acho que ocorreu mudança naqueles familiares inteirados do estado de seu doente e preocupados em tomar atitudes que vão beneficiar na recuperação do mesmo. Eles se sentem mais capazes de questionar e ajudar no tratamento" (Elaine).*

*"Percebi os familiares menos tensos, principalmente o esposo de Margarida que ficou mais acessível em relação à equipe de trabalho. No início da internação estava muito ansioso" (Eliana).*

*"Sim, eles respeitam mais os horários e as solicitações da equipe" (Ângela).*

*"Os familiares demonstraram-se mais tranqüilos, perguntavam à equipe (médica e de enfermagem) suas dúvidas" (Andréia).*

Aparece, nessas colocações, a necessidade de informações que os familiares apresentam, bem como o efeito positivo que elas produzem no paciente, familiar e na equipe de saúde. A informação é fundamental porque dá segurança ao familiar e condições de interagir efetivamente no processo de saúde e doença de seu paciente com mais tranqüilidade.

Na assistência prestada aos familiares, estimulava que dialogassem com a equipe médica no sentido de conhecerem o diagnóstico, a evolução e o prognóstico do seu familiar e observei que, em decorrência disso, houve uma

procura maior da equipe médica para informações, o que considerei positivo.

Com relação à questão número 5, em que solicitava sugestões quanto a dias, horários, orientações na visita, as mesmas estão compiladas a seguir:

Uma das enfermeiras (Elaine) coloca que deveria ser dispensada mais atenção ao familiar, contanto que a unidade disponha de mais pessoal. A outra enfermeira (Eliana), diz que as orientações são pouco consistentes e feitas rapidamente por falta de tempo, agitação na unidade e inexistência de rotina específica. Sugere mudança no horário de visita para o início do turno (8:30 - 9:00) o que facilitaria o andamento do serviço.

Uma auxiliar de enfermagem sugere que sejam dadas orientações aos familiares diariamente por pessoa "especializada" para tal. Esse fato me inquietou, porque antevê a impossibilidade de algumas pessoas realizarem a atividade, o que não deve ser visto desta forma. Na verdade, cada membro da equipe deve assistir ao familiar na sua esfera de abrangência, sendo indispensável a participação de todos, cada um desempenhando o seu papel.

Um dos alunos de enfermagem sugere a implementação da visita noturna (outro espaço) e que, se o trabalho não tiver prosseguimento, os funcionários façam um acompanhamento do familiar dentro da unidade no período de visita, o que não era feito anteriormente. Em muitas situações, o horário de visitas era utilizado para o lanche dos funcionários.

Essa sugestão da criação do horário noturno é interessante, porque possibilita aos familiares que trabalham durante o dia, virem ao hospital à noite. Com relação ao acompanhamento mais próximo do familiar pela equipe, isso se mostrou de fundamental importância, tendo em vista que a equipe não está sensibilizada com relação as necessidades de apoio emocional e informações dos familiares e também com relação aos benefícios que a visita terapêutica traria a todos os envolvidos.

Com relação à última questão, em que solicitei que outras considerações fossem feitas, as respostas <sup>FORAM</sup> foram as seguintes:

*"Considero um ponto negativo na introdução do mesmo a falta de continuidade, pois todos sabemos que, ao seu término, os familiares se ressentirão da necessidade de explicações e soluções para suas angústias, principalmente quando já tiveram isso por um período de tempo" (Elaine).*

Essa colocação suscita dois pontos para avaliação: um deles, a necessidade dos familiares com relação à continuidade do trabalho, o que de certa forma "pressiona e perturba" a equipe de enfermagem. Isso pode ser um ponto negativo, se visto pela perspectiva de direitos das pacientes e familiares, e como também fonte de estímulo para que a equipe se organize para atender essa clientela que interfere positiva ou negativamente no comportamento e recuperação do paciente internado em UTI.

O outro diz respeito à percepção que a enfermeira tem do trabalho quando diz que "... os familiares se ressentirão da necessidade de explicações e soluções para suas angústias..." como se, através do trabalho com os familiares, fosse possível resolver as angústias das pessoas. Essa idéia, por si só, pode criar barreiras para a continuidade do mesmo, uma vez que alcançar esse objetivo é praticamente impossível.

A outra enfermeira ressalta: "... acho que todos precisamos de um preparo ou até mesmo um tempo para darmos isto (momento terapêutico) ao nosso paciente e ao familiar" (Eliane). Essa colocação denota a conscientização do preparo para essa assistência e da importância desse momento.

Uma auxiliar de enfermagem (Ana) diz:

*"gostaria que o projeto desse certo para que toda equipe multiprofissional trabalhasse junto, seguros, confiantes do seu dever".*

Essa fala traz à tona a importância do trabalho multiprofissional não obtido nesse momento. A respondente frisa sua importância: dar segurança no trabalho

para todos os envolvidos e cumprir seu papel junto ao paciente e familiar.

As considerações feitas pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e alunos da saúde ao responder o questionário foram relevantes tendo em vista que ressaltaram: a importância da comunicação e do encontro terapêutico, enquanto grupo, caracterizaram a visita terapêutica, observaram e explicitaram os efeitos dos encontros grupais com os familiares, dentre outros dados comentados.

## 5 A EXPERIÊNCIA COM TRAVELBEE COMO UMA POSSIBILIDADE METODOLÓGICA

Meu contato mais próximo com as várias teorias de Enfermagem existentes, ocorreu no Mestrado em Assistência de Enfermagem. Devo confessar que, a cada teoria que estudava, mais vislumbrava as possibilidades oferecidas por elas.

Ao estudar Florence Nightingale, a precursora da enfermagem, deparei-me com o destaque que ela fazia ao processo de comunicação em Enfermagem. Tendo o propósito de desenvolver uma Assistência de Enfermagem a partir do processo interação/comunicação, procurei conhecer melhor as Teorias Interacionistas. Dentre elas, tomei contato com a Teoria de Joyce Travelbee - Teoria das Relações Interpessoais - que pelos pressupostos estabelecidos, adequavam-se à proposta de trabalho a ser desenvolvida em Terapia Intensiva.

A visão de Travelbee, quando relaciona os seres humanos como únicos, diferentes entre si, é fundamental, porque pressupõe que, para pessoas diferentes, há que se desenvolver uma Assistência de Enfermagem também diferenciada.

Para prestar uma Assistência de Enfermagem que atenda às necessidades dos paciente, é necessário que se estabeleça entre enfermeira e paciente uma relação de interação efetiva, que é a essência do propósito da enfermagem.

Travelbee, apud LANSINGER & HOBBLE (1989), diz ainda que todos os seres humanos passam por certas experiências e irão procurar significados para estas experiências durante o processo de vida. E que o aprofundamento dessa vivência, responsabilidade da enfermeira, pode proporcionar crescimento pessoal para o enfrentamento de outras situações inevitáveis, como a doença e a morte.

Para a autora, a percepção e a comunicação devem estar presentes na relação pessoa-pessoa, para que a enfermeira possa planejar a assistência que o paciente necessita.

Seus pressupostos são muito interessantes, porque se articulam e se complementam globalizando, dessa forma, uma proposta de assistência humanizada ao paciente e à família.

Uma das considerações que Travelbee faz que é de suma importância, é a de que para ser capaz de prestar ajuda, a enfermeira deveria clarificar seus próprios valores, utilizando a si mesma de maneira terapêutica.

Essa premissa pode tornar-se uma limitação ao uso da teoria, uma vez que "clarificar valores" implica em optar por um caminho árduo, trabalhoso e difícil para a enfermeira (um grande desafio) e que vem acompanhado de grandes reflexões.

Travelbee (1982) afirma ainda que os valores éticos e espirituais da enfermeira, bem como suas crenças filosóficas sobre a enfermidade e o sofrimento determinam a medida em que será capaz de ajudar os indivíduos e a suas famílias a encontrar sentido para essas difíceis experiências.

Na vivência, percebi que tive maior ou menor facilidade em me inteirar com os familiares, tendo em vista essa colocação de Travelbee, sentindo-me portanto mais ou menos capaz de auxiliar aos familiares em alguns momentos.

É fundamental dizer que, como se trata de uma interação dinâmica, complexa, que envolve muitas pessoas, deve se ter bem claro que todo o contexto (aspectos ambientais, emocionais, físicos, espirituais) interfere nessa relação especialmente aqueles relacionados à enfermeira e aos familiares.

Tendo em vista essas considerações, acredito que, para utilizar a Teoria das Relações Interpessoais de Travelbee, é necessário que a enfermeira esteja disposta a "viver-com" os familiares os momentos de sofrimento e esperança, o que pode ser um fator que dificulte a aplicabilidade da teoria.

Torna-se inviável o uso dessa teoria quando, por exemplo, a enfermeira não aceita os seus pressupostos básicos, o que pode acontecer tendo em vista que eles envolvem crenças filosóficas e valores éticos e espirituais. Nesse caso, outra teoria deverá ser buscada para atender as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI.

Com relação às fases da teoria, observei que se pode vivenciar todas as fases em um só encontro ou em vários momentos. É fundamental, entretanto, que haja, em primeiro lugar, a predisposição de vivenciar essa experiência por parte da enfermeira e dos familiares.

À medida que as fases vão sendo vividas caminha-se em direção ao rapport. Como é a fase mais completa, é a mais laboriosa para se alcançar, até mesmo porque é necessário uma interação efetiva.

Observei que as fases de simpatia e solidariedade mobilizavam muitos sentimentos e emoções nos participantes das reuniões de grupo, sendo portanto bastante gratificante vivenciá-las em grupo.

A utilização de uma teoria de enfermagem associada à construção de um marco conceitual foi extremamente importante. Isso gerou segurança e estabeleceu um caminho a percorrer para o alcance dos objetivos traçados.

ANGERAMI e MENDESI (1989) confirmam isso quando dizem que o marco teórico tem potencial para unir a teoria, a prática e a pesquisa, e direciona todo o processo da pesquisa, desde a definição do problema até a análise e interpretação dos resultados.

Para Batey, apud ANGERAMI e MENDESI (1989), o marco teórico ou estrutura conceitual tem o significado de um mapa que serve para orientar o pesquisador no processo de planejar, conduzir e interpretar as pesquisas.

A criação de conceitos e adaptação de outros foi de suma importância porque estavam em consonância com minhas crenças e metas a atingir.

Como assegura LEOPARDI (1988, p. 2) "é inegável que o surgimento das teorias revela, antes de mais nada, a busca de um conhecimento, um saber específico para a enfermagem".

O uso de uma teoria de enfermagem no cotidiano foi muito interessante, porque auxiliou na busca de uma nova proposta metodológica de assistência aos familiares internados em UTI.

Na verdade, essa proposta cumpriu um pressuposto de Leopardi (1988) que diz que as teorias de enfermagem expõem as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e sobre a experiência terapêutica.

Quando trabalhei o processo de viver, adoecer e morrer e a relação terapêutica enfermeira-cliente, pude revisar questões relativas à citação da autora.

Após essa experiência, acredito que uma das grandes possibilidades de crescimento e valorização da enfermagem é a utilização de estruturas conceituais e teorias de enfermagem na prestação de assistência de enfermagem.

Newman, apud ANGERAMI e MENDESI (1989, p. 22), diz que "nós estamos começando a reconhecer nosso próprio potencial para descobrir um tipo particular de conhecimento que é relevante para outras disciplinas e essencial para a enfermagem".

É importante salientar que como expressa LEOPARDI (1988, p. 6) "temos estudado, aplicado e ensinado teorias de enfermagem norte-americanas, para amadurecer na sua análise e, discutindo as divergências e inadequações em relação à nossa realidade, poderemos buscar formas de explicar e desenvolver nossas práticas".

Com a aplicação dessas teorias na prática de enfermagem, espera-se fomentar a "autonomia da profissão, gerar um saber próprio, além de aprimorar a assistência de enfermagem, tendo em vista a responsabilidade cada vez maior dos enfermeiros na transformação da realidade brasileira".



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

inicialmente, gostaria de ressaltar a enorme contribuição que a Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina teve quando aceitou o desafio de promover a Enfermagem da Região Sul a partir do Convênio Repensul. Graças a essa coragem e desprendimento, é que tive a oportunidade de conviver com docentes da UFSC e compartilhar momentos muito importantes, o que contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional.

A seguir, me proponho a apresentar aspectos que facilitaram, dificultaram e/ou limitaram o trabalho, bem como avaliar o alcance dos objetivos traçados no início dessa caminhada.

Alguns fatores contribuíram para o desenvolvimento dessa assistência, sendo eles:

- a escolha da área de terapia intensiva como campo de experiência, uma vez que já tinha vivências anteriores com alunos da graduação do Curso de Enfermagem;
- a aceitação e a valorização da proposta de trabalho pela equipe de enfermagem da UTI;
- as leituras anteriores acerca do tema "a morte e o morrer";
- a escolha da Teoria das Relações Interpessoais de Travelbee que se adaptou perfeitamente ao cotidiano da unidade, ou seja, o convívio com a doença, o sofrimento e a morte;
- o desejo de estabelecer relações interativas terapêuticas, tendo claro que nesta situação elas são ainda mais laboriosas e difíceis;
- a clareza que estas relações estão sempre "em construção", o que

tornou o processo instigante, desafiador...

Algumas dificuldades e/ou limitações surgiram durante a realização do trabalho que foram:

- a difícil percepção e convivência com a singularidade de cada pessoa envolvida no trabalho;

- a necessidade de conhecer, com maior profundidade, as áreas da psicologia e de filosofia as quais oferecem subsídios para questões como relações interativas, comportamentos, etc.

- a pouca literatura no país, no que tange ao trabalho com familiares/famílias;

- a pequena participação da equipe de enfermagem no trabalho devido ao momento de reestruturação da unidade;

- o envolvimento com cerca de doze profissionais médicos na unidade, o que interferiu na realização do trabalho, uma vez que, com o rodízio freqüente de médicos, tornou-se difícil envolvê-los nas atividades propostas. Como a meta era a interação mais efetiva, o alcance desse objetivo ficou prejudicado;

- a dificuldade em obter material bibliográfico de Joyce Travelbee, a teorista de enfermagem que deu suporte para o trabalho;

- a falta de habilidade para trabalhar com grupos, a qual foi adquirida ao longo do tempo;

- a inexistência do trabalho interdisciplinar, o que se espera que com o tempo seja alcançado. O trabalho interdisciplinar precisa ser fomentado, pois juntos, profissionais e família, poderão encontrar novas alternativas para manterem-se mais saudáveis, especialmente nos momentos de crise.

Penso que este tema abre um leque de possibilidades para novas intervenções da enfermagem junto aos pacientes/famílias da UTI.

Pareceram-me significativas as seguintes questões: a visita ao paciente

internado é um momento terapêutico? Que papel desempenha a família neste processo de reabilitação? Como instrumentalizar a equipe e a família para esta atividade?

A partir daí, tendo como cliente a família, acredito ter contribuído para reflexões nessa área, discutindo e possibilitando aos colegas enfermeiros uma nova possibilidade metodológica de enfermagem que se mostrou adequada para assistir aos familiares dos pacientes internados na UTI.

Não só a enfermagem, como toda a área da saúde, precisam buscar caminhos que venham ao encontro da assistência à família, uma vez que como célula-mãe ela resguarda o indivíduo e tem contribuições fundamentais a fazer no cuidado e tratamento dos seus familiares.

Acredito ter alcançado os objetivos do referido trabalho, excetuando-se a participação efetiva da equipe de enfermagem devido às razões explicitadas anteriormente. Apesar disso, permanece minha expectativa de que essa vivência compartilhada com as enfermeiras e equipe de enfermagem da UTI possa ser o germe para outros trabalhos ou para a continuidade deste, no sentido de assistir essa população carente que são os familiares.

Durante toda a trajetória, lembrei-me constantemente de Florence Nightingale que, há aproximadamente 100 anos, colocava a **comunicação** como um instrumento indispensável para a assistência de enfermagem, bem como preconizava que o **processo terapêutico** estava vinculado ao ambiente, juntamente com a participação das crianças, flores, música e o pensamento positivo (possibilidade de auto-curar-se).

Preocupava-se com as famílias daqueles soldados doentes, às quais enviava cartas informando seu estado. E na atualidade, como a equipe vê a família? Como aliada que pode fornecer dados e proporcionar uma evolução mais favorável ao seu paciente, ou como um atrapalho, porque intervém

freqüentemente, buscando seu direito à informação? É urgente que se façam estas reflexões...

No desenrolar do projeto, a partir da interação buscada, sofri e me alegrei várias vezes com os familiares. Mas considero que, apesar das dificuldades, foi oportunizado a toda equipe repensar seu trabalho junto aos familiares dos pacientes internados.

Ao chegar ao término deste relato, tenho dificuldade em concluí-lo, porque parece que faltam muitas coisas a dizer... Penso, então, que jamais poderei expressar o vivido como ele foi, naquele dado momento...

O vivido foi incorporado e já não sou mais a mesma, os familiares e o contexto também não.

Espero poder expressá-lo, de fato, na minha prática pedagógica, com qualquer grupo, a qualquer momento...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI, E. L. S., MENDESI, I. A. C. Marco teórico das investigações em enfermagem - sua relação com as teorias de enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enf.*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 20-24, jul. 1989.
- ARAÚJO, C. P. A. A problemática da assistência religiosa em enfermagem. *Rev. da Escola de Enf. da USP*, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 10-15, 1975.
- ARRUDA, E. N. **Aspectos éticos na prática de enfermagem**. Florianópolis : [s. n., 199-].
- BOEMER, M. R. A morte, o morrer e o morrendo: estudo de pacientes terminais. In: ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, 1, 1988, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 1988.
- DAL SASSO, G. T. M. **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para a enfermagem**. Florianópolis : UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- . Compreendendo o ser saudável através do processo saúde-doença. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 120-138, jul./dez. 1992.
- DUNKEL, J., EISERDRATH, S. **Families in the intensive care unit: their effect on staff**. San Francisco Califórnia, v. 12, n. 3, May 1983.
- ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1994.
- ESPÍRITO-SANTO, T. S. M. Segurança emocional como necessidade humana básica - através do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. de Enf.*, Brasília, v. 38, n. 3/4, p. 231-236, 1985.
- FELISBINO, J. E. **Experiência de assistência de enfermagem com doentes de terapia intensiva e seus familiares a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta**. Florianópolis : UFSC, 1990. 218 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- FRANKL, V. **Psicoterapia e estudo da vida**. São Paulo : [s. n., 19--].
- GELBCKE, F. L. Processo saúde-doença: à procura da essência. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 4-19, jul./dez. 1992.

- GOMES, A. M. **A enfermagem na UTI.** São Paulo : EPU, 1988.
- GRUDTNER, D. I. **A família na UTI.** Florianópolis : UFSC, 1991. [Polígrafo da disciplina Assistência de Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência].
- IDE, C. A. C. **Prática de enfermagem em UTI e o contexto de saúde.** *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 23, n. 1, p. 91-98, 1989.
- KOIZUME, M. S., KAMIAYAMA, Y., FREITAS, L. A. **Percepção dos pacientes de unidades de terapia intensiva - problemas sentidos e expectativas em relação a assistência de enfermagem.** *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 135-145, 1979.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** 5. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1992.
- . **Morte: estágio final da evolução.** Rio de Janeiro, 1975.
- KURCGANT, P. **Formação e competência do enfermeiro da terapia intensiva.** *Enfoque*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 4, abr. 1991.
- LASINGER, T., HOBBLE, W. H. **Modelos y teorías de enfermaria.** Barcelona : Rol, 1989.
- LEOPARDI, M. T. **Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem.** Florianópolis : UFSC, 1988 [polígrafo].
- LEPARGNEUR, H. **Bioética e saúde.** São Paulo : Sociedade Beneficente São Camilo, 1987. p. 75-93.
- MANZOLLI, M. C. **Relacionamento em Enfermagem: aspectos psicológicos.** São Paulo : Sarvier, 1983.
- NITSCHKE, R. G. et al. **Família saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência.** *Rev. Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 152-166, jul./dez. 1992.
- OLIVEIRA, M. A. P. de, OGASAWARA, M. **Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte.** *Rev. Escola de Enf. USP*, v. 26, n. 3, p. 365-378, dez 1992.
- PIERIN, A. M. G., PADILHA, K. G., CRUZ, D. A. L. M. **Caracterização dos pacientes de duas unidades de terapia intensiva: condições bio-sociais, processo de internação e intervenções terapêuticas.** *Rev. Escola de Enf. USP*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 371-388, dez. 1990.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** 3. ed. São Paulo : Hucitec, 1994.
- REMEN, R. N. **O paciente como ser humano.** São Paulo : Summus, 1983.

- SARANO, I. O. **O relacionamento com o doente: dificuldades e perspectivas entre terapeutas e clientes.** São Paulo : EPU, 1978.
- SINNO, M. A. A comunicação enfermeiro-cliente. **Rev. Bras. de Enf.**, Brasília, v. 40, n. 213, p. 123-125, abr./set. 1987.
- SPINDOLA, T., MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr./jun. 1994.
- STEFANELLI, M. C. **Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente.** São Paulo : USP, 1985. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 1985.
- TAKAHASHI, E. I. U. O grau de parentesco do visitante e a resposta emocional ao doente infartado. **Rev. Paulista de Enf.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 1986.
- TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica.** 2. ed. Cali : Organizacion Panamericana de la Salud, 1982. 282 p.
- TRENTINI, M. et al. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, n. 2, p. 76-88, jul./dez. 1992.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALVES, D. B. É o trabalho de enfermagem um princípio educativo? **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 149-155, abr./jun. 1993.
- BUB, L. I. E. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1994.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.
- DANIEL, L. F. **Atitudes interpessoais em Enfermagem**. São Paulo : EPU, 1983.
- DANTAS, Darlene. Relacionamento terapêutico: relato de experiência. **Rev. Escola Enf. USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 153-158, 1983.
- FERREIRA, V. A assistência de enfermagem à nível hospitalar. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 4. **Anais...** Belo Horizonte, 1989.
- FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em hospital geral**. Florianópolis : UFSC, 1988. 182 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- LEÃO, N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, B. W. et al. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo : Pioneira, 1994. cap. 9, p. 138-147.
- MIRANDA, C. F., MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte : Crescer, 1983.
- MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidas**. Florianópolis : UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- MOURA, M. D., MOHALEN, L. N., FARIA, S. M. O psicanalista no CTI. In: ROMANO, B. W. et al. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo : Pioneira, 1994. cap. 10, p. 150-172.
- PADILHA, M. I. C. S. A família em questão: uma abordagem histórico-contextual. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 5, n. 1/4, p. 8-13, 1992.
- PASSOS, E. S. Tendência da ética profissional na modernidade. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 46, n. 1, p. 56-62, jan./mar. 1993.



PENNA, C. M. A família saudável: uma análise conceitual. **Rev. Texto Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 89-99, jul./dez. 1992.

POPIM, C. C., BARBIERI, A. Significado da morte perinatal: depoimento de mães. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 33-40, jan 1990.

SANDER, L. **O enfermeiro de UTI e o trabalho em sala de espera: uma experiência pré-profissional**. Santa Maria : UFSM, 1992.

SILVA, E. M. et al. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Rev. Latino-Americana Enf.**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 59-63, jan 1993.

WALDO, W. V. R., LOPES, M. J. M., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA COM O FAMILIAR DO PACIENTE INTERNADO

#### Roteiro:

- 1- Como está sentindo o trabalho desenvolvido com você antes da visita?
- 2- Considera a visita importante? Um momento terapêutico? Por quê?
- 3- O que diz para a paciente no momento da visita?
- 4- Como imagina que seria a recuperação do paciente sem a participação da família?
- 5- Como e de que forma a doença interferiu na vida da família? Qual o significado dela?
- 6- Como encara a possibilidade da morte de seu familiar?

## ANEXO II

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA COM OS FAMILIARES DO PACIENTE INTERNADO, TENDO COMO FOCO PRINCIPAL O SOFRIMENTO E A ESPERANÇA

- 1- O que você sentiu quando soube que seu familiar estava internado na UTI?
- 2- O Sr(a) tem sofrido muito com esta situação? Por quê?
- 3- O Sr(a) tem esperança que seu familiar se restabeleça? O que tem dado sustentação a ela?
- 4- O que mudou na sua vida com esta internação? E na sua família?
- 5- O que esta experiência está lhe trazendo?

**ANEXO III**

**QUESTIONÁRIO RESPONDIDO POR PROFISSIONAIS  
DA ENFERMAGEM E ALUNOS DA SAÚDE**

**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM / UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**

**ALUNA MESTRANDA: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK**

Prezado Colega,

Para aprimorar meu trabalho com os familiares dos pacientes internados em UTI, gostaria que respondesses as questões colocadas abaixo:

1- Consideras a visita ao paciente internado, uma possibilidade, um momento terapêutico?

2- Caso a visita dos familiares não esteja sendo terapêutica, como achas que poderia ser transformada para tal?

3- Consideras que as pacientes Rosa e Margarida têm recebido visitas terapêuticas? Como percebeste isso?

4- Notaste mudança no comportamento dos familiares de Rosa e Margarida após o início do trabalho realizado antes da visita?

5- Consideras que a visita ao paciente internado na UTI ocorre de maneira adequada? (quanto a dias, horários, orientação, etc.)

Que mudanças sugeres?

6- Outras considerações que queiras fazer sobre o projeto em desenvolvimento ou aspectos que consideras importantes.