

Elina Maria Ribeiro Nunes de Oliveira

O Primeiro Contacto da Família com a UCI

Relatório Final

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação do Professor Adjunto,
Olivério Paiva Ribeiro

Junho de 2012



Dedico o mérito deste trabalho:

Ao meu marido, filhos e mãe pelo companheirismo e compreensão, pelo suporte nas horas de maior desgaste. Sem o seu apoio a sua realização não seria possível.

RESUMO

Sendo o doente internado, o foco do cuidado de enfermagem, muitas vezes, as necessidades dos familiares desses doentes são banalizadas por parte da equipa de enfermagem. Uma situação de internamento em Cuidados Intensivos (CI) é um factor que desencadeia stress e ansiedade, em que toda a estrutura familiar é ameaçada. Como tal, sendo a família uma extensão do doente, cuidar deste requer que se cuide igualmente dos seus familiares.

Pretende-se com este estudo identificar as necessidades dos familiares dos pacientes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, no momento que o visita pela primeira vez.

Através das necessidades identificadas elaborou-se um Guia Temático de Acolhimento na Primeira Visita para os Familiares, no sentido de melhorar o acolhimento e cuidados dispensados ao doente e família.

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo em que se usou a abordagem fenomenológica para a análise e tratamento de dados. Para a sua recolha, foi aplicada uma entrevista não estruturada a um total de 7 familiares que visitaram pela primeira vez o familiar internado na referida unidade.

As necessidades manifestadas foram: o apoio psicológico; informação sobre os procedimentos da unidade, sobre o estado clínico do doente e mais tempo de duração da visita.

Chegou-se à conclusão que a informação e apoio prestados por parte do enfermeiro de cuidados intensivos, englobado num acolhimento empático, é um cuidado fundamental que diminui os sentimentos manifestados face ao internamento; nomeadamente, de choque, ansiedade, e angústia.

Palavras -chave: Família; Acolhimento; Cuidados Intensivos; Papel do Enfermeiro.

ABSTRACT

Being the hospitalized patient, the focus of the nurse care, many times, the necessities of these patients' relatives are trivialized by the nurse group. A hospitalization in an intensive-care unit is a factor, which provokes stress and anxiety, where the whole family structure is threatened. Therefore, being the family an extension of the patient, caring of him, requires that the relatives ought also to be cared for.

It is pretended with this study to identify the necessities of the patients' relatives in the Coronary Intensive Care Unit of the *Trás-os-Montes e Alto-Douro* Central Hospital, at the moment this visit happens for the first time.

Through the identified necessities, a family welcome guide was elaborated, in the sense of improving the welcome and care given to the patient and family.

It is a qualitative descriptive study, where a phenomenological approach was used for the analysis and treatment of data. For its gathering, a non-structured interview was applied to a total of 7 relatives, who visited the hospitalized family member for the first time in the referred unit.

The necessities manifested where: the psychological support, information about procedures of the unit, the clinical state of the patient and more duration time of the visit.

It was concluded that the information and support given by the intensive care nurses, embraced in an empathic welcome, is a fundamental care which decreases the feelings manifested towards the hospitalization; namely, of shock, anxiety and anguish.

Keywords: Family; Welcome; Intensive Care; Nurse's role.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto do esforço e/ou colaboração daqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a sua concretização. A todos eles, o meu reconhecimento e gratidão:

A Deus que me oferece a vida e potencialidades;

À minha família que é o meu suporte, particularmente o meu marido, filhos e mãe, pelo apoio e compreensão pelo tempo em que não pude estar presente;

Ao professor Olivério Ribeiro, pela sua disponibilidade, respeito e serenidade na orientação preciosa que me disponibilizou;

Aos familiares dos doentes internados na unidade que aceitaram colaborar na entrevista.

ÍNDICE

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE QUADROS

1 - INTRODUÇÃO	17
2 - A FAMÍLIA	21
2.1 - A FAMÍLIA FACE AO INTERNAMENTO DE UM FAMILIAR.....	23
2.2 - A FAMÍLIA E AS SUAS NECESSIDADES BIOPSIKOSSOCIAIS	24
3 - A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	27
3.1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS INTENSIVOS.....	29
3.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA	32
4 - METODOLOGIA.....	35
4.1 - TIPO DE ESTUDO	36
4.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	38
4.3 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS DO ESTUDO	39
5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
5.1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
5.2 - DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES.....	48
6 - CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICES.....	59
APÊNDICE 1 - GUIA TEMÁTICO DE ACOLHIMENTO NA PRIMEIRA VISITA	61
APÊNDICE 2 - GUIÃO DA ENTREVISTA	63
APÊNDICE 3 - ENTREVISTAS TRANSCRITAS	65

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CI - Cuidados Intensivos;
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;
- et al. - e outros;
- MS - Ministério da Saúde;
- OE - Ordem dos Enfermeiros;
- p. - Página;
- pp. - Páginas;
- UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;
- UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários;
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos participantes e dados do doente internado	44
Quadro 2 - Necessidades manifestadas	45
Quadro 3 - Apoio por parte da equipa.....	46
Quadro 4 - Sentimentos manifestados face ao internamento do familiar na unidade	47

1 - INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) tem sido objecto de investigação na comunidade científica salientando-se a necessidade de acções que visem a humanização dos profissionais de saúde neste ambiente único de assistência (Camponogara, Santos, Seiffert, & Alves, 2011).

Devido às características tecnológicas e científicas que caracterizam a UCI, os profissionais que nela trabalham têm como prioridade procedimentos técnicos de alta complexidade. Tal hierarquia, coloca no topo o suporte à manutenção da vida da pessoa, sendo que no desenrolar deste processo, o acto de cuidar da Família torna -se um aspecto secundário.

“A Família, extensão do doente, com quem ele contava em vários momentos da sua vida, é afastada do seu convívio por imposição das rotinas do serviço geralmente rígidas.” (Camponogara *et al.*, 2011, p. 128). Neste contexto, o ambiente físico da Unidade, implica para a Família uma ruptura da interdependência emocional e afectiva com o familiar internado. Assim, é de realçar, que a Família faz parte do processo, devendo também ser alvo de apoio e atenção por parte dos profissionais da saúde (Bettinelli, Rosa, & Erdmann, 2007).

Sabendo que a Enfermagem é a arte do Cuidar, cabe a esta e aos seus profissionais, explorar meios ou novas formas de enriquecimento ou de proceder para satisfazer o seu alvo de actuação. Procura-se identificar o que a Família espera do Enfermeiro de Cuidados Intensivos no momento em que visita pela primeira vez o doente internado nessa unidade. Considera-se pertinente a exploração desta temática uma vez que o ambiente que caracteriza a UCI pode significar uma ameaça à Família. Esta é “ (...) uma extensão do paciente o cuidar dele também requer cuidar das pessoas queridas.” (Nascimento, 2012, p.621). Assim, surge a realização do estudo “**O Primeiro Contacto da Família com a UCI**”, enquadrado no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Desta forma, torna-se essencial indicar os objectivos deste estudo:

- Esclarecer acerca da melhor actuação profissional, posturas e modo de lidar com a Família dos doentes durante o seu acolhimento;
- Influenciar o surgimento de novas formas de intervenção e de comunicação por parte dos Enfermeiros durante o acolhimento aos familiares do doente internado na UCI;
- Recolher informação para a elaboração de um Guia de Orientação Temático de Acolhimento na Primeira Visita, aos familiares do doente em CI, adequado às suas necessidades, no sentido de melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem (Apêndice 1).

A família actua como unidade de saúde para os seus membros, ou seja, ela tem um referencial para compreender e actuar nas diferentes situações de saúde e doença. (...) o familiar (...)deve assumir a responsabilidade da saúde do seu familiar doente e, para isso, precisa ser ouvido em suas necessidades devendo ser igualmente cuidado (Martins *et al.*, 2008, p.1093).

Os mitos da UCI devem ser eliminados, abrindo-se as portas da unidade para que os familiares possam participar de forma adequada no tratamento do doente e que também possam receber cuidados e orientações de acordo com suas necessidades.

Com a elaboração do estudo “O primeiro contacto com a UCI”, espera-se seja pertinente à sociedade, contribua de alguma forma para a actualidade e melhoria dos cuidados prestados à Família na primeira visita ao doente internado em Cuidados Intensivos.

À medida que se vai conhecendo verdadeiramente o ser humano em todas as suas dimensões e, com a confrontação diária dos dilemas dos familiares dos doentes, torna-se cada vez mais urgente considerar a ideia de se investigar sobre as suas necessidades aquando da primeira visita ao doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos, com o objectivo de proporcionar apoio e informação, de forma a contribuir para um melhor estado físico e psicológico, assim como para o equilíbrio da estrutura familiar.

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009), a primeira etapa do processo de investigação consiste na delimitação de um domínio de investigação. “Ao tema sobre o qual incide a investigação associa-se primeiro uma questão geral, depois uma questão precisa, estreitamente ligada ao problema de investigação.” (Fortin *et al.*, 2009, p.66). Segundo as mesmas autoras, na formulação da questão de investigação, o investigador deve interrogar-

se da pertinência, do valor teórico, prático e sobre as dimensões metodológicas e éticas da questão levantada.

“A questão é delimitada gradualmente, até que se torne suficientemente precisa, para que se saiba que direcção se deve imprimir à investigação.” (Fortin *et al.*, 2009, p. 66). Assim, começa por questionar-se da seguinte forma: “Qual a influência do Enfermeiro na Família do doente internado em Cuidados Intensivos?”, depois sobre “O papel do Enfermeiro no acolhimento da Família que visite o doente em Cuidados Intensivos” e por fim, e como pergunta de investigação deste estudo, “O que a Família espera do Enfermeiro de Cuidados Intensivos na primeira visita ao doente?”. Esta inquietação surge, tendo em conta as necessidades básicas e psicológicas da Família dos doentes internados em Cuidados Intensivos (CI), de forma a contribuir para uma melhor adaptação da Família a tudo o que pressupõe um internamento em CI, de maneira a manter a sua integridade.

Para uma melhor explanação das temáticas em análise, estruturou-se o presente trabalho em seis capítulos. Após a introdução, onde se faz uma contextualização, se justifica a escolha e objectivos do estudo, passou-se ao enquadramento teórico, onde se apresenta a revisão bibliográfica acerca da Família, das Unidades de Cuidados intensivos (onde se incluiu o papel do enfermeiro), descrevendo e actualizando os conceitos que constituem os alicerces do estudo no actual estado da arte; na quarta parte, descreve-se a estratégia metodológica adoptada e fundamentam-se as escolhas dos meios aplicados para responder às questões de investigação que foram formuladas; na quinta parte, procede-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos; no final, na conclusão, descrevem-se as elações retiradas deste estudo e fundamentam-se os factores que dificultaram, facilitaram ou limitaram o estudo.

2 - A FAMÍLIA

Ao longo dos anos, a Família foi definida como

um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue, ou adopção, constituindo um único lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã, criando e mantendo uma cultura comum (Burgess & Locke, 1953, como citado em Hanson, 2005, p. 6).

Só a partir dos anos 80 é que a definição de Família foi alargada para além das condições de consanguinidade, de casamento e legais. Assim, Hanson (2005, p. 6) define Família como um conjunto de “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”. Stanhope e Lancaster (2011, p.581) adoptam a mesma definição, conceituando o termo família como referindo-se “ (...) a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro”. No entanto, acrescentam que

O conceito de família pode ir desde as noções tradicionais de família nuclear ou alargada até às estruturas da família “pós-moderna” como as famílias monoparentais, famílias de padrasto/madrasta, famílias do mesmo género e famílias constituídas por amigos (Stanhope & Lancaster, 2011, p.581).

No desenvolvimento da prática clínica da enfermagem, surgiu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que define Família como um

Grupo: unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 115).

As características da família (como a idade, género, número de elementos que a compõem), determinam a estrutura familiar. “Mais especificamente, a estrutura familiar define os papéis e as posições dos membros da família.” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.581).

Stanhope e Lancaster (2011, p. 581) abordam seis funções familiares que geralmente eram aplicáveis a todas as estruturas familiares: sobrevivência financeira, reprodução da espécie, protecção, herança cultural, educação/socialização dos jovens e concessão de estatuto. Não obstante, nos dias de hoje, estas funções são consideradas tradicionais, uma vez que já não existe um conceito de família típico. Actualmente, os elementos da família são, frequentemente, financeiramente independentes, ou não tão dependentes como acontecia no passado; não ter filhos, é opção de alguns casais; a segurança é também assegurada por outras entidades, como as forças de segurança pública; as escolas assumem um papel fundamental na socialização; os nomes da família já não são tão considerados para conferir estatuto. No entanto, basicamente a função da Família é fornecer apoio emocional, segurança, amor, aceitação, interesse e compreensão às pessoas que a constituem.

Stanhope e Lancaster (2011, p. 581) afirmam que “As duas funções principais das famílias do século vinte e um, são as funções de relação e de cuidados de saúde.” As mesmas autoras referem que “ A função de saúde (...) é a base de um ciclo de vida com saúde física e mental ou com a sua falta. As famílias estão envolvidas nos cuidados de saúde dos seus membros.”

Hanson (2005, p.7) define saúde familiar como “ (...) um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar”. Esta perspectiva diz respeito tanto aos membros da família individualmente, como à família enquanto unidade e inserida na comunidade.

Por seu lado, Stanhope e Lancaster (2011, p.583) sintetizam as principais características das famílias Saudáveis que estão integradas mais no âmbito da saúde mental do que física. Neste contexto, importa destacar algumas delas:

- A família afirma e apoia todos os seus membros;
- Os membros da família têm um sentimento de confiança;
- Todos os membros interagem entre si e existe um equilíbrio das interacções entre os membros;
- A família abre as suas fronteiras para procurar e acolher ajuda para os problemas.

Assim, podemos colocar em destaque a capacidade da Família no cuidar e no se adaptar aquando de crises acidentais, como nas situações de doença.

2.1 - A FAMÍLIA FACE AO INTERNAMENTO DE UM FAMILIAR

Numa situação de doença de um membro da família toda a estrutura familiar é afectada. “A saúde de um indivíduo (o contínuo saúde doença) afecta o funcionamento de toda a família e, por sua vez, o funcionamento da família afecta a saúde dos indivíduos.” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.583). Assim, o enfermeiro deve atender às necessidades da família de forma a mantê-la saudável, para poder dar apoio ao elemento doente.

Na UCI ocorre o afastamento dos familiares da convivência do doente. Esta “ (...) é considerada um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital, onde a morte é uma constante (...)”. Da mesma forma que tende a ser hostil para o doente é-o também para a família, uma vez que “ (...) o processo do adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado, mas também toda a família, que vivência a hospitalização diariamente.” (Almeida *et al.*, 2009, p. 845)

Vários estudos pesquisados relacionados com esta temática, realçam que os familiares, frequentemente, demonstram ansiedade, medo e sentem-se muito desamparados relativamente à sua capacidade de intervir e ajudar o doente.

Segundo Stanhope e Lancaster, (2011, p. 583). “As famílias não são nem inteiramente boas nem inteiramente más; em vez disso, todas as famílias possuem tanto forças como dificuldades. Todas as famílias têm sementes de resiliência.” Sendo que a resiliência é entendida como a “ (...) capacidade de resistir e ultrapassar a adversidade” (Hawley, 1996, 2000, Patterson, 2002, Walsh, 1996, 2002, como citado em Stanhope & Lancaster, 2011, p.583).

Um acontecimento que altere o funcionamento da família pode ser previsível, podendo ser antecipado; como tal, as famílias podem-se preparar, fazendo como que o levantamento dos recursos necessários a disponibilizar, aumentando a sua capacidade de coping, reduzindo o stress gerado, bem como, os resultados negativos (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 613).

McHenry e Price (2005, p.30, como citado em Stanhope & Lancaster, 2011, p.610) definem coping familiar como sendo “os esforços da família para gerir, adaptar-se ou lidar com o acontecimento stressante de modo a atingir o equilíbrio no sistema familiar”.

Existem três áreas onde a família precisa de encetar esforços de coping (McCubbin, 1991, como citado em Hanson, 2005, p.138):

-Manutenção do funcionamento da unidade familiar e do optimismo sobre a situação;

-Lidar com as tensões dos membros e manutenção da auto - estima, do apoio e da estabilidade psicológica destes;

-Compreensão do estado de saúde de todos os regimes de tratamento para o membro familiar doente.

Enfatizam a importância de a família encetar esforços de *coping* em todas estas áreas, em situações em que têm um membro doente, de modo a manter a família enquanto unidade, a saúde e bem-estar dos seus membros e a prestar apoio ao membro doente (McCubbin, 1991, como citado em Hanson, 2005, p.138). Ora, “Isto pode ser difícil para as famílias se o sistema de cuidados de saúde apenas der importância à prestação de cuidados ao membro doente, em detrimento da saúde dos outros membros e da saúde da unidade familiar.” (Hanson, 2005, p.138).

Uma situação de internamento em cuidados intensivos, normalmente ocorre de forma inesperada, não sendo um acontecimento previsível, como tal, “ (...) as famílias têm pouco ou nenhum tempo para se prepararem e o resultado pode ser o aumento do stress, crise ou mesmo a disfuncionalidade” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.613).

As mesmas autoras consideram que “Uma crise familiar acontece quando a família não consegue lidar com um acontecimento e se torna desorganizada ou disfuncional.” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.610). Assim, importa enfatizar que a Família é uma extensão do doente e cuidar dele, implica cuidar dos seus entes queridos, ou seja, “O paciente não pode ser visto, meramente, como um diagnóstico, mas sim como uma pessoa que tem uma família e entes queridos, os quais possuem necessidades da mesma maneira que ele.” (Morton, Fontaine, Hudac, & Gallo, 2007, p.6).

2.2 - A FAMÍLIA E AS SUAS NECESSIDADES BIOPSISSOCIAIS

A admissão de uma pessoa numa Unidade de Cuidados Intensivos por presença de doença aguda é, geralmente um acontecimento inesperado na vida de qualquer pessoa. A gravidade da situação clínica e a estranheza do ambiente da própria unidade provocam o desencadeamento de respostas de stress, implicando uma mudança global no sistema familiar. Este momento de crise é sentido pela Família como uma ameaça à sua estrutura e funções (Urden, Stacy & Lough, 2008, p.41).

Para que a integridade da Família se mantenha, é necessário que todos os membros desempenhem determinadas funções de modo a responder às suas necessidades, sejam as necessidades da Família como um todo, as necessidades de cada membro que pertence à Família ou as necessidades impostas pela sociedade.

Segundo Maslow (como citado em Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2011, p. 3), as necessidades da pessoa vêm descritas sob a forma de uma pirâmide, hierarquizadas. As fisiológicas são consideradas como básicas para todas as pessoas, seguidas sequencialmente das de segurança, de afeição, de estima/auto-respeito e de autoconhecimento que engloba o autopreenchimento, vontade de saber e compreender, bem como as necessidades estéticas.

As necessidades de cada pessoa ocorrem em graus diferentes, mas simultaneamente. No caso de doença aguda da pessoa, a Família terá níveis diferentes das diversas necessidades para resolver. Uma pessoa move-se ” (...) desde o preenchimento das necessidades básicas até níveis mais elevados de necessidades, sendo a meta final o funcionamento humano integrado e a saúde” (Maslow, como citado em Smeltzer *et al.*, 2011, p. 3).

Para Henderson (2007, p.8), é primordial reconhecer que as pessoas têm necessidades comuns. É igualmente importante saber que estas estão inter-relacionadas e que a sua satisfação varia de acordo com os factores psicológicos, sociais e culturais, ou seja, com os seus padrões de vida. “Isto significa que a enfermeira, por muito que saiba, ou por muito que se esforce, nunca poderá compreender totalmente ou proporcionar tudo o que a outra pessoa necessita para o seu bem-estar.” Para esta autora, os cuidados de enfermagem são centrados na pessoa, de forma a ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades, o mais precocemente possível. Assim, “quer a pessoa esteja de boa saúde quer esteja doente, a enfermeira deve ter presente o inelutável desejo humano por comida, abrigo, roupa; por amor e aprovação; por um sentido de utilidade e dependência mútua nas relações sociais” (Henderson, 2007, p.7).

Analisando toda a informação anteriormente explorada e pensando em que medida o Enfermeiro pode intervir nesta área, é de salientar que o processo de apoio e informação proporcionado pelo Enfermeiro no acolhimento à Família é essencial na aceitação da doença, na capacidade em lidar com as alterações clínicas que a doença aguda produz e nas decisões e envolvimento nos cuidados; podendo através da relação de ajuda, da comunicação e escuta eficaz, contribuir para um sentimento de bem-estar físico e psicológico da Família, apesar de toda a realidade que enfrentam.

3 - A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos, pressupõe um ambiente destinado ao atendimento de doentes graves, em risco de vida e que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínuas.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2003, p.5) a Medicina Intensiva

É uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis.

Os doentes internados na UCI são submetidos a uma monitorização contínua das suas funções orgânicas e a cuidados altamente complexos e diferenciados, tudo na tentativa de restabelecer o estado de saúde e de permitir a sobrevivência. É um ambiente caracterizado pela possibilidade de surgimento de situações de emergência, com doentes sujeitos a mudanças súbitas do seu estado geral, cercados por profissionais, actividades constantes, luzes, ruídos, equipamentos, alarmes accionados por qualquer anormalidade.

“É um ambiente de profissionais qualificados, com alto aparato tecnológico e assistência contínua. O ambiente da UTI transparece gravidade, invasividade e risco de morte, além de aparentar ser hostil, negativo e distante (...)” (Camponogara *et al.*, 2011, p. 125).

Estes factores tornam o ambiente stressante para todos os que nele convivem.

As unidades de cuidados intensivos são considerados contextos específicos de atendimento em saúde, diferenciando-se dos demais pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção, pelos recursos humanos especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes (Almeida & Ribeiro, 2008, p.80). “Os doentes dos cuidados intensivos são os que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais.” (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 4).

“A imagem que o cidadão comum tem de uma UCI, (...) é de um ambiente tecnológico (...) onde são atendidos os doentes mais graves e onde a distância entre a vida e a morte é ténue” (Almeida & Ribeiro, 2008, p.80). Além disso, o doente, que faz parte integrante de um núcleo familiar, é acometido de doença grave que, por si só “ (...) desencadeia uma variedade de respostas de stress a (...) estímulos físicos, como a dor, o trauma, o choque ou a infecção”, sendo introduzido num ambiente onde também imperam “ (...) o aparato tecnológico (...), o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos “habituais”, os múltiplos cuidados e tratamentos (...)” (Almeida & Ribeiro, 2008, p.80).

Por outro lado,

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade (...) que facilita a coordenação das actividades dos profissionais que ali trabalham e que restringe o acesso a outras pessoas. (...) A estrutura física da UTI, associada às condições dos pacientes, normalmente críticas, e a intensa actividade da equipa de saúde, fazem com que muitas pessoas considerem essa unidade um ambiente hostil. (...) a entrada de familiares, é permitida durante curto período de tempo e em horários pré – estabelecidos (Maruiti & Galdeano, 2007, p. 38).

Outro aspecto a ser salientado é o estigma do internamento no que concerne às características deste local. Os sentimentos que surgem podem ser contraditórios, estando muitas vezes o local está associado à questão da morte ou a um local que oferece segurança e tranquilidade (Urizzi *et al.*, 2008).

(...) as UCC de amanhã serão ainda mais tecnologicamente desafiadoras. Consequentemente, as enfermeiras de cuidados críticos do futuro não devem somente ser proficientes na tecnologia, mas competentes no domínio das dimensões psicossociais, desenvolvimentais e espirituais do cuidado para interagir com sucesso junto ao paciente, à família e seus entes queridos e aos outros membros da equipa de saúde (Morton *et al.*, 2007, p.10).

Seguindo esta linha de pensamento, o mesmo princípio vem salvaguardado, no Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 88 º, no âmbito da Excelência do Exercício da profissão, quando estes assumem a responsabilidade de:

“ (...) - Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. “ (OE, 2009).

3.1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS INTENSIVOS

Quando uma pessoa dá entrada numa UCI, é muitas vezes descurado o facto de que esta é parte integrante de uma unidade básica da sociedade que é a Família.

Almeida *et al.* (2009, p.845) consideram que “a Família deve ser objecto de cuidado dos profissionais da enfermagem”. Defendem que, “Não se pode admitir a assistência ao indivíduo (doente ou sadio) de forma completa sem considerar (...) a família (...)”. A situação de doença é sempre um acontecimento potencial gerador de crise na mesma e, poderá ser mais ou menos sentida de acordo com o papel que a pessoa doente desempenha nela.

Toda esta panorâmica ainda é mais agravada quando o internamento tem lugar numa UCI onde tudo é estranho, desde o equipamento de alta tecnologia até ao estado crítico do doente.

Um aspecto importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas. O valor dos cuidados centrados simultaneamente no doente e na família não pode ser subestimado. É importante para as famílias serem incluídas nas decisões dos cuidados e serem encorajadas a participar nos cuidados, ao nível do que for apropriado para as capacidades e necessidades pessoais do doente. (Urden *et al.*, 2008, p. 7).

Actualmente, verifica-se uma população mais instruída em matéria de saúde, dada a disponibilidade e acessibilidade de informação. Como profissionais de saúde, os enfermeiros têm o dever de ajudar o Doente/Família nesta procura de informação, de forma a promover o seu envolvimento nos cuidados e a melhor qualidade de vida possível (Urden *et al.*, 2008, p. 41).

Segundo o Artigo 84º - do Dever de Informação – do Estatuto da OE (Decreto – Lei n.104/98, de 21 de Abril de 1998), o Enfermeiro tem o dever de:

- a) “Informar o indivíduo e família no que respeita a Cuidados de Enfermagem.”
- c) “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.”

Todo o exercício profissional da Enfermagem baseia-se numa relação dita interpessoal, estabelecida entre o Enfermeiro e uma Pessoa, ou entre este e um grupo de

Pessoas; mas esta relação deve ser vista como uma relação de parceria, daí que, no sentido de otimizar este exercício, ela é, na maior parte das vezes, alargada à unidade familiar da pessoa.

Segundo a OE (2003, pp.21-22), das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, na área da Prestação de Cuidados, deverão fazer parte a Comunicação e relações interpessoais baseadas na:

- “ (...) comunicação apropriada e capacidades interpessoais.”

Em que o enfermeiro:

- “Comunica com consciência informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, (...) no respeito pela sua área de competência.”
- “Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.”
- “Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.”

Simultaneamente, enfatiza-se a comunicação como base da essencial relação terapêutica entre o enfermeiro especialista, prestador de cuidados e o seu alvo de cuidados, ou seja, o doente e família. Assim, como unidade de competência e fazendo parte integrante das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica*. Para esse fim, ele (OE, 2010, p. 3):

“- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.”

“- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.”

“- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.”

Estas são algumas das unidades de competência que fazem parte das competências específicas do enfermeiro especialista na referida área. Desta forma, salvaguarda-se a prestação de cuidados especializados, em que se aborda o indivíduo doente em todas as

suas dimensões, não descurando o facto de este fazer parte integrante da família, que desta forma é englobada nos cuidados ao doente crítico.

No decorrer da sua prática profissional, o enfermeiro não deve nunca banalizar a situação de internamento em CI, uma vez que “A doença grave ou crítica nunca será um evento ordinário para o paciente e sua família.” (Morton *et al.*, 2007, p. 6). Além disso, deve valorizar e intervir face às necessidades identificadas do doente/família, uma vez que “A prática de enfermagem é determinada pelas necessidades dos pacientes e suas famílias. Os cuidados de enfermagem reflectem uma integração do conhecimento, das habilidades e das experiências necessárias para atender às necessidades do paciente e família.” (Morton *et al.*, 2007, p.6).

Nas primeiras horas do internamento e, mais especificamente, na primeira visita ao doente, as necessidades da Família são previsíveis e, por isso, a intervenção do Enfermeiro deverá ser orientada no sentido da diminuição do stresse, ansiedade e medo imediatos e perfeitamente naturais. A sua atenção deverá estar centrada na promoção do conforto, na familiarização com o ambiente/equipamento, comunicação da situação do doente e explicação de procedimentos.

A investigação de Leske e Molter (como citado em Urden *et al.*, 2008, p. 47) na área das necessidades das famílias de doentes críticos, demonstrou que estas Famílias necessitam de respostas honestas às suas questões e de manter um sentimento de esperança. Urden *et al.* (2008, p. 48), defendem que na primeira visita ao doente crítico as necessidades da Família passam essencialmente por orientação relativamente a:

- a) À unidade/ambiente;
- b) Às políticas do serviço e instituição;
- c) Ao equipamento;
- d) À medicação;
- e) O que fazer durante a visita;
- f) O estado e apresentação do doente;
- g) Os tratamentos e intervenções;
- h) O médico e respectiva informação;
- i) O plano de cuidados imediato.

Ainda segundo as mesmas autoras, prestar cuidados culturalmente congruentes, significa uma prestação sensível e plena de significado a doentes e Família com background diversificado, o que implica que o enfermeiro tem que valorizar a diversidade e ter

conhecimento das aptidões culturais e resistência das Pessoas que cuida (Urden *et al.*, 2008).

Segundo Walsh, (2002, como citado em Stanhope & Lancaster, 2011, p.583), “ (...) os profissionais de saúde devem trabalhar com as famílias para encontrar novas possibilidades em situações com inúmeros problemas e em ajudá-las a ultrapassar dificuldades face à mudança (...)”. Stanhope e Lancaster (2011, p.584) referem que “Os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar as famílias a resistir e ultrapassar a adversidade.”

3.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA

O acolhimento como cuidado de enfermagem, deve ser consequente, tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo um ambiente desconhecido. O acolhimento, diz respeito não só ao primeiro contacto, mas sim ao conjunto das diligências do acompanhamento que são vividas pelo doente e seus familiares durante o internamento em Cuidados Intensivos.

Para Martins *et al.*, (2008, p. 1091) “acolhimento é entendido como proximidade, cuidar o outro como a si próprio, e ser receptivo”. Os mesmos autores realçam que “Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a corresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, o partilhar experiências são ingredientes básicos para efectivar o acolhimento.” (Martins *et al.*, 2008, p.1092).

O acolhimento dos familiares em CI, é algo no qual, os profissionais de saúde, com especial atenção para os Enfermeiros, se devem envolver. O internamento de um doente numa Unidade de Cuidados Intensivos provoca situações que desencadeiam uma crise emocional na Família, é muito difícil para esta conseguir assimilar todas as informações em relação ao seu ente querido, sendo assim fundamental criar uma boa comunicação/ relação entre Enfermeiro/Família. Morton *et al.* (2007, p.31) afirmam que “as pessoas em crise são altamente receptivas àqueles que se apresentam interessados, atenciosos e empáticos. Quando se reúne pela primeira vez com a família do paciente, a enfermeira deve demonstrar desejo e capacidade de ajudar.”

Ao reflectir sobre o que se vive, pesquisa e observa na prática, é-se forçado a admitir que a comunicação, factor fundamental de humanização, parece nem sempre estar

presente nas suas várias dimensões. Os profissionais de saúde por falta de tempo, de formação, de sensibilização, nem sempre desenvolvem a comunicação adequada com a Família, sendo fundamental que a informação seja transmitida de uma forma acessível. “Muitas das falhas no processo de informação são causadas por simples erros de compreensão.” (Maciel & Souza, 2006, p.139). É importante reconhecer que “A falta de informação e a incerteza podem causar apreensão e ansiedade.” (Maruiti, Galdeano & Farah, 2008, p.637).

Comunicar é muito mais do que falar ou verbalizar, muito do que queremos ou sentimos é transmitido pelo gesto, pela postura, pela expressão facial... Além disso, “Aumentar a frequência de comunicações e partilha de preocupações numa fase precoce da hospitalização vai facilitar as discussões subsequentes, tanto para o doente e família como para os profissionais de saúde.” (Urden *et al.*, 2008, p.166).

A primeira visita, é algo que provoca muitos receios e medos nos familiares, pois estes, não sabem o que vão encontrar. Deparam-se num ambiente estranho, que por vezes lhes transmite falta de confiança, desespero e incertezas em relação ao futuro. Assim, “ (...) é necessário aplicar o perfil educativo da enfermeira na condução do preparo do familiar no sentido de introduzi-lo a esse cenário complexo” (Ribeiro & Santos, 2008, p. 438).

É fundamental, criar instalações que satisfaçam as necessidades dos familiares para tornar o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos menos intimidante.

A primeira visita é muito importante para os familiares. É nesta que vão tirar as primeiras impressões e é quando se encontram mais confusos e necessitam de todo o apoio e compreensão, pois o seu estado de ansiedade, pode provocar os piores comportamentos.

Ao acolher os familiares dos utentes, os profissionais devem prepará-los para o que estes vão observar quando forem visitá-los, sendo necessário dar-lhes uma ideia geral do que os espera e explicar-lhes para que servem os vários monitores, alarmes, sondas, as luzes. Ao dar aos familiares uma ideia básica do equipamento e do seu funcionamento, a unidade de cuidados intensivos é desmistificada, o que, por seu turno, deverá reduzir o factor medo.

O papel do Enfermeiro é muito importante, principalmente na primeira visita, pois os familiares tendem a formular opiniões acerca dos Enfermeiros desde o primeiro momento em que os acolhem. Torna-se, por isso, necessário que as primeiras impressões não sejam negativas, de forma a dar todo o apoio aos familiares dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos. Assim, “Quanto mais cedo a interacção (enfermeiro/familiares) ocorrer

melhor será para a família e, conseqüentemente, para o paciente.” (Maruti & Galdeano, 2007, p.38).

4 - METODOLOGIA

A metodologia, sendo uma fase essencial em todo o trabalho de pesquisa, para além de permitir ao investigador personalizar todo o seu estudo, é também o caminho para o desenvolvimento e concretização do trabalho de investigação.

Neste capítulo, pretende-se abordar aspectos relacionados com a metodologia utilizada para a concretização deste estudo.

No decurso desta fase, descreve-se o tipo de estudo realizado, os participantes, as questões orientadoras e o instrumento de colheita de dados, pois, segundo Fortin *et al.* (2009, p. 53), “ É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (...). As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo.”

A temática deste estudo surgiu das reflexões quotidianas da actuação profissional na Unidade de Cuidados Intensivos, na qual uma das preocupações principais deve ser o cuidado dispensado aos familiares dos doentes.

O ambiente da UCI pode significar uma ameaça à Família, criando uma imagem de ruptura da interdependência afectiva e emocional entre os seus membros. A Família faz parte do processo de internamento e tratamento, merecendo do profissional de saúde atenção e apoio. (Bettinelli *et al.*, 2007).

No dia-a-dia, poucas das acções de enfermagem estão direccionadas aos membros da Família. “Sendo o paciente o foco do cuidado, as necessidades dos familiares são, muitas vezes, desconhecidas pela equipa de enfermagem.” (Maruiti & Galdeano, 2007, p.41).

Os participantes deste estudo foram definidos de forma intencional procurando-se a obtenção de casos ricos em informação e adequados aos objectivos da investigação. Na amostragem não aleatória incluem-se métodos que envolvem juízos de valor de quem selecciona. Neste sentido, eles foram seleccionados por conveniência, pois esta é feita em função da conveniência da pesquisa. Foi estipulado como critério de inclusão, o familiar que

visite pela primeira vez o doente em cuidados intensivos, no período compreendido entre Outubro de 2009 e Janeiro de 2010, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real.

Segundo Fortin *et al.* (2009, p. 160), as questões de investigação (...) decorrem do problema de investigação (...). Fazem a ponte entre a fase conceptual (...) e a fase metodológica (...):

Partindo do objectivo da investigação e, para melhor orientar a recolha dos dados, obter um maior esclarecimento do tema em estudo e contextualizar o trabalho, surgem as seguintes questões orientadoras:

- Será que a Família que visita pela primeira vez o doente internado em CIC, tem necessidade de informação quanto ao ambiente e funcionamento da unidade?
- Será que a Família que visita pela primeira vez o doente internado em CIC, tem necessidade de apoio por parte da equipa de enfermagem?
- Será que a Família que visita pela primeira vez o doente internado em CIC, tem necessidade de informação sobre o seu comportamento durante a visita?
- Será que a Família que visita pela primeira vez o doente internado em CIC, tem necessidade de obter informação sobre o estado clínico do doente?

4.1 - TIPO DE ESTUDO

O estudo qualitativo é utilizado para a compreensão e descrição da experiência humana. O propósito de uma investigação deste tipo é compreender o fenómeno na sua globalidade e no contexto em que ocorre. “O objectivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência (...) do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder, de seguida, interpretar este mesmo fenómeno no seu meio” (Parse, 1996, como citado em Fortin *et al.*, 2009, p. 32).

Com o presente estudo, pretende-se fazer uma análise indutiva dos dados, sem a formulação de hipóteses. Pelo contrário, pretende-se recolher os dados e depois fazer a síntese indutiva no sentido de extrapolar resultados.

Segundo Fortin *et al.* (2009, p.20), “O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, mas não mede nem controla.” O objectivo desta abordagem de investigação é descrever ou interpretar mais do que avaliar.

Procura-se fazer uma abordagem fenomenológica com o foco de atenção na vivência da primeira visita do familiar ao doente internado na Unidade de Cuidados Intensivos, considerando questões de ordem subjectiva e social, voltadas para a compreensão da experiência vivida pela pessoa.

No estudo fenomenológico, o pesquisador não tem um problema, mas uma interrogação focalizando o fenómeno e o facto. “A inquietação de algo que está oculto que necessita de ser desvelado, é a génese de uma interrogação que dirige a busca de compreensão do fenómeno.” (Urizzi *et al.*, 2008, p. 371).

Compreender como a Família vivencia a hospitalização de um familiar, quais as suas necessidades e o que ela espera do Enfermeiro, implica voltar-se para a análise da vivência tal como ela é experienciada.

Neste estudo, pretende-se avaliar o fenómeno da hospitalização tal como ela se mostra à Família, na sua essência, considerando as suas necessidades aquando do acolhimento na primeira visita e o que ela espera por parte da Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos.

Ao longo do trabalho de investigação, o investigador deverá ter em conta o nível de investigação. Segundo Fortin *et al.* (2009, p.369) “ Quando tem que estudar um fenómeno ainda mal conhecido, como na investigação exploratória – descritiva, o investigador aplica-se primeiro a recolher a maior quantidade de informação possível sobre este, de maneira a identificar os diversos aspectos do fenómeno.” Sendo assim, é utilizada uma abordagem geral para a colheita de dados, de forma a obter conhecimentos de interrogações simples que necessitam de clarificação.

O presente estudo, caracteriza-se por ser do tipo qualitativo, fenomenológico, transversal, exploratório e descritivo.

4.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados pode ser entendida como um conjunto de processos ou meios que se utilizam para obter os dados que permitem responder à pergunta de partida de qualquer trabalho de Investigação.

“A entrevista consiste no encontro entrevistador - entrevistado, onde o entrevistador coloca uma série de questões ou temas a que o entrevistado deverá responder ou desenvolver, mais ou menos extensivamente, segundo o tipo de entrevista.” (Barañano, 2008, p. 93).

Este método proporciona uma abordagem detalhada sobre o tema em análise, oferecendo informação pormenorizada sobre as experiências, valores, motivações dos entrevistados.

Os dados recolhem-se directamente uma vez que, o investigador interage com os participantes do estudo. Cada detalhe pode ser útil para compreender o tema em questão.

O investigador trata de reconstruir a realidade tal como é vista pelos participantes, sem definições predeterminadas ou ideias pré concebidas.

Segundo Fortin *et al.* (2009, p.379), a entrevista tem como vantagens: “ (...) uma maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos e carregados de emoção, uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas”. Considera que existem dois principais tipos de entrevista: Dirigida ou Estruturada e Não Dirigida ou Não Estruturada. Não obstante, considera haver entre estas, a Semidirigida que combina aspectos das duas principais entrevistas (Fortin *et al.*, 2009, p. 375).

Sendo este estudo de natureza exploratória e tendo como objectivo principal, a identificação das necessidades dos familiares do doente internado na UCI na primeira visita, entende-se ser a entrevista não-directiva o instrumento de recolha de dados mais adequado, uma vez que, esta área parece ainda pouco explorada.

Segundo Barañano (2008, p. 93), neste tipo de entrevista “o entrevistador propõe um tema com um carácter alargado, não acrescenta mais informação ou nova orientação e o entrevistado desenvolve o tema à sua vontade, seguindo o seu próprio raciocínio”.

Neste sentido, para definir as grandes linhas do tema a explorar, elaborou-se um guião de entrevista que se aplicou (Apêndice 2).

4.3 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS DO ESTUDO

O objectivo primordial da Investigação em Enfermagem é a realização de pesquisas que visem a melhoria da prática. Qualquer investigação efectuada a seres humanos, como é o caso da Investigação em Enfermagem, levanta questões morais e éticas, sendo então necessário fazer uma análise especial dos procedimentos a utilizar, de modo a proteger os direitos dos sujeitos.

De forma geral, a Ética é o conjunto de promoções e interdições que têm enorme valor da vida das pessoas e em que esses se inspiram para guiar a sua conduta.

A pesquisa em Enfermagem envolve considerações éticas a três níveis distintos: profissional, do investigador e sujeito da pesquisa. Ao nível do investigador, os problemas são decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da Investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado. Este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é necessário tomar todas as disposições para os proteger. Como tal, foram delimitados princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, os quais, segundo Fortin *et al.*, (2009, p.186) devem integrar:

- O respeito pelo consentimento livre e esclarecido;
- O respeito pelos grupos vulneráveis;
- O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais;
- O respeito pela justiça e pela equidade;
- O equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes;
- A redução dos inconvenientes;
- A optimização das vantagens.

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido resulta em “ (...) que o sujeito seleccionado tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não participar num estudo” (Fortin *et al.*, 2009, p.186).

O respeito pelos grupos vulneráveis “ (...) exige uma protecção vigilante contra qualquer mau tratamento ou qualquer discriminação e uma atitude de beneficência da parte do investigador” (Fortin *et al.*, 2009, p.188).

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais “ (...) reporta-se à faculdade que o indivíduo tem de decidir por ele próprio sobre a informação de natureza pessoal que ele tornará pública no quadro de uma investigação” (Fortin *et al.*, 2009, p.189). Além disso, implica que “O investigador tem o dever de assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados.” (Fortin *et al.*, 2009, p.189).

O respeito pela justiça e pela equidade relaciona-se com o direito que os participantes têm “ (...) de ser tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após a investigação “ (Fortin *et al.*, 2009, p.190).

O equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes “ (...) é primordial em ética da investigação. Na preparação da sua investigação, o investigador deve medir cuidadosamente os riscos que fará correr os participantes e calcular os benefícios que eles poderão retirar para eles próprios.” (Fortin *et al.*, 2009, p.191).

A redução dos inconvenientes “ (...) corresponde ao princípio da «não maleficência» (...), os investigadores devem evitar expor os participantes a inconvenientes “ (Fortin *et al.*, 2009, p.191).

A otimização das vantagens “ (...) corresponde ao princípio da beneficência (...) em querer o bem das pessoas, em procurar para elas o maior número de vantagens possível” (Fortin *et al.*, 2009, p.193).

Ao longo deste estudo, teve-se a preocupação de atender a todas as considerações éticas referidas anteriormente, do seguinte modo:

- Obteve-se o consentimento para aplicação do estudo, por escrito, por parte do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Vila Real;
- Obteve-se o consentimento informado dos entrevistados;
- Salvaguardou-se a confidencialidade da informação obtida e o anonimato dos entrevistados;
- Esclareceram-se os entrevistados acerca da natureza, fim e duração da investigação, no início de cada entrevista.

5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Atendendo à natureza do objecto de estudo, pensa-se que o método de análise de dados mais adequado a aplicar, neste caso, é a análise dos dados na abordagem fenomenológica. Segundo Creswell, este método de análise tem por objectivo, “ (...) pôr em evidência os enunciados significativos e destacar unidades de sentido, bem como a «essência» da experiência” (2003, como citado em Fortin *et al.*, 2009, p. 301).

Para uma adequada análise de dados neste tipo de estudo, de acordo com Fortin *et al.* (2009, p. 302), devem ser seguidas algumas técnicas, tais como:

- Ler atentamente todas as descrições para compreender o sentimento que nelas é expresso;
- Isolar as frases que estão directamente ligadas ao fenómeno;
- Extrair a significação de cada enunciado importante;
- Procurar os temas;
- Fazer uma descrição exaustiva que dê conta da essência do fenómeno.

Quanto à transcrição dos dados da entrevista e sua análise, Fortin *et al.*, (2009, p.379) defendem que

devem transcrever-se os dados antes de os analisar. Para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões (...). Ordenam-se os acontecimentos por categorias, mas as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas ou predeterminadas pelo investigador.

Em resumo, podemos afirmar que este tipo de análise de dados, se baseia no estudo da linguagem para conhecer a estruturação dos fenómenos experienciais.

Na prática, a primeira etapa para a recolha de dados foi a elaboração do guião da entrevista.

A etapa seguinte consistiu no pedido de autorização para a realização da entrevista.

As entrevistas foram respondidas oralmente, gravadas em suporte áudio e, posteriormente, transcritas para suporte digital, respeitando sempre todas as informações concedidas pelos participantes (Apêndice 3).

De forma a garantir o anonimato das entrevistadas, não apenas por uma questão ética, o que por si só é muito importante, mas sobretudo para os preservar neste processo de investigação, foi atribuído a cada entrevistada um código que apenas é do conhecimento da investigadora. Nas unidades de registo constantes dos Quadros e no restante texto que acompanha a análise dos dados, as participantes são identificadas, por exemplo, E1; E2...

Uma outra etapa fundamental, consistiu na elaboração das categorias e subcategorias. A análise das informações implica a sua organização. Uma forma de o fazer é através da sua categorização, segundo determinado sistema de codificação. Para que este procedimento se revele eficaz, importa que o sistema de codificação “capte a informação importante dos dados a codificar” e que permita “recolher informação útil para descrever e compreender o fenómeno que se estuda” (Lessard-Hébert *et al.*, 2005, p.25). Consiste na organização das informações, sem no entanto se induzirem desvios no material em análise, mas de tal forma que permita revelar “índices invisíveis ao nível dos dados brutos” (Bardin, 2004, p. 117). Esta análise de conteúdo pode ser realizada de diversas formas, segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2004, p. 119) ou ainda, como referem Carmo e Ferreira (1998, p. 225), “a definição das categorias, pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*”.

Delineou-se, nesta fase metodológica, uma abordagem exploratória, elencada numa categorização *à posteriori*. Configurou-se em “procedimentos abertos” ou procedimentos exploratórios em “que nenhum quadro categorial teórico serve de suporte à análise” (Ghiglione e Matalon, 1993, p. 232).

A estruturação inicial das categorias de análise foi emergindo de uma primeira leitura das transcrições das entrevistas. Salienta-se que, durante o processo de análise das informações, teve-se sempre em consideração as questões de investigação para as quais se pretendia respostas e os próprios objectivos do estudo. Contudo, procurou-se manter alguma abertura em relação a este referencial para a eventualidade de surgirem dados que levantassem outras questões, que eventualmente possam ser plasmadas noutros estudos.

De seguida, aquando do processo de categorização das unidades de registo, previamente preparadas, as categorias e subcategorias foram subdivididas, fundidas, eliminadas ou ajustadas consoante as imposições dos dados, apresentados em quadros.

As maiores alterações na organização inicialmente propostas foram implementadas na categorização dos dados das entrevistas. De forma gradual, foi-se intervindo cada vez menos na estrutura que foi emergindo a partir da proposta inicial. O tratamento dos dados relativos às entrevistas resultou num processo de refinamento e consolidação das categorias encontradas ou, como referem Lessard-Hébert *et al.* (2005), pela “saturação teórica” ou “saturação da amostra”.

Pelo exposto, conclui-se que o processo de análise das informações recolhidas através das entrevistas consistiu num trabalho exaustivo e sistemático, de organização dos elementos (unidades de registo) em torno de uma estrutura flexível de categorias, que se foi ajustando até se verificarem alguns princípios, como o da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objectividade, fidelidade e da produtividade (Bardin, 2004).

No intuito de se oferecer uma compreensão do trabalho desenvolvido e dada a importância das categorias criadas no contexto de análise das informações, cumpre-se sintetizar alguns dos aspectos considerados fundamentais neste domínio. O princípio da exclusão mútua baseia-se no pressuposto de que cada elemento de análise se encontra apenas codificado em apenas uma das categorias. De acordo com Bardin, este princípio depende do princípio da homogeneidade, que foi também respeitado, visto que para cada um dos conjuntos categoriais só funciona apenas com “um registo e com uma dimensão de análise” (2004, p. 120). A adequação de cada uma das categorias ao material em análise justificou a pertinência da sua criação. Por outro lado, procurou-se, tanto quanto possível, a criação de categorias não dotadas de qualquer espécie de ambiguidade, para que a codificação fosse a mais objectiva e fiel possível, relativamente às ideias expressas pelas intervenientes.

Em suma, a análise dos dados das entrevistas consistiu na procura de um discurso singular a partir dos discursos de cada uma das entrevistadas. Aquando da análise, procurou-se fazer “falar” o “material recolhido” de forma a libertar as categorias que permitissem sintetizar o conteúdo dos discursos das participantes.

5.1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conforme os dados expostos no quadro n.º 1, onde se compilam os dados dos participantes, neste estudo contou – se com 7 participantes, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 42 e os 58 anos. Quanto à sua profissão, 3 participantes são domésticas (E3, E4 e E5), 2 são profissionais da educação (E1 e E7), a E2 é Oficial de Justiça e a E6 é Assistente técnica numa Câmara Municipal.

A maioria das entrevistadas (n= 5) são filhas dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos, à excepção da E4 que é irmã e a E5 esposa. Todos os doentes são idosos, com idades compreendidas entre os 69 e os 87 anos.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes e dados do doente internado

Entrevistados	Idade	Profissão	Grau de parentesco com o doente internado	Idade do doente internado
E1	42 anos	Educadora de Infância	Filha	69 anos
E2	41 anos	Oficial de Justiça	Filha	71 anos
E3	58 anos	Doméstica	Filha	86 anos
E4	52 anos	Doméstica	Irmã	74 anos
E5	56 anos	Doméstica	Esposa	87 anos
E6	57 anos	Assistente técnica na Câmara Municipal	Filha	80 anos
E7	43 anos	Professora	Filha	69 anos

No que se refere às necessidades manifestadas pelas participantes, conforme o quadro n.º 2, sendo esta a primeira categoria, emergiram 5 subcategorias: Apoio psicológico (n=1); Informações sobre os procedimentos da unidade (n=1); Informações sobre o diagnóstico do familiar (n=3); Sem necessidades especiais (n=4) e Mais tempo de duração da visita (n=1).

Quadro 2 - Necessidades manifestadas

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Nº de ocorrências
Necessidades manifestadas	Apoio psicológico	E1 “Senti necessidade de apoio psicológico. Sou uma pessoa muito sensível”.	1
	Informações sobre os procedimentos da unidade	E1 “Na sala de espera vi algumas das outras visitas a vestirem-se com batas, mas a mim ninguém me disse nada...eu não vesti bata nenhuma...”.	1
	Informações sobre o diagnóstico do familiar	E1 “A informação que recebi foi só pelo INEM que levou o meu pai para o hospital. À entrada, enquanto esperava para ver o meu pai, ninguém me deu informação acerca de como ele estava...Eu senti falta disso”. E3 “Lá no serviço, não tive nenhuma enfermeira que se dirigisse a mim para me informar a forma como a iria encontrar (...)”. E4 “Senti necessidade de um acompanhamento. Estávamos ali completamente sozinhas sem saber o que se estava a passar (...) Ele estava a fazer um cateterismo que demorou muito mais do que o habitual (...) Ninguém me deu uma informação detalhada, o que é lamentável...porque realmente, dentro do possível, se pudermos tranquilizar os familiares dos doentes seria ótimo, informá-los, embora nem sempre a informação possa ser tranquilizadora (...)”.	3
	Sem necessidades especiais	E2 “Não senti necessidades especiais, uma vez que acompanhei o meu pai à urgência e sabia que ele tinha tido um enfarte (...) Fui eu que chamei INEM (...)”. E5 “Não senti necessidade nenhuma em especial, senti o apoio, uma enfermeira veio-me buscar à sala de espera. Foi uma enfermeira que me recebeu, muito simpática e que me informou do estado do meu marido (...)”. E6 “Fui muito bem atendida. Encontrei pessoas que me informaram sobre o que se passava, acerca de como fazer e quando falar com a médica para seguir a evolução do estado clínico da minha mãe. Na altura falei com a médica que me informou de como a minha mãe estava (...)”. E7 “ (...) não senti mais nenhuma necessidade em especial. Não fiz nenhuma pergunta que não tivesse sido respondida. Liguei várias vezes de manhã e informaram-me sempre e passavam o telefone ao meu pai. Fui bem atendida por parte da enfermagem, além de me darem informação, também me encaminharam para a médica quando me diziam que era melhor, para determinado tipo de perguntas, falar com ela. Isto relativamente a todo o internamento e na primeira visita”.	4
	Mais tempo de duração da visita	E7 “O único senão foi realmente o tempo de visita muito reduzido. Achei que estive pouco tempo com o meu pai, afinal eu vivo no Porto (...)”.	1

Em conformidade com as unidades de registo das entrevistadas, da categoria “Apoio por parte da equipa”, emergiram 2 subcategorias, sendo a que mais ocorrências teve, a que as entrevistadas manifestaram ter sentido “todo o apoio por parte da equipa de profissionais de saúde”. Contrariamente, a E1 e a E4 afirmaram ter sentido falta de apoio, não havendo, inclusivé, quem as informasse acerca do diagnóstico do seu familiar (cf. Quadro n.º 3).

Quadro 3 - Apoio por parte da equipa

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Nº de ocorrências
Apoio por parte da equipa	Falta de apoio	<p>E1 “Senti falta de apoio”.</p> <p>E4 “ (...) Quando a gente não se aguentava e saía da sala, ia até ao corredor para ver se via alguém, claro, não era bem informada, antes pelo contrário, era mandada afastar para a sala novamente. Não havia ninguém que pudesse ajudar... nada (...) não havia ninguém no corredor, não havia ninguém por ali que nos pudesse ajudar, dar uma informação ou tranquilizar-nos (...) No meu caso até seria, porque até correu bem e eu sofri bastante, sem necessidade”.</p>	2
	Apoio	<p>E2 “ (...) Aquando da visita, falei com a médica que estava no serviço que me pôs ao corrente da situação clínica do meu pai. Por isso sabia como o ia encontrar (...)”.</p> <p>E3 “ (...) fui muito bem recebida (...)”.</p> <p>E5 “ (...) Foi uma enfermeira que me recebeu, muito simpática e que me informou do estado do meu marido. O outro enfermeiro que estava, também muito simpático e atencioso. Foi tudo muito bom por acaso. Foram bons, porque me informaram e deram-me apoio. Também falei com o médico que estava lá, que me informou e me disse até, que se precisasse eu podia ligar”.</p> <p>E6 “ (...) Na primeira visita foi uma enfermeira que me foi buscar à sala de espera e que me informou que a minha mãe estava internada naquela unidade de cuidados intensivos justamente porque inspirava alguns cuidados e teríamos ainda que aguardar pelo resultado do cateterismo que iria fazer (...) Depois, também falei logo com a médica, que me disse que provavelmente a minha mãe teria que ser operada, porque tinha uma válvula afectada (...) Fui muito bem recebida. As pessoas foram muito atenciosas comigo e com a minha mãe”.</p> <p>E7 “ (...) Tudo o resto esteve muito bem. Eu não esperava nada mais. Como lhe disse, as minhas dúvidas foram tiradas. Além disso, o meu pai foi muito bem tratado por todos”.</p>	5

Verificou-se que, da categoria *Sentimentos manifestados face ao internamento do familiar na unidade*, emergiram 4 subcategorias: choque (n=1); ansiedade (n=1); angústia (n=1) e apoiada/calma (n=3) (cf. Quadro n.º 4).

Quadro 4 - Sentimentos manifestados face ao internamento do familiar na unidade

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Nº de ocorrências
Sentimentos manifestados face ao ambiente na unidade	Choque	E2 “ (...) foi um choque para mim a forma como o encontrei (...)”.	1
	Ansiedade	E3 “Estava ansiosa (...)”.	1
	Angústia	E4 “ (...) Ele estava a fazer um cateterismo que demorou muito mais do que o habitual e isso deixa uma pessoa muito angustiada (...)”.	1
	Apoiada/calma	E5 “ (...) senti o apoio, uma enfermeira veio-me buscar à sala de espera (...)” E6 “ (...) Eu nunca tinha estado sequer numa unidade de CI, mas, para mim, o ambiente não foi um choque, uma vez que me informaram antes de entrar”. E7 “ (...) Para mim, não foi um choque a forma como vi o meu pai na primeira visita, embora não me tivessem informado quanto a isso, talvez porque também não foi a primeira vez que tive um familiar internado na UCI; o meu pai já lá tinha estado quando pôs o <i>pacemaker</i> e também já tive uma filha internada em CI”.	3

Salienta-se que os sentimentos negativos se deveram maioritariamente, conforme os testemunhos das entrevistadas, à falta de informação e de apoio por parte dos profissionais de saúde. Contrariamente, as participantes que demonstraram estar calmas atribuíram esse sentimento ao apoio prestado pela equipa, que as informou sobre o funcionamento da unidade e sobre o estado de saúde do seu familiar. Por sua vez, a E7 referiu que o seu estado de tranquilidade se deveu à experiência, ou seja, não era a primeira vez que o seu pai se encontrava numa Unidade de Cuidados Intensivos e porque também tinha vivenciado o internamento de uma filha numa Unidade de Cuidados Intensivos.

5.2 - DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS DOS PARTICIPANTES

Várias foram as etapas percorridas durante este estudo, como tal, o mesmo não se pode dissociar de nenhuma delas. A secção da discussão dos resultados dedica-se a uma interpretação das descobertas. Nos estudos de orientação qualitativa, as interpretações são maioritariamente expectativas, representando as melhores fontes do investigador, as quais podem estar construídos sobre uma sólida teoria ou pesquisa anterior, no que concerne ao significado das descobertas.

Neste ponto, procura-se analisar o conjunto dos resultados e interpretá-los segundo o tipo de estudo e os quadros de referência teórica utilizados, tendo em conta o facto de que visamos a descrição dos resultados.

A este propósito Gil (1999) refere que quaisquer que sejam o tipo de estudo e o nível de investigação, deve proceder-se à avaliação do processo completo da investigação, tendo os resultados que demonstrar uma certa lógica relativamente quer às questões de investigação, quer às hipóteses. Por outro lado, devem ser igualmente relacionados com os resultados de outros trabalhos de investigação, no contexto dos limites da investigação empreendida.

Nesta fase do estudo, feita a passagem pela fundamentação teórica existente, pela metodologia adoptada e pelos dados obtidos, debruçar-se-á, essencialmente, numa reflexão que se pretende crítica, sobre a discussão dos resultados, comparando-os com o que os investigadores dizem acerca da temática central da investigação e que se relacionem com as palavras-chave do estudo. A reflexão proposta visa ainda a elaboração de algumas considerações sobre as implicações que os resultados obtidos neste estudo poderão ter na prática.

Através da análise de conteúdo, verificou-se que, no que se refere às necessidades manifestadas pelas participantes, ao nível da primeira categoria, *Necessidades Manifestadas*, emergiram 5 subcategorias: *apoio psicológico*, *informações sobre os procedimentos da unidade*, *informações sobre o diagnóstico do familiar*, *sem necessidades especiais* e *mais tempo de duração da visita*, conforme se pode verificar nas seguintes unidades de registo: E2 “Não senti necessidades especiais, uma vez que acompanhei o meu pai à urgência e sabia que ele tinha tido um enfarte (...) Fui eu que chamei INEM (...)”, E5 “Não senti necessidade nenhuma em especial, senti o apoio, uma enfermeira veio-me buscar à sala de espera. Foi uma enfermeira que me recebeu, muito simpática e que me

informou do estado do meu marido (...)", E7 "O único senão foi realmente o tempo de visita muito reduzido. Achei que estive pouco tempo com o meu pai, afinal eu vivo no Porto (...)".

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos pode ser entendido como um acontecimento gerador de stresse e de crise para o doente/família, uma vez que rompe com a normalidade do seu dia-a-dia (Lucchesi, Macedo, & Marco, 2008). Sendo esta temática de grande actualidade e tendo-se em conta a multiplicidade de estudos que envolvem o processo de hospitalização numa Unidade de Cuidados Intensivos, tem sido objecto de investigação na comunidade científica, focando a necessidades de acções que tendam para a humanização dos profissionais de saúde, é neste contexto que se observam as mais variadas repercussões desse processo para a família.

À luz desta realidade e em conformidade com os resultados apurados, ainda que tenha havido entrevistadas que referiram não ter sentido necessidades específicas, na medida que foram bem acolhidas na unidade e receberam as informações necessárias para a compreensão da situação do seu familiar (E7 " (...) não senti mais nenhuma necessidade em especial. Não fiz nenhuma pergunta que não tivesse sido respondida (...)"), deve actuar-se sempre com vista à desmistificação do funcionamento da unidade e à valorização da presença dos familiares, através de um acolhimento empático e assertivo da família (Urden *et al.*, 2008). É que, perante esta situação stressante, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, fazendo emergir diferentes tipos de necessidades (Freitas, 2005); é neste momento que o papel do enfermeiro é fundamental (Martins *et al.*, 2008).

Tendo em conta que os doentes em situação crítica e os seus familiares apresentam níveis de stresse muito elevados, bem como os profissionais de saúde, deve procurar-se sempre envolver a família, transmitindo-lhe tudo o que está ao alcance, proporcionando-lhe confiança e a maior transparência (E7 " (...) Tudo o resto esteve muito bem. Eu não esperava nada mais. Como lhe disse, as minhas dúvidas foram tiradas. Além disso, o meu pai foi muito bem tratado por todos"). Esta actuação teve sempre presente a humanização dos cuidados, entendendo por humanização do cuidado, manter a família informada e preparada para a visita, oferecendo informações adequadas, com palavras simples e de acordo com o nível sociocultural dos familiares. (Becarria, Pereira, Contrin, Lobo, & Trajano, 2009).

Em conformidade com as unidades de registo das entrevistadas, da segunda categoria, *Apoio por parte da equipa*, emergiram 2 subcategorias, tendo a maioria das entrevistadas manifestado ter sentido todo o apoio por parte da equipa de profissionais de

saúde (enfermeiros e médicos). Contrariamente, a E1 e a E4 afirmaram ter sentido falta de apoio, não havendo, inclusive, quem as informasse acerca do diagnóstico do seu familiar.

Estes resultados corroboram o anteriormente mencionado e estão em consonância com os dados encontrados por Neves *et al.* (2009), dado que os autores também verificaram, através do seu estudo, que a maioria dos familiares avaliou positivamente os profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos nas questões relacionadas com a comunicação, a atitude e o apoio prestado. No entanto, houve também familiares que manifestaram menor satisfação em relação ao apoio prestado pelos profissionais de saúde, tal como se confirmou no presente estudo (E1 “Senti falta de apoio”; E4 “ (...) Quando a gente não se aguentava e saía da sala, ia até ao corredor para ver se via alguém, claro, não era bem informada, antes pelo contrário, era mandada afastar para a sala novamente. Não havia ninguém que pudesse ajudar... nada (...) não havia ninguém no corredor, não havia ninguém por ali que nos pudesse ajudar, dar uma informação ou tranquilizar-nos (...) No meu caso até seria, porque até correu bem e eu sofri bastante, sem necessidade”).

Neste contexto, salienta-se que a família sente-se ansiosa pelo sofrimento do seu familiar, pelas dúvidas que tem do seu estado clínico, pela envolvimento dos equipamentos que o monitorizam, pela dificuldade em comunicar com ele e pelo desejo de querer estar perto dele (E4 “ (...) Ele estava a fazer um cateterismo que demorou muito mais do que o habitual e isso deixa uma pessoa muito angustiada (...)). É nesse momento que os profissionais de saúde assumem um papel indispensável no apoio ao familiar. Como tal, é importante que se perceba as diversas maneiras como a família pode lidar com esta situação e de que modo a enfrenta. Os sentimentos e os comportamentos da família baseiam-se numa multiplicidade de valores, tais como: a percepção pré -estabelecida do hospital e da Unidade de Cuidados Intensivos; a gravidade da situação do doente; a confiança ou não nos profissionais de saúde que cuidam de seu ente querido e que lhe dão as informações; os seus aspectos culturais e a forma como se relacionam esses profissionais (Martins *et al.*, 2008).

Independentemente da gravidade da situação clínica do doente é indispensável envolver a família nos cuidados prestados, concluindo-se que uma das maiores necessidades, destacadas pela família, como foram exemplo a E1 e a E4, é receber informação sobre o seu familiar doente (E1 “A informação que recebi foi só pelo INEM que levou o meu pai para o hospital. À entrada, enquanto esperava para ver o meu pai, ninguém me deu informação acerca de como ele estava...Eu senti falta disso”; E4 “Senti necessidade de um acompanhamento. Estávamos ali completamente sozinhas sem saber o que se

estava a passar (...). Ele estava a fazer um cateterismo que demorou muito mais do que o habitual (...) Ninguém me deu uma informação detalhada, o que é lamentável (...)). Os familiares dos doentes sujeitam-se a um conjunto de alterações nos seus quotidianos de forma a poderem acompanhar física e emocionalmente o doente, o que, por vezes, ocasiona um desequilíbrio familiar e emocional (Lucchesi *et al.*, 2008). De acordo com o estudo dos mesmos autores, a falta de informação provoca danos significativos aos membros da família que precisam de se organizar e compreender as rotinas da unidade.

Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente, é importante que estabeleça um relacionamento interpessoal com a família, de modo a poder ajudá-la a adaptar-se às novas necessidades impostas pela situação, onde a comunicação aberta é a chave para facilitar e alcançar um bom sucesso neste processo de readaptação, diminuindo a ansiedade e o stresse acumulado nestas situações (Saiote, 2010).

Os resultados relativos à categoria associada aos *Sentimentos manifestados face ao internamento do familiar na unidade, choque* (E2 “ (...) foi um choque para mim a forma como o encontrei (...))”, *ansiedade* (E3 “Estava ansiosa (...))”, *angústia* (E4 “ (...) Ele estava a fazer um cateterismo que demorou muito mais do que o habitual e isso deixa uma pessoa muito angustiada (...))”, face às unidades de registo de algumas entrevistas, evidenciam os sentimentos negativos, os quais resultam essencialmente da falta de informação e de apoio por parte dos profissionais de saúde.

Outro resultado a que se chegou, tem a ver com a terceira categoria *Sentimentos manifestados face ao internamento do familiar na unidade*, da qual emergiram 4 subcategorias: choque; ansiedade; angústia e apoiada/calma. Conforme as unidades de registo de algumas entrevistadas (E4 “Senti necessidade de um acompanhamento (...) Ninguém me deu uma informação detalhada (...) realmente, dentro do possível, se pudermos tranquilizar os familiares dos doentes seria óptimo, informá-los, embora nem sempre a informação possa ser tranquilizadora (...))”, os sentimentos negativos deveram-se maioritariamente à falta de informação e de apoio por parte dos profissionais de saúde. Estas respostas reforçam a importância, conforme se tem vindo a afirmar, de um acolhimento caloroso, assumindo-se como uma estratégia de ampliação e efectivação do cuidado humanizado, preconizando-se o encontro, a escuta, o vínculo e o respeito pelas diferenças existentes entre os profissionais de saúde e os familiares dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Tem de se ter uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades dos doentes e dos seus familiares. “Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a corresponsabilidade,

o comprometimento, a valorização do outro, o compartilhar experiências são ingredientes básicos para efectivar o acolhimento.” (Martins *et al.*, 2008, p. 1092).

Por outro lado, “as emoções da família não poderão ser “suspensas” como pretenderiam muitas vezes os profissionais, porque precisam de ser reconhecidas. As pessoas requerem ser apoiadas, acolhidas e, de maneira solidária, acompanhadas ao longo da internação”, tal como referido por Bettinelli & Erdmann, (2009, p. 17) e confirmado pelas seguintes narrativas: E1 “Na sala de espera vi algumas das outras visitas a vestirem-se com batas, mas a mim ninguém me disse nada...eu não vesti bata nenhuma...”, E3 “Lá no serviço, não tive nenhuma enfermeira que se dirigisse a mim para me informar a forma como a iria encontrar (...)”.

Contrariamente, as entrevistadas (E5 “ (...) senti o apoio, uma enfermeira veio-me buscar à sala de espera (...)”, E6 “ (...) Eu nunca tinha estado sequer numa unidade de CI, mas, para mim, o ambiente não foi um choque, uma vez que me informaram antes de entrar”) que afirmaram estar calmas, atribuíram esse sentimento ao apoio prestado pela equipa, que as informou sobre o funcionamento da unidade e sobre o estado de saúde do seu familiar. Estes resultados denotam a importância de se integrar a família em todo o processo que envolve o internamento do seu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos, transmitindo-lhe todas as informações necessárias, como forma de lhes atenuar o seu estado de stresse (Saiote, 2010).

O cuidado aos familiares de doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos possibilita construir vínculos durante a hospitalização, para que enfrentem os momentos de angústia e de sofrimento, para além dos problemas referentes à repercussão desse acontecimento no quotidiano da própria família. As famílias, *grosso modo*, dispõem de forças para enfrentar essa situação. Todavia, cabe também aos profissionais de saúde torná-las explícitas e, sempre que necessário, estimular novas forças.

A família age como unidade de saúde para os seus membros, ou seja, tem um referencial para compreender e actuar nas diferentes situações de saúde e doença, o que justifica a razão pela qual os familiares não podem ser vistos simplesmente como cumpridores de determinações dos profissionais de saúde. Pelo contrário, devem assumir a responsabilidade pela saúde do seu familiar doente e, para que tal aconteça, necessita de ser ouvido e entendido nas suas necessidades, devendo ser igualmente cuidado (Soares, 2007; Neves *et al.*, 2009).

6 - CONCLUSÕES

Sendo a investigação científica, um método rigoroso e aceitável por ser um processo racional, a elaboração deste estudo foi importante, pois permitiu descobrir saberes específicos e promover o desenvolvimento da Enfermagem em Cuidados Intensivos, nomeadamente no reconhecimento da importância do acolhimento empático à família, prestando apoio e informação, para que no futuro, a Família possa ser englobada na prestação de cuidados ao doente crítico.

Atendendo a que as UCI são contextos de cuidados com alto aparato tecnológico, com exigência de cuidados altamente diferenciados a nível técnico, frequentemente os familiares não são objecto de cuidados por parte da equipa, focalizando-se o cuidar no doente, enquanto indivíduo, sem atender à sua família como foco de cuidado. Partindo do princípio que a Família é parte integrante da pessoa internada na UCI, identificar as suas necessidades, reveste-se de todo o interesse. Assim, identificaram-se como sendo suas necessidades na primeira visita, as de apoio e informação, quanto ao funcionamento da unidade e relativamente à situação clínica do doente. Os profissionais devem, portanto, ter estes aspectos em consideração, na sua prática contínua nos serviços que atendem essa população.

Vale ressaltar que cada Família tem o seu modo peculiar de enfrentar a situação de um ente querido internado. As acções preconizadas por programas de humanização são consideradas essenciais para que ocorram mudanças significativas na humanização do atendimento e acolhimento. Porém, se não houver o reconhecimento de que a experiência de cada pessoa é única e singular, será bem provável que a relação estabelecida entre familiares e equipa de enfermagem permaneça marcada pela padronização e o autoritarismo da equipa que possui o domínio do saber específico da UCI.

Compreende-se que as potencialidades e dificuldades na prestação de cuidados humanizados nas unidades de cuidados intensivos precisam de ser continuamente repensadas pelos profissionais, já que fazem parte de um universo complementar de acções em saúde e de cuidados não menos complexos, que se pretendem efectivos, mas sobretudo

acolhedores, sensíveis e atentos aos problemas do outro, de si mesmo e do contexto onde se promove o referido cuidado, tal como afirmado por Pinho & Santos (2007). Este estudo permitiu uma sensibilização sobre as atitudes do Enfermeiro face às necessidades da Família do doente crítico, no sentido de incrementar, no acolhimento à família, uma atitude empática, acolhedora, sincera e esclarecedora.

Nesta fase, importa também referir os factores facilitadores e dificuldades que foram encontrados ao longo do desenvolvimento deste processo. O facto de existirem alguns estudos realizados dentro desta temática, constituiu um factor facilitador para o bom desenvolvimento do trabalho. Por outro lado, sentiram-se dificuldades na gestão do tempo, pois este teve de ser conciliado com o estudo, com a actividade profissional e vida pessoal. Como limitações do estudo apontam-se a reduzida diversidade (nomeadamente, em termos de cultura e género), bem como o reduzido número dos participantes. Ao longo do estágio decorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários de Vila Real, onde se recolheram as declarações dos participantes, esperava encontrar-se um maior número de primeiras visitas, o que, infelizmente, não se concretizou. Também se considera que, apesar de ter sido explicado no início e lembrado ao longo de cada entrevista, o facto de esta objectivar a melhoria do atendimento por parte de enfermagem, de ser assegurada garantia de anonimato, aliado ao facto de a própria investigadora se apresentar como enfermeira, não permite excluir totalmente a possibilidade de terem funcionado como factores constrangedores, o que poderá ter inibido alguns dos entrevistados nas suas respostas.

Pelo exposto, sugere-se a realização do mesmo estudo com uma densidade populacional mais representativa que permita extrapolar resultados.

Não obstante, este, terá permitido recolher informação suficiente que, aliada à pesquisa de outros autores, contribuiu para a elaboração de um guia de orientação temático de acolhimento na primeira visita, adequado às necessidades da Família do doente internado em CI, no sentido de uma crescente humanização dos cuidados prestados. Contudo, o processo de humanizar não deve ser reduzido à compreensão do contexto de vida das pessoas e das suas relações sociais. Ele também está relacionado com a dinâmica do processo de trabalho, a organização dos saberes e das práticas, os mecanismos de gestão, a flexibilização administrativa e a própria política institucional que regulamenta as acções de cuidados no ambiente hospitalar (Pinho & Santos, 2007). Daí que, na prática, o enfermeiro deva ser hábil e responsável para inserir a família neste ambiente, gerindo as mais diversas responsabilidades dentro deste contexto de assistência, tendo como objectivo a excelência dos cuidados prestados ao seu foco de cuidado: o Doente e Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. C. B., & Ribeiro, J. L. P. (2008, Outubro). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Referência*, 2 (7), 79-88.

Almeida, S.A., Aragão, N.R.O., Moura, E., Lima, G.C., Hora, E.C., & Silva, L.A.S.M. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade e terapia intensiva. Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 844-9.

Barañano, A. M. (2008). *Métodos e Técnicas De Investigação: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação* (2ª reimpressão); Lisboa: Sílabo Lda.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beccarria, M.L.; Pereira, R.A.M.; Contrin, L.M.; Lobo, S.M.A. & Trajano D.H.L. (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21, (3), 276-82.

Bettinelli, L. A., Rosa, J., & Erdmann, A. L. (2007). Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (3), 377-384.

Bettinelli, L.A. & Erdmann, A.L. (2009) Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. *Avances en Enfermería*, 27 (1), 10-19.

Camponogara, S., Martins Dos Santos, T., Seiffert, M. A., & Alves, C. N. (2011). O Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista de Enfermagem*, 1 (1), 124-132.

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

Decreto – Lei n.104/98, de 21 de Abril de 1998 (1998). Dispõe sobre a criação da Ordem do Enfermeiros e aprova o seu Estatuto. Lisboa, Ministério da Saúde.

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (3a ed). Loures: Lusodidacta.

Freitas, K.S. (2005). *Necessidades de familiares em Unidade de Tratamento Intensivo: análise comparativa entre hospital público e privado*, dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gil, A.C. (1999). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação*. (2a ed.). Camarate: Lusociência.

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem dos CIE*. Loures: Lusodidacta.

Lessard- Hérbert, M.; Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. (3a ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Luchesi, F, Macedo, P.C.M., & Marco, M.A. (2008, Junho). Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 11 (1), 19-30.

Maciel, M.R., Souza, M.F. (2006). Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem* 19 (2), 138-43.

Martins, J. J., Nascimento, E. R. P., Geremias, C. K., Schneider, D. G., Schweitzer, G., & Neto, H. M. (2008). O acolhimento à família na Unidade de Terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10 (4), 1091-101.

Maruiti, M. R., & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (1), 37-43.

Maruiti, M. R., Galdeano, L.E., & Farah, O.G.D. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista Enfermagem*, 21 (4), 636-42.

Ministério da Saúde. Direcção dos Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Morton, P.G., Fontaine, D.K., Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2007). *Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística*. (8a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nascimento, V. (2012). Humanização da visita familiar em uma UTI adulto no sudeste de Mato Grosso. *Revista Electrónica Gestão e Saúde*, 3, (1), 620-624. Consultado em 7 de Março 2012 de <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/139-876-1-pb.pdf> .

Neves, F.B.C.S; Dantas, M.P.; Bitencourt, A.G.V.,Vieira, P.S., Magalhães, L.T., Teles, J.M.M., Farias, A.M.C., & Messeder, O.H.C. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (1), 32-37.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico*. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

Ordem Dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE. Versão 2- Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Pinho, L., Santos, S. (2007). Fragilidades e Potencialidades no processo de humanização do atendimento na unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo de abordagem dialéctica. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 6 (1). Consultado em 9 de Março de 2012 de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/853> .

Ribeiro, J. A., & Santos, M. S. S. (2008, Julho/Setembro). Diagnóstico de necessidades da família de clientes adultos na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Cogitare Enfermagem*, 13 (3), 437-42.

Saiote, E.C.G. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*, dissertação de

mestrado não publicada, Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia, Lisboa.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. & Cheever, k.h. (2011). *Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Soares M. (2007). Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (4), 481-4.

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7a ed.). Lusodidacta.

Urder, L.D., Stacy, K.M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. (5a ed.). Loures: Lusodidacta.

Urizzi, F., Carvalho, L.M., Zampa, H.B., Ferreira, G.L., Grion, C.M.C., & Cardoso, L.T.Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20 (4), 370-375.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Guia Temático de Acolhimento na Primeira Visita

GUIA TEMÁTICO DE ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES NA PRIMEIRA VISITA

É fundamental que seja o enfermeiro a receber o familiar, aquando da sua primeira visita.

Na recepção da primeira visita, o enfermeiro deve, empaticamente:

- Apresentar-se ao familiar como sendo enfermeiro da unidade, pelo nome, e inteirar-se do parentesco da visita relativamente ao doente;
- Fazer uma sucinta apresentação do ambiente físico e humano da Unidade, mediante informação relativamente:

À unidade/ambiente;

Às políticas do serviço e instituição: horário de visita, contactos telefónicos para informação (flexibilizar quando possível);

Ao equipamento;

Ao que pode ou não fazer durante a visita;

Ao estado e apresentação do doente;

Aos tratamentos e intervenções;

Como e quando aceder ao médico e respectiva informação;

O plano de cuidados imediato.

Questionar por dúvidas que possam surgir.

- Repetir informação, se necessário.
- Acompanhar a visita até junto do doente e manter-se próximo, sem invadir a privacidade possível, como forma de se apresentar disponível e acessível para qualquer eventualidade ou constrangimento.

APÊNDICE 2 - Guião da Entrevista

ENTREVISTA

Idade.

Sexo.

Contacto.

Grau de parentesco.

Estatuto ocupado pela visita dentro do núcleo familiar.

Estatuto ocupado pelo doente dentro do núcleo familiar.

É a primeira vez que a situação de internamento em CI acontece?

Que espera do enfermeiro de cuidados intensivos na primeira visita?

O que sente ser mais importante para si, neste momento, em termos de assistência de enfermagem?

Tem necessidade de informação quanto ao ambiente e funcionamento da unidade?

Tem necessidade de apoio por parte da equipa de enfermagem?

Tem necessidade de informação sobre o seu comportamento durante a visita?

Tem necessidade de informação sobre o estado clínico do doente?

APÊNDICE 3 - Entrevistas Transcritas

ENTREVISTAS TRANSCRITAS

E1, 42 anos, Educadora de infância
Filha de C. J. P. 69 anos

Senti necessidade de apoio psicológico. Sou uma pessoa muito sensível. Na sala de espera vi algumas das outras visitas a vestirem-se com batas, mas a mim ninguém me disse nada...eu não vesti bata nenhuma...A informação que recebi foi só pelo INEM que levou o meu pai para o hospital. À entrada, enquanto esperava para ver o meu pai ninguém me deu informação acerca de como ele estava...Eu senti falta disso, de apoio...

E2, 41 anos, Oficial de Justiça
Filha de G. A., 71 anos

Não senti necessidades especiais, uma vez que acompanhei o meu pai à urgência e sabia que ele tinha tido um enfarte. Como tal, sabia que ele estava monitorizado, não foi um choque para mim a forma como o encontrei. Fui eu que chamei INEM. Aquando da visita, falei com a médica que estava no serviço que me pôs ao corrente da situação clínica do meu pai. Por isso sabia como o ia encontrar.

E3, 58 anos, Doméstica
Filha de D. P., 86 anos

Estava ansiosa. Mas fui muito bem recebida.
Bem recebida é darem -nos atenção e dizerem-nos as coisas importantes.
Sabia como a ia encontrar, porque a minha filha é enfermeira e informou-me. Lá no serviço, não tive nenhuma enfermeira que se dirigisse a mim para me informar a forma como a iria encontrar, mas também, porque sabem que a minha filha é enfermeira e que eu já sabia.

E4, 52 anos, Doméstica.
Irmã J.C.F., 74 anos

Senti necessidade de um acompanhamento. Estávamos ali completamente sozinhas sem saber o que se estava a passar. Ele estava a fazer um cateterismo que demorou

muito mais do que o habitual e isso deixa uma pessoa muito angustiada. Quando a gente não se aguentava e saía da sala, ía até ao corredor para ver se via alguém, claro, não era bem informada, antes pelo contrário, era mandada afastar para a sala novamente. Não havia ninguém que pudesse ajudar... nada. Não havia ninguém na sala; não havia ninguém no corredor, não havia ninguém por ali que nos pudesse ajudar, dar uma informação ou tranquilizar-nos. Absolutamente ninguém.

O meu irmão sofreu um enfarte e eu estava no Porto, em casa da minha filha. Recebi a notícia que ele tinha sofrido o enfarte e que ia fazer um cateterismo de tarde. Vim do porto para cá, para estar com ele... Cheguei, pensei que ele já tinha feito o cateterismo, mas ainda não tinha terminado, porque o cateterismo que ele fez demorou 2 horas e era suposto demorar meia, de maneira que estive aquele tempo todo na sala de espera, angustiadíssima à espera que ele viesse para os cuidados intensivos. Aí já quase não me queriam deixar entrar, porque já não era hora de visita. Eu disse ao sr enfermeiro que me disse isso: “por amor de Deus eu vim de propósito do Porto. Estou aqui há 2 horas à espera e agora vem-me dizer que não o posso nem ver?! Então ele diz: “então, é só espreitar, só espreitar.” O que ainda mais me assustou, porque fiquei a pensar que ele estaria muito mal e que eu nem pudesse falar com ele e só espreitar. Pronto, efectivamente fiz uma visita aí de 4 ou 5 minutos sempre a pensar quando me iam chamar e dizer que eram horas de me ir embora. E foi dessa forma que tudo se passou. Seria muito bom melhorar o atendimento, porque realmente eu depois tive que sair dali muito rapidamente, porque não me deixavam estar muito tempo e voltei para o Porto. Mas eu não ia bem, ia angustiada. Quando cheguei ao Porto, voltei a ligar para os cuidados intensivos a ver se não se passava mais nada. Porque eu não ia satisfeita. Ninguém me deu uma informação detalhada, o que é lamentável... porque realmente, dentro do possível, se pudermos tranquilizar os familiares dos doentes seria óptimo, informá-los, embora nem sempre a informação possa ser tranquilizadora... No meu caso até seria, porque até correu bem e eu sofri bastante, sem necessidade.

E5, 56 anos, doméstica

Esposa de C.A.P.T., 87 anos

Não senti necessidade nenhuma em especial, senti o apoio, uma enfermeira veio-me buscar à sala de espera. Foi uma enfermeira que me recebeu, muito simpática e que me informou do estado do meu marido. O outro enfermeiro que estava, também muito simpático e atencioso. Foi tudo muito bom por acaso. Foram bons, porque me informaram e deram-me apoio. Também falei com o médico que estava lá, que me informou e me disse até, que se precisasse eu podia ligar.

E6, 57 anos, Assistente técnica na câmara de Moncorvo
Filha de M.C.M., 80 anos

A minha mãe vive sozinha.

Fui muito bem atendida, encontrei pessoas que me informaram sobre o que se passava, acerca de como fazer e quando falar com a médica para seguir a evolução do estado clínico da minha mãe. Na altura falei com a médica que me informou de como a minha mãe estava.

Quando saí de Moncorvo não sabia que a minha mãe tinha tido um enfarte, pensei que seria uma má disposição. Em Mirandela, o médico pôs-me ao corrente de que a minha mãe tinha tido um enfarte e tinha que ser transferida para Vila Real. Lá, correu tudo muito bem. Na primeira visita foi uma enfermeira que me foi buscar à sala de espera e que me informou que a minha mãe estava internada naquela unidade de cuidados intensivos justamente porque inspirava alguns cuidados e tínhamos ainda que aguardar pelo resultado do cateterismo que iria fazer. Eu nunca tinha estado sequer numa unidade de CI, mas para mim o ambiente não foi um choque, uma vez que me informaram antes de entrar.

Depois, também falei logo com a médica, que me disse que provavelmente a minha mãe teria que ser operada, porque tinha uma válvula afectada. Além disso tenho uma cunhada que também é enfermeira e que também me ajudou a tomar decisões neste processo. A minha mãe depois foi encaminhada para Coimbra para ser operada e ficou bem. Até foi uma enfermeira com a minha mãe até Coimbra.

Digo-lhe muito sinceramente, atendendo à idade da minha mãe e da maneira como está o país, eu pensei que não iam olhar para ela com olhos de ver. A minha mãe foi tratada como uma princesa, como se fosse uma menina de 20 anos. Há quem diga muito mal do serviço público, olhe não é por estar a falar consigo, mas eu gostei muito, desde os auxiliares, os enfermeiros, a médica. Fui muito bem recebida. As pessoas foram muito atenciosas comigo e com a minha mãe.

E7, 43 anos, professora
Filha de A.R.P., 69 anos

O meu pai esteve internado só 2 ou 3 dias, quando o fui ver pela primeira vez íamos 2 pessoas, o número mínimo que podia entrar para a visita.

O único senão foi realmente o tempo de visita muito reduzido. Achei que estive pouco tempo com o meu pai, afinal eu vivo no Porto. De resto, não senti mais

nenhuma necessidade em especial. Não fiz nenhuma pergunta que não tivesse sido respondida. Liguei várias vezes de manhã e informaram-me sempre e passavam o telefone ao meu pai. Fui bem atendida por parte da enfermagem, além de me darem informação, também me encaminharam para a médica quando me diziam que era melhor, para determinado tipo de perguntas, falar com ela. Isto relativamente a todo o internamento e na primeira visita.

Para mim, não foi um choque a forma como vi o meu pai na primeira visita, embora não me tivessem informado quanto a isso, talvez porque também não foi a primeira vez que tive um familiar internado na UCI; o meu pai já lá tinha estado quando pôs o pacemaker e também já tive uma filha internada em CI.

O que realmente me marcou pela negativa foi o tempo de visita curto, mas talvez tenha que ser assim, não sei...

Tudo o resto esteve muito bem. Eu não esperava nada mais. Como lhe disse, as minhas dúvidas foram tiradas. Além disso, o meu pai foi muito bem tratado por todos.

Apenas o tempo de visita é que eu esperava que fosse mais. Esperava poder estar mais tempo com o meu pai.

Desde que teve o enfarte, os meus pais estão comigo, não vá acontecer alguma coisa, porque o meu pai ainda está a aguardar a cirurgia. Ele vai ser operado em Gaia.