

INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: experiência de familiares

Luiz Antonio BETTINELLI^a
Janine da ROSA^b
Alacoque Lorenzini ERDMANN^c

RESUMO

Este estudo qualitativo objetivou compreender o significado da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para os familiares dos pacientes. Foram entrevistados, de abril a dezembro de 2003, 16 familiares de pacientes internados na UTI geral de um hospital do interior do estado do Rio Grande do Sul. Da análise temática emergiram as categorias: a admissão na UTI; o impacto do desligamento e a “impotência familiar”; o pouco acolhimento e as visitas reduzidas; a falta de privacidade do paciente. Notou-se desconsideração e pouco acolhimento pelos profissionais do intensivismo para com os familiares.

Descritores: Unidades de terapia intensiva. Relações familiares. Relações profissional-família.

RESUMEN

Este estudio tuvo como finalidad entender el significado de la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para los familiares de los pacientes. Fueron entrevistados, desde abril hasta diciembre del 2003, 16 familiares de pacientes internados en la UCI general de un hospital de enseñanza, en el interior del estado de Rio Grande do Sul. Del análisis temático emergieron las categorías: la admisión a la UCI; el impacto de la separación y la “impotencia familiar”; la falta de consideración y las visitas reducidas; la falta de intimidad del paciente. Se observó falta de consideración hacia los familiares por parte de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Descriptor: Unidades de terapia intensiva. Relaciones familiares. Relaciones profesional-familia.

Título: Internación en Unidad de Cuidados Intensivos: la experiencia de los familiares.

ABSTRACT

The objective of this qualitative study was to understand the meaning of Intensive Care Unit (ITU) hospitalization for the patients' relatives. From April to December 2003, 16 relatives of patients admitted in the ICU of a teaching hospital in the state of Rio Grande do Sul, were interviewed. From the thematic analysis emerged the following categories: the admission to the ICU; the impact of separation and family feelings of impotence; lack of consideration and reduced number of visits; patient's lack of privacy. Neglect and lack of consideration towards the patients' relatives by intensive care professionals were observed.

Descriptors: Intensive care units. Family relations. Professional-family relations.

Title: Intensive Therapy Unit hospitalization: the patients' relatives experience.

^a Professor Titular III na Universidade de Passo Fundo (UPF), RS. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^b Enfermeira pela UPF. Ex-Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

^c Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq.

1 INTRODUÇÃO

As características tecnológicas e científicas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tornam evidente a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, por parte dos profissionais do intensivismo. Tal priorização, importante como suporte à manutenção da vida do ser humano torna secundários outros aspectos, no desenrolar do processo.

Neste contexto, o ambiente da UTI, muitas vezes, significa para a família uma ruptura da interdependência afetiva e emocional com o familiar internado. Entretanto, a família faz parte do processo, devendo também receber a atenção e o apoio dos profissionais da saúde. Para isso, é necessário conhecer as questões relacionadas com o significado da internação numa UTI e suas implicações na vida e no cotidiano dos familiares, e com isso, promover estratégias de intervenção.

Já existem vários trabalhos que tratam do tema⁽¹⁻⁶⁾. Os resultados que apresentam propiciam o repensar da presença da família dentro das instituições hospitalares. Acreditamos que, ampliando o conhecimento sobre o significado de ser familiar de um paciente de UTI, poderemos compreender melhor suas atitudes, comportamentos, expectativas e percepções, suas crenças e valores, frente à significância dos laços afetivos que os unem.

Assim, realizamos o presente estudo tendo como objetivo compreender os significados das vivências e experiências dos familiares, durante a internação de pacientes numa UTI geral. Teve-se como pergunta norteadora: como você vivencia a internação de seu familiar na UTI e que significado atribui a essa experiência?

2 O AMBIENTE DE UMA UTI

As características da UTI, cada vez mais sofisticada, vêm favorecendo a despersonalização das relações do cuidado, com a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, por parte dos profissionais do intensivismo. Os pacientes internados, num ambiente estranho e de avançada tecnologia, normalmente desconhecem o funcionamento dos equipamentos. Além disso, as rotinas utilizadas e, muitas vezes, descontextualizadas de seus hábitos, acarretam mudanças signifi-

cativas na vida dessas pessoas. A priorização dos procedimentos, importantes para dar suporte e manutenção à vida, tem o potencial de tornar secundários outros aspectos do processo de atendimento à saúde e da multidimensionalidade do ser humano.

Nesse panorama, o ambiente da UTI pode significar uma ameaça à família, criando uma imagem de ruptura da interdependência afetiva e emocional entre seus membros. A família faz parte do processo de internação e tratamento, merecendo do profissional atenção e apoio.

Na UTI, o paciente encontra-se num ambiente altamente tecnológico e entregue à cuidados desconhecidos. Nessas condições, o ser humano se sente inseguro e debilitado, além de isolado e afastado de seus familiares, que durante a internação, estiveram presentes dando suporte emocional. Quando bem orientados, os familiares tornam-se motivadores, participando conscientemente de toda a evolução do paciente. Durante esse período, a família precisa reorganizar-se de forma a superar as dificuldades que irão surgir, tanto nos aspectos afetivos, como no social e econômico.

Os familiares têm condições de propiciar na UTI um suporte afetivo ao paciente, facilitando a sua recuperação. Porém, de acordo com os padrões institucionalizados, são poucas as possibilidades de ali permanecerem. As visitas devem ser rápidas e pontuais. E os visitantes, por sua vez, ficam sem ação, ao adentrarem naquele ambiente desconhecido, onde a sofisticação e a quantidade dos equipamentos constroem e causam espanto. Tudo isso provoca em ambos, familiar e paciente, muita angústia e estresse.

Em vista dessa realidade, os profissionais da saúde precisam prestar apoio também aos familiares, o que facilitará o atendimento do paciente da UTI. Também, de outro modo, a ajuda da família sobre a segurança emocional e comportamental do paciente, pode ser aprimorada mediante um processo educativo também do familiar.

A família é uma unidade dinâmica, constituída por seres humanos que convivem num determinado espaço de tempo, que possuem sua organização específica, estabelecem objetivos comuns, construindo uma história própria. Seus membros estão unidos por laços afetivos e interesses no cotidiano que precisam ser valorizados no processo da internação do paciente na UTI.

A enfermagem, tradicionalmente, considera o paciente e sua família como o objeto da sua intervenção⁽⁴⁾. No entanto, a prática e a história revelam, na verdade, que o foco da atenção se concentra no paciente. A família normalmente fica à margem dos acontecimentos. Embora os profissionais da saúde acreditem e defendam o cuidado à família, esta enfrenta incertezas na hora de partilhar sentimentos, conhecimentos e informações, principalmente durante a internação em uma UTI.

É comum constatar-se que a vivência do infortúnio desencadeado pela internação possibilita às pessoas refletirem sobre o significado e o valor da vida, e sobre suas atitudes diante dela. Eventualmente ocorre até uma reorientação do modo de ser. Percebe-se, muitas vezes, o aflorar do componente religioso, através de manifestações de fé, orações, pedidos, que trazem alento nesses momentos difíceis. Não se admite mais “interpretar a vida como um fenômeno estritamente biológico”^(7:3). A riqueza que representa esse relacionamento no ambiente hospitalar é reduzida a um ofício de leitura de variáveis biológicas. Acabamos transformando a relação do cuidado num diálogo de surdos, em que “escutamos sem ouvir”, pois fomos treinados para subestimar a subjetividade das pessoas. Por sua vez, os familiares dos internados também sofrem, devido às poucas informações que recebem, estas se tornam, não raramente, uma seqüência de dados colhidos por meio de equipamentos.

Além disso, os longos momentos de espera, de angústia, de desesperança, de desconforto e de isolamento, provocados pela internação do familiar em UTI, podem ser minimizados. Os profissionais da saúde devem contribuir para uma condição mais humanizada da atenção ao paciente e família nestes momentos críticos de saúde.

3 A METODOLOGIA UTILIZADA

O presente estudo de abordagem qualitativa foi realizado com 16 familiares de 9 pacientes numa unidade de terapia intensiva geral, de adultos, num hospital de ensino de grande porte, do interior do Rio Grande do Sul. A UTI possui uma capacidade instalada de 22 leitos, sendo que existem: 3 box com 4 leitos, 2 box com dois e mais 6 box individuais.

Os participantes, pela primeira vez, vivenciaram a internação de um familiar em UTI. Fez-se com eles entrevistas, em local apropriado (consultório), após o agendamento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas individualmente, num consultório no segundo e terceiro dias de internação. Tiveram duração de aproximadamente 40 minutos. Os participantes responderam às questões abertas do instrumento de coleta de dados. As entrevistas foram enumeradas como **e 1, e 2, e 3**, e assim sucessivamente.

O estudo teve sempre a preocupação de manter o caráter sigiloso, com respeito aos princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme a Resolução 196/96⁽⁸⁾, e teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº. 48/2002.

O processo inicial consistiu na identificação dos núcleos de sentido, descobertos após análise minuciosa e exame do conteúdo das falas. A seguir, foram separados os códigos e os componentes, criando-se as subcategorias e categorias. Deste modo, a análise temática permitiu a construção das categorias⁽⁹⁾.

4 CATEGORIAS ENCONTRADAS

A análise temática dos dados, obtidos por intermédio de entrevistas com os familiares dos pacientes internados na UTI, permitiu construir quatro categorias: a admissão do paciente na UTI; o impacto do desligamento e a impotência familiar; o pouco acolhimento e as visitas reduzidas; e, a falta de privacidade do paciente.

4.1 A admissão do paciente na UTI

Os profissionais do intensivismo centram sua atenção no cuidado aos pacientes internados, nos problemas fisiológicos e execução de procedimentos, nos cuidados com drenos, sondas, soros e equipamentos, dentre outros. Um aspecto destacado nas falas dos familiares foi a pouca orientação recebida, desde a transferência até a internação. Vejamos:

[...] *seu familiar ficará internado e o horário de visita será às 12:30 e às 19:30 horas. [...] qualquer informação poderá ser obtida pelo boletim médico [...]* (e 13).

[...] *as informações serão fornecidas pelo boletim médico que estará disponível às 8 e às 20 horas [...]* (e 10).

A sensação é de abandono.

[...] *Elas não falaram mais nada. Nunca entrei numa UTI, sei que é um lugar que muitas pessoas morrem [...]* fiquei pensando somente no pior [...] *meu pai também irá morrer [...]* (e 3).

E continua o desabafo:

[...] *acompanhei meu pai até a UTI. Fiquei impotente, pois não poderia fazer mais nada por ele [...]* pediram para aguardar na sala [...] *fiquei mais ou menos uma hora e ninguém voltou a falar comigo [...]* senti falta de respeito comigo [...]. *Sei que têm muitos afazeres, mas não custava me informar algo* (e 12).

Percebe-se pouca disponibilidade ou acolhimento à família. A preocupação evidente é receber o paciente e cuidar dele, e pouca importância da presença do familiar na sala-de-estar. Essas atitudes denotam o quanto é deixada de lado a atenção aos familiares.

4.2 Impacto do desligamento e a “impotência familiar”

A compreensão e escuta dos anseios e mensagens dos familiares, durante o período da internação na UTI – período de padecimento, de fragilização sentimental e vulnerabilidade – é um desafio para os profissionais do intensivismo. É fundamental escutar o familiar, ajudá-lo a sentir-se mais seguro, proporcionando-lhe um ambiente acolhedor e receptivo.

Os momentos de preocupação e estresse dos familiares, em decorrência até da transitoriedade da vida, podem produzir sintomas e disfunções⁽¹⁰⁾. O processo de separação, e talvez a perspectiva da perda de um ente querido, é um fenômeno multifacetado que se propaga por toda a família. Nesse sentido, é imperiosa a necessidade adaptativa de todos, ou seja, o reconhecimento compartilhado da realidade, a experiência comum da perda e a reorganização familiar⁽¹¹⁾.

Os familiares assim se manifestaram sobre o desligamento do paciente:

[...] *ficamos de mãos atadas, pois não podemos ajudar nesse momento [...]* estamos impotentes frente à gravidade da doença [...] *ficar longe de meu pai traz muito sofrimento e angústia, não sabemos tudo o que está acontecendo com ele dentro da UTI [...]* (e 6).

Assim, as relações significativas com o familiar devem ser construídas pelo diálogo genuíno e por uma fala autêntica, de ajuda e conforto.

4.3 O pouco acolhimento e as visitas reduzidas

Nessas circunstâncias, os familiares não sabem a quem recorrer, ficando, invariavelmente, susceptíveis à perda da identidade e à falta de apoio dos profissionais do intensivismo. Apesar de os profissionais terem consciência da necessidade do cuidado à família, o mais valorizado é a tentativa de devolver o “equilíbrio” fisiológico ao paciente. A estrutura das UTIs, complexas e normatizadas, induz inevitavelmente à despersonalização das relações.

Convém mencionar a importância do acolhimento dos familiares na UTI e que a inclusão de pessoas significativas no processo do cuidado oferece maior compreensão daquele contexto⁽¹⁾. A família constitui uma forma de ajuda ao paciente, diminuindo as alterações emocionais e psicológicas e assim, facilitando a sua recuperação.

No momento do ingresso na UTI, os familiares se deparam com um ambiente totalmente estranho e desconhecem os equipamentos conectados e/ou acoplados ao paciente. É importante preparar e orientar os familiares, antes de sua entrada no setor.

Os familiares assim se expressaram, após visitarem, pela primeira vez, o paciente na UTI:

[...] *fiquei muito angustiada, não sabia o que fazer, se falava algo para minha mãe, se olhava para todos aqueles aparelhos [...]* é uma situação que provoca medo, angústia me sentia sem ação [...] *a gente deveria ser preparada para entrar na UTI [...]* (e 9).

[...] meu pai me olhava, mas não falava, pois tinha um tubo na boca [...] não sabia se devia falar alguma coisa [...] fiquei desesperado e saí, pois não queria que me visse chorando [...] é um momento de muita angústia e a gente só pensa no pior [...] (e 13).

Essas falas nos remetem a reflexões, a respeito de como tratamos ou cuidamos dos familiares, bem como, da concepção de que o paciente que vai para a UTI está prestes à morrer, pois a família sempre espera pelo pior (morte).

A humanização do ambiente hospitalar e da UTI perpassa também o cuidado aos não-doentes, isto é, à família. O trabalho dos profissionais continua centrado na execução de ações assistenciais e administrativas dirigidas ao paciente, ficando a família sem a atenção devida. A partir dos depoimentos sentimos a realidade desse distanciamento. Depreende-se, portanto, que há pouco envolvimento e preocupação com os membros da família.

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

O processo do cuidado envolve uma ação interativa. Esse comportamento tem como base os valores e o conhecimento do ser humano cuidador. Daí envolver atitudes de solidariedade humana. A solidariedade é, pois, uma atitude de cuidado, e este, por sua vez, uma expressão de solidariedade, tendo como propósito uma maior valorização da vida do ser humano⁽¹²⁾.

O cuidado tem uma dimensão ontológica da constituição do humano e está na origem da existência. Ele participa do destino, auxilia nas experiências de busca da pessoa, podendo dar novo sentido à sua vida. O cuidador, nesse caminho do cuidado, vai construindo o seu próprio ser, sua autoconsciência e a sua própria identidade^(13:92).

Para tanto, o profissional deve colocar-se no lugar do outro, demonstrando e vivenciando a empatia capaz de despertar a consciência de nós mesmos e do valor da vida que cuidamos. O fami-

liar possui sempre uma ligação afetiva muito forte com o doente. Isso precisa ser respeitado, recebendo a nossa atenção e apoio nas situações difíceis.

Os profissionais do intensivismo às vezes demonstram auto-suficiência pelo conhecimento que possuem e fazem transparecer a sua prerrogativa na forma como tratam os familiares. Eis o que dizem:

[...] quando falam com a gente dizem duas ou três palavras que nos deixam mais confusos [...] sempre dizem que o quadro é grave ou que inspira bastante cuidados [...] (e 14).

[...] quase não falam comigo [...] pedem para esperar, mas não voltam para dar informações (e 3).

Parece que o saber tecnológico nos dá mais poder e que por isso podemos conversar com as pessoas sem muito dizer, sem a preocupação de que se trata de seres humanos que estão sofrendo muito, usando uma linguagem técnica, quase sempre incompreensível para os leigos. Nosso distanciamento dos familiares contribui para aumentar o medo, a tensão e o estresse da família. Precisamos dispor de tempo para conversar e prestar todo o apoio possível, explicando claramente a evolução do paciente, as rotinas do setor, o funcionamento técnico e dos equipamentos.

4.4 A falta de privacidade do paciente

Zelar pela privacidade protegendo a exposição do corpo do paciente em UTI é um desafio para os profissionais da saúde. A planta física, o ambiente e a distribuição das atividades e tarefas, geralmente, não favorecem tais precauções. O respeito ao espaço pessoal e ao corpo do paciente tem sido de vários modos violados, pois para o desempenho das funções técnicas assistenciais, é necessária a manipulação do corpo, várias vezes ao dia. Os profissionais da enfermagem, de uma forma implícita, sentem-se autorizados a tocar nos pacientes quando da prestação do cuidado.

Durante o horário de visitas, os familiares manifestaram preocupação ao presenciarem situações constrangedoras, a excessiva exposição a que eles estão sujeitos.

[...] fiquei um pouco sem graça, pois vi um senhor sem camisola, estava agitado, não existindo preocupação das pessoas que trabalham na UTI em cobri-lo. Fiquei imaginando que o meu marido também poderia ficar assim em outros horários [...] (e 15).

[...] as camisolas poderiam ser maiores, quando a minha mãe senta na poltrona aquilo não cobre nada. [...] ela deve ficar envergonhada, pois teve uma educação muito rígida nesse sentido [...] (e 9).

Percebe-se a preocupação da família com o pudor e a exposição do paciente no ambiente da UTI. A privacidade é um direito do paciente hospitalizado, que não deve ser submetido à sua violação, nem à manipulação por pessoas estranhas. É um princípio contido no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, nos Art. 27 e 28⁽¹⁴⁾, ou seja, respeitar e reconhecer o direito do paciente de decidir sobre a sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar; além do seu natural pudor, privacidade e intimidade durante os cuidados profissionais. Ainda, no Art. 23, prestar assistência de enfermagem, sem discriminação de qualquer natureza. E, no Art. 3º, o profissional de enfermagem deverá respeitar a vida, a dignidade e os direitos das pessoas, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação ou forma de constrangimento de qualquer natureza.

É imperativo, portanto, o respeito à dignidade humana do paciente, o que obriga o profissional a uma postura ética, no toque e na manipulação do corpo. Alguém poderá objetar que a condição de nudez dos pacientes de UTI se justifica, na maioria dos casos, pela necessidade de manipular o corpo e manusear com mais rapidez os equipamentos, como eletrodos e cateteres, principalmente nos momentos de emergência, pois isso facilita o acompanhamento da evolução e de qualquer alteração fisiológica. Ocorre, nessas situações, que, despidos sobre o leito, os pacientes ficam “imobilizados”, sem qualquer ação e totalmente dependentes dos profissionais. Estes procedimentos “agressivos” contribuem para alterar a percepção do paciente, dificultando o seu relacionamento com os profissionais, comprometendo sua recuperação e até aumentando o estresse e o sofrimento.

Um dos aspectos importantes para a manutenção da privacidade é a interação profissional/paciente, através de uma comunicação eficaz. O profissional deve demonstrar preocupação com a proteção da privacidade do paciente, através de atitudes e expressão corporal, transmitindo segurança nas ações do cuidado. A privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, sendo indispensável à manutenção da dignidade das pessoas. A preservação da intimidade é algo natural nas pessoas, que normalmente demonstram surpresa e vergonha, temor e nervosismo, quando tocadas na execução de procedimentos. Deduz-se, pois, que vivenciar a nudez é desagradável e incômodo, além de causar constrangimento e humilhação, fragilizando assim a relação do cuidado⁽¹⁵⁾.

Como a manipulação corporal implica contato físico e observação visual que podem perturbar a relação do cuidado, recomenda-se que seja isolado o leito e exposto somente a região a ser examinada, evitando olhares curiosos de pessoas não envolvidas no cuidado.

A privacidade é um conceito abstrato, podendo ser definido culturalmente e dependente de cada situação^(15,16). No caso específico da relação profissional/paciente, deve ocorrer sem trazer constrangimentos. Para isso é importante conhecer a natureza cultural, espiritual, social e emocional de cada paciente, com respeito à sua personalidade e dignidade. Além de ser um direito, a privacidade é também indispensável para a manutenção da individualidade.

Assim, é importante que se desenvolva a percepção e habilidade, para melhor interpretar as reações dos pacientes e compreender os significados que advêm da exposição corporal. Como também, ajudar o paciente a superar as perdas e traumas impostos pelas condutas invasivas⁽¹⁷⁾.

A vivência do cuidado é tratada, pelo profissional, muitas vezes, como uma atividade mecânica, uma tarefa com normas rígidas a observar, esquecendo de que, mesmo na execução do procedimento, existe uma relação pessoa-pessoa. A dignidade humana às vezes é olhada segundo fundamentos utilitaristas, que encaram o cuidado como uma prestação de serviço, com vistas a tornar o ser humano produtivo e útil à sociedade.

Portanto, é fundamental que os profissionais da saúde reconheçam que a manipulação do

corpo do paciente e a invasão da sua privacidade são um problema ético merecedor de reflexão, e que as pessoas envolvidas no processo do cuidado, nas UTIs dos hospitais, reavaliem sua conduta face aos dados aqui evidenciados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de estudos que mostram a necessidade da presença da família, junto ao paciente internado na UTI, parece que não existe a devida preocupação com essa prática. É verdade que a família muitas vezes demonstra dificuldade de compreensão e entendimento quanto ao estado de saúde do paciente. Além disso, é comum a não-aceitação da enfermidade e das circunstâncias adversas por ela provocadas.

Por outro lado, se acreditamos que os vínculos afetivos e emocionais são dimensões humanas importantes, devemos encontrar estratégias de diminuir certas situações encontradas neste estudo. Não podemos simplesmente criar explicações e mecanismos de defesa, inibindo qualquer iniciativa de facultar aos familiares uma permanência mais prolongada com o seu paciente. A presença dos familiares poderia mostrar-se positiva até para aprenderem a lidar com a realidade e dominar a ansiedade, a angústia e o sofrimento.

O presente estudo mostrou que existe pouca consideração e acolhimento para com os familiares, por parte dos profissionais da saúde. O que pretende a família do paciente é poder participar, de forma ativa, de toda a evolução do estado de saúde e dos cuidados, sinalizando para repensar as questões da privacidade e intimidade dos internados.

Ao abordar a questão da privacidade, as manifestações dos familiares provocam reflexões sobre o tema. Isso, sem dúvida, nos compete a repensar as nossas atitudes e postura para com as pessoas que cuidamos.

A cada cuidador cabe ampliar a sua compreensão sobre a relação com os pacientes e as mensagens emitidas pelos familiares para que assim possamos promover a humanização da assistência na UTI.

Para tal, apresentamos algumas estratégias, tais como: permitir e orientar para que um familiar possa ficar próximo do paciente o tempo

que lhe convier e em condições que propiciem o estar melhor de ambos, paciente e familiar; orientar familiares sobre o estado do paciente, os procedimentos que estão sendo realizados e as finalidades dos equipamentos nele utilizados; instalar divisórias retráteis entre os leitos para aumentar a privacidade dos pacientes e familiares; dialogar com os familiares sobre os significados das experiências que estão sendo vivenciadas por eles e possibilidades de contribuições que promovam o acolhimento devido para eles, paciente e familiar. A atenção ao familiar de um paciente internado em uma UTI deve ser reconhecida como um importante cuidado de enfermagem e cujos conhecimentos e habilidades ainda carece de um saber sócio-humanístico incorporado ao fazer e ao **ser** dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1 Nascimento E. Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva [tese de Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. 144 f.
- 2 Buosso RS. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica [tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999. 168 f.
- 3 Oliveira M. Cuidando e aprendendo enfermagem com amor [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998. 183 f.
- 4 Ângelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997. 162 f.
- 5 Stefanelli M. Comunicação com o paciente. São Paulo: Robe; 1993.
- 6 Felisbino J. Experiência assistencial de enfermagem com clientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1990. 218 f.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de

- 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 8 Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética* 2000;8(1):55-67.
- 9 Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 10 Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- 11 Miceli A. Humanização do cuidado hospitalar em oncologia. Buenos Aires: Sociedade Iberoamericana de Informação Científica; 2005.
- 12 Bettinelli LA. A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida. Florianópolis: UFSC/PEN; 2002.
- 13 Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 14 Conselho Regional de Enfermagem (RS). Código de ética dos profissionais da enfermagem. Porto Alegre; 2002.
- 15 Pupulim J, Sawada N. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2002;10(2):433-8.
- 16 Pupulim J. Exposição corporal do cliente na assistência em unidade de terapia intensiva [dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. 151 f.
- 17 Applegate M, Morse MJ. Personal privacy and interactional patterns in a nursing home. *Journal of Aging Studies* 1994;8(4):413-34.

Endereço da autora/Author's address:

Luiz Antonio Bettinelli
Rua Marcelino Ramos, 111, Aptº. 903, Centro
99.010-160, Passo Fundo, RS
E-mail: bettinelli@upf.br

Recebido em: 20/05/2006

Aprovado em: 02/10/2006
