UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FABIANE URIZZI

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DE PACIENTES
INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA:
O OUTRO LADO DA INTERNAÇÃO**

RIBEIRÃO PRETO
2005

FABIANE URIZZI

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DE PACIENTES
INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA:
O OUTRO LADO DA INTERNAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO – ENFERMAGEM FUNDAMENTAL,
DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

LINHA DE PESQUISA: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
METODOLÓGICA E TECNOLÓGICA DO PROCESSO
DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

ORIENTADORA:
PROF^a DR^a ADRIANA KATIA CORRÊA

**RIBEIRÃO PRETO
2005**

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANE URIZZI

VIVÊNCIA DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM
TERAPIA INTENSIVA: O OUTRO LADO DA INTERNAÇÃO

Dissertação de Mestrado Apresentada ao
Programa de Pós-Graduação na área de
Concentração – Enfermagem Fundamental, da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo.

LINHA DE PESQUISA: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
METODOLÓGICA E TECNOLÓGICA DO PROCESSO DE
CUIDAR EM ENFERMAGEM

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF^ª DR^ª ADRIANA KATIA CORRÊA – PRESIDENTE/ORIENTADOR

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EERP

ASSINATURA: _____

PROF^ª DR^ª MAGALI ROSEIRA BOEMER

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – EERP

ASSINATURA: _____

PROF. DR. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO

ASSINATURA: _____

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

U73v Urizzi, Fabiane.
 Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação. / Fabiane Urizzi. Ribeirão Preto : EDUSP, 2005.

 139 f.

 Bibliografia: f. 127-136.

 Dissertação (Mestrado). Enfermagem. Fundamentação Teórica Metodológica e Tecnológica do Processo de Cuidar em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

 Orientadora: Profª Drª Adriana Katia Corrêa.

 1. Enfermagem. 2. Centro de Terapia Intensiva - CTI. 3. Cuidado humanizado. 4. Fenomenologia. 5. Família. I. Título. II. Corrêa, Adriana Katia. III. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CDU 614.253.5

Dedicatória

A Deus,

Por ser Senhor do meu e no meu tempo.
Por ser preciso no tempo e em sua grandeza.
Por me dar o tempo para amar.
Por me dar tempo para sonhar.
Por me dar tempo para fazer.
Por me dar tempo para ser.
Por me dar tempo para seguir, sendo!

À Maria e Santa Terezinha

que estiveram zelando por esse trabalho.

Familiares de pacientes Internados no CTI-1
da Santa Casa de Londrina

dedico este trabalho a todos os familiares de pacientes
que nesse momento peculiar de incertezas e inseguranças frente à internação
de um familiar no CTI, compartilharam comigo seus sentimentos, mostrando
"o outro lado da internação" no mundo técnico-biológico do CTI.

Prof^a Dr^a Adriana Katia Corrêa,

mais que orientadora, amiga e irmã.

Com competência, sensibilidade e carinho me conduziu-me
ao longo dessa trajetória, não medindo esforços para que
ela fosse, além de consistente, também agradável,
permitindo o desvelar de novos horizontes de
atuação e transformação profissional e pessoal.

Agradecimentos

Ao meu *Lindo* namorado Fernando
pelo seu amor que sempre me serviu de suporte e equilíbrio
e por sua paciência e compreensão nas horas de ansiedade.

À minha mãe Dinêz,
vitoriosa precursora das vivências e inquietações dessa investigação.

Ao meu Pai Roberto,
pela sua compreensão nos momentos de ausência.

À bibliotecária Eliani Schlieper,
meu "anjo literário" e amiga, que com sua competência e sabedoria
muito contribuiu nas buscas bibliográficas deste trabalho.

À Santa Casa de Londrina, nas pessoas: Irmã Lorena Jenal,
Irmã Elvira Maria Perides Lawand e Cristina Garcia,
pelo apoio e permissão para execução desta pesquisa.

À equipe da CTI-1 da Santa Casa de Londrina,
pelo acolhimento e amizade.

À secretária Izaura Mestre Tejo,
pela imensa ajuda e prontidão nos assuntos do Comitê de Bioética.

À supervisora de enfermagem Teruko Furuta,
pela compreensão e ajuda nos pedidos de folga e troca de plantões.

Aos Profs. Drs. Magali Roseira Boemer,
Clarice Aparecida Ferraz, Manoel Antonio dos Santos,
pelas grandes contribuições no exame de qualificação e na pró-forma.
Seus olhares possibilitaram enriquecer e aprofundar o meu estudo.

À Prof^a Dr^a Mara Lúcia Garanhani
pelo apoio, sabedoria e sensibilidade diante das ansiedades
e dúvidas em alguns momentos desta trajetória.

Aos amigos: Juliana, Elaine e Aline Gerage,
Rita Tavares, Giovanna e Raphael Laffranchi,
Lilian Aragão e Sandra Boni,
pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência
e incentivo nas horas de cansaço.

*Essa música se tornou muito significativa à medida que me colocava
frente às adversidades e limitações da vida, sendo um estímulo
para a conclusão desta pesquisa.*

Enquanto houver sol (2003)

Sérgio Britto

Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma idéia vale uma vida
Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Em cada um de nós, algo de uma criança
Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Quando não houver caminho
Mesmo sem amor, sem direção
A sós ninguém está sozinho
É caminhando que se faz o caminho
Quando não houver desejo
Quando não restar nem mesmo dor
Ainda há de haver desejo
Em cada um de nós, aonde Deus colocou
Enquanto houver sol, enquanto houver sol
Ainda haverá
Enquanto houver sol, enquanto houver sol

RESUMO

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação.** 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP, 2005.

Considerando a importância de se construir um atendimento em saúde que considere a pessoa em sua integralidade, em qualquer nível de atenção, a proposta deste estudo é compreender a vivência de familiares de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI), na intenção de contribuir para a humanização do cuidado nesse contexto. Tendo em vista a natureza do objeto de investigação, envolvendo questões de ordem subjetiva e social, este trabalho foi conduzido a partir de algumas idéias fundamentais do referencial fenomenológico. Nos meses de setembro a dezembro de 2004, foram entrevistadas 17 famílias de pacientes adultos internados em um CTI da Santa Casa de Londrina, instituição filantrópica que atende pacientes do SUS, conveniados e particulares. A questão norteadora deste estudo foi: Como está sendo para você ter um familiar internado aqui? Descreva para mim. Da análise dessas entrevistas, emergiram algumas categorias temáticas: Experiência difícil, dolorosa, sem palavras; Colocar-se no lugar e perceber o outro: aproximação ao sofrimento do paciente; Rompimento da relação com o cotidiano familiar; O medo da morte do familiar; CTI: cenário temido, mas necessário; Preocupação com o cuidado do familiar. Algumas facetas relativas ao atendimento da família em CTI foram desveladas, emergindo pontos significativos a serem refletidos pelos profissionais que ali atuam, contribuindo para a construção de um cuidado humanizado, contemplando a singularidade da família e do paciente crítico.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Fenomenologia. Centro de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

URIZZI, F. **Experiences of families of the patients treated in intensive therapy**: the other side of the treatment. 139f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – University of São Paulo – Ribeirão Preto Nursing School – SP, 2005.

Considering the importance of establishing a care in health, which considers the person in its completeness, in any level of caring, the proposal of this study is to understand the experience of the families of the patients treated in Center of Intensive Therapy, with the purpose of contributing for the humanization of caring in this context. In view of the nature of the inquired object, involving subjective and social issues, this work has been conducted from some fundamental ideas of the phenomenological reference. From September to December of 2004, 17 families of the adult patients treated in a Center of Intensive Therapy from Santa Casa de Londrina, philanthropic institution that cares patients from SUS, insured and privates, have been interviewed. The polemic question of this study was: How has it been for you to have a family member treated here? Describe it for me. From the analysis of these interviews, some topic issues have emerged: Difficult, painful, speechless experience; Experiencing and recognizing somebody's life: getting close to the patient's suffering; The Breakup of the familiar daily routine relationship; The fear of the family member's death; CIT: feared scene, but necessary; Concern over the family care. Some issues related to the family care in CIT have been brought out, emerging considerable points to be analyzed by the professionals, contemplating the establishment of a humanized care towards the singularity of the family and the critical patient.

KEYWORDS: Family. Phenomenology. Center of Intensive Therapy.

RESUMEN

URIZZI, F. **Vivencias de familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva:** el otro lado del ingreso. 139f. Disertación (Mestrado en Enfermería) – Escuela de Enfermería de Riberão Preto - SP – Universidad de São Paulo, 2005.

Considerando la importancia de construirse un atendimento en salud que considere la persona en su integridad, en cualquier nivel de atención, la propuesta de este estudio es comprender la vivencia de familiares de pacientes ingresados en un Centro de Terapia Intensiva (CTI), en la intención de contribuir para la humanización del cuidado en ese contexto. Teniendo en vista la naturaleza del objeto de investigación, envolviendo cuestiones de orden subjetiva y social, este trabajo ha sido conducido a partir de algunas ideas fundamentales del referencial fenomenológico. En los meses de setiembre a diciembre de 2004, han sido entrevistadas 17 familias de pacientes adultos ingresados en un CTI de la Santa Casa de Londrina, institución filantrópica que atiende pacientes del Sistema Único de Salud, conveniados y privados.. La cuestión norteadora de este estudio ha sido: ¿Cómo es para usted tener un familiar ingresado aquí? Describame. Del análisis de esas entrevistas, emergieron algunas categorías temáticas: Experiencia difícil, dolorosa, sin palabras; ponerse en el lugar y percibir el otro; aproximación al sufrimiento del paciente; rompimiento de la relación con el cotidiano familiar; el miedo a la muerte del familiar; CTI: escenario temido, pero necesario; preocupación con el cuidado del familiar. Algunas facetas relativas al atendimento de la familia en el CTI han sido desveladas, surtiendo puntos significativos a ser reflexionados por los profesionales que allí actúan, contemplado la construcción de un cuidado humanizado vuelto para la singularidad de la familia y del paciente crítico.

PALABRAS-CLAVES: Familia. Fenomenologia. Centro de Tratamiento Intensivo.

SUMÁRIO

1 A TEMPORALIDADE DO PESQUISADOR	11
2 O CTI NO CONTEXTO DE SAÚDE ATUAL: UMA APROXIMAÇÃO	22
3 O CTI E A PERSPECTIVA DE HUMANIZAÇÃO	30
4 A FAMÍLIA DO PACIENTE INTERNADO NO CONTEXTO DO CTI	42
5 CAMINHO METODOLÓGICO	51
5.1 UMA APROXIMAÇÃO À FENOMENOLOGIA NO CONTEXTO DESTE ESTUDO	52
5.2 O CENÁRIO DO ESTUDO	59
5.3 O ACESSO AOS SUJEITOS	61
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	68
5.5 INTERPRETAÇÕES DAS ENTREVISTAS	69
6 VIVÊNCIA DOS FAMILIARES DOS PACIENTES INTERNADOS NO CTI	71
7 REFLEXÕES SOBRE ESTE ESTUDO	118
8 REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	
APÊNDICE A – COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	138
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	139

1 A Temporalidade do Pesquisador

Para explicitar a proposta desta investigação, apresento as minhas vivências que, em diversos momentos, foram se configurando na interrogação acerca da experiência da família de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI)¹.

Essas vivências foram se delineando desde a minha vida pessoal e familiar até as experiências profissionais atuais na condição de enfermeira de um CTI.

Minha aproximação ao CTI aconteceu mais cedo do que eu esperava. Após ter vivenciado, ainda criança, a hospitalização de um familiar nesse setor, emergiram mudanças no cotidiano familiar e nos valores pessoais. Isso permitiu o crescimento e o enfrentamento dessas mudanças que foram vivenciadas de forma significativa, levando-me a perceber que a existência humana perfaz um caminho de relacionamentos, sendo a família um grupo significativo, visto que, grande parte da estrutura básica que construímos para lidar com a vida, provém dos relacionamentos familiares.

O tempo passou e, anos mais tarde, em 1997, ingressei no curso de graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Londrina.

O contato com o CTI ocorreu somente no último ano, durante o estágio curricular na disciplina de Saúde do Adulto. Os conteúdos da disciplina, como o uso de tubos, ventilação mecânica, monitores, estado de coma, ao

¹ Empregarei, no decorrer deste estudo, o termo CTI, considerando, segundo LÓPEZ (1973), que a admissão de pacientes não se limita a especialidades clínicas específicas como: unidades coronarianas, renais e trauma, abrangendo todas as especialidades.

mesmo tempo que me estimulavam, me faziam lembrar o que minha família vivenciou na época de internação de um familiar.

Como não pude visitar esse familiar na ocasião de sua internação, havia uma grande inquietação em mim no que se referia ao paciente crítico; queria saber se a idéia que eu havia elaborado sobre a internação era a mesma que os pacientes do CTI vivenciavam. Entre a vontade de ir ao encontro dos pacientes de CTI e a imagem negativa elaborada no passado, esta prevalecia, despertando medo e recusa em enfrentar esse mundo.

Mais cedo ou mais tarde, essa barreira precisava ser transposta, mesmo porque era obrigatório estagiar na unidade para o aperfeiçoamento das técnicas ministradas na disciplina. Decidi enfrentar com o pensamento de que as pessoas ali internadas precisam, acima de tudo, dos nossos cuidados.

Máquinas, tubos e aparelhos fazem parte desse cuidar, mas sem contato humano, o paciente fica reduzido a um objeto dependente de uma máquina. Com o passar dos dias, à medida que a disciplina transcorria, fui me *libertando* da angústia de deparar-me com o paciente crítico e passei a buscar aperfeiçoar as técnicas aprendidas no bloco teórico, dado que o estágio era o momento para tal. Nesse período, observei que nem todos os pacientes internados estavam entubados, nem todos eram extremamente graves. Alguns falavam, eram conscientes e capazes de realizar auto-cuidado. Passei a ver o CTI com outros olhos, pois, caso o paciente necessitasse de atendimento emergencial, seria possível a instalação de aparelhos e equipamentos para a

manutenção e restauração da vida, além do cuidado intensivo que a estrutura organizacional permitia.

Devido ao curto tempo de estágio curricular, optei por realizar estágio voluntário durante um mês, nas férias escolares, considerando que pouco havia executado as técnicas ministradas e também visando ter oportunidades de aprofundar conhecimentos específicos dessa unidade. Nesse período, o que mais me estimulava era a complexidade, neste momento reduzida à densidade tecnológica, de cuidados que aqueles pacientes necessitavam e que nós tínhamos a oportunidade de executar. O CTI foi o local onde eu via a atuação da enfermagem de forma clara e necessária, visão ainda focada em técnicas e cuidados biológicos, mas me fascinava saber que todo aquele aparato tecnológico, de última geração, dependia de nosso agir para completar o cuidado ao paciente. Assim, tecnologia (aparelhagens) e agir técnico profissional complementavam-se.

Naquele momento, após transpor a barreira inicial em inserir-me no mundo do CTI, a única vontade que tinha era continuar explorando esse mundo, sentindo-me direcionada para o trabalho neste local. Prossegui meu mergulho ao escolher o CTI para realizar o estágio de Administração que consistia em nosso *internato*. Foram dois meses atuando no setor, com o objetivo de desenvolver todas as competências aprendidas nos quatro anos de curso.

Após a adaptação ao local e o domínio das técnicas que buscava executar com segurança, passei a voltar meu olhar para as relações

humanas vivenciadas no setor. Percebi que o CTI é um ambiente extremamente estressante para o paciente, equipe e família, sendo caracterizado por um clima constante de apreensão, rotina acelerada e situações de morte iminente, uso de equipamentos tecnológicos avançados, com alarmes sonoros e luminosos. Sendo assim, a humanização foi o tema escolhido para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso. Restava decidir sobre o enfoque do estudo: o paciente, a equipe ou a família?

Percebendo a vivência da família dos pacientes internados relacionada ao enfrentamento da hospitalização, atentei-me para o modo como aproximavam-se do leito, seus gestos e expressões, questionamentos, anseios e angústias. Decidi, assim, focar a família nesse estudo de Conclusão de Curso. Hoje, analisando todo o meu percurso em direção à família, percebo que já me inquietava, naquele momento, saber como era a sua experiência frente à hospitalização de um familiar no CTI, visto que minha vivência passada foi significativa, tendo grande influência em minha vida. Porém, ainda não tinha muita clareza quanto a essa inquietação.

Na ocasião, desenvolvi um manual de orientação para familiares internados em CTI, com explicação sobre a equipe que atuava na unidade, as funções e finalidades dos aparelhos usados, bem como sobre aspectos relacionados à humanização. Essa foi uma primeira aproximação com a família e a hospitalização, de forma um pouco tímida, mas determinada em entender o processo.

Atualmente, penso que essa timidez poderia ser

decodificada por desconhecimento do que realmente me inquietava sobre a família, visto que o processo de trabalho no CTI, em alguns aspectos, pouco contempla o homem em seu sentido existencial. Elaborar manuais sobre o setor não é suficiente para alcançar a família em sua humanidade; podem contribuir como informação, mas não contemplam questões relacionadas a conforto e acolhimento. A *humanização*, assim, fica limitada a padrões estabelecidos segundo limites cartesianos, herança que tornou o homem reprodutor de técnicas e executor de ações baseadas em dados estatísticos.

Isso está relacionado à racionalidade científica, predominante no trabalho em CTI, no qual a dimensão biológica do ser humano ali assistido torna-se a base fundamental para os cuidados que se realizam, sendo necessário monitorar parâmetros fisiológicos por meio de conhecimentos técnico-científicos e manuseio do instrumental tecnológico. As exigências técnico-científicas, aliadas ao avanço da tecnologia (aparelhagem), permitem a manutenção e recuperação da vida da pessoa gravemente doente, porém determinam, muitas vezes, uma prática mecanicista (CORRÊA, 2000).

Sob esse aspecto, concordo que:

[...] a relação com a máquina pode mecanizar o cuidar, a ponto de o paciente tornar-se extensão do aparato tecnológico, não se percebendo até onde vai a máquina e tem início o ser humano [...] os procedimentos executados e os aparelhos utilizados respondem a algumas necessidades biológicas, mas não às necessidades da vida singular da pessoa humana (CORRÊA, 1998, p. 299-300).

Essa atitude é comum no mundo em que vivemos, no qual o modo de pensar científico valoriza somente aquilo que pode ser mensurado e controlado, não abrindo espaço para outras formas de pensar que extrapolem essa lógica determinada, incorporando a existência humana em sua totalidade e que não se reduz ao que é mensurável.

Após essa aproximação ao CTI, ainda na graduação, não me via trabalhando em outro setor. O relacionamento com o paciente de CTI passou por um período de rejeição, adaptação e, por fim, segurança. Segurança no sentido de domínio na execução de técnicas e aquisição de conhecimentos técnico-científicos. Nesse momento, eu não tinha a visão da subjetividade presente na assistência ao paciente de CTI, da sua singularidade. Interessavam-me o domínio dos parâmetros vitais e o desenvolvimento de habilidades para a manipulação dos aparelhos, esquecendo-me que, em meio a todo esse ritmo frenético, existia um ser humano cuidando de outro ser humano que, em um momento de necessidade, estava habitando esse mundo ímpar que é o CTI.

No início do exercício profissional, fui contratada para atuar no CTI de um hospital filantrópico, onde continuo exercendo minha prática profissional. Esse CTI destina-se a atender pacientes crônicos, geralmente idosos, com alguma patologia infecciosa. Devido a essas características, muitas vezes, cuidei dos mesmos pacientes por meses. Não tenho muito contato com a família por atuar no período noturno, quando não são permitidas visitas.

Lembro-me, todavia, de uma situação em que a paciente ficou

internada por 119 dias na unidade. No período que antecedeu sua alta, realizei, por algumas vezes, encontros com familiares para discutir sobre cuidados domiciliares, já que essa paciente era portadora de insuficiência renal crônica, fazendo uso de diálise peritoneal ambulatorial contínua. Foi necessário um maior contato para que a família pudesse assimilar as técnicas, adaptando-se para a continuidade do cuidado no domicílio.

Foi nessa ocasião que eu retomei meu interesse pela família ao ver como o processo de hospitalização em CTI é complexo. Essa paciente ficou internada por um tempo significativo e sua alta demandou mudanças na estrutura física e de vivência familiar, no sentido de contribuir para sua qualidade de vida.

Pude, a partir dessa experiência, refletir sobre a vivência da família em CTI, passando a crer que ela talvez vivencie a internação de forma mais intensa do que o próprio paciente, pois se depara com um processo de permanentes adaptações, de incertezas, de mudanças que poderão trazer implicações para a história de vida familiar.

Em outra ocasião, tive a oportunidade de cuidar de um adolescente que havia sofrido um acidente automobilístico e, na sua evolução, desenvolveu SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda), uma patologia muito grave que acomete os pulmões e que tem elevado índice de mortalidade. Ele era um paciente muito cooperativo e dócil, o que cativou, rapidamente, toda a equipe.

Foram dois meses de internação, com períodos de melhoras e recaídas. Durante o período mais crítico de sua internação, a equipe viveu momentos de angústia por entender a gravidade da situação, ao ver que, mesmo sedado, ele conseguia responder aos nossos estímulos e que, mesmo com o uso de todas as medicações possíveis, apresentava recaídas. A cada plantão que ele não estava bem, vivenciávamos a possibilidade de uma parada cardíaca, o que gerava um sentimento de extrema tristeza, apesar de todos os esforços que os profissionais estavam realizando.

Com essa internação, pude refletir sobre o processo de trabalho que é desenvolvido no CTI: a necessidade do cuidado crítico demanda o uso de aparelhagens sofisticadas que são usadas para a restauração da vida biológica, permitindo a possibilidade de reversão de situações antes consideradas impossíveis.

O conhecimento científico, considerando sua objetividade, limita a visão do homem em sua complexidade. Necessidades subjetivas deixam de ser enfatizadas à medida que o cuidado para suprir a dimensão biológica é primordial nessa assistência, o que acaba por caracterizar a realização de um modo de cuidar estritamente técnico-biológico (CORRÊA, 2000).

Aproximações sucessivas às famílias continuaram ocorrendo, ao permitir visitas fora do horário convencional. Continuei a observar como o familiar se aproximava do leito do paciente e vi que, caso o paciente estivesse dormindo ou com os olhos fechados, muitos nem tocavam no leito, ficavam olhando de longe e, após alguns minutos, vinham perguntar sobre o seu estado

geral. Passei a comentar, antes de liberar a visita, que poderiam tocar e conversar com o familiar; ainda assim, eram tímidas as aproximações. Como o CTI se mostrava a eles?

la para casa pensando que acompanhar a hospitalização de um familiar é angustiante. Entretanto, esse era meu sentir. Inquietava-me compreender melhor esse processo para os familiares que o vivenciavam. Como era essa vivência?

Outra situação que sempre me chamou a atenção diz respeito às ricas informações que os familiares forneciam nesses momentos de visitas. Além dos hábitos, histórias de patologias anteriores, alergias a medicamentos que eram de extrema importância para uma melhor assistência ao paciente, falavam sobre suas atividades e relações familiares do cotidiano, levando-me a perceber, agora de forma mais clara, que o paciente que ocupa o leito é um ser humano com uma história de vida; fui percebendo que posso executar todas as técnicas possíveis e dar todas as informações para garantir seu bem-estar. Mesmo assim, essa pessoa continuará *incompleta*, pois sua vivência familiar e social foi interrompida bruscamente.

Imbuída dessas percepções e tocada pela temática em foco, surgiu, então, em 2002, a oportunidade de cursar, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo, o mestrado na área de Enfermagem Fundamental.

O tema de pesquisa não poderia ser outro senão a família de

pacientes internados no CTI. Nesse sentido, pensei em aprofundar meus conhecimentos naquilo que se mostrava fundamental para uma assistência integral ao paciente em estado crítico que, a meu ver, envolve a abordagem da família.

Assim, a proposta deste estudo é compreender a vivência de familiares de pacientes internados em CTI, com a intenção de contribuir para a humanização do cuidado nesse contexto.

A seguir, passo a apresentar algumas idéias que contextualizam o objeto de investigação, enfocando o CTI no contexto de saúde atual, a perspectiva de humanização desse setor hospitalar, com ênfase na família do paciente internado.

2 O CTI no Contexto de Saúde Atual: uma Aproximação

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Analisando sua trajetória, há quatro tendências na política de saúde do Brasil: a do sanitarismo campanhista, o de transição, a do modelo médico assistencial privatista e, por último, o modelo plural, hoje vigente, que inclui o Sistema Único de Saúde — SUS — (MENDES, 1996).

O sistema de saúde atual vem se delineando desde o movimento da reforma sanitária empreendido na década de 80.

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1993, p. 42).

Nesse processo, o conceito de saúde foi ampliado sendo:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde [...] não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população [...] . Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em

sua individualidade [...] Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, alimentação, educação, transporte, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde [...] (BRASIL, 1986, p. 382).

Assim, garantir acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação em todos os níveis significa romper a barreira do biologicismo, no qual a concepção sobre a saúde está restrita aos limites físicos, químicos e biológicos do homem, desvinculada de seu contexto histórico-cultural. Isso pressupõe modificações na organização do sistema de saúde pautadas em princípios como a integralidade, a equidade e a participação social do usuário.

Devemos considerar, porém, que a construção do SUS é complexa, sendo fruto de um processo que há décadas passa por transformações. Apesar de passos importantes terem sido dados, é necessário avançar mais, envolvendo, inclusive, diversos setores das políticas sociais.

Construir uma assistência integral é, nessa perspectiva, fundamental, uma vez que os determinantes que levam o homem a adoecer e morrer estão relacionados a dimensões que vão além do eixo biológico, envolvendo também as dimensões psicológica e social (LIMA, 1998).

A mudança do paradigma de atenção incorpora, assim, a proposta de humanização do atendimento, em todos os níveis de atenção. Isso envolve articular, de modo mais efetivo, os distintos níveis do sistema, compreendendo que os princípios que regem o SUS devam ser assegurados

também nos contextos de atendimento de nível terciário. As políticas atuais enfocam a necessidade de investir na promoção da saúde, afastando-se da lógica hospitalocêntrica até então vigente. Isso implica considerar a necessidade de analisar criticamente o atendimento prestado no hospital, principalmente em setores altamente especializados, nos quais a gravidade das pessoas assistidas parece contribuir ainda mais para a sua redução a objetos.

Assim, a política de saúde atual está fundamentada em princípios que buscam englobar todas as dimensões do ser humano sadio e doente. Nesse sentido, se faz necessário contribuir para a humanização do atendimento em todos os níveis do sistema de saúde, compreendendo sua articulação como fator primordial para garantir que o cidadão seja acolhido em suas necessidades, sendo valorizado como sujeito.

Com o intuito de humanizar, organizar e caracterizar o atendimento nos hospitais, o Governo Federal está implantando o programa de qualificação na atenção à saúde (QualiSus). Observa-se que muitos cidadãos procuram o serviço terciário por não serem atendidos no nível básico, contribuindo para o congestionamento nas emergências e dificultando o atendimento de pessoas que realmente necessitam de assistência. Assim, uma das estratégias do programa está em adequar as unidades de atenção básica para o atendimento de situações passíveis de terem resolubilidade, triagem realizada por médicos e enfermeiros para a seleção dos casos mais graves e encaminhamento para os hospitais disponíveis por meio de uma central de leitos.

Em nível hospitalar, recursos estão sendo destinados para reforma das salas de emergências, com a construção de salas de espera, salas para classificação de risco e apoio a familiares, além de portas exclusivas de chegada para o atendimento de pacientes em estado grave. Além disso, as emergências terão leitos de enfermarias e UTI.

Para garantir um atendimento de qualidade, o governo contará com estratégias do HumanizaSUS, programa inserido na Política Nacional de Humanização que, em articulação com o QualiSus, pretende atuar em diversos eixos da instituição (gestão de trabalho, financiamento, atenção, educação permanente, informação), ampliando a humanização para todos os setores.

As ações estendem-se desde a atenção básica, com formas de acolhimento e inclusão do usuário, passando pelo atendimento de urgência e emergência nos pronto-socorros e pronto atendimento, com acolhida através de critérios de risco, até a atenção hospitalar com o incentivo aos grupos de trabalho em humanização, garantia de visita aberta, com incentivos à presença do acompanhante, garantindo condições dignas de permanência com respeito à dinâmica de cada unidade e peculiaridades das necessidades do acompanhante.

Com isso, espera-se que o atendimento seja humanizado e eficiente, envolvendo a dimensão subjetiva da prática em saúde.

Sobre esse aspecto, vale ressaltar que, dentre as diretrizes do programa nacional de humanização, é dada ênfase ao conceito de clínica

ampliada: trata-se de um processo que pretende ampliar a visão restrita de doença relacionada ao corpo anátomo-biológico, para um modelo de atenção integral, compreendendo que o processo de adoecer está relacionado a aspectos objetivos e subjetivos, indo além do diagnóstico de sinais e sintomas, examinando as subjetividades produzidas na condição de adoecimento. Considerando que as queixas trazidas pelos usuários estão interligadas com toda a sua história de vida, às relações familiares, sociais e culturais. Articular essas vertentes com a produção de saúde e reversão desse processo permite que o conceito de clínica ampliada avance e atinja seu objetivo. Envolve “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulos a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (MANUAL DO HUMANIZASUS, 1900, p. 24).

E essa perspectiva de compreensão da humanização difere da lógica caritativa e daquela que circunscreve a humanização apenas ao estabelecimento de relações interpessoais adequadas, envolvendo também questões administrativas e político-sociais do sistema e serviços, condições de trabalho, bem como questões subjetivas que contemplem a construção de relações saudáveis e solidárias com o doente, valorizando sua dignidade humana e seus direitos como cidadão e usuário do serviço de saúde (CASATE; CORRÊA, 2003)*.

* CASATE, J. C ; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: produção científica na literatura brasileira de enfermagem. – Artigo submetido e aprovado para publicação na Revista Latino Americana de Enfermagem.

Desse modo, assistir a pessoa significa a imposição de exigências de uma assistência singular, contidas nos princípios do sistema em níveis de gravidade e temporalidade para uma organização, já que ela atende necessidades complexas, com intensidades variáveis, estando presentes crianças, mulheres, idosos, de diferentes classes sociais, em diferentes fases do processo saúde–doença, com demandas próprias que exigem respostas individualizadas. Existe, nesse sistema, a permanente necessidade de ajustar os serviços ofertados às necessidades específicas de cada um (PITTA, 1996).

De certa forma, a valorização do homem traz um novo olhar para a assistência em saúde; a massificação dá lugar à visão da singularidade que contempla ver a pessoa como única, inserida em um contexto familiar e social, que permite que ela se sinta saudável ou doente de modo próprio (CORRÊA, 2000).

Nesse sentido:

[...] humanizar é adotar uma prática na qual o enfermeiro, profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, do imprevisível, do incontrolável, do diferente e singular, reconhecendo os seus limites possuindo uma pré-disposição para a abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno [...] (LAPERTUA, 2003, p. 305).

Inclui-se, também, nessa perspectiva, todos os profissionais que de, alguma forma, cuidam da saúde do próximo.

Voltar-me para a vivência da família em CTI implica construir relações humanas mais acolhedoras que contemplem a dignidade da pessoa. A

humanização envolve não apenas questões interpessoais, mas também a dimensão político-econômica e gerencial que estrutura o atendimento, na perspectiva de construção do SUS (CASATE; CORRÊA, 2003)*.

Assim, nesta investigação, faço um recorte, enfocando, especificamente, a vivência da família do paciente internado, considerando o contexto do CTI. A diversidade de modos como as famílias experienciam a internação de um familiar pode revelar facetas importantes que possibilitem o repensar a humanização do atendimento em suas dimensões políticas, gerenciais e interpessoais, compreendendo que elas se interrelacionam e carecem de um processo de reconstrução.

* CASATE, J. C ; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: produção científica na literatura brasileira de enfermagem. – Artigo submetido e aprovado para publicação na Revista Latino Americana de Enfermagem.

3 O CTI e a Perspectiva de Humanização

A história nos mostra que o surgimento do CTI apresentou duas vertentes interpretativas: uma voltada à necessidade de buscar formas de facilitar o atendimento do doente crítico e outra oriunda de aspectos político-econômicos que foram pressionando a organização dessas unidades, no sentido de contribuir para a expansão de indústrias de equipamentos e medicamentos, inseridas no mercado capitalista.

Sobre a primeira vertente, Lino e Silva (2001) referem que, durante a Guerra da Criméia, em 1800, Florence Nightingale selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. Com epidemias como da poliomielite, foram criadas na Dinamarca, Suíça e França, unidades de assistência intensiva. Com a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia, a experiência com o trauma nos conflitos armados era transposta para a vida civil, contribuindo para o surgimento, na década seguinte, das unidades de choque nos hospitais americanos.

Sua evolução estendeu-se para as unidades coronarianas, essas também, como já comentado, com missão de contribuir para a expansão de vendas de produtos para os mercados do exterior. Seu início foi nos Estados Unidos, com o objetivo de prevenir e monitorar os transtornos precoces do ritmo do coração e, conseqüentemente, ressuscitar o paciente. Nesse período, houve muitas pressões políticas e econômicas para a proliferação das UTIs (Unidades de Terapia Intensiva), com o apoio governamental e das fundações privadas norte-americanas. Os equipamentos hospitalares começaram a expandir suas

vendas, aumentando seus lucros. Conseqüentemente, logo houve saturação do mercado interno, sendo necessária a expansão para países de terceiro mundo (WAITZKIN, 1981).

Afirma Ide (1989) que, de modo geral, os centros de terapia intensiva (CTIs) desenvolveram-se, no Brasil, a partir da década de 70. Esse era o período do *milagre econômico*, no qual a política caracterizava-se, essencialmente, pela busca de modernização, também no setor saúde. Assim, ocorria a absorção de avanços tecnológicos, recursos farmacêuticos e de equipamentos, bem como o desenvolvimento de métodos de diagnósticos e terapia, priorizando os níveis secundário e terciário de atenção.

A mesma autora ainda enfatiza que, mesmo com a proliferação e investimentos em recursos para a construção de UTIs, essas unidades se tornaram entidades isoladas e estáticas no contexto de saúde, uma vez que o perfil da morbi-mortalidade de doenças transmissíveis no país não mudou, mostrando que avanços científicos e tecnológicos são necessários, entretanto, o investimento não deve ser feito em apenas um setor. Comenta ainda sobre a necessidade urgente de se reavaliar prioridades e estratégias assistenciais, combinando ações que enfoquem o processo saúde-doença nos três âmbitos de prevenção e que os mesmos atuem de forma articulada. Assim, o nível terciário estaria apto a reverter os processos mórbidos pertinentes e não os decorrentes de ausência ou assistência anterior inadequada (IDE, 1989).

Ainda hoje podemos considerar que essas óticas divergentes, ou mesmo complementares, que explicam a gênese do CTI permanecem: o

processo de trabalho em CTI envolve a utilização de equipamentos, procedimentos e medicamentos onerosos e, quando as internações refletem apenas uma lógica que reduz a atenção à saúde ao atendimento de doenças já instaladas, com pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde, esse local específico mostra-se na contramão da possibilidade de mudança de modelo assistencial, principalmente quando os recursos são priorizados para esse atendimento. Todavia, há sim muitas situações que demandam cuidados intensivos que podem ser articulados à rede de atenção à saúde, centrando-se nos princípios que regem o SUS. Ou seja, é preciso vislumbrar as áreas especializadas inseridas na organização do sistema de saúde, ampliando a perspectiva de atendimento em uma lógica que considere o processo saúde-doença para além do eixo biológico, valorizando a dignidade da pessoa doente em seus direitos de cidadão e pessoa e, como tal, resguardando a sua subjetividade e dimensão social, igualmente presentes em estado crítico de gravidade, ainda que com sérios comprometimentos na esfera biológica.

É necessário considerar que, em meio às aparelhagens e técnicas complexas, é preciso buscar o humano que ali se encontra, não apenas enquanto aquele paciente que necessita ser constantemente monitorado em suas funções vitais, mas como o ser humano singular que vivencia um processo patológico, que, envolvendo toda a sua totalidade existencial, sem dúvida o faz experienciar a insegurança do poder ser saudável, enfrentando a doença e o risco da morte (CORRÊA, 2000).

Também devemos atentar para a idéia de que o paciente, visto

de modo singular, como temporalidade, não se restringe à uma presença doente, presa ao agora, condicionado a uma rotina, mas se faz a cada instante, mantendo-se sempre aberto ao passado e ao futuro (CORRÊA, 2000). Não há como desconsiderar o que o homem foi; sua vida é constituída por relações e vivências que não podem ser esquecidas nesse momento; pelo contrário, a forma com que a pessoa vivencia os processos patológicos está intimamente ligada ao seu modo de vida, envolvendo dimensões subjetivas e sociais.

Assim, faz sentido pensar na necessidade de humanizar o atendimento em CTI, destacando a atenção à família como importante elemento que pode diferenciar o cuidado. Essa atenção exige, inicialmente, escutá-la, na busca de aproximação ao seu cotidiano vivido. Dessa escuta podem emergir importantes questões a serem repensadas no trabalho dos profissionais que aí atuam.

Cabe considerar que essa unidade tem características particulares no que se refere ao atendimento especializado em nível terciário. Dias et al. (1988) definem a terapia intensiva como local do hospital onde são internados, em sistema de vigilância contínua, pacientes recuperáveis graves e de alto risco. A vigilância contínua é fundamental, pois os pacientes apresentam mudanças rápidas nos parâmetros clínicos, necessitando de decisões imediatas e baixa tolerância a erros diagnósticos e terapêuticos.

Para contemplar as características desse atendimento intensivo é necessário, também, dispor de recursos humanos adequadamente preparados e treinados, envolvendo o trabalho de uma equipe multiprofissional, bem como

aparato tecnológico de suporte avançado à vida.

Por ser um local em que há concentração de pacientes graves, o clima de instabilidade é permanente, uma vez que situações de urgências são passíveis de ocorrer a qualquer momento.

O trabalho de enfermagem em CTI organiza-se, muitas vezes, pela modalidade funcional que

[...] resulta em um trabalho tipo produção em massa, levando à divisão do paciente em partes a serem assistidas. Um mesmo paciente é atendido por vários elementos, pois um agente presta os cuidados higiênicos a todos os pacientes, outro verifica os sinais de todos os pacientes e um outro dá a medicação e assim por diante [...] (LIMA, 1998, p. 44).

Em CTI, a divisão do cuidado em tarefas pode não ser tão fragmentada, subdividindo-se, por exemplo, em *medicação* e *cuidados* como atividades realizadas por trabalhadores diferentes. Todavia, se mantém a mesma lógica de trabalho funcional.

Como tentativa para amenizar essa prática funcional, em alguns serviços vem sendo adotada a organização do trabalho na modalidade de *cuidados integrais*. A esse respeito, comenta Pires (2000) que, nos últimos dez anos, as UTIs, no Brasil, vêm implantando esse modo de organização do trabalho, considerando que a gravidade das pessoas atendidas exige que os profissionais avaliem continuamente a sua evolução clínica, atuando de maneira eficaz em situação de emergência, o que é dificultado com a divisão parcelar do trabalho.

Porém, acredito que a divisão não parcelar do trabalho facilita o atendimento do doente grave, mas não necessariamente promove a realização de um cuidado que realmente enfoque o homem em sua integralidade, pois o foco de atenção pode continuar sendo a tarefa a ser cumprida.

Quando a ênfase é somente no cumprimento da tarefa, o trabalhador perde o sentido do seu trabalho, ou seja, do cuidado da pessoa doente em sua complexidade. Assim, ambos, paciente e trabalhador, são enfocados como máquinas. Enquanto o primeiro precisa restaurar o seu *corpo-máquina*, o segundo precisa realizar tarefas em um sistema de engrenagem. As tarefas assumem uma amplitude tal, a ponto de ultrapassar a totalidade humana (CORRÊA, 2001).

Esse modo de organização do trabalho não se presta a atender o doente grave na perspectiva de um modelo assistencial embasado na integralidade da assistência, indo de encontro aos princípios preconizados pelo SUS.

O trabalho em CTI conta ainda com a atuação de vários profissionais que compõem uma equipe multiprofissional; todavia, reproduzem a lógica de trabalho fragmentada, calcada no modelo clínico de assistência.

O modelo clínico de atenção à saúde, ainda hoje, está alicerçado na clínica anatomopatológica, na recuperação do corpo biológico, sendo excluídos do processo de adoecer, os aspectos psicossociais. Para atender o doente, o trabalho se caracteriza por uma acentuada divisão social e

técnica, tendo como princípio dominante a oposição entre trabalho intelectual e manual. O ato médico é considerado decisório, determinando a divisão das tarefas entre as diferentes categorias profissionais (LIMA, 1998).

Ainda considerando a organização do trabalho em terapia intensiva, os profissionais desenvolvem suas atividades em um clima sobrecarregado de atividades complexas e, muitas vezes, vivenciam situações estressantes. O estresse gerado pelas atividades complexas executadas aliado à movimentação de pessoas e ao ruído dos aparelhos atinge tanto os profissionais que atuam na unidade quanto o paciente e sua família, o que implica em desgaste físico e emocional que, cada vez mais, afasta o trabalhador de um *envolvimento humano* com sua prática em CTI.

Hudak e Gallo (1997), ao discutirem sobre os efeitos de terapia intensiva sobre o enfermeiro, comentam que esses profissionais possuem um sentimento especial de orgulho de si próprios devido à necessidade de dominarem os conhecimentos técnico-científicos, os aparelhos e as rotinas do setor. Complementam que, aliado a esse sentimento de orgulho, existe a auto-expectativa que os enfermeiros possuem em agirem de forma calma e fria quando em situações de pressão e estresse, refletindo na assistência ao paciente e à família, culminando por contribuir para o não envolvimento emocional com as situações que ocorram no setor.

Se as relações enfermeiro-paciente fossem proporcionais à crescente complexidade da assistência, os enfermeiros seriam capazes de adaptar-se mais facilmente ao estresse da UTI (HUDAK; GALLO, 1997).

Holden et al. (2002) enfatizam que na relação entre a equipe e a família é importante que a enfermagem compreenda como suas interações podem influenciar a construção de uma relação de sucesso com a mesma.

Nesse processo, vale incluir não só o enfermeiro, mas toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento em CTI. Ainda em se tratando do trabalhador, a sua formação, bem como a prática de educação continuada, quase sempre fundamentam-se também na aquisição predominante de conhecimentos técnico-biológicos, desvinculados de outras esferas fundamentais que envolvem o saber sobre o homem.

A formação profissional permanece alicerçada em concepções fragmentadas e tecnicistas sobre o homem, com predomínio de modelos de ensino tradicionais alicerçados na lógica da razão, desarticulados do sentir e agir, o que inviabiliza a formação de profissionais críticos, sensíveis, transformadores, enfim, humanos (BOEMER; CORRÊA, 2003).

De qualquer modo, falar em humanização da assistência implica considerar as condições de trabalho da equipe de saúde, criando perspectivas que não valorizem somente a pessoa doente, mas também o profissional que a assiste, contemplando, assim, a sua própria humanidade (ESPERIDIÃO, 2003).

Cabe ressaltar que, como já comentado, com a implantação do SUS, a humanização do atendimento ganha ênfase, relacionada aos princípios e direitos que o sistema assegura. A Portaria n° 432, de 12 de agosto de 1998, ao estabelecer critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento

Intensivo referentes à humanização, relaciona-os à climatização, iluminação natural, colocação de divisórias entre os leitos, garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito e de informações sobre a evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, alguns autores enfocam os aspectos físico-estruturais, valorizando-os como elementos importantes para humanização do atendimento em CTI.

Knobel (1999a) refere que a humanização deve ser uma filosofia e um indicador de qualidade nos CTIs, uma vez que cada indivíduo é único e tem necessidades, valores e crenças próprias; preservar a dignidade do paciente como ser humano é respeitar princípios de moral e ética.

O mesmo autor em um estudo apresentando as intervenções realizadas para diminuir o estresse da família e paciente enfoca aspectos relacionados à família, paciente, ambiente e pesquisa de satisfação para o aprimoramento do projeto de humanização. Entre esses, enfatiza o ambiente físico, com janelas com vistas para o exterior, se possível, com plantas, quadros decorativos, luz natural, cores leves, relógio analógico, televisão, telefone e também toaletes embutidos ou escamoteáveis para o deslocamento de pacientes de seus leitos, no sentido de trazer autonomia para o paciente e minimizar o estresse causado pelo ambiente (KNOBEL, 1999b).

Sobre esse mesmo aspecto Santos, Toledo e Silva (1999) citam, também, a valorização da presença de elementos como portas com visor

a base de película de cristal líquido, box com ante-sala, banheiro e sistema de ar condicionado com pressão positiva ou negativa para pacientes em isolamento e também meio de intercomunicação através do uso de campainha.

Outra estratégia muito mencionada para a humanização do CTI consiste na elaboração de manuais sobre as rotinas, a equipe e os aparelhos utilizados, na tentativa de desmistificar o ambiente e estreitar o vínculo com a equipe (ARDUÍNO et al., 1986; ECHER et al., 1996; KNOBEL, 1999b; SANTOS; TOLEDO; SILVA, 1999; HAYASHI; GISI, 2000).

Além desses aspectos, cabe ressaltar que a literatura também aponta para a importância dos grupos de apoio familiar, sendo vistos como recurso efetivo para o controle da ansiedade e angústia da família, contribuindo, significativamente, na relação equipe-família-paciente, o que pode ser percebido, segundo os autores, pela redução de solicitação, pelo telefone, de informação sobre o estado geral do paciente pelos familiares e satisfação da família e paciente (ARDUÍNO et al., 1986; CARGNIN; COSTENARO; LACERDA, 2001; FABRE et al., 1992).

Questiono se ações como essas são suficientes para humanizar o cuidado. Acredito que a humanização envolve não apenas estratégias de informação e relativas a aspectos ambientais. É claro que esses também fazem parte, mas considerar a singularidade, valorizando o ser humano nesse momento ímpar do seu cotidiano, é ponto inicial nesse processo. Isso implica considerar sua integralidade, envolvendo todas as esferas de relação do homem doente, desde as necessidades fisiológicas até a relação com a família.

Cabe ressaltar que a grande necessidade é articular estratégias de natureza política, estrutural e de relações, pois a sua composição é fundamental quando a intenção é a valorização da dignidade humana.

Quando não se perde de vista essa intenção, faz sentido, inclusive, investir nos aspectos físico-estruturais que não podem ser negligenciados. Mencionando a importância do embelezamento do ambiente físico, Ferraz (2002) enfoca que a apresentação estética dos espaços hospitalares pode suscitar imagens variáveis na medida em que o ambiente se mostre cuidado ou descuidado, arrumado ou desarrumado, limpo ou sujo, o que se relaciona aos sentimentos de confiança/segurança ou desconfiança/insegurança sobre o próprio atendimento.

Nesse contexto, fica explícita a necessidade de ampliar as estratégias de humanização, compreendendo-as sempre em relação ao homem como ser social, cultural e subjetivo.

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

A temática família do paciente internado em CTI vem sendo enfocada na literatura, sendo utilizados distintos referenciais teórico-metodológicos.

Echer (1999), em um estudo sobre a sistemática de visitação a paciente internados em UTIs, constatou que 88% da população estudada eram familiares de pacientes internados, sendo, então o grupo que mais acompanha a internação do paciente no CTI.

A aproximação a esse conhecimento já produzido é importante, pois oferece subsídios para a ampliação do tema em estudo, na busca por novas perspectivas, possibilitando traçar novas estratégias na humanização do cuidado em CTI.

Passo, então, a apresentar alguns desses estudos que oferecem importantes contribuições para este projeto.

Enfermeiros que atuam em alguns CTIs do município de São Paulo enfocam que a família do paciente, frequentemente, experiencia medo, ansiedade e insegurança devido à possibilidade de morte do familiar. Na tentativa de amenizar esses sentimentos, ela investe na busca de informações sobre o estado de saúde de seu parente, abordando vários profissionais, procurando checar essas informações para se sentir mais segura (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

Outra perspectiva peculiar na experiência da família, apontada por esses enfermeiros (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002), refere-se ao

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

sentimento ambíguo relacionado à aparelhagem sofisticada que pode, ao mesmo tempo, despertar medo, considerando as especificidades desse ambiente estranho e trazer segurança quanto à possibilidade de salvar a vida.

Lemos e Rossi (2002) enfatizam que o desconhecimento sobre as rotinas e o significado cultural do setor na sociedade acabam por definir o ambiente do CTI como assustador, sendo a internação fonte geradora de estresse para as pessoas que a vivenciam.

Todavia, a aparelhagem sofisticada faz parte do cuidado específico que aí se realiza, não sendo possível negar a sua necessidade para a recuperação do paciente de CTI (SOUZA; PADILHA, 2000; HAYASHI; GISI, 2000).

Essas autoras também comentam sobre a importância de conscientização e adoção de uma postura crítica pela equipe que atua no CTI. O paciente que lá se encontra realmente necessita de aparelhos e controles rigorosos para se recuperar. Todavia, o manuseio desses aparelhos demanda tempo e, quando focado como valor em si mesmo, contribui para a mecanização do cuidado. Atenção para a humanização passa a ser enfocada à medida que o paciente que lá se encontra para ser assistido é, assim como o profissional de saúde, um ser humano que espera ser tratado com dignidade e respeito.

Prosseguindo as pesquisas sobre humanização, foram realizados estudos buscando compreender a percepção do paciente sobre a sua

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

internação no CTI. Dois trabalhos, realizados em diferentes décadas (KOIZUMI; KAMIYAMA; FREITAS, 1979; SOUSA, 1988) comentam que 39,2% e 56,67% dos pacientes, respectivamente, apontam que a separação da família foi a principal queixa dos sujeitos durante a internação.

As mesmas autoras também tecem críticas em relação ao tempo, frequência e limitação no número de familiares no horário de visitas, sugerindo reformulação nesse processo.

Castro (1990) identificou que os pacientes internados no CTI vivenciaram um sentimento de solidão e que sentiam falta de seus familiares, tendo em vista os horários restritos de visitas, despertando sentimento de afastamento do seu cotidiano.

A importância da família no processo de internação ganha ênfase à medida que ela é capaz de transmitir tranquilidade, além de trazer força e coragem ao paciente (OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2003). Lemos e Rossi (2002) complementam que por meio da observação direta e da presença da família, o paciente se sente seguro e entende que, além dele, a família também vivencia seu processo de doença, internação e tratamento.

Considerando que a internação do paciente no CTI envolve toda a sua dimensão existencial, o que inclui a família nesse processo, estudos sobre as suas necessidades vêm sendo desenvolvidos no sentido de auxiliar no tratamento do paciente. A aproximação a essas necessidades vem sendo enfocada como uma estratégia de humanização.

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

Na literatura internacional, as necessidades de familiares internados no CTI vêm sendo mensuradas pelo uso de um instrumento, criado por Molter e Captain (1979), denominado *Critical Care Family Needs Inventory*. Esse instrumento inclui uma lista de 45 necessidades declaradas pelos familiares de indivíduos gravemente doentes tendo sido criado para a investigação empírica das suas necessidades (DAVIS, 1989; CHARTIER; COUTU, 1993; MENDONCA; WARREN, 1993; FORRESTER, et al., 1995; BIJTTEBIER, et al., 2000; AZOULAY, et al., 2001).

No Brasil Knobel, Novaes e Karam (1999) realizaram um levantamento utilizando a Escala de Molter e observaram que, dentre as principais necessidades, estavam a obtenção de informação e a segurança.

Santos (1998) complementa que, dentre as necessidades dos familiares, além de receber informações, esclarecendo dúvidas relacionadas à internação, está a sua intenção de envolvimento com a assistência como uma possibilidade de manutenção da relação afetiva com o familiar, o que implica compartilhar o cuidar com os profissionais.

Sobre esse aspecto, Knobel (1999a, p. 1311) enfatiza que “o familiar também é um cliente; o familiar deve se sentir participante do cuidado do paciente segundo suas aptidões e capacidades; a interferência positiva do acompanhante é aliada do paciente e do profissional, visando sua alta”.

Hymovich (1974 *apud* MOLTER, 1979, p. 332)² listou três

² HYMOVICH, D. Incorporating the family into care. J N Y Nurs Assoc 5:9, 1974.

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

aspectos que devem ser considerados no cuidado da família:

a incorporação da família no cuidado ao familiar é essencial para a enfermagem fornecer cuidados de qualidade para o paciente; todos os indivíduos, enfermeiros e pacientes são produtos de uma unidade familiar; a família permanecerá sendo a direção na vida da maioria da pacientes.

Um ponto significativo que emerge é a importância da relação estabelecida entre equipe de saúde e família, sendo fundamental a comunicação, envolvendo a compreensão da experiência vivida pela família, a abertura para o oferecimento de informações claras mesmo que consideradas banais. Ou seja, a familiaridade com o mundo do CTI pode levar a equipe a desconsiderar o quanto aquele cenário é estranho e mesmo assustador para a família.

Albístur et al. (2000) constataram, em seu estudo, que 77% das famílias expressam que o CTI é um lugar onde se internam pacientes com risco de vida; 49% esperam receber informações que tragam esperança aliada à sinceridade e honestidade do informante. Na observação das posturas e gestos dos familiares durante a conversa com o médico, enfatizam que, nesse encontro entre família e equipe, a comunicação envolve dois aspectos: a capacidade intelectual e o impacto emocional dessa informação. Alertam também que a forma como cada pessoa escuta e capta a informação está relacionada com afeto e razão de cada um, individualmente.

Zeni, Gomes e Manoel (1997) realizaram um estudo sobre a percepção dos pais de crianças internadas em unidade de terapia intensiva

neonatal e observaram que a forma como os pais vivenciavam a internação do filho dependia diretamente de experiências anteriores pelas quais já haviam passado. Também em relação aos equipamentos e procedimentos, como a fototerapia, considerado simples e corriqueiro pela equipe, para a família poderia parecer assustador, advertindo que a equipe não pode, a partir de seus conceitos de bom e ruim, deduzir os dos pais.

É fundamental considerar que, no movimento atual de construção da cidadania, a temática em questão se torna relevante, sendo que sociedades de terapia intensiva e dispositivos legais vêm pontuando, de algum modo, a presença da família como direito do paciente grave.

A presença dos familiares impõe que a equipe de saúde se abra para o controle social que ela, por direito, exerce, passando a valorizar a perspectiva da cidadania, construindo diálogo permanente.

Todavia, essa é ainda uma perspectiva em construção que, no contexto da terapia intensiva, tem que vencer a tradicional autoridade dos profissionais de saúde que dominam o saber técnico-biológico e as regras estabelecidas, tão relevantes para o atendimento nesse âmbito, sendo porém, insuficientes para aproximar o trabalhador da família, no sentido de tornar mais humana a internação.

Nesse sentido, o conceito de autoridade precisa ser revisto, retomando a origem da palavra que consiste em *fazer crescer* (CRITELLI, 1981). Ou seja, torna-se fundamental que os profissionais da saúde construam

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

uma relação com os familiares que lhes possibilitem aprender a lidar com a situação dolorosa, a partir de seus próprios recursos. Para tal, é preciso que seja reconhecido que ambos, família e equipe, estão dirigidos para a recuperação do paciente e a troca de informações e experiências poderá refletir em uma assistência ética, humana e tecnicamente competente.

Referindo-se à inserção mais efetiva de familiares no contexto de uma unidade de emergência, Ferraz (2002, p. 128) comenta “[...] Esses estrangeiros desejam inclusão, rompendo, pela capacidade de movimentar-se, uma ordem estabelecida pelo conformismo intelectual e burocrático”.

Nesse sentido, o olhar para a família implica na construção de novas formas de articulação entre saberes e poderes que envolvem a relação equipe-família.

Em 1989, a Federação Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva e Cuidados Críticos, por meio de um comitê de ética em cuidados intensivos, estabeleceu os direitos do doente crítico, destacando: obter informações adequadas sobre suas condições e a terapia, recusar tratamentos desde que informado das conseqüências de suas decisões, receber visitas, ser tratado com respeito e dignidade pela *staff* de cuidados intensivos (DECLARATION OF THE COUNCIL OF THE WORLD OF SOCIETIES OF INTENSIVE AND CRITICAL CARE MEDICINE, 1992).

A Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, em 1993, também publicou sua Declaração de Ética,

4 A Família do Paciente Internado no Contexto do CTI

estabelecendo como um dos direitos do paciente: “Direitos a receberem visitas de seus familiares e amigos, desde que não interfiram nas regras de funcionamento de cada CTI ou nas indicações médicas específicas, em função das necessidades dos pacientes” (ORLANDO, 2001, p. 30).

Vale ressaltar que conforme o modo como essas regras são estabelecidas, o respeito a esses direitos podem não ser assegurados, sendo mantida a burocracia e o autoritarismo nas relações no ambiente do CTI.

É possível perceber que a inclusão da família nessas declarações é importante. Todavia, não garante que ela se dê em uma perspectiva de participação, considerando o seu papel fundamental no controle social, bem como sua inserção mais efetiva como elemento importante do cuidar.

De qualquer modo, essas declarações podem representar uma abertura para a discussão sobre humanização e ética no sentido de tornar a prática de CTI menos agressiva e traumatizante para as pessoas que a vivenciam e fazem parte desse universo.

A seguir, apresento a trajetória metodológica que conduzirá este trabalho.

5 Caminho Metodológico

Para apresentar o caminho metodológico percorrido neste estudo, inicialmente, aponto a escolha pelo referencial fenomenológico, fazendo algumas aproximações a esse modo de construir uma investigação científica. Em seguida, apresento o cenário do estudo, ou seja, o CTI da Irmandade da Santa Casa de Londrina, enfocando a sua caracterização física, organizacional, envolvendo a dinâmica de trabalho e a prática dos profissionais, bem como a dinâmica de assistência à família do paciente internado. Depois, apresento o acesso aos sujeitos da pesquisa, abordando algumas especificidades da entrevista fenomenológica. Apresento ainda os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Finalmente, menciono alguns delineamentos gerais para a interpretação das entrevistas.

5.1 UMA APROXIMAÇÃO À FENOMENOLOGIA NO CONTEXTO DESTE ESTUDO

Tendo em vista a natureza do objeto de investigação que enfoca a vivência da família do paciente internado em CTI, o que implica considerar questões de ordem subjetivas e sociais, este trabalho foi conduzido a partir de algumas idéias fundamentais do referencial fenomenológico.

Serão feitas algumas aproximações a esse referencial, principalmente, voltadas para a compreensão da experiência vivida pelo sujeito, o que envolve extrapolar a ótica do fato, indo ao encontro do fenômeno. Assim, é possível a construção de um conhecimento compreensivo que tenta abarcar o fenômeno em estudo em sua complexidade e, finalmente, para a postura do

pesquisador como co-participante do mostrar-se do fenômeno, implicando na sua abertura existencial para a escuta do outro em sua própria experiência vivida.

Um ponto inicial a ser considerado é que, na pesquisa fenomenológica, o pesquisador não terá um problema, mas uma interrogação. Segundo Boemer (1994), quando o pesquisador interroga, ele está focalizando o fenômeno e não o fato. A idéia de fato tem seus fundamentos na lógica e no positivismo clássico, sendo concebida como tudo aquilo que pode tornar-se mensurável e objetivo como objeto da ciência. O pesquisador, na perspectiva da fenomenologia, parte da interrogação do fenômeno, cuidando para que teorias e princípios já determinados sobre o tema não determinem sua trajetória. A inquietação de algo que está oculto e precisa ser desvelado é a gênese de uma interrogação que dirige a busca de compreensão do fenômeno.

Compreendo que um fato implica considerar aspectos objetivos da realidade, expresso em relações causais. Um fenômeno envolve também questões subjetivas, considerando que a construção de conhecimento se dá no encontro sujeito-objeto. Dessa forma, é fundamental que algo se mostre oculto ao pesquisador, pedindo por um desvelamento, um esclarecimento.

Essa idéia relaciona-se à questão da intencionalidade. Segundo Dartigues (1973, p. 24),

[...] o princípio da intencionalidade é que a consciência é sempre *consciência de alguma coisa*, que ela só é consciência estando *dirigida para um objeto*. Por sua vez, o objeto só pode ser definido em sua relação com a consciência, ele é sempre *objeto-para-um-sujeito* [...]

Esse autor complementa que, nesse processo, o objeto não está contido na consciência, não se tratando de duas entidades separadas, mas parte de uma relação na qual um não existiria sem o outro.

Essa perspectiva de abordagem tornou-se muito significativa para mim. À medida que diferentes formas de aproximações foram ocorrendo em minha trajetória, relacionadas com o tema *família* em CTI, meu olhar dirigiu-se para a experiência desses familiares. Em uma primeira tentativa de qualificar a assistência à família, elaborei, ainda na graduação, um manual contendo informações sobre as rotinas, estrutura e funcionamento do CTI; entretanto, ao analisar hoje essa vivência, entendo que ações como manuais, grupos de apoio, ambiente *humanizado* contribuem para trazer informação, mas não englobam necessariamente a família na sua complexidade.

Popim (1994) também observou que a presença de manuais contendo cuidados de enfermagem para assistência a pacientes em tratamento de quimioterapia limitava-se a ações preditivas e prescritivas, não envolvendo outras dimensões do ser doente.

Ao ser contratada para atuar em um CTI, mesmo atuando no período noturno, pude ter contato com familiares de pacientes, como relatado anteriormente, e, nesse processo, a forma como a família vivenciava a hospitalização de um paciente internado volta a ser o meu foco de atenção, gerando muitas inquietações.

Como os familiares vivenciam essa internação? Quais as implicações para o seu cotidiano? Como o mundo do CTI se mostra a eles?

Como acolhê-los nesse momento?

Essas inquietações trazem à tona a dimensão da existência, muitas vezes, encoberta pela prática mecanizada e tecnicista: por ser um cenário onde o avanço técnico-científico a cada dia evolui, com aparelhagem sofisticada, associada ao desenvolvimento de técnicas que permitem a manutenção da vida da pessoa gravemente doente, a racionalidade científica encontra aí amplo espaço, pois o doente grave apresenta instabilidade do seu padrão fisiológico, sendo a dimensão biológica o cerne da atenção dos que atuam nesse local, sendo justamente essa dimensão que, ao tornar-se passível de observação e controle, fortalece a redução do paciente à sua vida biológica (CORRÊA, 2000).

Nesse contexto, o olhar fenomenológico pode permitir que se resgate a subjetividade, a experiência vivida, enfim, a dimensão humana que não se reduz à face biológica, mas a incorpora em articulação com a psicológica, social, cultural, ou seja, considerando o sujeito em sua complexidade, em sua dimensão existencial.

Assim, é necessário considerar que o CTI não é uma realidade em si mesma, pré dada, na qual nos inserimos somente para cumprir rotinas. Ela é constituída pelos sujeitos que ali atuam e, de algum modo, se vinculam, estando alicerçada em uma concepção de homem e mundo que pode e precisa ser questionada.

Para a fenomenologia, segundo Critelli (1996, p. 25),

[...] investigar é sempre colocar em andamento uma interrogação. É perguntar. Não se sai em busca de compreensão de um fenômeno tentando aplicar sobre ele uma resposta já sabida sobre ele mesmo. Investigar não é assim, uma aplicação sobre o real do que já se sabe a seu respeito. Ao contrário, é a ele que perguntamos o que queremos saber dele mesmo.

A mesma autora ainda comenta que qualquer investigação constitui-se por interrogar pelo ser de algo. A partir da compreensão do ser é que se determina a estrutura da interrogação. Para a fenomenologia, a questão do ser apresenta-se de forma própria e verdadeira, no movimento de existir e vir a ser no mundo, diferente do pensar metafísico³ que concebe o ser e o mundo como entidades isoladas (CRITELLI, 1996). Daí a necessidade de retorno ao mundo vivido.

O lema da fenomenologia está em voltar às coisas nelas mesmas, na tentativa de aproximação às coisas sem preconceitos ou pressupostos interpretativos (CAPALBO, 1984).

Compreender como a família vivencia a hospitalização de um familiar implica que o meu olhar se volte para a análise do vivido tal como ele é vivido. Não se trata de saber *sobre* o fenômeno, mas sim *do* fenômeno da hospitalização tal como ele se mostra à família, em sua essência.

³ Segundo CRITELLI, 1996, metafísica se define como modo tradicional do pensamento do ocidente que preconiza que a verdade é una e imutável e que fica sob o domínio do homem. "Coisa em si e consciência em si são entes que se sustentam a si mesmos, isoladamente, existindo sobre a base de uma separação. Uma base exigida pela noção de que o ser dos entes se refere à correlação entre matéria e forma" (p. 34)

Desse modo, a minha preocupação não se limita ao fato *família do paciente*, mas envolve o fenômeno *ser família que experiencia a hospitalização de um familiar no CTI*. Elaborar manuais sobre o setor; protocolos de atenção à família e até grupos de apoio, conforme o modo como foi conduzido, como já comentado, são ações que isolada e objetivamente, podem contribuir como fonte de informação, mostrando, porém, uma visão limitada, no sentido de focar apenas as *causas dos comportamentos* das famílias, em uma lógica causa-efeito. Interessa-me, neste estudo, em contrapartida, a compreensão do encontro que ocorre entre o universo do CTI e a família, na sua singularidade e complexidade, considerando suas tramas de vivências e relações.

Para isso, é essencial considerar a noção de compreensão, na perspectiva da fenomenologia.

Sobre a compreensão, Valle (1997) parte do princípio de que os fenômenos humanos possuem, em sua base, características de sentidos e significados, divergindo da lógica das ciências naturais que os vê como algo regido pelas reações explicativo-causais.

Isso se torna extremamente significativo, uma vez que os fenômenos humanos, comportando a dimensão vivida, diferenciando-se por essência de um *fenômeno* puramente objetivo, devem, então, ser interpretados segundo as ciências humanas, como um saber do homem sobre o homem (DARTIGUES, 1973).

Cupani* (1986 *apud* VALLE, 1997) estabelece alguns princípios para compreender e interpretar o outro humano. Ao compreender um fenômeno, é preciso levar em conta que ele não tem só um sentido, não sendo pois, definitivo; para compreender é preciso partir de uma pré-compreensão oriunda da experiência vivida; algo é compreendido em vista de uma totalidade, ou seja, não de forma isolada, sendo considerado seu contexto; toda compreensão é histórica, para cada momento vivido existe uma compreensão que se relaciona e se funda em outras compreensões e, por fim, toda compreensão é auto-compreensão, tendo em vista que o ser humano que compreende o outro passa a compreender cada vez mais a si mesmo.

Coreth (1973) afirma que a compreensão é um acontecimento tão fundamental como universal e ao estar relacionada a uma palavra falada ou escrita, testemunhos e fatos históricos realiza-se no todo de nosso mundo de compreensão permanecendo como possibilidade no horizonte de nossas relações.

Sobre esse aspecto, Valle (1997) complementa, então, que para que o processo de compreensão ocorra é necessário reconstruir o mundo do sujeito, nele penetrar, ouvir sobre suas experiências a fim de apreender a sua forma de experienciar o mundo.

Tendo em vista a intenção, o foco deste estudo, cabe ressaltar que a postura do pesquisador diverge da neutralidade requerida pela pesquisa

* Cupani, A. A hermenêutica ante o positivismo. Rev. Manuscrito, v. X, n°1, 1986: 75-100.

científica clássica.

Essa postura, na abordagem fenomenológica, deixa de ser distante, objetiva e despersonalizada. “Não considera diante de si o ser humano apenas como seu objeto de pesquisa, mas um sujeito que tem seu mundo a ser desvelado” (VALLE, 1997, p. 47).

Assim, a presença do pesquisador não é apenas física, nela está implícita o significado humano. Essa relação de sujeito-mundo permeia todos os momentos de sua investigação (GIORGI, 1978).

5.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

O CTI, cenário no qual se desenvolveu o presente estudo, faz parte da Santa Casa de Londrina, uma instituição filantrópica que atende pacientes do SUS, conveniados e particulares, inserida em uma Irmandade composta por mais dois hospitais, um centro profissionalizante e um laboratório de análises clínicas. Atende todas as especialidades, sendo disponibilizados, para a UTI – Adulto, 28 leitos equipados com aparelhos de última geração.

O CTI do estudo em questão é composto por 10 leitos. A equipe multiprofissional que aí atua é constituída por 13 médicos, quatro enfermeiros, 23 técnicos e auxiliares de enfermagem, três fisioterapeutas e um psicólogo. A equipe médica e de enfermagem atuam em turnos de sete horas durante o dia e doze horas durante a noite. Os demais profissionais trabalham somente no turno diurno.

As características dos pacientes admitidos envolvem adultos que necessitam de cuidados intensivos, exceto casos de trauma e infecção por microorganismos multirresistentes.

Nesse momento, passo a descrever acerca da dinâmica de atendimento à família nesse setor.

Ao ser admitido, o paciente e o familiar são orientados sobre os horários de visitas e, esporadicamente, é permitida, nesse momento, a visita de poucos minutos. Os horários fixos para visitas são todos os dias das 11:30 às 12:00 horas e das 16:00 às 16:30 horas, sendo permitida a entrada de três familiares que se revezam a cada período. No momento que antecede o horário de visitas, os familiares esperam no corredor, local onde há cadeiras ou em uma pequena sala com sofás, aguardando a liberação para acessar o CTI.

Cabe ressaltar que há uma orientação parcialmente sistematizada, por parte da enfermagem, voltada a proporcionar informações e rotinas aos familiares dos pacientes. Em cada horário de visitas, a enfermeira de plantão percorre leito por leito, informando ao familiar sobre evolução, exames e procedimentos realizados. Esporadicamente, coincide o horário de visitas com a presença do médico titular, sendo, então, fornecidas por ele informações específicas sobre os exames e procedimentos realizados, caso a família solicite.

Formalmente, em cada plantão, é disponibilizado para o serviço de recepção um boletim do estado do paciente, o qual serve para prestar informações à família, por telefone, em horário determinado. Há momentos nos

quais tais informações são prestadas, também por telefone, pelos próprios profissionais do CTI.

Por meio da observação, nos horários de visitas, bem como da indicação do enfermeiro, o psicólogo acompanha, em certos momentos, algumas famílias que necessitam de acompanhamento psicológico.

Ao entrarem no setor, no momento de visitas, os familiares são orientados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem a lavarem as mãos, sendo encaminhados para o leito do respectivo familiar.

Em algumas situações, quando os familiares permanecem no hospital, principalmente quando o paciente é de outro município, pode ser permitida sua entrada fora do horário de visita, o que depende da dinâmica do plantão e da flexibilidade e discernimento adotados pela enfermeira.

5.3 O ACESSO AOS SUJEITOS

Para desvelar o fenômeno em foco, busquei o relato das experiências das famílias por meio de uma entrevista que possibilite um diálogo.

Em uma entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica, não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias. Busca-se uma linguagem que seja *fala originária*, *fala* essa que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo (CARVALHO, 1987, p. 37).

A entrevista, na abordagem fenomenológica, é considerada por

Martins e Bicudo (1989), como *um encontro social*, com características peculiares como a empatia e intersubjetividade, ocorrendo a penetração mútua de percepções.

Carvalho (1987) enfatiza que o sujeito não é um ator que representa um personagem no palco. O sujeito vive a sua história e imprime todo o seu passado e seu futuro no presente.

Seus gestos, movimentos, olhares, entonação de voz, silêncio são formas de *vivenciar* o mundo que o sujeito expressa e que têm íntima relação com as faces que estão sendo desveladas do fenômeno em questão. É necessário que o pesquisador tenha intuição e sensibilidade para perceber e captar esses momentos.

Desta forma, perceber esses gestos em seu movimento é captar uma expressão de sentido, reconhecendo a singularidade do sujeito relacionada ao seu engajamento ao mundo natural e social, considerando a história do sujeito e o sujeito da história (CARVALHO, 1987). Assim, a percepção do gesto não se dissocia de uma situação, sendo, na verdade, uma situação que se mostra e se desvela.

Antes de iniciar as entrevistas com a família, aproximei-me do CTI, cenário do estudo, habitando esse mundo. Estive presente em alguns plantões, principalmente nos horários de visitas, no sentido de captar o que se mostra na relação *universo do CTI – família*.

Para tal, acompanhei esses momentos, buscando dirigir meu olhar para as relações que envolvem a família com o paciente, com a equipe e entre elas.

Durante o horário de visitas registrei, em diário de campo, as posturas, ações, gestos, enfim, expressões que se mostraram significativas para o desvelamento de algumas facetas desse fenômeno.

Nesses períodos de sucessivas aproximações às famílias que realizam visitas no CTI, busquei construir vínculos de confiança, no sentido de perceber o momento adequado para abordá-las por meio da entrevista, considerando o cuidado frente à sua experiência vivida.

Simões (1997) enfatiza que importa ao investigador buscar interligar e considerar aspectos como o ambiente físico propício ao *encontro social*, as particularidades da clientela escolhida, adequação da questão norteadora e da técnica de obtenção de depoimentos, tendo em vista a perspectiva fenomenológica, para que descrições singulares possam emergir, possibilitando desvelar facetas do fenômeno.

Inicialmente, o desenho metodológico do estudo tinha a intenção de acompanhar a família, por meio de vários diálogos, ao longo da internação. Porém, algumas dificuldades inviabilizaram essa proposta. Uma delas diz respeito à abertura, nem sempre presente, da família para uma entrevista, nos primeiros dias de internação do paciente no CTI.

São mencionados, na literatura, dados que enfocam que a

família entende melhor as orientações fornecidas, após 48 horas de internação do paciente (WARREN, 1993).

Parece realmente existir um período de *adaptação* da família à nova situação, ao ambiente e à nova rotina implantada em suas vidas. Sendo assim, geralmente abordava a família por volta do 3º dia. Antes disso, era muito difícil encontrar o familiar aberto a falar sobre a internação.

Cabe reconhecer ainda que outra dificuldade se refere a mim: abordar a família nos primeiros momentos exigia mais recursos próprios, no sentido de dialogar, respeitando sua singularidade, sua dor, até mesmo no que se refere aos princípios éticos. Isso se mostrou extremamente complexo e, na busca de assegurar o rigor metodológico, sendo também ética e humana, optei por *dar-nos* (a mim e à família) o tempo que facilitasse nosso encontro.

Ao abordar especificamente a família para a possibilidade da entrevista, apresentava a proposta do estudo, assegurando o sigilo dos depoimentos, a possibilidade de recusa, bem como a intenção de divulgar os dados no âmbito acadêmico e assistencial. Também comuniquei sobre a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme os princípios fundamentais da Ética em Pesquisa, bem como o zelo com o humano.

Cabe considerar que, apesar da diversidade de referencial teórico que hoje orienta a compreensão sobre o tema família, nesse estudo restringi-me a entrevistar a família nuclear, sendo esta definida por: “grupo de

peças formado por pai, mãe e filhos; que vivem sobre o mesmo teto; ligadas entre si pelo casamento ou qualquer parentesco” (HOUAISS, 2004, p. 334). Mesmo porque os visitantes presentes nesse CTI eram todos pertencentes ao núcleo familiar.

Para a realização das entrevistas utilizei como recurso um gravador. Em um total de 17 entrevistas, 15 foram gravadas. Apenas duas não o foram, à pedido das entrevistadas, sendo transcritas imediatamente após a sua realização. As entrevistas foram realizadas em uma sala destinada ao serviço de atendimento ao usuário que, no decorrer do estudo, estava desativado.

Com o intuito de facilitar a compreensão das falas em seu contexto, apresento, a seguir, os entrevistados com nomes fictícios, grau de parentesco e dias de internação no CTI de seu familiar no dia do depoimento.

- ▶ ENTREVISTA N° 1 – Fernando, neto, 20° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 2 – Joana, filha, 5° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 3 – Karina, neta, 3° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 4 – Maria, esposa, 21° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 5 – Laura, esposa, 21° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 6 – Júlia, filha, 3° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 7 – Flávia, neta, 5° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 8 – Lúcia, filha, 6° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 9 – Luisa, filha, 8° dia

- ▶ ENTREVISTA N° 10 – Marta, esposa, 8° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 11 – Rosana, filha, 5° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 12 – Denise, filha, 10° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 13 – Eduardo, esposo, 16° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 14 – Silvia, filha, 9° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 15 – Juliana, filha, 9° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 16 – Rafael, sobrinho, 3° dia
- ▶ ENTREVISTA N° 17 – Giovana, filha, 4° dia

A questão norteadora desta investigação foi: Como está sendo para você ter um familiar internado aqui? Descreva para mim.

Cabe ressaltar que, a partir dessa questão, foi se configurando um diálogo que permitiu a livre expressão do entrevistado, com foco na sua experiência vivida naquele momento.

Entretanto, no início dessa incursão, senti bastante dificuldade de acolhimento do outro, de estar aberta para a escuta. Assim, foi se mostrando em minha vivência de pesquisadora que se aproxima da abordagem fenomenológica, a necessidade de estar disposta a apreender e permitir o mostrar-se da experiência vivida pelo outro, em suas falas, gestos posturas, silêncios, reticências. Trata-se de um processo de desconstrução pessoal do pesquisador, pois estamos acostumados com a lógica composta de perguntas com alternativas de respostas.

Amatuzzi (2001) complementa que, na pesquisa fenomenológica, *'lemos' o vivido* entrando em contato com suas manifestações e estas se dão por meio de pensamentos e ações, sendo qualquer forma de expressão humana constituída em depoimento. O que importa é sob qual luz lemos essa expressão, no sentido de penetrar a materialidade do depoimento, indo em direção ao vivido e expressando-o em um outro pensamento que faça sentido no contexto da temática enfocada pelo pesquisador.

As entrevistas foram coletadas no período de setembro a dezembro de 2004, totalizando 17, sendo encerradas quando os relatos mostraram-se reveladores para a compreensão do fenômeno pesquisado. Reveladores no sentido de lançar luz ao fenômeno, desvelando algumas de suas facetas, o que envolve o emergir de pontos convergentes e divergentes em cada entrevista e na articulação entre eles.

Cabe salientar que o desvelamento de um fenômeno nunca é total, pois sempre irão surgir novos velamentos a partir de novas inquietações do investigador. Boemer (1994) menciona que os significados expressos nas falas estão inseridos em uma totalidade que vai além da explicitada pelo sujeito, havendo sempre uma região não expressa que permanece oculta. Dessa forma, a pesquisa sempre prossegue.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de iniciar este estudo, entrei em contato com os profissionais que coordenam o Serviço de Terapia Intensiva da Santa Casa de Londrina, explicitando a proposta do trabalho, o modo de conduzi-lo, bem como meu compromisso em divulgar os resultados junto aos trabalhadores do serviço, com o intuito de contribuir para a qualificação do atendimento à família nesse CTI.

Em seguida, o presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade da Santa Casa de Londrina, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), sendo aprovado em 12 de agosto de 2004 (Apêndice A).

Somente após aval desse Comitê, dei início ao desenvolvimento da *parte empírica* propriamente dita, ou seja, a aproximação à vivência da família do paciente internado em CTI, acompanhando os momentos de visitas e conduzindo as entrevistas.

Apresento também como Apêndice B, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado.

5.5 INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Sendo essa a minha primeira incursão em uma investigação fenomenológica, penso ser importante, inicialmente, buscar alguns *passos concretos* que viabilizem a organização inicial dos dados coletados, para, a partir daí, vislumbrar alguma possibilidade de enriquecer a sua interpretação, principalmente aproximando-me de algumas questões relativas à existência tão diluída no mundo técnico-científico do CTI.

Martins e Bicudo (1989) propõem quatro momentos de análise que também estão explicitados no trabalho de Boemer (1994). Esses momentos são:

- a) Leitura geral do relato ou entrevista, do início ao fim, sem interpretações, buscando familiarização com o que está exposto, procurando colocar-se no lugar de sujeito de forma a não ser um espectador, mas buscando chegar aos significados atribuídos pelo sujeito da mesma forma que eles os atribuiu.
- b) Releitura dos textos para que sejam identificadas unidades de significação, focalizando o fenômeno pesquisado. Não há diretrizes específicas nessa identificação. As condições particulares sob as quais o estudo se desenvolve, os antecedentes, os acontecimentos reais da pesquisa, assim como o envolvimento do pesquisador são todos fatores importantes para justificar porque seguir um ou outro caminho. Assim sendo, a integração entre pesquisador e pesquisado se torna algo único no estudo de natureza qualitativa e o processo de categorização vai envolver não só conhecimento lógico, intelectual, objetivo, mas também conhecimento pessoal, intuitivo,

subjetivo, experiencial. Uma unidade de significado é, em geral, parte da descrição cujas frases se relacionam.

- c) Percorrer novamente os textos, já com as unidades de significado identificadas, para que se expresse o *insight* nelas contido. O critério da frequência com que aparece um tópico é relevante, mas não é o único. Os dados podem conter aspectos, observações, comentários, características únicas, mas extremamente importantes para uma apreensão mais abrangente do fenômeno estudado. Podem conter ainda mensagens implícitas, não intencionais, contraditórias que, embora sejam únicas, revelam dimensões importantes. Nesse sentido, a intuição e a subjetividade têm papel fundamental no processo de localização desse tipo de dado, além, evidentemente, do quadro teórico no qual o estudo se situa.
- d) Reagrupamento dos elementos relevantes, como sintetizando unidades de significado, transformadas em proposição consistente das experiências do sujeito, sendo possível chegar à estrutura e essência do fenômeno. O pesquisador integra os *insights* transformados em uma descrição consistente do fenômeno, sendo denominada de categorias temáticas. É importante que os dados sejam sempre examinados e questionados amplamente de forma a ajudar o pesquisador a manter o foco de atenção no todo, sem perder de vista a multiplicidade de sentidos que podem estar implícitos no material.

Cabe ressaltar que textos que se fundamentam na abordagem fenomenológica e alguns outros que fazem sentido a este estudo serão utilizados na interpretação das entrevistas, em uma aproximação a esse referencial.

6 Vivências dos Familiares dos Pacientes Internados no CTI

A partir da análise atenta das descrições das vivências de familiares de pacientes internados no CTI, emergiram algumas facetas que revelam que esse processo é permeado por permanentes adaptações e incertezas, expressas nas seguintes categorias temáticas:

- ▶ Experiência difícil, dolorosa, sem palavras;
- ▶ Colocar-se no lugar e perceber o outro: aproximação ao sofrimento do paciente;
- ▶ Rompimento da relação com o cotidiano familiar;
- ▶ O medo da morte do familiar;
- ▶ CTI: cenário temido, mas necessário;
- ▶ Preocupação com o cuidado do familiar.

Passo então a apresentar cada categoria temática, explorando-a naquilo que se mostra nos depoimentos por meio de unidades significativas, como explicitado no item 5.5.

❑ EXPERIÊNCIA DIFÍCIL, DOLOROSA, SEM PALAVRAS

Nas entrevistas, os familiares mencionam o sofrimento que vivenciam ao ter um parente internado no CTI. Para a expressão desse sentimento, são usadas palavras como: difícil, triste, sofrido, terrível, como mostram as suas falas:

Tá sendo, assim, muito difícil... por ser, né, uma UTI e tal e por você saber o que talvez possa acontecer, né, então é muito difícil, é terrível [...] Assim, por enquanto eu tô vivenciando só muita dor — Karina

Tá sendo difícil, muito triste — Sílvia

Difícil...é uma mistura de sentimentos muito grande... — Rosana

[...] a gente fica estressado, a gente fica com medo, não tem, como assim, é sem explicação, você cansa, é difícil explicar, viu, é sem explicação [...] — Fernando

Terrível... não tem palavras, não tem uma palavra para explicar [...] — Flávia

Terrível, é difícil explicar, mas eu vou dizer como que é, porque a gente vê assim, as pessoas de fora acham que nunca vai acontecer com a gente, né, e quando é com um da família da gente é muito difícil — Lúcia

Na grande maioria dos depoimentos (11 das 17 entrevistas), a palavra difícil foi citada como primeira expressão, enfatizando que essa dificuldade está relacionada à dor que a situação vivida desperta.

Vale ressaltar que muitos familiares, apesar de também expressarem inicialmente dificuldade, medo, referem que não encontram uma palavra que seja capaz de expressar a situação dolorosa vivida. Durante essas entrevistas, pude perceber que os familiares tentavam encontrar, por meio de gestos e silêncio, uma palavra que expressasse os sentimentos e não

consequiam. O sentir era mais intenso do que era expresso em palavras, uma vez que palavras nem sempre conseguem englobar as experiências vividas.

Sobre esse assunto, Bicudo e Esposito (1994) destacam que há uma co-percepção entre o que é visto e percebido. Sujeito e fenômeno não estão sozinhos no mundo-vida e sim com outros sujeitos, sendo co-presenças que percebem fenômenos. Essa co-participação permite a intersubjetividade, uma vez que é possível compartilhar o que é compreendido, interpretado e comunicado. Entretanto, a intersubjetividade pode ser facilitada ou dificultada pela linguagem. Pode ser facilitada, porque a fala e a escrita são formadas por palavras oriundas de uma gramática padrão, estabelecendo uma base comum para ações como o ver e o falar. Também pode ser dificultada porque “as palavras não dizem tudo e não são objetivamente dadas, ou seja, não há uma relação biunívoca entre palavra e o seu correlato (experiência vivida) [...] As palavras e os signos não contemplam o vivido” (BICUDO; ESPOSITO, 1994, p. 8).

Em alguns depoimentos, como o de Flávia e Lúcia, a própria família refere-se à impossibilidade de explicar sua experiência, mostrando que a vivência não é explicada, não obedecendo simplesmente à lógica da razão. O sofrimento faz parte do sentir e não é controlado nem explicado, em uma relação de causa-efeito.

Valle (1997) comenta que os significados atribuídos às situações vivenciadas estão relacionados ao modo de existir do sujeito que as experiencia. Assim, é relevante considerar, no que se refere à experiência da família, que

não há definições prévias que consigam expressá-la, pois o homem vive no mundo sempre experienciando distintas situações, atribuindo significados, a partir de sua subjetividade.

Todavia, a lógica racional, muitas vezes, é predominante nas relações humanas, porque o homem moderno, ao conduzir sua vida sob essa ótica, coloca-se diante do mundo de forma lógico-racional, criando maneiras de controlá-lo, estabelecendo com esse uma relação sujeito-objeto. Assim, o sentido da existência é afastado das preocupações do homem e o mundo objetivado acaba por encobrir o mundo vivido, palco de nosso existir cotidiano (CORRÊA, 2000).

Essa lógica é também predominante no mundo técnico-científico do CTI, o que acaba por limitar a compreensão da vivência dos familiares pelos profissionais que ali atuam, ou seja, a família traz uma demanda vivencial que precisa ser considerada no contexto do cuidado, extrapolando a ótica vigente.

É necessário considerar essa demanda vivencial, uma vez que, na internação, família e paciente encontram-se em um momento ímpar de suas existências, necessitando de cuidados humanizados, e não apenas de quaisquer técnicas e procedimentos.

**❑ COLOCAR-SE NO LUGAR E PERCEBER O OUTRO:
APROXIMAÇÃO AO SOFRIMENTO DO PACIENTE**

Além da família se referir aos seus próprios sentimentos, é significativa a expressão acerca da sua percepção sobre os sentimentos do familiar internado. Essa percepção envolve, assim, colocar-se no lugar do outro, como se ela pudesse sentir e afirmar o que o paciente está vivenciando:

No sentido de ficar doente, ele está consciente e eu sei o quanto ele está sofrendo, ele está sofrendo muito.. Eu sinto que ele está sofrendo não por culpa nossa, mas por ele se perceber assim, numa cama, deitado, e por saber do meu estado sendo que era ele que cuidava de mim e ele está sofrendo. — Laura

De ver ela sofrê, sofrê e a impressão que a gente tem é que ela sofre sozinha porque a gente não pode tá perto... — Flávia

[...] a gente sente que ela sente que a gente tá indo embora, as lágrimas dela correm, porque ela tem medo... agora ver ela assim... com medo, dói na gente porque a gente sabia que ela tinha medo de ficar sozinha, até dentro da casa da gente! Ela tinha medo quando ela passava mal, ela tinha medo, e você vê aqui ficar a noite inteira... você já imaginou que dor para ela? Eu acho que ela deve tá com... sentida assim de ficar sozinha [...] — Lúcia

[...] eu já chorei perto dele...e acho que ele escutou, não sei se ele está conseguindo ouvir... acho que não é bom ele ver isso,né? Ele deve ficar triste [...] — Rosana

Os familiares se referem a diferentes modos de sofrimento que, segundo eles, vivenciam os pacientes. Na fala de Laura, o sofrimento é

relacionado à limitação física, imposta pela restrição ao leito. Nas falas de Flávia e Lúcia, o sofrimento envolve o sentimento de solidão pelo afastamento das relações do cotidiano familiar. E, para Lúcia, é comentado sobre a possível tristeza do paciente quando a família expressa sua dor, por meio do choro.

Cabe ainda ressaltar que, em relação aos depoimentos de Flávia e Lúcia, a família mostra que, mesmo não estando com o familiar fisicamente, permanece com ele vivencialmente. Essa situação é significativa para mim, pois me reporta à vivência que tive com um familiar doente internado no CTI, como comentado na introdução deste trabalho. Mesmo não podendo visitá-lo na ocasião, mantinha parte do meu cotidiano com o pensamento no CTI, imaginando como ele estaria se sentindo, o que estaria pensando, se tinha consciência do que estava acontecendo. Esses aspectos levam-me a pensar sobre a própria experiência do paciente internado, foco de estudos como o de Castro (1990), que também mostram essa relação vivencial entre família e paciente. Nesse estudo, é comentado que os pacientes internados experienciam um sentimento de solidão e saudades dos seus familiares, percebendo a UTI como um ambiente de aprisionamento, onde se sentem isolados e limitados física e existencialmente.

Essas relações se tornam significativas à medida que emergem da empatia, ou seja, da capacidade de colocar-se no lugar do outro, sentindo a dor e o seu sofrimento numa relação autêntica. Sobre empatia, Boemer (1984, p. 27) enfatiza que “[...] significa sentir com o outro aquilo que ele sente, sem que, necessariamente, estejamos vivendo o que ele está vivendo”. Esse modo

autêntico de percepção do outro nos mostra que é possível o direcionamento para uma assistência singular e compreensiva.

Essas falas também podem nos mostrar que a família talvez vivencie um sentimento de cobrança de si mesma, considerando que, dada a rotina da unidade, ou mesmo seus próprios afazeres, está impossibilitada de permanecer com seu familiar. Ainda, no depoimento de Rosana, há, nas entrelinhas, certa censura do familiar ao expressar seu choro.

Isso revela que tentar colocar-se no lugar do outro implica também em sofrimento para a família, que parece viver uma dualidade: criar maneiras de ajudar o outro e sentir-se impotente para tal.

Corrêa, Sales e Soares (2002) destacam que a família chama a si a postura de defensora do paciente, já que esse, dificilmente, pode fazê-lo, assumindo uma atitude de vigilância em relação ao cuidado prestado pela equipe. A família, ao perceber suas próprias limitações em cuidar do seu familiar, por não estar presente em todos os momentos da internação, acaba por exigir do profissional da saúde, o cuidado que eles não podem proporcionar.

Essa postura de vigilância foi por mim vivenciada ao observar que, durante o horário de visitas, foi necessário aspirar a cânula orotraqueal de um paciente e o familiar só se retirou do CTI quando foi solicitado pela equipe que ele esperasse lá fora. E, antes que fosse autorizado seu retorno, o familiar já estava ao lado do leito novamente.

Na análise dos depoimentos, foi possível apreender que o

familiar, ao vivenciar a internação no CTI, vai desenvolvendo diferentes formas de perceber o paciente, fazendo uma leitura das suas expressões e gestos, bem como dos parâmetros dos aparelhos, apesar desses não lhes serem familiares.

Eu vou na UTI vê ele. De vez em quando eu começo a conversar com ele, ele se emociona, o coração dele dispara, eu já fico assustado... a respiração dele, nossa, acontece alguma coisa assim normal, eu já fico assustado. — Fernando

[...] eu entrei lá e falei: “mãe, a Viviane ama muito a senhora”, aí a lágrima dela caiu e eu vi aquele pé que ela tá movimentando mexeu, o coração dela foi para 111, o batimento cardíaco. Então, ela ... ela ainda tá sentindo alguma coisa... sei lá, né [...] — Lúcia

Ah! Eu quis dizer assim: é ruim ele não poder se comunicar. O primeiro dia que eu vi ele a respiração dele mudou quando eu falava com ele e isso dá um aperto... parece que ele tinha vontade de falar... e a lágrima que cai no rosto [...] — Rosana

Pude acompanhar essas situações mencionadas nas entrevistas e vejo que a leitura realizada pelo familiar diverge das interpretações que a equipe de saúde faz das mesmas, tendo em vista seus conhecimentos técnicos específicos que se diferenciam daqueles dos visitantes. Conforme a primeira fala, presenciei que o paciente apresentou tosse o que assustou o familiar que o visitava, a ponto de retirar-se rapidamente do CTI. Já em relação à fala de Rosana, o paciente mostrava sinais de recuperação ao interferir na ventilação mecânica, o que causava estranheza ao familiar que questionava o que estava acontecendo.

Com isso, considero que algumas situações para a equipe são *normais* e comuns, enquanto para a família não o são, despertando sentimentos de aflição e insegurança. Em estudo realizado por Zeni, Gomes e Manoel (1997) sobre a percepção dos pais de crianças internadas em unidade de terapia intensiva neonatal em relação aos equipamentos e procedimentos, considerados simples e corriqueiro pela equipe, como por exemplo a fototerapia, para a família poderia parecer assustador, advertindo que a equipe não pode, a partir de seus conceitos de bom e ruim, deduzir os dos pais. Esta idéia vem ao encontro de algo essencial no referencial fenomenológico: permitir que as coisas se mostrem em sua própria perspectiva. Desse modo, por mais simples que pareça, aos olhos dos profissionais, a visão do familiar sobre especificidades próprias do mundo do CTI necessitam ser considerada significativa para os profissionais.

Além disso, essa sensibilidade da família ao ser contemplada, pode levar o profissional a reconhecer que

[...] a presença do outro não se dá sob a forma de presença de uma consciência à outra consciência. Ela se mostra como corpo animado de um comportamento visível, pela sua fala, pela sua ação, pela sua emoção, pelos seus sentimentos, pela sua intenção que se mostra em atos. Nós podemos compreendê-lo. Isso implica mútua presença, mútua comunicação em coexistência [...] (CAPALBO, 2004, p. 36).

Apesar de não ser o cerne deste estudo, esta idéia pode ser bastante significativa aos profissionais de CTI que tanto lidam com o corpo das pessoas que cuidam. A família, mesmo que o paciente não se comunique,

apreende, de algum modo, a sua situação vivida, o que, muitas vezes, é abafado pelo saber profissional.

❑ ROMPIMENTO DA RELAÇÃO COM O COTIDIANO FAMILIAR

As famílias vivenciam também a ruptura da relação com o cotidiano familiar. Essa categoria emergiu de quase todos os depoimentos. Considerando que as admissões no CTI raramente são planejadas, é difícil para qualquer família lidar com a internação de um dos seus nesse setor. É algo que ocorre de repente, de forma brusca, inesperada.

Está sendo muito difícil, né, para mim que estava sempre junto, ali trabalhava tudo né, de repente, ficou assim, a gente fica desesperado, né, pelo menos eu fiquei... — Marta

Situações inesperadas, de modo geral, deixam as pessoas desconfortáveis, pois revelam a face incerta, insegura de seus cotidianos. Face essa que costuma ser negada. Essas situações inesperadas colocam o homem face ao seu horizonte de possibilidades.

Esquecemos que a experiência humana da vida possui, em sua origem, a experiência da fluidez constante, da mutabilidade, da inospitalidade do mundo e da liberdade. A segurança não está em parte alguma, não sendo uma deficiência do existir como homens, mas, cerne de sua condição (CRITELLI, 1996). Desse modo, inseguranças e incertezas permeiam nossa vida.

Paralelamente à essa mudança inesperada que advém de uma internação, a família sente a falta desse familiar no cotidiano das suas relações, ficando mesmo uma lacuna a ser preenchida. Muitas vezes, a família tem que assumir as funções desse familiar, sejam de ordem afetiva ou prática, gerando sentimentos de saudade e insegurança, como mostram as falas abaixo:

Tá sendo assim, muito triste né, na minha casa, porque eu acostumei com ela ,né, ele mora comigo, né, então a saída dela pro hospital a gente ficou muito triste, a casa ficou triste, todo mundo, né ficou triste, a família se entristeceu, né [...] — Joana

[se referindo ao que fica difícil]- Ah! Em tudo, né, porque não tem a presença dela em casa. — Sílvia

Tá sendo muito difícil, sabe? Porque eu convivo muito com ela, que eu saio cedo do serviço, né, então eu vou embora pra casa, nós duas briga muito, né, (risos) [...] Sabe, como a gente vive junto, né, ela aqui, né, e a gente lá sozinha agora, eu chego do serviço a casa tá vazio, eu não encontro ela, então, é difícil nesse ponto, né, e ela dorme junto comigo, no meu quarto, né, as coisas dela tá junto com a minha, né, então eu abro o meu guarda-roupa, eu vejo as coisinhas dela, né, então é bem complicado [...] — Juliana

É interessante perceber que, para a família, dada a história vivida com seu parente, agora enfrentando a facticidade da internação no CTI, o passado se faz significativo no momento presente. Ou seja, é doloroso sentir a falta de seu familiar no cotidiano, considerando as lembranças do já vivido.

Cabe ressaltar que o reconhecimento desse movimento existencial, muitas vezes, não se faz presente para o profissional que atua no CTI, considerando que o paciente tende a ficar restrito a uma presença doente, presa ao agora, sendo negada sua abertura ao passado e ao futuro, ou seja, sua existência temporal (CORRÊA, 2000).

Essa situação está relacionada, no contexto do CTI, a herança do modelo clínico de atendimento alicerçado na clínica anatomopatológica, havendo afastamento da dimensão psicossocial na compreensão do processo de adoecer (LIMA, 1998).

Nesse sentido, o profissional aproxima-se pouco do paciente como temporalidade, o que dificulta a compreensão de sua experiência vivida. O agora do CTI é marcado pelo cuidar do homem restrito à sua dimensão técnico-biológica. O que se apresenta, prioritariamente, são as alterações de natureza orgânica que demandam controles e terapêuticas específicas que podem ser padronizadas e rotinizadas. Não se trata de negar tal dimensão, aliás essencial em CTI, mas não reduzir e restringir o homem doente a ela.

Campos (2003) enfoca que há uma redução em considerar que os hospitais existem para tratar do corpo biológico, pois, mesmo que procedimentos curativos sejam realizados sobre o corpo biológico, esses sempre mantêm sua condição social de espaços e trocas intersubjetivas.

O contato significativo com a família pode ser um recurso que aproxima o profissional do paciente, no que tange à sua dimensão vivida,

incorporando ao cuidado outros elementos que ultrapassem a visão estritamente biológica. Como já comentado na primeira categoria, a família traz uma demanda vivencial que revela o homem em sua humanidade, o que, apesar de se chocar com a perspectiva técnico-racional, pode despertar o profissional para a faceta humana de sua prática.

Considerando que a internação no CTI é algo imposto à família, sentido com impacto, a familiaridade a essa nova realidade ocorre de forma lenta e gradativa. Pude vivenciar essa situação ao perceber que, a cada dia, o nível de ansiedade da família era reduzido, ficando-lhe mais confortável vivenciar a internação do familiar à medida que ia se apropriando desse novo cotidiano, apesar da estranheza que o CTI lhe despertava.

Nesse sentido, as expressões de medo e angústia, presentes em suas faces, gradativamente iam também ganhando contornos menos rígidos. Apesar disso, essa apropriação, esse sentido de familiaridade, não acontece de forma linear, ou seja, não se trata de uma simples idéia de que, ao passar o tempo, a família vai se acomodando e se acostumando, mas tal apropriação é permeada por idas e vindas, relacionadas à evolução do paciente, ao relacionamento com a equipe de saúde, à própria dinâmica e estrutura para visitas, além das singularidades dos modos de ser de cada família.

A família, por estar vivenciando uma nova realidade marcada pelo rompimento com o familiar, lança meios para tentar lidar com o estranho mundo do CTI. Ao perceber que não possui conhecimento e não tem domínio

sobre esse universo, sente-se impotente e limitada, pois se trata de um mundo essencialmente técnico, com uma rotina diferente, previamente estabelecida.

Um desses meios se refere à aceitação da interferência significativa da equipe de saúde nas relações entre familiar e paciente. Apesar de temer o desconhecido, permite que seu familiar seja entregue àqueles que detêm o saber específico: a equipe de saúde (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

O paciente, assim, está em um mundo em que o saber é específico e técnico e necessita que esse saber seja usado em prol da recuperação de sua saúde. Para isso, submete-se aos cuidados da equipe sob forma de uma relação de entrega. Corrêa (1998) enfatiza que o profissional, por ser detentor do saber técnico-científico, estabelece com o paciente, objeto desse saber, uma relação de domínio impondo suas ordens, receitas, cuidados e conselhos.

Obviamente que a gravidade do paciente internado no CTI requer e exige ações rápidas e precisas, desenvolvidas por profissionais tecnicamente competentes. Contudo, cada situação pode apresentar indícios que dão pistas para um olhar mais acolhedor.

Essas idéias encontram respaldo na vivência de Testa, um médico, que, ao ser internado em um CTI, tece críticas ao vivenciar essa internação no que se refere à redução do paciente a objeto; criando uma atmosfera sutil de repressão, negando, assim, sua subjetividade e socialidade (TESTA, 1992).

Outro meio encontrado para a família lidar com o universo do CTI consiste em sua disponibilidade para buscar formas de auxiliar na recuperação do paciente.

Santos (1998) lembra que a família deseja compartilhar com a equipe a possibilidade de acompanhar, envolvendo-se na recuperação da pessoa internada.

Também pude vivenciar as ricas informações que os familiares dispunham à equipe sobre os hábitos, rotinas e costumes que o paciente possuía em casa. Quando manter esses hábitos estava ao alcance da equipe, o familiar ficava muito feliz e grato por poder ajudar. É um meio de romper o conformismo criado com a limitação que o saber técnico-científico geralmente impõe, ainda que não necessariamente.

Vale ressaltar que na literatura existem muitos estudos que apontam o quanto é significativo também para o paciente ficar longe da família e de seu convívio social. Essa é a principal queixa durante a internação nesse setor, associada a sentimentos de solidão. É também comentado que a presença da família pode ser fonte de apoio na recuperação do paciente (KOIZUMI; KAMIYAMA; FREITAS, 1979; TAKAHASHI, 1980; BARBATO et al., 1982; SOUSA, 1988; CASTRO, 1990; ECHER, et al., 1999; OLIVEIRA; SANTOS; SILVA, 2003), o que será posteriormente discutido.

Cabe salientar, também, que diante do enfrentamento das incertezas da vida no período de internação, a família, ao vivenciar o presente,

em algumas ocasiões vislumbra o futuro permeado também por inseguranças e incertezas expressas pelo medo da morte.

❑ O MEDO DA MORTE DO FAMILIAR

Na análise dos depoimentos, a possibilidade da morte foi citada em muitas entrevistas. Apenas duas delas, entretanto, utilizam expressamente a palavra morte:

É você saber que a morte está muito próxima de você [...] — Karina

[...] não aceita que o pai vai morrer, que vai viver, na cabeça dele ele vai voltar para a casa normal, andando, falando, então o que a gente pensa é isso. — Maria

As demais, quase sempre, se referem à palavra “perda” que poderia ser um modo velado de expressar o sentimento de medo da morte:

Assim, a gente fica com medo de perder ele [...].* — Fernando

Ab! Difícil porque a gente, na cabeça da gente, pensa sempre coisa no pior né, [...]* — Marta

Ab! Eu tenho medo! Medo de perder o meu pai [...]* — Rosana

* Os grifos são do autor.

[...] nessa internação, então, eu fiquei bastante assustada com a possibilidade de perdê-lo [...]* — Denise

Difícil!? Difícil é você por a cabeça no travesseiro e sentir que você está perdendo alguém querido, entendeu?* — Giovana

É significativo reconhecer que os familiares apresentam uma fala sucinta, breve, a esse respeito, não expressando com mais detalhes a sua vivência relacionada à possibilidade de morte de seu parente. Possibilidade essa que, no contexto do CTI, se apresenta de forma muito concreta.

Entretanto, é preciso também admitir que, no decorrer da realização das entrevistas, na condição de pesquisadora e enfermeira de CTI, não consegui abrir mais espaços que possibilitassem o emergir de mais considerações sobre o tema morte, por parte da família.

Configura-se, assim, tanto para a família como para o profissional, a dificuldade em falar sobre a morte, considerando-a como possibilidade de cada um de nós, o que se relaciona ao modo como ela vem sendo construída no mundo ocidental.

Boemer (1989), realizando uma retrospectiva, comenta que a visão de morte enfocada como um acontecimento natural e esperado, sendo vivenciado por familiares e amigos, sofreu transformações no decorrer dos

* O grifo é do autor.

séculos advindas de diversos determinantes históricos, acabando por alterá-la, sendo atualmente tratada como *tabu* e deslocada da casa para o hospital, abandonando a naturalidade para ser uma morte fria, escondida e indesejada. Esse processo se intensificou após a implantação do capitalismo, com a Revolução Industrial na Inglaterra, na Europa Ocidental.

A mesma autora complementa que mudanças essenciais começaram a acontecer nos níveis econômico, social e político. Com o advento da tecnologia, industrialização, urbanização e automação, o homem promove também mudanças na sua maneira de ser, afetando toda uma sociedade. Assim, detêm em suas mãos o controle poderoso diante da vida e da morte, sendo capaz de inferir sobre o processo de doença e parte da morte. Ao controlar, pode manipular, prorrogar e tentar impedir que a morte aconteça, sendo capaz de prolongar a vida. Assim, a morte passa a ser um fenômeno indesejável e afastado do convívio do homem em sua casa. E como não se pode evitá-la, criam-se meios de defrontar-se com ela, nascendo, portando, as instituições destinadas à internação que se prestam a esse fim.

Atualmente, esse processo de onipotência e controle sobre a prorrogação da vida e adiamento da morte intensifica-se por meio de investimentos na engenharia genética, com a descoberta de novas formas de reprodução celular, bem como o avanço de experiências com transplantes. Esses avanços científicos antes considerados impossíveis de execução, hoje permitem novas formas de tratamento. E isso, de certo modo vai afastando o homem da possibilidade de refletir sobre a dimensão existencial do processo

vida-morte.

Um outro ponto que se destaca é que ela, quase sempre, é vivida na impessoalidade. Como afirma Heidegger (1993, p. 35), na convivência cotidiana, ela é uma ocorrência que vem ao encontro como “casos de morte”. Alguém, próximo ou distante, “morre”. Desconhecidos também “morrem”, a cada dia e hora. Enfim, algum dia também se morre, mas, “[...] de imediato, não se é atingido pela morte”. Desse modo:

[...] convivemos com a morte como algo comum que vem ao nosso encontro, como um acontecimento conhecido, que não nos atinge porque está no impessoal. [...] *morre-se* porque, com isso, qualquer um outro e o próprio impessoal podem dizer com convicção: mas eu não [...] (HEIDEGGER, 1993, p. 35).

Em se tratando especificamente dos profissionais de saúde, o tema morte é também evitado. Zorzo (1994), em um estudo com profissionais de enfermagem nas clínicas pediátricas de um hospital escola, observou que os profissionais entrevistados, por não aceitarem a morte no hospital, procuram maneiras de negá-la, através do ocultamento da palavra do seu vocabulário e conversas, uma vez que acreditam que sua função é salvar vidas.

A negação da morte também foi observada por Santos (1983, p. 19-20) em um estudo com enfermeiras de um hospital escola. Ao comentarem sobre suas experiências de morte enfatizam o uso de mecanismos para abstrair e procurar esquecer de alguma forma o acontecido, são citadas expressões como: “trabalhar como se nada tivesse acontecido”, “trabalhar ativamente em outras tarefas”, “cuidar do resto da enfermagem”. Também,

encontrou-se no hospital uma forma de comunicação que disfarçava a morte; “foi a óbito”, “teve uma parada cardíaca”, “paciente fora das possibilidades terapêuticas”.

Martins, Alves e Godoy (1999) investigaram profissionais de enfermagem sobre suas reações frente à morte, sendo mencionadas: não comentar com ninguém, comentar com alguém da própria equipe, tentar esquecer, disfarçar, cuidar de outros pacientes, entre outras. A morte também é percebida como algo que tem que ser controlado em nome do profissionalismo, o que estimula a impessoalidade, afastando os profissionais da realidade de dor e sofrimento.

Esse estudo, Martins, Alves e Godoy (1999) também enfatizam que esses profissionais vivem um conflito entre o papel a ser desempenhado e a morte. Esse conflito consiste na confusão entre negação e banalização com a elaboração e aceitação da morte. Negar e banalizar é uma solução passageira, fazendo o profissional manter sua atuação sem abalar-se ou expressar-se. Já elaborar e aceitar fazem parte de um processo de desenvolvimento pessoal que reflete no exercício profissional, permitindo que a morte seja enfrentada como possibilidade e finitude.

O profissional de CTI que atua, como já comentado, em um cenário predominantemente técnico-científico tem significativa dificuldade em se expressar e lidar com a morte, já que ela carrega em si questões existenciais não contempladas no fazer cotidiano de uma terapia intensiva.

Boemer, Rossi e Nastari (1989), em uma investigação com a equipe de enfermagem de CTI, encontraram que a questão da morte surge, aos olhos dos enfermeiros, como algo relacionado à falha no atendimento da equipe, estando associada à rapidez de observação, comunicação e assistência. Sentimentos de dor, tristeza e impotência são expressos. Todavia, a morte como possibilidade concreta a existência não é mencionada em suas falas. Também a equipe que ali atua sente compromisso com a vida e, quando essa é preservada, sente-se gratificada pelo seu trabalho.

Os mesmos autores comentam que os profissionais assim se sentem por serem capacitados para a preservação da vida, utilizando-se do grande avanço da tecnologia, técnicas invasivas e inúmeras possibilidades terapêuticas que fazem parte de sua formação e estão disponíveis para isso.

Corrêa (1995), investigado a vivência de enfermeiras em relação ao seu trabalho no CTI, apontou que os limites vida-morte foram pouco comentados por esses profissionais, sendo, porém, vividos como situação estressante.

Mendes e Linhares (1996), buscando pesquisar a percepção dos enfermeiros sobre a interação com o paciente, observou que os profissionais estabeleciam um distanciamento emocional na relação com o paciente, indicando a morte como um elemento desestabilizador, razão para evitar aproximação com o paciente, para não serem tocados pelo sofrimento do outro.

Essas considerações até então feitas têm o sentido de trazer à luz a seguinte inquietação: apesar de pouco se expressarem sobre a temática morte, a família em CTI angustia-se com essa possibilidade e, ajudá-la a lidar com a difícil situação de internação do familiar, implica em não negar e não banalizar essa possibilidade, acolhendo-a nesse momento.

Contudo, o profissional busca afastar-se dessa possibilidade, não apresentando condições subjetivas e objetivas para criar estratégias de atendimento à família. E, assim, persiste uma lacuna.

Cabe ainda considerar que, neste trabalho, ao focar os sentimentos dos pacientes internados, como apresentado na segunda categoria, os familiares não se referem, a possibilidade do medo da morte, embora outros a mencionem.

Lemos e Rossi (2002) referem que o medo da morte está relacionado à hospitalização no CTI, devido ao estigma que essa palavra contém. Para os informantes (família e paciente), o CTI significa estar entre a vida e a morte, com a possibilidade de uma ida sem volta. Para os pacientes pós-cirúrgicos de CTI, a morte não é explícita, mas expressa indiretamente em suas falas (GUIRARDELLO et al., 1999).

Castro (1990), em seu estudo de abordagem fenomenológica, aponta que na visão do paciente, o CTI revela-se como um local em que ele se sente inseguro, pois percebe a gravidade de seu estado clínico, vivendo a situação de pressentir sua finitude.

Em síntese, a morte se faz presente no CTI, sendo a desconhecida, a amedrontadora, a inimiga e, raramente, a dimensão *impar do existir humano*.

❑ CTI — CENÁRIO TEMIDO, MAS NECESSÁRIO

As características físicas e estruturais diferenciam o CTI das unidades de internação comuns, por possuírem aparelhos sofisticados, rotina diferenciada e profissionais capacitados para a execução de técnicas para a recuperação e manutenção da vida.

Tendo em vista outras pesquisas desenvolvidas, em distintas abordagens metodológicas, o CTI é percebido pela família de maneira paradoxal: ao mesmo tempo que inspira segurança, pelas possibilidades de recursos terapêuticos disponíveis, amedronta pela estranheza do local.

Lemos e Rossi (2002), em um estudo etnográfico com pacientes e familiares que vivenciam a internação no CTI, apontam que os familiares percebem o CTI como um local especializado no atendimento e recuperação de pacientes graves, oferecendo segurança e tranquilidade, considerando o preparo dos profissionais e sua presença próxima e constante.

Castro (1990), fundamentada na abordagem fenomenológica, mostra também que os pacientes internados no CTI percebem-no como um local destinado a pacientes graves, o que os aproximam da possibilidade da morte. Entretanto, os recursos tecnológicos da unidade trazem segurança e crença na

sua recuperação. Também emerge, nesse estudo citado, que a internação nesse setor foi uma experiência boa, reconhecendo a prontidão e a eficiência na assistência prestada pela equipe.

Nas entrevistas analisadas, neste estudo, tendo em vista as características peculiares do setor, como comentado, mesmo existindo uma conotação negativa, os familiares também admitem que é o local ideal para a recuperação de pacientes graves e expressam sentimentos de esperança:

[...] ele precisa dos aparelhos, ele necessita tá na UTI do tratamento. — Fernando

[...] mas depois que ele veio aqui eu tenho esperança, né, porque eu sei que aqui é onde que se recupera, né... então foi melhor, né, e agora aqui. — Marta

Por outro lado, as famílias também percebem o CTI como um local que desperta medo, apreensão e insegurança. Esses sentimentos, nas falas dos entrevistados, estão relacionados à possibilidade da perda, da morte, dada a gravidade do paciente.

Esta possibilidade se apresenta, nas falas, de modo mais ou menos explícito: alguns se referem à *apreensão* sentida quando *toca o telefone*, considerando sua crença de ser o CTI o *último recurso* para quem está *mal*. Em outra entrevista, é expressada a idéia de que é difícil sair do CTI:

*[...] é, a gente, tá meio ... é apreensivo porque quando tá na UTI, toca o telefone, a gente: Ah! Fica meio assustada, é diferente de tá internado no quarto né. Na UTI a gente fica mais apreensivo, com um pouquinho mais de medo, mas a gente sabe que ali dentro tá tendo todos os cuidados e que pode melhorar [...]: É o que eu te falei, a gente tem um pouquinho mais de receio, de medo, porque a gente sabe que a UTI é quando eles estão **mal** (ênfase da entrevistada), né, acho que é o último recurso mesmo, vai ali e ali os médicos vão fazer de tudo, né, é com aparelhagem tudo ali, então, é por isso que a gente fica meio, né? Mas a gente sabe que tá sendo bem cuidado, só que a gente fica meio assustado um pouquinho. — Luisa*

[...] a gente sabe que é muito difícil quem entrar sair, então, isso me assustou bastante, principalmente a possibilidade da perda [...] — Denise

Ainda em relação à associação da possibilidade da morte com o cenário do CTI, uma das entrevistas, apesar de se referir a essa possibilidade, o faz negando a idéia de que o paciente em CTI necessariamente vai morrer. Independente disso, o CTI como cenário específico é relacionado à morte.

[...] a princípio o nome UTI em si já assusta, né, mas é aquele negócio, né, pessoas que têm o conhecimento, né, passam pra gente que a UTI, não é porque foi para a UTI que a pessoa vai morrê, que é um lugar que inspira mais cuidados, né, pelo quadro que a pessoa tá, né [...] — Rafael

O CTI revela-se, assim, como a possibilidade da salvação, e, ao mesmo tempo, a possibilidade iminente da morte. Compreendo que os

sentimentos vividos pela família estão relacionados, no contexto deste estudo, não tanto com a estranheza e as especificidades do local, no que se refere ao ambiente físico e estrutural, mas com a convivência com a polaridade vida-morte que desperta incertezas e desafios enfrentados cotidianamente pela família, paciente e equipe.

Contudo, outros estudos, como já comentado, revelam que a família sente medo e ansiedade relacionados, especificamente, ao ambiente e equipamentos utilizados no CTI. Takahashi (1980), enfocando a visita de familiares a pacientes infartados, refere que o desconhecimento e a falta de informações quanto à finalidade dos equipamentos podem aumentar a tensão.

Scarelli (1993), ao pesquisar sobre orientações recebidas por familiares de pacientes internados no CTI, afirma que o impacto causado pela visualização dos equipamentos instalados no paciente, aliado às suas condições despertava sentimentos de ansiedade e necessidade de obter informações. Há, porém, dificuldade de apreensão das informações pela família, devido sua ansiedade e dispersão no que se refere a equipamentos e ao ambiente do CTI. Também foi relatado que os familiares não chegam perto do paciente por sentirem medo do ambiente.

Apesar dos familiares deste estudo não verbalizarem sentimentos de medo e desconforto em relação à estrutura física e aos aparelhos sofisticados, tão peculiares no mundo do CTI, enquanto permaneci nesse local para familiarizar-me com o contexto da visita, pude perceber que as

famílias expressaram gestos e olhares que sinalizavam receio e dúvidas nesse sentido.

Mesmo considerando que a enfermeira do plantão, rotineiramente, aproxima-se de cada leito, informando a condição do paciente, isso não necessariamente parecia suprir suas necessidades de orientação. Porém, aos poucos, alguns familiares iam adquirindo mais familiaridade com aquele estranho mundo. Tal familiaridade pode estar relacionada às conversas entre visitantes e às próprias elaborações pessoais que cada um vai fazendo para lidar com esse momento.

De qualquer modo, tendo em vista outros estudos que apontam, com mais ênfase, a ansiedade e o medo em relação à estrutura física e ao ambiente de CTI e a percepção dos gestos e olhares de dúvidas e apreensão não traduzidos pela fala, no contexto deste estudo é essencial considerar o cenário do CTI como algo que pode intimidar e assustar, devendo ser cuidadosamente considerado se a intenção for cuidar da família em sua singularidade.

❑ PREOCUPAÇÃO COM O CUIDADO DO FAMILIAR

As falas permitem observar que os familiares estão atentos ao cuidado prestado pela equipe ao seu familiar. Assim, são descritos modos distintos de perceber esse cuidado.

Alguns se sentem satisfeitos, confiantes, contentes e até

agradecidos pela assistência prestada pela equipe. É o que pode ser visualizado nas seguintes falas:

Ab! É daí também, quando eu chego aqui a gente encontra ela bem cuidadinha, né, graças a Deus eu sei que tão cuidando muito bem dela né, a gente fica muito contente com isso. — Joana

Mas eu sei que ele está em boas mãos, que está sendo bem cuidado, a higiene do lugar, também a gente vê que é tratado com carinho e atenção, bem diferente do outro serviço em que ele estava. — Laura

[...] mas a gente sabe que tá tendo todos os cuidados né, e que pode sair daí, né, melhor, bom, pode ir para casa, a gente tem essa confiança [...] — Luisa

Bom, que aqui eu acho que ele tá bem, bem cuidado, é isso que eu queria falar, tanto os enfermeiro como os médico, né, tá sempre bem atendido [...] — Marta

Ab! Eu sinto que ele tá bem tratado, a gente sente quando a pessoa trata bem...com amor, com carinho, quando a pessoa é profissional [...]. — Rosana

[...] quando até o trabalho do pessoal a gente fica contente porque é muitas pessoas muito atenciosas desde o pessoal da portaria, da recepção, né, até os médicos, as enfermeira, o pessoal da limpeza, então o que a gente quer fazer é agradecer. — Rafael

Cabe salientar que em relação ao sentimento de satisfação, as falas não especificam claramente qual o sentido desse estar *bem cuidado*, estar *em boas mãos*, *bem cuidadinha*. Na fala de Laura são comentadas sobre a *higiene do lugar*, bem como questões de ordem subjetiva como *tratado com carinho e atenção*, *o pessoal é muito atencioso*, o que também é expresso na fala de Rafael.

Por outro lado, apenas uma entrevista aponta uma fala que apresenta queixa em relação ao cuidado prestado pela equipe:

Então eu vi aquilo na enfermeira, aquele aparelhinho que coloca no nariz mesmo de qualquer jeito, não tá bem colocado, tá assim, tá a marca, assim como se tivesse apertando o rosto da minha mãe, então eu, eu senti assim que ela não tinha amor pra cuidar da da..., de um paciente não assim de... a coisa em si [...] — Lúcia

Outras entrevistas apontam questionamentos dos familiares quanto à rotina estabelecida no setor no que se refere à permanência do acompanhante:

[...] então eu acho né, que teria , né, a pessoa da idade dela teria de ter uma pessoa acompanhando ali, eu, a dificuldade maior que eu acho é essa de deixar ela sozinha ali, não que as enfermeiras não trate bem, não é isso, mas o amor de mãe e filho, sabe, eu acho que se o filho tivesse ali pegando na mão dela; na hora que a gente da visita chega, a gente sente ela uma outra....,

a vibração, ela tenta apertar as mãos da gente quando a gente fala de ir embora acelera mais, a gente vê que o aparelho aumenta, né, então é isso, a dificuldade que eu sinto é isso daí, eu gostaria assim que a gente pudesse ficar com ela [...] — Júlia

[...] a gente sente vontade de tá perto e não podê, né, porque tem que ser controlado o horário da visita, a gente até compreende isso, mas, a gente gostaria de tá perto, o tempo todo se possível [...] — Flávia

[...] então eu acho que no caso assim da pessoa de idade ou uma criança, eu acho que eles deveria liberar para um acompanhante ficar do lado, eu acho que a gente transmite amor para ela, né [...] — Lúcia

[...] eu gostaria que existisse uma outra forma de manter o paciente sobre cuidados próximos, né, talvez a evolução da ciência, isso possa vir a acontecer com estudos, pesquisas [...] pra que realmente encontre uma maneira da família estar mais próxima do paciente, da equipe médica, né, da equipe, do corpo de enfermagem que tá ali [...] — Denise

[...] agora na UTI, esse horário que é muito mais apertado [...] se eles abrissem mais horários estaria aqui em mais horários, mas infelizmente, né, existe a lei do hospital e a gente tem que cumprir, né [...] — Giovana

São questionados aspectos como horário limitado e rígido para visitas, bem como os direitos específicos dos pacientes de idosos e crianças como comentado nas falas de Lúcia e Giovana.

Os familiares verbalizam claramente o desejo de estar mais presente: *que a gente pudesse ficar com ela ; gostaria de tá perto, o tempo todo se possível; liberar um acompanhante para ficar ao lado; se eles abrissem mais horários.*

Esse desejo de estar mais presente é significativo para a família que acredita que isso será valioso ao paciente, auxiliando, inclusive, na sua recuperação:

[...] eu acho que para o restabelecimento dela, para a melhora, a presença de família é fundamental tanto como a medicação. — Giovana

Nesse sentido, a família solicita outro modo de acompanhamento que nem sempre é valorizado no CTI pelos profissionais de saúde, bem como pela gestão do serviço que não oferece condição para tal.

O CTI ainda é estruturado de tal maneira que sua planta física, sua organização e o modo de agir dos profissionais que ali atuam reproduzem a idéia de que a família é *algo mais*, não sendo incorporada, também, como foco de atenção da equipe. Ou seja, faltam no contexto do CTI deste estudo, recursos de ordem econômica, organizacional e relacional, incluindo também elementos subjetivos e objetivos, para construir outro modo de inserção da família.

Em outro estudo realizado por Corrêa, Sales, Soares (2002)

ao enfocarem a percepção dos enfermeiros em relação à família comentam que esse profissional vivencia dificuldade em lidar com ela. Os entrevistados relatam que o tempo é escasso e o trabalho pesado, ficando difícil o relacionamento com familiares.

Um ponto significativo deste estudo relaciona-se a não referência das famílias entrevistadas à necessidade de receber informações claras. Lúcia, em sua fala, mostra, a meu ver, a falta de informação sobre a rotina do setor:

[...] eu acredito que eles não vão avisar a gente a hora que a minha mãe morrer, eles vão esperar amanhecer o dia até ligá. — Lúcia

Estudos apontam que a obtenção de informações do familiar está entre as principais necessidades da família de paciente internado no CTI (SANTOS, 1998; KNOBEL; NOVAES; KARAM, 1999b; SOARES; SALES; CORRÊA, 2002).

A não referência à essa necessidade pelos sujeitos deste estudo, poderia, inicialmente, sugerir que as informações prestadas nesse serviço estão adequadas. Porém, como enfermeira que ali atua em alguns plantões e, tendo em vista, os acompanhamentos dessas famílias no período de coleta de dados, permito-me comentar, como já ressaltado nas partes introdutórias deste estudo, que as informações são pontuais, não havendo qualquer processo mais sistematizado e acolhedor nesse sentido.

De qualquer modo, a investigação mostra que a família voltou-se mais ao desejo de acompanhar, permanecer junto ao familiar, o que pode indicar a direção de compreendermos que, muitas vezes, não são as informações objetivas, relativas ao quadro clínico e à evolução o que, predominantemente, interessa (o que não significa negar sua relevância, inclusive apontada nos estudos citados). Significa ampliar a noção de *dar informações* para acolher a família, considerando-a em seu sofrimento, atendendo suas necessidades específicas sejam elas: saber alguma informação, estar presente, ser escutada e confortada. Enfim, *de que precisam essas famílias?* é uma questão que deve nortear nosso cotidiano.

Por outro lado, cabe considerar que, face à situação inesperada, dolorosa, difícil, com a qual se depara a família, além do desconhecimento de seus próprios direitos (pacientes e famílias), os familiares podem não expor suas dúvidas e queixas, o que não significa que eles não as tenham.

Essa questão envolve reconhecer e respeitar os direitos do pacientes e familiares como cidadãos, usuários dos serviços de saúde, como pessoas que têm que ser respeitadas em sua dignidade, o que, principalmente no serviço hospitalar, ainda é pouco considerado, apesar de existirem diretrizes políticas preconizadas pelo SUS quanto ao controle social e do estabelecimento dos direitos de paciente de CTI em Declarações da Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, além da Federação Mundial de Sociedades de Terapia Intensiva e Cuidados Críticos.

Após apresentação da análise das entrevistas dos familiares de pacientes internados no CTI, na qual são explicitados os seus sofrimentos, dificuldades, medos e preocupações, revelando a complexidade da situação vivida, é importante enfocar algumas reflexões e possibilidades que se abrem no sentido de humanizar o cuidado à família, a partir das inquietações geradas pelas próprias falas dos entrevistados.

Retomando a proposta deste estudo, ou seja, a de compreender a vivência de familiares de pacientes internados no CTI, na aproximação às suas experiências, pude apreender algumas peculiaridades relacionadas à facticidade da internação do familiar.

A compreensão da vivência da família pelo profissional da saúde é fundamental para que sejam implementadas estratégias que contemplem o seu sofrimento, sendo acolhedoras.

Assim, do mesmo modo que a família, ao colocar-se no lugar do paciente, dele se aproxima vivencialmente, como já comentado, um recurso efetivo para aproximar profissional e família pode ser justamente esse: colocar-se no lugar do outro, valorizando a sua experiência como singular, ou seja, reconhecer que cada família tem seu modo próprio de lidar com a experiência da internação.

Cabe considerar que uma das entrevistadas é profissional da saúde que atua em CTI e, no momento, acompanhava um familiar doente. Essa pessoa comenta que essa experiência do outro lado da internação foi muito

significativa, levando-a a refletir sobre a sua própria atuação como profissional. Nessa reflexão, emergiu para ela a necessidade de rever certas posturas e modos cotidianos de lidar com a família dos pacientes que cuida.

Assim, experienciar um processo pessoal crítico e doloroso como esse pode despertar possibilidades de mudanças. É nítido que, para o trabalhador, vivenciar a situação de internação de alguém de sua própria família sensibiliza para além dessa situação particular, podendo gerar frutos, como já referido, para a sua atuação profissional; entretanto, não é possível afirmar que sua experiência seja igual a de todos os outros familiares.

Isso parece óbvio, mas são muito comuns generalizações que podem limitar o reconhecimento da singularidade das situações vividas por cada um. O fundamental é considerar que acompanhar um familiar no CTI é um processo peculiar, no qual os modos de lidar são próprios e diversos.

Essas idéias valorizam algo fundamental para a perspectiva fenomenológica: deixar que as coisas se revelem em suas próprias perspectivas. Esse lema pode ajudar a compreender a família em sua dimensão existencial, dimensão essa não passível de generalizações.

Todavia, é fundamental, obviamente, que outros modos de sensibilizar os profissionais sejam utilizados, pautados em reflexões sobre o cotidiano profissional permanentemente envolvido por relações humanas.

Saeki et al. (2002) relatam uma experiência pedagógico vivencial, realizada junto a trabalhadores de um serviço de emergência, com o

objetivo de refletir sobre a humanização do atendimento em saúde. Esses trabalhadores experienciaram situações em grupo que explicitaram que, do seu trabalho cotidiano, emergem sentimentos, preocupações e ansiedades, não sendo, porém, encontrados espaços adequados para serem elaborados.

Ou seja, a partir do olhar lançado para seu próprio fazer, o trabalhador pode sensibilizar-se para melhor compreender a si mesmo, aos usuários e demais profissionais.

É necessário considerar que, para o profissional, realizar atividades como essas nem sempre é fácil, pois mobilizam sentimentos muitas vezes esquecidos e banalizados no dia a dia, principalmente no contexto técnico-biológico do CTI. A lógica racional predominante tende a tornar as relações humanas objetivas e definidas, o que acaba por limitar essas experiências significativas, impedindo que sejam vivenciadas e compartilhadas de modo mais humano.

Enfocando especificamente o enfermeiro de CTI, Corrêa (2000, p. 190) refere que esse profissional “[...], em seu cotidiano, acaba por não ter espaço para repensar acerca daquilo mesmo que, apesar de tão próximo, ficou esquecido, a existência humana [...]”. Acredito que isso possa estar ocorrendo os demais profissionais que ali atuam.

Assim, sendo predominante esse afastamento da dimensão afetivo-relacional da prática em CTI, a relação estabelecida com a família pode ser marcada pela padronização e autoritarismo. Ou seja, até podem existir

algumas rotinas voltadas para a família como determinação de horário de visitas e orientação, porém formatadas como mais uma tarefa a ser cumprida, em uma lógica autoritária. Autoridade essa que advém do domínio de um saber específico pelo profissional. Esse saber específico, vale lembrar, fundamentado no modelo clínico vigente.

Esse modo de lidar com a família colide com a perspectiva atual de construção de um cuidado calcado na integralidade, diretriz essa que vem norteando a consolidação do SUS. Como já mencionado nos capítulos introdutórios deste estudo, as áreas altamente especializadas como as CTIs fazem parte desse sistema de saúde e, como tal, apesar de suas especificidades, não se justifica reduzir o atendimento ao eixo técnico-biológico que não dá conta de atender o paciente em sua complexidade, bem como acolher a família.

Entretanto, construir um atendimento em outra perspectiva é ainda um desafio, envolvendo a articulação efetiva desse espaço aos demais níveis de atenção, além da revisão do modelo assistencial vigente.

Ainda esse modo de lidar com a família, aqui em questionamento, não reconhece paciente e familiar na condição de cidadãos que têm direitos a um atendimento digno e qualificado.

Um ponto essencial para qualificar o atendimento à família consiste justamente em reconhecer a sua subjetividade e a sua importância no acompanhamento do paciente. Assim, reconhecer e valorizar as vivências dos

familiares exige que os profissionais admitam que, mesmo no desconhecimento do mundo técnico do CTI, os familiares têm seus saberes e, a partir deles e de suas experiências, dão sentido a esse local que passa a representar um novo espaço em seu cotidiano.

Essas idéias implicam em redimensionar o poder da equipe de saúde, deixando de reduzir a família a objeto, passando a incorporá-la como importante elo do cuidado.

Por outro lado, vale ressaltar, como também comentado anteriormente, que as condições de trabalho nesse CTI determinam, quase sempre, um fazer sobrecarregado, estressante e rotineiro que afasta a possibilidade do profissional envolver-se de modo significativo com a família. É nesse sentido que foi considerado que ela pode ser vista como *algo a mais*, portanto, que pesa ao profissional.

A família, neste estudo e em outros, revela seu sentimento de impotência frente ao cuidado de seu familiar, exigindo competência da equipe de saúde. Assim, o profissional tem que equilibrar, de algum modo, a grande responsabilidade pelo cuidado da vida do outro e as limitações impostas pelas condições de trabalho. Isso se torna extremamente desgastante ao profissional.

Também por princípios assegurados pelo sistema de saúde é relevante considerar que os trabalhadores da saúde apresentam importante papel no que se refere à humanização do cuidado. Ou seja, é esperado que eles

sejam competentes para acolher os pacientes e, aqui especificamente falando, os familiares de doentes internados em CTI.

Todavia, condições adversas de trabalho podem ser limitantes para a humanização dos serviços. A esse respeito, Casate e Corrêa (2003)^{*}, analisando artigos de enfermagem que enfocam o tema humanização, comentam que alguns textos referem que baixos salários, difícil articulação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla que leva à sobrecarga e cansaço, bem como a permanente proximidade com pessoas sob tensão geram condições desfavoráveis de trabalho que interferem na possibilidade de construir um cuidado humanizado.

Em contrapartida, em muitos momentos, embora não negando as condições adversas de trabalho, o que também pode afastar o trabalhador da possibilidade de construir esse cuidado humano pode ser a sua atitude de *super-profissional*.

Enfermeiros de um CTI, ao exporem suas percepções sobre seu trabalho, consideram que o modo como vêm seus conhecimentos e habilidades pode formar o *mito da competência* dos enfermeiros de CTI. Ou seja, esses profissionais dominam muitos conhecimentos da esfera técnico-biológica exigidos em seu cotidiano, o que é muito valorizado por eles próprios e por profissionais de outras áreas. É claro que tal competência existe; todavia,

^{*} CASATE, J.C ; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: produção científica na literatura brasileira de enfermagem. - Artigo submetido e aprovado para publicação na Revista Latino Americana de Enfermagem.

ela não contempla o doente em sua complexidade e, é nesse sentido que pode se transformar em mito (CORRÊA, 1995).

É como se esse profissional, transformado em mito, perdesse a proximidade com a fragilidade humana de ser. Isso o afasta de questões de ordem subjetiva e existencial. Cabe considerar que uma dessas questões refere-se à possibilidade da morte, temática da qual se afastam os profissionais de CTI, conforme já explicitado.

Enfocando a cultura de enfermeiros de um CTI, o estudo de Bastos (2002), desenvolvido na abordagem etnográfica, comenta que os intensivistas carregam o estigma de *donos do saber*, podendo ser deixados de lado. Porém, são pessoas, como qualquer outro ser humano, vulneráveis ao sofrimento e à dor. Ao mesmo tempo que, por meio de seu saber tecnológico, desempenham um papel de capazes de vencer e dominar a morte, o que lhes confere poder e prestígio, encobrem seus medos e tensões.

Nesse contexto, emerge também a reflexão sobre a formação do profissional para atuação em CTI. Do mesmo modo que anteriormente foi comentada a necessidade de investir para a construção do cuidado integral em todos os espaços da saúde, faz-se também é necessário que haja investimentos no sentido de formar profissionais que sejam capazes de contribuir nessa direção.

Assim, considerando o contexto da consolidação do SUS e as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, a ênfase atual reside

na construção de uma prática educativa que forme sujeitos, pessoas comprometidas com a qualidade de vida das pessoas e comunidade, com capacidade de análise crítico-reflexiva das práticas em saúde e de trabalho em equipe, incorporando a compreensão do processo saúde-doença em uma lógica ampliada (BRASIL, 2001).

É também salientada a importância de incorporar, à dimensão técnica, conhecimentos relacionais e políticos, sendo considerados os quatro pilares para a educação do século XXI: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. Aprender a conhecer envolve domínio dos instrumentos do conhecimento e não apenas aquisição de saberes codificados. Aprender a fazer se refere a por em prática os conhecimentos e adaptá-los ao trabalho. Aprender a conviver implica em descobrir a presença e participar de projetos comuns e, finalmente, aprender a ser ao desenvolvimento total da pessoa humana (DELORS et al., 2001).

Esses pilares são significativos no contexto deste estudo, pois refletir sobre a formação, concebendo-a em uma lógica que forme profissionais com sensibilidade humana para atendimento da família do paciente internado em CTI, implica considerar a necessidade de não apenas aprender a fazer e conhecer — eixos predominantes, principalmente no que se refere aos conhecimentos biológicos — mas aprender a conviver e ser.

Desse modo, torna-se significativo abrir espaços para práticas educativas em CTI, no sentido de promover a discussão de questões subjetivas, bem como permitir que esses profissionais tenham espaço para falar sobre suas

próprias vivências.

Se, ao longo desta pesquisa, é enfocada a importância de construir um cuidar que incorpore a família em sua singularidade, é fundamental ampliar também a formação, incorporando outros saberes e valores.

Todavia, a formação, de modo geral, não vem constituindo nesse sentido, sendo que, apesar das deficiências, ela acompanha o sentido da técnica e da ciência, ou seja, a repetição e a objetivação, não permitindo possibilidades de despertar a dimensão existencial do aluno (CORRÊA, 2000).

Ainda discutindo a formação do enfermeiro, Boemer e Corrêa (2003) pontuam que concepções fragmentadas e tecnicistas ainda predominam nos ambientes acadêmicos, expressas por modelos tradicionais baseados na lógica da razão, desvinculada do sentir e do agir.

Cabe também ressaltar sobre a formação profissional voltada para a temática morte, temática essa bastante considerada pelos familiares entrevistados neste estudo. Esses familiares, ao se depararem com o sofrimento gerado pela possibilidade da morte, às vezes tão concreta no mundo do CTI, demandam um cuidado por parte da equipe que, por sua vez, não está preparada para tal.

Enfocando o tema da morte e do morrer, o estudo de Brondi (1997) com fundamentação fenomenológica, teve como proposta descrever e analisar uma ação educativa, junto a alunos do ensino médio de enfermagem. Lidar com essa temática possibilitou ao educando perceber sua própria

dimensão existencial.

Creio que estratégias como essa são essenciais para a construção de uma formação humana, primordial para repensar o cuidado à família do paciente em CTI.

Uma das demandas claramente apontada pelos familiares entrevistados refere-se ao desejo de permanecer, de algum modo, junto ao paciente internado, o que implica em algumas reflexões.

Esse desejo, provavelmente, se relaciona ao rompimento com o cotidiano familiar, à inserção inesperada ao estranho mundo do CTI, permeado por mitos construídos culturalmente e à possibilidade da morte.

Considero que, muitas vezes, os profissionais reconhecem o sofrimento da família, visto até como algo previsível e julgam que o horário de visitas seja suficiente para aliviar esse sofrimento.

Todavia, para a família, conforme assinalam algumas falas, esse horário é reduzido e elas sentem a necessidade de estar mais presente.

Acredito que, nesse CTI, é importante investir em estratégias de inserção da família, o que envolve a orientação, porém, não se restringe a ela.

Como comentado anteriormente, apesar de pouco verbalizados, o medo e a estranheza quanto aos recursos materiais /equipamentos fortemente presentes no CTI, ao acompanhar algumas visitas, pude perceber seus

semblantes de dúvida, seu afastamento do leito, seu olhar questionador, sua postura de *não saber onde colocar as mãos*, ou seja, gestos que revelam a estranheza, a não familiaridade com esse mundo, o que, obviamente, é esperado, mas requer ações profissionais no sentido de trazer conforto ao familiar.

Pensando que a família já sofre de forma intensa, não auxiliá-la efetivamente a melhor compreender o sentido daqueles recursos usados na assistência implica em intensificar esse processo doloroso.

Isso requer um repensar a responsabilidade da equipe junto à família. Contudo, essa não vem sendo tema de discussão, reflexão, pelos trabalhadores desse CTI. E, quando o é, por alguma razão, a lógica dessa discussão é ainda predominantemente normativa e impessoal, não envolvendo também as distintas categorias profissionais dos diversos turnos de trabalho.

Nesse sentido, cabe considerar a necessidade de criar espaços que permitam uma reflexão mais crítica e sensível a esse respeito, enfocando, inicialmente a problemática da família em suas peculiaridades, não perdendo de vista seu sentido existencial.

Assim, há de se investir em práticas pedagógicas que incorporem temas e estratégias que não incorporem apenas os temas tradicionais discutidos em CTI, predominantemente técnicos e biológicos.

Como já referido, ações transformadoras envolvem não apenas a discussão dos profissionais, mas aspectos da gestão do setor e instituição,

tendo em vista as questões de ordem estrutural e de condições de trabalho. Apesar disso, pequenas mudanças cotidianas, voltadas à dimensão relacional, podem ser inseridas no dia a dia. Não serão suficientes, mas não deixam de ser o início de processos significativos na busca de construir um cuidado mais humano. Em vários momentos deste estudo, inclusive, foi feita referência à necessidade de construir um cuidado mais humano.

Apesar de não ser o cerne deste estudo, considerando também suas limitações, já que me propus a realizar aproximações a algumas idéias da fenomenologia já trabalhadas por outros autores do campo da saúde, penso ser significativo apontar breves comentários sobre o cuidado à família do doente internado em CTI.

No mundo do CTI, tem predominado, no cuidado à família, a perspectiva da inautenticidade/impessoalidade, pela qual são padronizadas formas de ação que massificam os familiares, dificultando a sua expressão singular.

Não se trata de negar que essa dimensão da impessoalidade faz parte do cotidiano e, caso os profissionais resolvam desenvolver, por exemplo, orientações sistematizadas, revisão da rotina de visitantes, dentre outros, não se trata de algo ruim. Porém, não suficiente para acolher a família em seu sofrimento singular. A postura junto à família, a escuta, a fala não padronizada demandam recursos próprios que vão além de qualquer modelo, envolvendo a relação homem-homem.

Essa relação homem-homem supõe não mais restringir a visão da família em uma lógica objetiva, mas considerá-la em seu modo humano de ser que comporta também a subjetividade de quem cuida e é cuidado.

Em um sentido mais amplo, o cuidado configura-se em valorizar a sabedoria do vivido, sendo esta, composta de saberes técnicos, saberes populares, convicções, valores pessoais e religião. Essa sabedoria, quando dignamente respeitada, permite que ocorra o desenvolvimento de atitudes e espaços fecundos a um genuíno encontro intersubjetivo. Entre alguns desafios para a reconstrução do cuidado estão: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes (AYRES, 2004).

Entendo que essa intersubjetividade envolve paciente, equipe e família, ou seja, os protagonistas das práticas de saúde em CTI.

7 Reflexões sobre este Estudo

Como já comentado no capítulo introdutório deste trabalho, encontrar-me com o CTI foi um processo que aconteceu antes que eu pudesse imaginar, vivenciando a internação de um familiar nesse setor. Por ser, então uma criança, sentia dentro de mim apenas a saudade desse familiar e o medo de vir a perdê-lo. Isto era o que mais me angustiava.

Ao ingressar na faculdade, após o processo de adaptação nos estágios realizados no CTI, mantive meu olhar na busca de saberes técnicos, o que sempre me fascinou. Buscava dominar a rotina estressante, manusear aparelhos sofisticados, auxiliar na reversão de casos considerados *difíceis* pela equipe, desenvolvendo uma visão objetiva, centrada nos aspectos técnico-biológicos, uma vez que na graduação, não tive uma formação que valorizasse a dimensão subjetiva para o cuidado nesse contexto.

Sendo contratada para atuar em um CTI, no período noturno, meu contato com a família se dava em poucas situações, pois não havia horário de visitas à noite. Entretanto, os poucos momentos de aproximação foram bastante significativos, fazendo-me lembrar a experiência pessoal já vivida na infância, despertando também novas inquietações. Será que os familiares vivenciam o que eu vivenciei? O que será para eles estar do outro lado da internação?

Ao me deparar novamente com esse processo de internação no CTI, um universo predominantemente técnico-científico, no qual a racionalidade técnica ganha espaço, passei a me questionar sobre o valor que estava dando para nossas experiências vividas, uma vez que como profissional atuante nesse

setor, muitas vezes, esquecia dessa outra face da internação-paciente em sua vivência, a família em sua singularidade.

Inquietando-me com a compreensão das experiências vividas pelo sujeito, encontrei no referencial fenomenológico uma forma significativa para compreender parte de minhas inquietações. Indo ao encontro do fenômeno ser familiar no CTI, realizei algumas aproximações a esse referencial, por meio principalmente da leitura e discussão de autores que já articularam a fenomenologia e a saúde/enfermagem, em temas significativos para esse estudo.

Conduzir esse trabalho nessa perspectiva implicou na minha abertura existencial para a escuta do outro em sua própria experiência vivida. Entretanto, esse exercício de abertura de escuta ao outro foi um tanto árduo no começo, pois no CTI, não há muito tempo (cronologicamente falando) e espaço para isso.

Assim, o desafio estava lançado: ou ia ao encontro da compreensão desse fenômeno e buscava por novos horizontes na assistência ao paciente ou continuava no mundo fechado e predominantemente técnico-biológico do CTI. Optei, então, por desvelar algumas facetas desse fenômeno e passei a me aproximar da família e suas relações.

Como sempre atuei no período noturno, sobre o atendimento às famílias sabia apenas do horário de visitas; desconhecia até a dinâmica desse processo. Ao iniciar a pesquisa, nos primeiros dias, as equipes que ali atuavam

me questionavam sobre o que eu estava fazendo, comentava que se tratava de um estudo envolvendo a família no CTI. Muitos acreditavam nessa resposta, outros achavam que eu estava lá para *vigiar* se as técnicas e os procedimentos estavam sendo realizados corretamente. Certo dia, até ouvi de um funcionário *Que nada, a Fabiane tá aqui para ver se a gente tá fazendo tudo certinho mesmo!*

Por estar inserida no CTI, como enfermeira, iniciar um estudo como pesquisadora não foi fácil, pois auxiliava as equipes em alguns procedimentos, quando necessário, ao mesmo tempo que, muitas vezes, me via observando técnicas e procedimentos executados pelas equipes.

Quando isso acontecia, lembrava que meu foco, naquele momento, era a vivências das famílias no CTI, voltando a acompanhar a sua permanência em alguns momentos no setor. Também essa dificuldade foi vivenciada ao realizar as entrevistas. Ao ouvir suas dúvidas referentes às rotinas do setor, queria responder para ajudar, mas não podia me prender apenas a isso. É claro que sanava muitas dúvidas dos entrevistados, só que meu foco, mais uma vez, eram a suas vivências, retomando então a busca do fenômeno.

Sob essa dualidade vivida, considero que não há como separar: ora sou enfermeira, ora pesquisadora. Ressalto que precisei que cada uma dessas faces emergisse no momento certo.

Do desvelamento de algumas dimensões do fenômeno em estudo, emergiram muitas questões que me tocaram no que se refere à atuação profissional e pessoal, no CTI e fora dele.

Inicialmente, o que me incomodava muito e, de certa forma, me deixava um tanto frustrada, era ouvir dos familiares que eles conviviam com a possibilidade da morte no CTI, mesmo eles afirmando que o setor dispunha de todo aparato tecnológico para a manutenção da vida. Para mim, eles não poderiam estar sentindo isso. Parecia que todos os esforços que as equipes faziam para salvar vidas se anulavam diante dessas falas.

Por outro lado, ficava triste ao ouvir essas falas e saber que se tratava mesmo de uma possibilidade como algo muito concreto, pois sabia do quadro clínico dos pacientes e de seus prognósticos. Muitos doentes realmente morrem.

Outro ponto que me inquietava era do familiar não conseguir explicar os seus sentimentos frente ao que estava vivenciando. Perguntava: como ele não consegue explicar? É tão óbvio! Mesmo com a intenção de aproximar-me da abordagem fenomenológica, pois ela me fazia sentido, vivê-la como atitude não era tão simples. Ainda continuava presa à busca de explicações, apesar de exercitar, nas entrevistas, a escuta e a suspensão dos juízos prévios.

Ao concluir a análise dos depoimentos, me apercebi que nem tudo é explicável mesmo. No início, não entendia muito essa atitude por estar imersa em um mundo em que para tudo há uma explicação; se aconteceu determinada reação com o paciente, é porque tal procedimento não foi feito, tudo é justificável por obedecer a uma lógica de causa e efeito. E, nessa mesma lógica fazendo uso da palavra, de forma muito objetiva, informava o familiar

sobre a evolução do paciente, acreditando estar tudo claro. Mas, a dimensão vivencial não é da ordem das explicações apenas.

No decorrer deste estudo, diversas vezes, recordava das vivências que tive com o meu familiar e o rompimento do cotidiano foi algo que muito me tocou, pois a família está vivencialmente em contato com o paciente. Isso é muito significativo, muito embora, freqüentemente esquecido pela equipe e que precisa ser levado em consideração.

Penso que agora, com o trabalho finalizado, considerando todo o movimento existencial que realizei para a compreensão da vivência da família, muitas concepções foram mudadas. Percebo que tenho uma outra visão das relações estabelecidas no mundo do CTI. Acredito que para desenvolver um trabalho que contemple a integralidade da assistência, faz-se necessária a abertura dos profissionais que ali atuam, o que implica entre outras coisas perceber-se em sua própria dimensão existencial, revendo alguns modos cotidianos de agir. Nisso está envolvido o reconhecimento do *mito* do *super-profissional* e do preconceito em relação ao modo de ser família, como *perturbador* e *questionador* em excesso.

Criar essa abertura é uma opção de cada profissional, porém dependente das relações em grupo. Assim, mostra-se imprescindível criar um espaço onde essas questões possam ser discutidas. Trata-se de processo doloroso, mas necessário para que seja possível, concretamente, humanizar o cuidado no CTI.

Já existem, na instituição, projetos voltados à humanização para a equipe de saúde atuante no CTI e, nesse sentido, alguns desvelamentos deste trabalho são muito esperados para que novas estratégias sejam colocadas em prática.

De modo concreto, penso em propor a criação de um *Grupo de Humanização no CTI*. Inicialmente, que esse seja voltado para a equipe atuante, com o intuito de desmistificar mitos, levando ao repensar de muitas práticas por nós executadas.

Posteriormente, farei a proposta de constituição de um trabalho com a família, por meio de reuniões, deixando que ela exponha suas necessidades para serem compartilhadas, como em um grupo de auto-ajuda, com espaço também para informações referentes às rotinas e procedimentos do CTI. Entretanto, o foco deverá ser dado no compartilhar de suas vivências.

Realizar atividades dessa natureza, seja com a equipe ou com a família, exige além de sensibilidade, conhecimentos específicos relativos às relações em grupo. Para tal, preciso buscar subsídios nesse sentido, não deixando de considera, no que se refere ao grupo junto à equipe de saúde, que, como profissional ali envolvida, também preciso desse mesmo espaço para rever minha prática.

Para um primeiro momento, pode ser interessante, compartilhar essas idéias com outros profissionais, principalmente o psicólogo, no sentido de buscar parceria competente nesse sentido.

Ou seja, compreendo que não tenho condições de responsabilizar-me sozinha por essas atividades, tendo em vista meu envolvimento como trabalhador do setor e meus limites de formação até então. Todavia, como muitas reflexões me tocaram de modo extremamente significativo, é um compromisso compartilhar minhas reflexões e propostas.

Além disso, como já comentado, estratégias de humanização do atendimento à família envolve questões relacionadas também à gestão do CTI e da instituição, sem falar ainda de questões mais amplas do setor saúde. Portanto, questões políticas, organizacionais e interpessoais têm que ser articuladas.

Desenvolver propostas como a *reorganização* da sistemática de atendimento à família, provavelmente será bem aceito pela gestão administrativa, pois a instituição faz parte do Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde desde o seu início e necessita que sejam articuladas estratégias para o melhoramento da assistência.

Muitos projetos de mudanças poderão ser elaborados e executá-los é algo que muito me estimula nesse momento. Acredito que estou mais aberta para a escuta do outro, o colega de trabalho, família ou paciente. Sinto que a empatia, que era algo que eu tinha muito forte em minhas relações logo no início de minha carreira, e que se encobriu à medida que o tempo vivido no trabalho em uma CTI se encarregou de abafa-la, pôde ser resgatada ao realizar esse estudo, emergindo novamente, agora de forma significativa e

amadurecida, dando-me subsídios para compreender os limites do outro e respeitar sua singularidade.

Diante do que emergiu dos depoimentos e das observações durante o acompanhamento das visitas, pude perceber que os profissionais da enfermagem, com exceção de algumas enfermeiras, têm pouco envolvimento com as famílias. Observei que, muitas vezes, ao serem questionados sobre o paciente, respondiam que logo a enfermeira viria falar com eles, continuando seus afazeres rotineiros. Do mesmo modo não dá para desconsiderar que as orientações das enfermeiras são predominantemente pontuais e padronizadas.

Assim, surgiu uma nova inquietação. Considerando as vivências das famílias como o outro lado da internação, falta compreender o lado da equipe: como esses profissionais vêm suas relações com as famílias? Essa nova inquietação sinaliza para outras possibilidades de estudo. Isto é condizente com o pensar fenomenológico- uma pesquisa que nunca se acaba. Ela sempre se abre a novas inquietações, novas interrogações. É um constante re-buscar. E esse é o verdadeiro sentido da investigação.

Assim, finalizar este trabalho é, na verdade, dispor-me a continuar um processo reflexivo que deverá envolver outras pessoas da instituição e prosseguir na investigação acerca da temática em questão.

8 Referências

ALBÍSTUR, M. C. de et al. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. **Rev. Med Uruguay**, v. 16, n. 3, p. 243-256, dec. 2000

AMATUZZI, M. M. Pesquisa do vivido. In:_____. **Por uma psicologia humana**. Campinas: Editora Alínea, 2001. cap. 4, p. 53-60

ARDUÍNO, A. M et al. Assistência psicossocial aos familiares de paciente da UTI. **An. Hosp. Sider. Nac.**, Volta redonda, v. 10, N. 2, P. 52-54, abr/jun. 1986.

AYRES, J. R. C. M. de. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev.2004.

AZOULAY, E et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 163, n. 1, p. 135-139, jan. 2001

BARBATO, M. G. et al. Problemas psicossocioespirituais dos coronariopatas internados em unidades coronarianas. **Rev Bras. Enf.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 7-16, jan/mar. 1982.

BASTOS, M. A. R. O saber e a tecnologia:mitos de um centro de treinamento intensivo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 131-136. mar/abr. 2002.

BICUDO, M. A. V; ESPOSITO, V. H. C. **A pesquisa qualitativa em educação**: um enfoque fenomenológico. Piracicaba: Unimep, 1994. 233p.

BIJTTEBIER, P et al. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. **West J Nurs Res** , 2000. Nov; 22 (7): 826-40.

BOEMER, M. R. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. **Rev Enf. USP**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 23-29, 1984

_____. **O fenômeno morte**: o pensar, o conviver e o educar. 1989. 111p. Tese (Livre docência)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1989.

_____. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v. 2, n.1, p. 83-94, jan. 1994.

BOEMER, M. R.; CORRÊA, A. K. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: BRANCO, R.F.G.R. **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 38, p. 263-269.

BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. In: CASSORLA, R.M.S. **Da morte**: estudos brasileiros. 2 ed. Campinas: Papirus, 1998

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria n° 432, 12 de agosto de 1998**. Lex: critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília, 08 de agosto de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. 8. Relatório Final. Brasília, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRONDI, M. L. **O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando**. 1997. 127p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, mai/ago. 2003

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 1984. **Anais...** Florianópolis, Ed., UFSC, 1984, p. 130-57.

CAPALBO, C. A fenomenologia e a experiência do outro. In: POKLADEK, D.D. **A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista:** uma abordagem fenomenológica. São Paulo: Editora Agir, 1987.

CASTRO, D. S. **Experiência de paciente internados em UTI:** análise fenomenológica. Ribeirão Preto, 1990. 137 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde:** produção científica na literatura brasileira de enfermagem. (no prelo -aguardando publicação).

CARGNIN, M. T.; COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. Família-enfermeira: uma relação necessária na UTI. In: COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em enfermagem:** pesquisas e reflexões. Santa Maria:-RS Centro Universitário Franciscano, 2001. p. 15-34

CHARTIER, L; COUTU, W. G. Families in ICU: their needs and anxiety level. **Critical Care Nurs**, v. 16, n. 3, p. 56-63, nov. 1993

CORETH, E. **Questões fundamentais da hermenêutica.** Trad. C.L. de Matos. São Paulo: EPU/EDUSP, 1973.

CORRÊA, A. K. **Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva.** Ribeirão Preto, 1995. 119p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Rev. Esc, Enf. USP**, v.32, n.4, p. 297-301, dez. 1998.

_____. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva:** em busca do sentido da existência humana. 2000. 212p. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____. **O modelo funcional na enfermagem./** Trabalho mimeografado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

CORRÊA, A. K; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva na perspectiva do enfermeiro. **Acta Scientiarum**. v 24, n. 3, p 811-818, 2002.

CRITELLI, D. M. Para recuperar a educação: uma aproximação à ontologia heideggeriana. In: HEIDEGGER, M **Todos nós ... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo, Moraes, 1981, p. 59-72

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/ Brasiliense, 1996.

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. 6. ed..São Paulo: Cortez

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** Trad. De Maria José J. G. de Almeida. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1973.

DAVIS, M. S. Perceived needs of families of long-term critical care patients: a brief report. **Intensive Care Nurs**, v. 5, n. 1, p. 11-18, mar. 1989.

DECLARATION of the Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Ethical Guidelines, May 8, 1991. **Intensive & Critical Care Digest**, v. 11, n. 3, p. 41, 1992.

DIAS et al. **Manual para atendimento dos pacientes de UTI**: pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/USP. 6° ed. São Paulo, 1998.

ECHER et al. Orientações de pacientes de um Centro de Tratamento Intensivo-relato de experiência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 4-7, abril. 1999.

ESPERIDIÃO, E. A relação do professor-aluno e a construção da relação com o paciente. In: BRANCO, R.F.G.R. **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, cap. 13.

FABRE et al. Humanização em UTI pediátrica a equipe e a família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v 21, n. 1, p. 34-37, jan/mar. 1992.

FERRAZ, C. A. **Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos de gestão.** 2002. 156P. Tese (Livre –Docência), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FORRESTER, D. A. et al. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 11, n. 5, p. 256-264, oct. 1995

GUIRARDELLO, E. B. de et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 33, n. 2, p. 123-129, jun. 1999.

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

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1993 2v.

HOLDEN, et al. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. **Journal of Critical Nursing**, 2002, 11: 140-148.

HOUAISS, A.; VILAS, M. S de. **Minidicionário Houaiss de língua portuguesa.** 2 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004. 976p.

HUDAK, C.; GALLO, M. Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro. In: _____. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 10, p. 99-109.

IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Rev Esc. Enferm USP**, v. 23, n. 1, p. 91-98, 1989.

KNOBEL, E; NOVAES, M. A. F. P., BORK, A. M. G. T. Humanização dos CTIs. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave.** 2 ed. Vol 2. São Paulo: Atheneu, 1999a, p. 1305-1313.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A. F. P.; KARAM, C. H. Humanização do CTI: uma questão de qualidade- experiência do CTI do Hospital Israelita Albert Einstein. **Âmbito Hospitalar**, n. 2, p. 19-27, 1999b.

KOIZUMI, M. S; KAMIYAMA, Y.; FREITAS, L. A. de. Percepção dos paciente de unidade de Terapia intensiva problemas sentidos e experiências em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 135-145, 1979.

LAPERTUA, V. Ser ou não ser: esta é a nossa questão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27. n. 2, p. 301-305, abr/jun. 2003

LEMOS, R. C. A; ROSSI, L. A . O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino- americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10. n. 3, p. 345-57, mai/jun. 2002.

LIMA, M.A. D. da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

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

LÓPEZ, M. Centro de tratamento intensivo. In: _____. **Manual de tratamento intensivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1973. cap. 1, p, 2-13.

MANUAL DO HUMANIZASUS. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://www.saúde.gov.br/humanizausus> >. Acesso em: 30 ago. 2004.

MARTINS, E. L.; ALVES, R. N. das; GODOY, S. A. F. de. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Rev Bras. Enf.**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 105-117, jan/mar. 1999.

MARTINS, J. BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1993 cap. 1, p. 10-91: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.

MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 49, n. 2, p. 267-280, abr/jun. 1996

MENDONÇA, D; WARREN, N. A. Perceived and unmet needs of critical care family members. **South Med J**, v. 86, n.4, p. 380-384, apr. 1993

MOLTER, R. N; CAPTAIN, A. N. C. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. **HEART & LUNG**, v. 8, n. 2, March/April, 1979.

OLIVEIRA, F. P. T. de; SANTOS, G. S. dos; SILVA, L. S. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. **Nursing**, v. 60, n. 6, p. 37-42, mai. 2003.

ORLANDO, J. M. C. **UTI**: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivista. São Paulo, Atheneu, 2001.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.5, n.2, p. 35-60, 1996.

POPIM, R. C. **O tratamento quimioterápico- o que é isto?- uma investigação fenomenológica**. 1994. 152p. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SAEKI, T. et al. O psicodrama pedagógico: estratégia para a humanização das relações de trabalho. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 89-91. jan/fev. 2002.

SANTOS, C. R. dos; TOLEDO, N. N; SILVA, S. C. da. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. **Nursing**, p. 26-29, out. 1999.

SANTOS, C. A. F. Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte. In: MARTINS, J.S de. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. p. 15-25.

SANTOS, L. C. G. dos. **Necessidades de familiares da pessoa internada em unidade de terapia intensiva**: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar. 1998. 116p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SCARELLI, E. M. **Orientação à família do paciente internado em UTI**. 1993. 96p. Dissertação (Mestrado)- Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. de O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.5. n3. p. 13-17. julho. 1997.

SOUSA, R. M. C. de. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. **Revista Paulista de Hospitais**, v 36, n°s 1/2/3, p. 24-29, mar. 1988.

SOUZA, L. N. A de.; PADILHA, M. I. C. S. de. A humanização na UTI- um caminho em construção. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 2, p. 324-335, mai/ago. 2000

TAKAHASHI, E. I. U. **Visitas de familiares a doentes enfartados**: análise de alguns parâmetros cardiovasculares. São Paulo, 1980 Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1980.

TESTA, M. Visão desde o leito do paciente. **Rev Saúde Mental Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 47-54, 1992.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil**: compreender e agir. Campinas, Editorial Psy, 1997.

WAITZKIN, H. Unidad de cuidado coronario: crecimiento y desarrollo de su tecnología. **Cuad. médico sociales**. v. 16, p. 31-41, abr. 1981.

WARREN, N. A. Perceived needs of the family members in the critical care waiting room. **Crit Care Nurs.** V. 16, n. 3, p. 56-63, nov. 1993.

ZENI, C. L.; GOMES, R.; CARVALHO, M. de A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 5, p. 293-298, 1997.

ZORZO, J. C. C. da. **O processo de morte e o morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem.** 2004. 126p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Apêndices

APÊNDICE A

COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

CEP 144/04
Ofício nº 031/04 BIOISCAL

Londrina, 12 de Agosto de 2004.

Ilmas. Sras.:
Fabiane Urizzi
Adriana Kátia Corrêa

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade Santa Casa de Londrina – BIOISCAL- de acordo com orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/MS, APROVA a realização do Projeto: **"VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA: O OUTRO LADO DA INTERNAÇÃO"**.

E informamos que deverá ser comunicado, por escrito, qualquer modificação que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, e que segundo esta resolução citada, no § 3º do art. IX, deve ser encaminhado a este Comitê, relatório final da pesquisa.

Desejamos sucesso e êxito na realização do mesmo que contribuirá no aprimoramento da assistência à saúde.

Atenciosamente,

Fr. Elvira Maria Perides Lomand
Coordenadora do BIOISCAL

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO

Esta pesquisa faz parte de uma Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental e tem como título **“A vivência de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação”**.

Eu, Fabiane Urizzi, enfermeira e aluna do Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo preciso de sua colaboração para a realização de minha pesquisa que tem como objetivo compreender o que significa para a família ter um membro internado no centro de terapia intensiva. Pretendo entrevistar 20 familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva. A entrevista será gravada e a fita destruída após conclusão desta pesquisa. Caso não concorde com esse recurso, utilizarei a anotação no decorrer da mesma.

Acredito que esta pesquisa servirá para proporcionar um cuidado mais humanizado para o paciente de CTI, pois serão ouvidas as opiniões das famílias desses pacientes, o que ajuda na satisfação das necessidades específicas das famílias deste setor. Também permitirá que os funcionários que ali atuam entendam melhor as mudanças que ocorrem na família frente à internação no CTI, permitindo mudanças na assistência ao paciente e à família.

Sendo assim, solicito o seu consentimento para incluí-lo em meu trabalho e asseguro manter sigilo, fazendo uso da sua participação para a avaliação científica e publicação deste trabalho, dentro dos princípios éticos que devem nortear a pesquisa e nossa profissão.

Gostaria também de esclarecer que a sua participação não implicará em remuneração financeira e, caso não deseje participar, tem a liberdade de fazê-lo, tanto no início como no decorrer do trabalho, sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

Em caso de dúvida pode esclarecer com a própria pesquisadora Fabiane Urizzi, sito à Rua Vergílio Jorge, 304 - Jd. San Remo, fone: 043-3327-0540 e 9998-7960.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Declaro que fui informado sobre a pesquisa e concordo participar.

Londrina, _____ de _____ de 2004

Nome: _____ Ass: _____

Nome da Pesquisadora: Fabiane Urizzi Ass: _____