



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Fabíola Soares da Silva

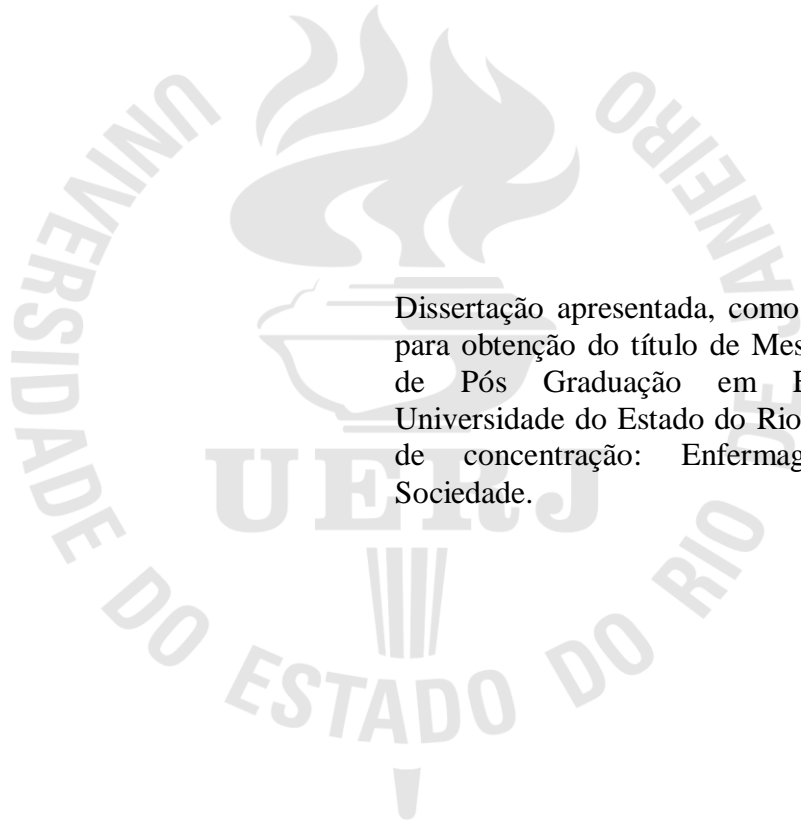
**Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em Unidade de
Terapia Intensiva: necessidades de acolhimento e informações sobre saúde**

Rio de Janeiro

2008

Fabíola Soares da Silva

**Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em Unidade de Terapia
Intensiva: necessidades de acolhimento e informações sobre saúde**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iraci dos Santos

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Fabíola Soares da.
Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva : necessidades de acolhimento e informações sobre saúde / Fabíola Soares da Silva. - 2008.
140 f.

Orientador: Iraci dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Equipe de enfermagem – Aspectos sociais. 2. Enfermagem familiar. 3. Enfermagem - Filosofia. 4. Assistência humanitária (Enfermagem). I. Santos, Iraci. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fabíola Soares da Silva

**Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em Unidade de Terapia
Intensiva: necessidades de acolhimento e informações sobre saúde**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 24 de março de 2009.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Iraci dos Santos (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Prof.^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Dedico mais esse objetivo alcançado à minha família, principalmente aos meus pais, meu querido irmão e ao meu sempre amado marido. Eles sempre serão meu chão, meu alicerce, minha vida. Tenho muito a lhes agradecer...

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha vida, pela oportunidade e força ao longo dessa caminhada.

Aos meus pais Ronaldo e Rosangela, e meu irmão Felipe, pelo amor, pelo carinho e por me ofertar várias possibilidades e apoio para seguir minha carreira, minha profissão.

Ao meu amado esposo Robson que acreditou em mim sempre, me apoiando e me amando incondicionalmente, estando ao meu lado em toda essa caminhada.

À minha Prof^a Orientadora Dr^a Iraci dos Santos pela paciência em todo esse percurso do mestrado, e por me passar seus ricos ensinamentos, me mostrando um mundo novo, orientando-me sempre.

Às enfermeiras que me acompanham e me ajudaram muito a conseguir esse êxito; tenho muita gratidão à elas, são elas: Silvânia, Veruska, Nívia, Grasiela, Daniele, Maristela.

A essas duas pessoas queridas em meu coração, pois sem elas não teria o incentivo de realizar o mestrado, são elas: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina de Sousa e meu amigo Ms. Ricardo J. O. Mouta.

À Coordenação do Mestrado, principalmente ao Rennan, Fabíola e Marcelo, muito obrigado por tudo.

RESUMO

SILVA, Fabíola Soares da. **Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva:** necessidades de acolhimento e informações sobre saúde. 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

O destaque em humanização nos setores fechados da instituição é a inclusão dos familiares de hospitalizados como clientes da equipe de saúde, por se observar que eles necessitam de cuidados, além de informações sobre o estado de saúde. Portanto, indaga-se: Quais são as necessidades de acolhimento e informação sobre saúde, pela equipe de enfermagem, apresentadas por familiares de clientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? Tem-se como objetivo analisar a dimensão imaginativa dos familiares de clientes de UTI, identificando suas necessidades de acolhimento e informações sobre saúde, visando contribuir para uma prática institucional de acolhimento e inclusão aos familiares de clientes hospitalizados. Utilizou-se o referencial teórico-metodológico da sociopoética, aplicando-se dinâmicas de sensibilidade, vivência dos lugares geomíticos, prática artística “Corte e Colagem” e aplicação de questionário. A pesquisa foi desenvolvida por um Grupo Pesquisador (GP) formado por familiares de clientes em UTI, no período de 2007 a 2008, em um hospital geral, particular, do Rio de Janeiro, interessado em implantar a política pública de humanização, nesse setor. Aplicou-se análise categorial aos dados produzidos, cujos resultados são descritos nos estudos sociopoéticos: *Transversal-Superando os anseios do viver com um familiar internado em UTI; Subindo Degraus no viver com um familiar internado em UTI e Caminhos da Sobrevivência de uma internação de um familiar em UTI; Surreal - Refletindo sobre o desconhecido, Fontes para superação de dificuldades e Novo Mundo: Necessário Afastamento do meu ente querido*. Da Corte e Colagem delimitaram-se as categorias: *Sentimentos negativos na internação de um familiar em UTI, Sentimentos positivos na internação de um familiar em UTI, Transcendendo a realidade da internação de um familiar em UTI e As necessidades dos familiares de clientes internado em UTI*. Resultados do questionário: *Reflexões quanto às normas institucionais, Sentimentos frente ao acolhimento e Sentimentos frente às informações sobre a saúde dos familiares internados na UTI*. Principais “confetos” (conceito+afeto) produzidos: “Sentir-se Inseguro e Tornar-se Seguro”, “Enfrentamento da Realidade” e o “Acolhimento propriamente dito”. Conclui-se, que através da dimensão imaginativa os familiares expressaram segurança, insegurança e esperança quanto à internação do cliente, tendo a necessidade de ser ouvido, acolhido e incluído nos cuidados institucionais de enfermagem, além de obterem informações sobre a saúde. Suas falas expressam que essas medidas definirão seus sentimentos, direcionando seus objetivos de aguardar a recuperação do seu familiar. Assim, necessitam de ajuda, apoio e acolhimento da equipe de saúde para que possam sobreviver, refletir e crescer superando esse processo. Na prática institucional vigente as informações prestadas não suprem suas necessidades, gerando aflição e angústia. Então, para uma prática de humanização, o GP sugere um acolhimento e informações em ambiente próprio, atenção individualizada à família, explicitação do processo de adoecimento e possibilidades de recuperação do cliente internado. Quanto ao acolhimento pela equipe de saúde, para o GP este é a base para um bom relacionamento, facilitando a troca de informações, criando relação de ajuda e confiança entre familiares e profissionais. Assim, com essa ajuda os familiares esperam ultrapassar suas expectativas com possibilidade de crescimento e superação nas habilidades e virtudes humanas.

Palavras-chave: Enfermagem. Família. Humanização da assistência.

ABSTRACT

The emphasis in humanization in the closed up sectors of the institution is the inclusion of the relatives of hospitalized patients as clients of the health team, because it was observed that they need cares, besides information on patients' condition. So, it is inquired: What are the necessities of welcome and information on health, for the nursing team, reported by clients' relatives in Intensive Care Unit (ICU)? The objective is to analyze the imaginative dimension of relatives of ICU clients, identifying your necessities of welcome and information on health, aiming to contribute with welcome institutional practices and inclusion of relatives of hospitalized patients. Referential theoretical-methodological of "sociopoética" was used, applying sensibility dynamics, experience in geomitics places, artistic practice "Cut and collage" and submission of questionnaire. The search was developed by Researcher Group (RG) formed by relatives of clients into ICU, in the period from 2007 to 2008, in private hospital, in Rio de Janeiro, interested in introduce public policy of humanization in that sector. It was applied categorical analyses in produced data, which results are described in "sociopoéticos" studies: Transverse – Surpassing anxious of living with patient hospitalized at ICU; Climbing Steps of living with patient hospitalized at ICU and Ways of survival from admission of a patient at UCI; Surrealism - Thinking about unknown, Sources to overcome difficulties and New World: Required Moving away from my loved one. From the Cut and Collage the following categories were delimited: Negatives feelings regarding family member's admission into ICU, Positive feelings regarding family member's admission into UTI, Transcending the reality regarding family member's admission into ICU and The necessities of relatives of hospitalized clients into UTI. Questionnaires results: Reflections about institutional rules, Feelings up against welcome and Feelings up against information about condition of patients admitted in ICU. Main "confetos" concepts affection produced: "To feel unsafe and to become safely "To face up to reality" and the "Welcome". It was concluded that through imaginative dimension, the relatives expressed safe, unsafe and hope in relation to patient admission, having the necessities of being heard, better welcome and included in nursing institutional care, besides getting information about patient's health. Your talks express that, these attitudes will be defined your feelings, to guide your objectives for awaiting patient's recover. So, they need help, support and welcome by health team to survive, to reflect and to grow overcoming this process. In actually institutional practice the information given does not complete their necessities, generating anxiety and anguish. Then, for a humanization practice, the RP suggests a better welcome and information in a good environment, individualized attention to the family, explanation about the process of illness and the patient recovered chances. Regarding to the welcome by health team, the RP believes that is the basis for a good relationship, helping in exchange of information, by creating relation of help and confidence among relatives and professionals. So, by this help, the relatives wait bypass their expectations with the possibility of growing and overcoming their abilities and human virtues.

Keywords: Nursing. Relatives. Humanization assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Diagrama dos níveis de atenção do PNH.....	32
Figura 2 –	Desenho do desenvolvimento do método sociopoético	67
Quadro 1 -	Distribuição dos temas individuais do GP segundo as categorias teóricas (Lugares geomíticos) e empíricas (falas do GP)	69
Quadro 2 -	Organização dos subtemas de acordo com os temas principais dos discursos do GP	70
Quadro 3 -	Estrutura da dimensão imaginativa do GP segundo as categorias teóricas e empíricas sobre o acolhimento de familiares e informações sobre saúde.....	72
Ilustração 1 –	Religiosidade e Confiança	86
Ilustração 2 –	Estratégias de guerra na fronteira vida/ morte	88
Ilustração 3 –	Esperança no caminho a seguir	90
Ilustração 4 –	Solidariedade humana	92
Ilustração 5 –	Relaxamento através do acolhimento	94
Ilustração 6 –	Religiosidade e Ciência	96
Ilustração 7 –	Apoio da equipe de saúde	98
Ilustração 8 –	Mãos acolhedoras	100
Ilustração 9 –	Aflição com a internação	102
Ilustração 10 –	Futuro pós - internação	104
Quadro 4 -	Apuração dos temas representativos da produção de dados do GP na técnica de Corte e Colagem.....	105
Tabela 1 -	Triangulação dos dados produzidos pelo GP nas técnicas Vivências de Lugares Geomíticos e Corte e Colagem.....	116

SUMÁRIO

	IMPLICAÇÕES ESTRUTURAIS-PROFISSIONAIS	13
1	RECORRÊNCIA TEMÁTICA	20
1.1	Família: cuidando e sendo cuidada	22
1.2	O Cuidado a Clientes debilitados e seus Familiares é uma necessidade.....	24
1.3	Humanização na Assistência de Enfermagem e no Centro de Terapia Intensiva	28
1.4	Acolhimento: uma política pública	35
1.5	Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem Intensivista.....	39
2	MARCO REFERENCIAL	44
3	CAMINHO METODOLÓGICO COM A SOCIOPOÉTICA	52
3.1	Princípios filosóficos da sociopoética aplicados nas fases do grupo pesquisador	53
3.1.1	<u>A formação de um Grupo Pesquisador</u>	54
3.1.2	<u>A valorização das culturas dominadas e de resistência e seus efeitos científicos e filosóficos (interculturalidade)</u>	57
3.1.3	<u>A importância do corpo como fonte de conhecimento</u>	58
3.1.4	<u>Importância da criatividade de tipo artística, no aprender, no conhecer e no pesquisar</u>	59
3.1.5	<u>A importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos do saber</u>	59
3.2	Propostas das técnicas a serem aplicadas	60
4	DADOS PRODUZIDOS PELO GP – PEGADAS DA CAMINHADA SOCIOPOÉTICA	68
4.1	Dados produzidos através da Vivência de Lugares Geomíticos.....	69

4.2	Estudos Sociopoéticos na Vivência de Lugares Geomíticos	73
4.2.1	<u>Novo Mundo: Necessário Afastamento do meu ente querido – Estudo Surreal</u>	74
4.2.2	<u>Refletindo sobre o desconhecido – Estudo Surreal</u>	75
4.2.3	<u>Fontes para Superação de dificuldades – Estudo Surreal</u>	78
4.2.4	<u>Superando os anseios do viver com um familiar internado em UTI – Estudo Transversal</u>	79
4.2.5	<u>Subindo Degraus no viver com familiar internado em UTI – Estudo Transversal</u>	81
4.2.6	<u>Caminhos da Sobrevivência da internação de uma internação de um familiar em UTI – Estudo Transversal</u>	83
4.3	Resultados da Produção de dados através da Técnica de Corte e Colagem	84
4.3.1	<u>Sentimentos negativos na internação de um familiar em UTI</u>	106
4.3.2	<u>Sentimentos positivos na internação de um familiar em UTI</u>	107
4.3.3	<u>Transcendendo a realidade da internação de um familiar em UTI</u>	108
4.3.4	<u>As Necessidades dos familiares de clientes internados em UTI</u>	110
4.4	Resultados obtidos com a aplicação do Questionário	111
4.4.1	<u>Reflexões quanto as normas institucionais</u>	112
4.4.2	<u>Sentimentos frente ao acolhimento</u>	113
4.4.3	<u>Sentimentos frente às informações sobre a saúde dos familiares internados na UTI</u>	114
4.5	Triangulação dos dados produzidos nas Oficinas Sociopoéticas	116
4.6	Principais confetos do GP na experimentação dos dados	117
5	FINAL DA CAMINHADA SOCIOPOÉTICA	120
	REFERÊNCIAS	124

APÊNDICE A – Formulário de “Vivências de Lugares Geomíticos”.....	133
APÊNDICE B – Questionário sobre o acolhimento e informações sobre saúde dos clientes internados em UTI	134
APÊNDICE C - Cronograma	137
APÊNDICE D - Solicitação para levantamento de dados	138
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	139
ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	140

IMPLICAÇÕES ESTRUTURAIS – PROFISSIONAIS

Durante a graduação realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/ UERJ), exatamente no período no qual fui apresentada à área de Enfermagem Intensivista, descobri o caminho que queria trilhar profissionalmente: dedicar assistência de enfermagem aos pacientes críticos na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Meu primeiro emprego, como enfermeira foi na UTI de uma instituição particular. Assim, busquei a especialização nessa área, sempre voltada para o cuidar de clientes, que no momento de internação nessa unidade se mostram indefesos, necessitando da atenção da equipe de saúde.

Durante as visitas, com duração de apenas uma hora, percebia que as pessoas ao visitarem seus entes queridos também precisavam de cuidados tanto quanto os clientes ali hospitalizados. Elas pareciam necessitar tanto de acolhimento quanto de informações sobre a saúde de seus familiares internados na UTI. O tema “Humanização em CTI” despertou-me, portanto, para a necessidade de me aprofundar na temática que proponho desenvolver nesta dissertação de mestrado – *Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: necessidades de acolhimento e informações sobre saúde*.

Meus estudos sobre o tema iniciaram a partir de um trabalho realizado com os familiares, o qual permitiu escrever um artigo de revisão de literatura durante a especialização em enfermagem intensivista e, também, na monografia da residência em enfermagem clínica e cirúrgica. O primeiro foi intitulado “O trabalho do enfermeiro frente à família de indivíduos hospitalizados em UTI” (SILVA; TEIXEIRA, 2004); o segundo, “A família e a equipe de enfermagem: desafios no Centro de Terapia Intensiva” (SILVA, 2005).

Após os resultados desses estudos, verifiquei que não somente os clientes internados necessitam tanto do nosso apoio profissional quanto nosso apoio e atenção as suas necessidades, mas os seus familiares também; e assim adequiei minha prática assistencial que era holística com o centro nos clientes colocando os familiares junto aos clientes nesse centro. A partir disso pude perceber que a minha assistência se tornou mais completa e realmente holística.

Desde as minhas implicações estruturais – profissionais surgiram os seguintes questionamentos: O que acontece com os familiares do cliente hospitalizado no CTI sob os cuidados da equipe de saúde? Quem cuida deles? Será que eles somente vêm, visitam seu ente

querido e vão embora, sem nenhuma intercorrência quanto ao impacto do que vêem e percebem no cotidiano do CTI? Ao refletir sobre esses questionamentos, inspirei-me a pesquisar sobre o assunto apresentado para implementar esta dissertação.

Amplitude do Problema

A humanização da assistência é uma Política Pública de Saúde – “Humaniza SUS” (BRASIL, 2001), se constituindo numa demanda atual e crescente no contexto brasileiro. Ela emerge em uma realidade na qual os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos que são vítimas, pois de acordo com Backes et al. (2005, p.228) “a área de saúde, no decorrer dos últimos anos, vem ilustrando uma profunda crise de humanismo em importantes dimensões da vida humana”.

Destaca-se que a sofisticada medicina, todavia, associada a uma profunda crise econômica, contribuiu para o agravamento da pobreza, o que acabou por instaurar, no campo da saúde, uma profunda crise de humanismo pela impossibilidade de acesso aos recursos disponíveis (BACKES et al., 2005). A tecnologia racionalizada e a normatização, segundo Camignotto (1972) foram medidas essenciais no processo, mas trouxeram consigo a desumanização.

Entende-se que a humanização do atendimento ao público está diretamente relacionada às condições de trabalho do profissional de saúde e ao seu adequado preparo para lidar com os seres humanos, além da aplicação do conhecimento teórico e desenvolvimento de aspectos técnicos. Assim, humanização no cuidar depende da qualidade do fator humano que, por sua vez, determinará o tipo de relacionamento que os profissionais estabelecem com os usuários dos serviços (HOGA, 2004).

Nos últimos anos, vários autores e pesquisadores em enfermagem vêm se preocupando com a humanização na área hospitalar. Um dos pontos destacado é a necessidade de inclusão da família no auxílio da recuperação do cliente, sem esquecer que ela também necessita de cuidados prestados pela enfermagem. E isso, com a experiência no cotidiano do trabalho, tem se verificado sua ocorrência, com maior ênfase, em setores fechados como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Pode-se dizer que a humanização deve ser resgatada, pois é direito do cliente como ser

humano ter sua dignidade mantida e respeitados suas necessidades, seus valores, seus princípios éticos e morais e suas crenças e a de seus familiares (LEITE; NUNES; BELTRAME, 2005).

Muitas pessoas pensam ser o CTI apenas um serviço com equipamento especial. Tal fato não corresponde à realidade. A equipe do setor precisa ter uma atitude particular, orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas e preocupada com os relacionamentos humanos, pois precisa oferecer aos clientes segurança e um efetivo apoio emocional.

A UTI caracteriza-se segundo Guirardello (1993) como um ambiente altamente agressivo e invasivo, em função da intensidade das situações ou da importância de eventos, tais como: o risco de morte, a necessidade de rotina dinâmica e acelerada da equipe de trabalho, a ausência de controle de iluminação natural e a presença de ruídos sonoros. E assim, concorda-se que esse é um dos setores mais críticos de um hospital, devido a sua função que é de prestar assistência a indivíduos que necessitam de um cuidado altamente complexo e controles estritos.

Gomes (1988) diz que o tratamento intensivo está baseado no conceito de que, embora haja muitas doenças, o mecanismo de morte está limitado a um número relativamente pequeno de fenômenos fisiológicos, passíveis de serem influenciados, e que na UTI o objetivo é manter e observar as funções básicas da vida. Isto acontece devido aos avanços científicos e tecnológicos apresentados nos últimos tempos que estão permitindo muitos benefícios para a área de saúde, contribuindo para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos. Embasando esta idéia:

No caso das UTIs, isso se torna cada vez mais freqüente por conta da implementação de condutas mais sofisticadas de reanimação de paradas cardiorespiratórias e utilização de instrumentos mais avançados de suporte de vida. Estes avanços científicos e tecnológicos foram alcançados, através da criação de aparelhos e instrumentos sofisticados e seguros, capazes de regular ou, até mesmo, prolongar a vida, adiando a hora da morte. (PAULETTI, 2006, p.12)

O ambiente de uma UTI, sua atmosfera, é criado mediante a concentração de clientes graves sujeitos a mudanças bruscas em relação ao seu estado geral, gerando uma expectativa de situações de emergências, ficando assim o estado emocional de todos ali presentes comprometido e o estresse sempre presente, tanto para a equipe de profissionais de saúde quanto para o cliente e seus familiares; para tentar amenizar esse estado há várias tentativas de adaptação por parte do cliente tais como: afastamento, no qual se foge da situação; oposição, na qual as defesas do organismo tentam destruir o fator estresse; e adaptação, na qual se busca estabelecer uma resposta compatível ao estresse e ainda preservar um estado de equilíbrio (HUDAK; GALLO, 1997, p.5)

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e a assistência de enfermagem nesse local são serviços especializados, que nasceram da necessidade de melhor atender o cliente acometido por doenças com salvabilidade bem definida, com potencial risco de morte. Neste sentido, ao longo de anos, desenvolveu-se alta tecnologia visando fornecer suporte a vida e monitorização de sinais biológicos. Ultimamente, vem se aprimorando também o aspecto humanitário da medicina que é praticada dentro dos CTI's, fornecendo apoio ao cliente como um todo e também a seus familiares.

Cada vez mais os hospitais buscam novos recursos na tentativa de satisfazer as necessidades do cliente e as de sua família (cada vez mais frágil). Existe a necessidade de a equipe de enfermagem fortalecer as relações com os clientes e suas famílias com sentimentos, valores, crença e limitações, para compreender suas ações em relação às pessoas que estão sob seu cuidado, não só do cliente, mas de seus acompanhantes, que também requerem atenção e cuidado. E é o enfermeiro o responsável por suprir todas essas necessidades de sua equipe e as da família (LEITE; NUNES; BELTRAME, 2005).

A ansiedade já é esperada como reação da família, uma vez que a internação nesta unidade é sempre associada à condição de risco de morte, pois além da situação crítica do cliente, o próprio ambiente físico da UTI impõe estresse ao familiar. Há concordância da maioria dos enfermeiros que a hospitalização, freqüentemente desencadeia uma crise para o indivíduo e sua família (TAKAHASI, 1999). Toda esta atenção deve-se ao fato de que a internação de um ente querido para Hudak e Gallo (1997), representa uma crise na família, pois sua rotina é em grande parte alterada, a vivência torna-se estressante e a falta de adaptação desta família à situação acaba aumentando a crise.

Por isso, deve-se ter bem clara a urgência emocional da família que sofre uma crise biológica, ou seja, aquela ligada à própria patologia do cliente, e uma crise emocional, ou seja, a repercussão negativa da situação estressante e assustadora na rotina familiar.

O impacto da doença grave sobre o sistema familiar vem sendo analisado desde a década de 60 por vários autores que destacam a influência da família sobre o cliente, tanto na recuperação imediata quanto em longo prazo. Mas ela não pode ser vista como um auxílio ao nosso trabalho, e sim como indivíduos a serem cuidados também pela enfermagem.

Segundo Nascimento (2004) a internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do sujeito, incluindo suas relações e seus papéis. A sua identidade fica fortemente afetada.

Devido ao grau de gravidade de seu estado, geralmente não é considerado como sujeito capaz de escolher, decidir, opinar, dividir, com direito à expressão e à informação. Muito pouco ou nunca exerce sua autonomia, nem mesmo em relação às atitudes próprias de cada um, como higiene pessoal, alimentação, eliminações, entre outras. Trata-se de uma submissão total ou quase total àqueles que dele cuidam.

Assim, embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferentes, elas estão interligadas. A situação de saúde/ doença de um dos membros afeta a saúde da família. Em seu estudo, Elsen (1984) enfatiza quanto uma hospitalização ou uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar, pois os papéis precisam ser redimensionados e o estresse controlado, podendo causar, até mesmo, uma situação de crise na unidade familiar porque o medo da morte está constantemente presente.

A importância de inserir a família como objeto de trabalho da enfermagem deve-se ao fato de que esta serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se inclui os cuidados com a saúde (DELANEY, 1986).

Já Elsen; Patrício (1986), por sua vez, consideram que a família é o agente propulsor de sua própria saúde, visto que a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades de saúde. Considera-se, desse modo que para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo indivíduo adoecido, também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais.

Ante essa perspectiva, a família tornou-se objeto de investigação e, ao mesmo tempo, passou a ser delineada como objeto de trabalho; portanto, objeto da assistência de enfermagem. Passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence, pois vários estudos têm demonstrado que a família pode ser entendida tanto como fonte de saúde como de doença para seus membros (ELSEN, 1999).

Desse modo, verifica-se que, além de a família ser agente do cuidado de seus membros, também deve ser considerada como população alvo de cuidado dos profissionais da enfermagem

e assim sendo, como uma das suas preocupações no cotidiano de trabalho, já que o cuidar é a própria essência e razão das atividades da enfermagem.

Relevância do Estudo

Vê-se, portanto, que sendo a família uma base importante e segura para o ser humano, temos que cuidar dela, principalmente, de suas necessidades nesse momento difícil que é a internação de um ente querido em uma UTI (ELSEN, 2002; ANGELO, 1999; LEITE et al., 2005).

O acolhimento e as informações prestadas sobre a saúde de um familiar internado é um tema relevante a ser estudado conforme alertam Silva; Santos (2007) que através de uma revisão sistemática por um rastreamento em bases eletrônicas, apontam que a necessidade mais estudada pelos autores das publicações selecionadas é a humanização do ambiente e da assistência, colocando a família como objeto de cuidado da enfermagem, seguida das necessidades de orientação sobre rotinas da UTI.

Na caracterização da amostra do estudo citado evidenciaram-se poucos trabalhos sobre necessidades dos familiares. Assim, também considerando as necessidades encontradas nos artigos analisados observou-se, que os clientes se ressentem da falta de acolhimento e informações sobre saúde, conforme já foi apontado por e Schittini (1995) e Torrents et al (2003).

Sobreleva-se que a abordagem, o acolhimento é a primeira impressão que os familiares de clientes internados em UTI têm a respeito de um setor, um local. Eles anseiam por alguma informação sobre a saúde de seu familiar internado (LOURENÇO, 2004; GOTARDO, G.I.B.; GOTARDO, C.A., 2005). Segundo Santos et al. (1999) destacam uma preocupação muito grande por parte dos profissionais de saúde sobre a questão da humanização em Unidade de Terapia Intensiva. Desse modo os enfermeiros devem reconhecer a importância da família para o cliente e as necessidades humanas dos familiares que os visitam.

A ênfase crescente na família tem resultado na modificação da maneira como ela é percebida no contexto da saúde, pois está ultrapassando, sobretudo as definições utilitárias que se atribuía à família, quando era vista exclusivamente como um bem para o cliente, e sua presença

era considerada e, às vezes, tolerada, em especial nos ambientes de assistência à saúde, levando-se em conta seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente (ANGELO, 1999).

A partir das inquietações enunciadas nesta dissertação, delimitam-se o problema de pesquisa: *Qual é a dimensão imaginativa sobre acolhimento e informações sobre saúde dos clientes internados em unidade de terapia intensiva, pela equipe de enfermagem, apresentada por seus familiares?*

Para responder aos problemas, foram formulados os seguintes objetivos:

Geral:

- Contribuir para a implementação de uma prática institucional de acolhimento aos familiares de clientes internados em UTI, considerando o cumprimento da Política Pública de Humanização em Saúde.

Específicos:

- Analisar a dimensão imaginativa dos familiares de clientes hospitalizados em UTI quanto às suas necessidades de acolhimento e informação sobre saúde desses clientes.
- Identificar as necessidades de acolhimento e informações sobre saúde apresentadas por familiares de clientes em UTI visando propor a inclusão desta clientela nas ações de cuidar da equipe de enfermagem.

1 RECORRÊNCIA TEMÁTICA

De acordo com Foucault:

O lugar verdadeiro da pessoa que adquiriu alguma doença é o ambiente familiar, pois o lugar natural da doença é o lugar natural da vida - a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunhas do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixa o próprio mal se desdobrar em sua verdade. (FOUCAULT, 1994, p.17)

De acordo com Foucault (1994, p.17) o hospital hoje em dia é considerado pelos doentes como o “templo da morte”, devido à prática hospitalar aplicada a assistência, as desagradáveis impressões que têm por causa do afastamento de sua família imposto pela instituição. Esta solidão perturba as sadias reações do organismo, o curso natural da doença.

Desde os tempos primórdios, a enfermidade era vista com resignação e seu alívio só poderia ser encontrado em templos, onde os religiosos se dedicavam aos moribundos que, na maioria das vezes, eram deixados à própria sorte. (CAMIGNOTTO, 1972; COLLIÉRE, 1999). No decorrer dos séculos, foram criados os hospitais, que eram vistos como abrigos exclusivos para indigentes, onde a arte de cuidar era praticada sem muitas técnicas e exigências e qualquer pessoa poderia executá-la. Entretanto, deve-se ressaltar que a finalidade da prática dos cuidados é permitir à vida continuar e reproduzir-se.

As fundações hospitalares no século XVIII tinham como objetivo principal servir o público e aliviar o Estado prestando uma assistência generalizada. De acordo com Foucault (1994, p.19) “o paciente quando colocado em um hospital torna-se uma dupla carga para a sociedade: a assistência de que se beneficia só a ele diz respeito, enquanto sua família, deixada ao abandono, se encontra, por sua vez exposta à miséria e à doença”. A medicina da percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados a domicílio só pode encontrar apoio em uma estrutura, coletivamente controlada e que recobre a totalidade do espaço social (FOUCAULT, 1994, p.21).

No século XX devido à ampliação dos conhecimentos multidisciplinares, os hospitais foram abertos para uma larga parcela da sociedade, tendo uma melhora significativa nos níveis de atendimento prestados aos enfermos. O Comitê de Medicina da Assembléia Nacional aderiu, ao mesmo tempo, às idéias dos economistas e dos médicos que julgam que o único lugar possível de reparação da doença é o meio natural da vida social: a família (FOUCAULT, 1994).

O cuidado, até então, consistia basicamente na realização de procedimentos simples e intuitivos, caracterizando-se pelo cuidado do doente com ternura, carinho, mais do que pela ciência. Com o surgimento de novas e cada vez mais avançada tecnologia, Backes et al (2005) afirma que apareceram, igualmente, hospitais cada vez mais sofisticados e complexos, o cuidado passou assumir características cada vez mais especializadas, e as relações profissionais tornaram-se cada vez mais competitivas, frias e desintegradas.

A internação é concretamente traçada pelas lógicas da instituição, dos profissionais médicos e do saber construído sobre o sujeito. O cuidado de enfermagem é expresso em exercícios de poder, rituais, dispositivos, simbolizações e jogos de interesses que circulam, tramam e são sustentados no hospital, é rotinizado e baseado no modelo biomédico (FOUCAULT, 1994).

A hospitalização é uma fase do processo em que a família passa a enfrentar a realidade movida pela crença de que o familiar irá melhorar, mesmo que informada pelo médico sobre o tipo de tratamento e sobre as mínimas condições de recuperação.

Atualmente, a enfermagem busca uma assistência holística ao cliente, família e comunidade. Entretanto, observa-se que na prática se tem dado pouca atenção às necessidades psicossociais, principalmente no que diz respeito à família, que também adocece e fica tensa quando um dos seus membros adocece.

A prática hospitalar mata as qualidades da observação e sufoca os talentos do observador pelo número de coisas a observar. A percepção médica não deve se dirigir nem às séries, nem aos grupos; deve estruturar-se como um olhar através de uma “lupa” que, aplicada às diversas partes de um objeto, permite ainda notar outras partes que sem ela não se distinguiria (FOUCAULT, 1994).

1.1 Família: Cuidando e sendo cuidada

Para dar base a essa dissertação que estuda as necessidades das famílias de clientes internados em UTI, iniciaremos com alguns conceitos sobre família de várias áreas de estudo. Família é um sistema social que ocupa lugar intermediário entre o indivíduo e a sociedade da qual ele faz parte, onde são intitulados “membros” que possuem por adoção as “relações reconhecidas”, as quais podem substituir as relações de parentesco. A situação ideal para membros de uma família é que estejam ligados tanto por laços afetivos quanto de interesse comum, é claro, mediante cada cultura (LINTON, 1965).

E Burroughs (1995) diz que as características das famílias da nossa experiência pessoal, geralmente não coincidem com as de outras famílias.

De acordo com Weirich e Tavares (2004) tanto o conceito quanto a composição familiar é um assunto que demanda discussão para se chegar à definição mais próxima do correto, sendo que o que vemos são definições repletas de particularidades citadas por seus autores.

Mas o conceito de Winnicott apud Cavour (1995) é o que melhor se adequa ao estudo em questão, pois afirma que família é um sistema em movimento, no qual seus membros são influenciados uns pelos outros, e que a maturidade sinônimo de saúde, a vida social é em muitos aspectos uma extensão das funções da família.

Segundo Elsen (1994) no momento da escolha do conceito de família a situação que a mesma está vivenciando deve ser considerada, pois atender à família em crise, ou luto, ou no recebimento de um filho, requer o domínio do conhecimento sobre cada uma dessas questões e a adequação do conceito selecionado à situação vivenciada naquele momento.

A família pode ser visualizada por vários enfoques de acordo com o teórico que a estuda. Há a visão o enfoque estruturalista e dinâmico de Pratt (1976), o enfoque funcionalista de Friedman (1986), as teorias de enfermagem de Clements e Roberts (1983), o constructo do fenômeno família de Whall e Fawcett (1991) e o enfoque social e interacionista de Nye (1973).

Antigamente a família era conhecida como nuclear, pois formada pelos pais (homem e mulher) e filhos que residiam no mesmo espaço físico, segundo Patrício (1994). Mas atualmente, conforme Edquén (1999), se estruturando de acordo com as formações sociais e culturais, porque além da família tradicional nuclear, também existe a família estendida tradicional constituída por uma família nuclear que deu origem à outra ou outras famílias nucleares, constituída por pessoas

de várias gerações, morando ou não perto uma das outras. Baseado nesses aspectos Patrício define família como:

[...] um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, centro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo o processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturado na cultura da família, na classe social a qual pertence, em outras influências e determinações do “ambiente” em que vivem, incluindo os valores e normas de outras culturas. Durante seu processo de viver, a dinâmica familiar apresenta mudanças representadas por aquelas esperadas no decorrer do desenvolvimento, e pelas mudanças situacionais ou acidentais, originadas no ambiente familiar e externo. (PATRÍCIO, 1994, p.97)

Segundo Szymanski (s/a) cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando uma “cultura” familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para se comunicar e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos. Além disso, há o emocionar pessoal e o universo pessoal de significados. Tais significados, no cotidiano, não são expressos. O que se tem são ações que são interpretadas num contexto de emoções entrelaçadas com o crivo dos códigos pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções e interpretações geram ações que vão formando um enredo cuja trama compõe o universo do mundo familiar.

De acordo com a autora citada as famílias diferem quanto a sua estrutura, história, modos de comunicação e expressão de emoções. Procuram-se os elementos comuns presentes em todas as famílias. E em relação de cuidado pode significar um compromisso em que todos estão envolvidos e com a possibilidade de mudança de protagonista na estrutura de família, cessa a especialização de funções.

O mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo; e isto não podemos desconsiderar ao falarmos de cuidar de cada membro da família.

A ênfase crescente na família tem mudado como ela é vista no contexto de saúde, pois neste momento ela está sendo percebida como uma unidade de cuidado, fazendo-se necessário o enfermeiro conhecer seu funcionamento, os fatores que as influenciam.

1.2 O Cuidado a Clientes debilitados e seus Familiares é uma necessidade

Uma pesquisa realizada na Universidade de São Paulo (USP), citada por Lacerda (2004) concluiu que, seja qual for o comprometimento físico, o maior problema enfrentado pelos clientes internados em UTI é a separação da família. Enquanto no estudo realizado por Lemos (2002) uma das principais causas de ansiedade para o cliente e para sua família é o isolamento social. As ações que colaboram para que esse quadro possa ser minimizado, durante a internação nesse setor, são: a proximidade e o envolvimento dos membros da família, o estabelecimento de vínculo e a orientação por parte da equipe de enfermagem, e, ainda, a permissão para que o cliente participe e opine sobre o tratamento.

A família tem ansiedade quase sempre presente devido à gravidade do estado e o risco que representa um cliente de CTI, e que uma forma de amenizá-la é permitir sua presença junto ao cliente, prestando-lhe algum cuidado, ou simplesmente permanecendo junto. Assim mesmo com o avanço técnico-científico e do domínio dos recursos tecnológicos Avelino (1999) diz que a equipe de saúde carece muitas vezes de visão integral do cliente, bem como da família, para conferir maior abrangência à assistência prestada.

Uma das condições predisponente citada pelo autor é a necessidade de o profissional de enfermagem se sensibilizar com a situação e estar disposto a ter uma visão generalista para acolher o acompanhante do cliente internado. Oliveira (2004) diz que os enfermeiros devem desconhecer a importância da família para o paciente e as necessidades dos familiares. Essa citação do autor foi concretizada através de um estudo que demonstrou a existência de limitações da visão do enfermeiro sobre a permanência do familiar no UTI, com o objetivo de ajudar na recuperação do cliente. Os familiares referem somente levar materiais pessoais aos entes queridos internados neste setor como a única ação que influencia na saúde e bem-estar do mesmo; e às vezes tem os familiares dos clientes como inimigos e que eles só iriam atrapalhar nos cuidados de enfermagem. Constatou-se que através do despreparo mencionado e a pouca interação entre os familiares e a equipe, impossibilita a criação de um vínculo com a equipe e uma possível ação, durante os cuidados, que influencie, que ajude na recuperação do cliente (SILVA, 2005). Elsen (1994, p.20) relata sobre a relação entre as famílias, suas necessidades e a enfermagem:

A família volta-se inteiramente para atender às necessidades individuais de seus membros e para se solidificar como grupo. Ao mesmo tempo, a família sente necessidade de estabelecer relações sociais com as demais pessoas e instituições na comunidade. A família, como cliente, detém certa característica que para enfermagem ainda se configura como desafio. Ela tem o poder de decidir sobre suas ações, fixa os limites para a atuação profissional e, quando em seu próprio território, o domicílio, chega a inspirar temor na enfermagem, que se sente despreparado, muitas vezes, para “negociar” com a mesma.

Trabalhar com família e com a saúde dela não é fácil, pois a equipe de enfermagem tem de realizar uma análise do contexto sócio-econômico e cultural no qual o grupo familiar está inserido, conhecendo sua realidade, permitindo que esse conhecimento se una à prática, com o objetivo de superar os limites e ter possibilidades de concretizar as propostas de atendimento a ele.

Weirich e Tavares (2004, p.177) citam também que devemos, ao sistematizar o cuidado às famílias, avaliá-las em relação a sua estrutura multidimensional, subdivida nas seguintes categorias:

1) estrutural: onde se deve saber quem faz parte da família, como se dá o relacionamento entre seus membros, quem se relaciona melhor com quem e como é o relacionamento da família com o meio; 2) desenvolvimento: relativo ao processo de mudança estrutural e transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo familiar, com as mudanças na constituição familiar durante os anos que se passam sobre aquelas que têm ou não filhos, que adotam, que morrem, que casam, divorciam e etc; e propor ou descartar estratégias para a superação dos problemas a partir destas experiências; 3) funcional: que indica o modo de como os indivíduos geralmente se comportam em relação ao outro.

De acordo com Camelo, Angerani, Silva e Mishima (2000) a equipe de saúde não deve está somente focalizada nas suas atividades e procedimentos técnicos, mas sim envolver-se com o usuário e ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam de sua ajuda, entendendo o relacionamento humano como essencial para melhorar a assistência. O contato com a equipe de forma clara, com informações acessíveis e ponderadas, diminui muita a angústia que os familiares têm quando um deles está internado, pois a internação modifica as atividades do cotidiano, afeta a dinâmica da rotina da família, devido ao fato desta estar envolvida em uma situação de sofrimento e incerteza ao contrário da rotineira vida familiar.

O estado emocional da família é fortemente alterado, já que o medo da morte está constantemente presente. A família faz parte da vida íntima e diária do paciente, (...) quando ele é internado na UTI toda sua homeostase social é alterada. Considera-se como familiares todas as pessoas significativas na rotina diária do paciente, e não só os familiares de parentesco próximo (HUDAK ; GALLO, 1997).

A família, extensão do cliente, com quem ele contava nos vários momentos de sua vida, é afastada do seu convívio, por imposição de rotinas do serviço, geralmente rígidas. Quando um membro da família necessita internação numa UTI, parece ser um dos acontecimentos mais difíceis e significativos na dinâmica familiar. Para Nascimento (2004) essa situação se torna ainda mais difícil quando o familiar depara com um serviço em que as rotinas de visita são impostas, com horários rígidos, tempo de visita muito curto e número restritos de visitantes por clientes. De acordo com Silva (2005), as informações sobre os pacientes são dadas somente pelos médicos, e os enfermeiros e a equipe de enfermagem não podem falar sobre o assunto com os familiares.

Em alguns hospitais, como foi evidenciado no estudo citado, há uma pessoa responsável para chamar o familiar através da listagem com os nomes das pessoas internadas, recebê-lo e pedir que o mesmo lave as mãos antes de entrar no CTI. Nesta hora a unidade parece que fica vazia, pois no horário da visita os funcionários aproveitam para tomar café, a enfermeira para fazer a evolução de enfermagem e os médicos para estudar ou descansar no quarto de plantão médico. Assim agindo, os membros da equipe de saúde mostram-se indiferentes aos sentimentos e às necessidades dos familiares.

É preciso “quebrar” o rótulo de que, no hospital, somente os profissionais da saúde devem cuidar do cliente, pois o familiar pode auxiliar no cuidado hospitalar, o que não significa realizar cuidados específicos, mas solicitar, observar e acompanhar a execução desses cuidados, visando o aprendizado e ao bem-estar do seu ente querido.

A família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, promovendo conforto para que o cliente possa restaurar sua confiança e, assim, investir na sua recuperação. O que também possibilitaria a interação com a equipe de enfermagem e multidisciplinar a fim de possibilitar o cuidar tanto do cliente como de sua família (NEMAN, 2003).

Além de dar apoio ao cliente, a família pode oferecer as informações necessárias para um melhor cuidado, pois decodifica os seus gostos, manias e expressões. Dados que podem ser essenciais aos cuidados de enfermagem. Outros autores acreditam na importância da presença do familiar ao lado do enfermo e afirmam que as evidências teóricas, práticas e investigacional do significado que a família dá para o bem estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como integrante da prática de enfermagem (INABA et al., 2005). A autora observou que os profissionais de saúde

não assumem o cuidar das famílias e serem responsáveis por elas, lembrando que as famílias também correm o risco de doenças físicas, além da insegurança e irritabilidade, que comprometem a sua capacidade de decisão e de auxílio ao seu ente querido.

Como foi referido, a família como parte do cuidado de enfermagem é algo inquestionável, pois vivendo momentos difíceis que demandam dela ações, sentimentos e pensamentos, às vezes, heróicos, porque ultrapassam em muito suas possibilidades conhecidas e necessitam de um enfermeiro capaz, que lhes ajude a olhar esses momentos como possibilidades de crescer e de superar-se naquelas habilidades e virtudes humanas que lhes faltam. Para a equipe de enfermagem assistir a família precisa conhecer como ela cuida da pessoa, identificar suas dificuldades e suas forças e desenvolver e utilizar uma metodologia de trabalho específica. Neste caso, a assistência possui características próprias, pois ao cuidar da família o enfermeiro precisa estar atento ao universo das relações familiares e à interação global da família (ELSEN, 1999).

É difícil em algumas vezes ser compreendido por muitos dos que convivem conosco no cotidiano profissional, o humanismo presente em nossos atos com as famílias, mas uma silenciosa revolução está ocorrendo no cenário da enfermagem, influenciada por iniciativas solitárias, a princípio, como cuidar da família de um indivíduo hospitalizado, tendo como uma de suas metas promover um funcionamento pleno da família (ANGELO, 1999).

Considerando a descrição do referencial selecionado, para esta pesquisa, sobre família de indivíduos hospitalizados em UTI, tanto pelo âmbito da influência na recuperação do cliente quanto pelo âmbito de ser um núcleo que precisa de cuidado, observa-se que muitas vezes as necessidades dos familiares são desconhecidas do enfermeiro.

Segundo Wright e Leahey (2002), há que se considerar a família como um sistema. Assim, podemos vê-la como uma unidade com o foco na interação entre seus membros a fim de não assisti-los individualmente.

A equipe de enfermagem tem o cuidado da família como desafio, como uma dificuldade, por ter dúvidas sobre se o cuidado grupal é o mesmo do cuidar da família ou, se estiver atendendo alguns membros estão vendo a família como unidade de cuidado. Outra dúvida está relacionada às técnicas utilizadas, se as individuais atendem a família como um todo; e ainda se a saúde de seus membros é diferente da saúde da família. (ELSEN, 1994, p.65).

Guirardello (2004) caracteriza as necessidades das famílias por situações ou eventos de caráter físico e emocional, que podem ser vivenciadas por familiares de pessoas com doença

grave e inesperada, internados em UTI. No seu estudo realizado há uma proposta de identificação das necessidades dos familiares de clientes internados na UTI, que resultou na agregação de 45 necessidades dos familiares de indivíduos hospitalizados em UTI, denominada *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI). Outros estudos utilizaram o CCFNI na íntegra ou parcialmente. No Brasil, o CCFNI foi adaptado e validado por Castro (1999) para a cultura brasileira, tendo como resultado a união de 43 necessidades, denominado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados em Terapia Intensiva (INEFTI).

A enfermagem ainda não incorporou o cuidado da família como objeto de sua prática profissional. Segundo Edquén (1999, p.18), para haver essa incorporação será preciso “identificar e aprofundar o estudo do cuidar/cuidado familiar, levando em conta o tipo, estágio de desenvolvimento, contexto sociocultural, entre outros fatores que envolvem as famílias”.

Ao cuidarmos da família não podemos esquecer que a mesma tem seus saberes para a prática do cuidado. Quando a temos como unidade de cuidado podemos ter novas possibilidades de práticas e pesquisas sobre enfermagem à família, sempre considerando seu contexto histórico social (ALTHOFF; ELSEN; LAURINHO, 1998). Faz-se necessário que o enfermeiro conheça seu funcionamento, os fatores que influenciam as suas experiências na saúde e na doença, enfim como diz em Ângelo e Bousso (2001) a família deve ser entendida como um núcleo, uma unidade de cuidado em uma perspectiva no processo de trabalho.

Elsen (1994, p.50) diz que “família não é um recipiente passivo do cuidado profissional, mas sim um agente, sujeito do seu próprio processo de viver”.

1.3 Humanização na Assistência de Enfermagem e no Centro de Terapia Intensiva

Os hospitais são vistos em geral, pelos usuários, como um local de doença e não como uma entidade que deseja restabelecer a saúde e prevenir a doença. O rápido avanço tecnológico da medicina no dias de hoje proporciona nos grandes hospitais, um atendimento clínico de alta complexidade e com excelentes resultados na parte física dos processos de adoecimento.

Ao mesmo tempo, aparentemente de forma inversamente proporcional, o atendimento profissional vem se tornando extremamente impessoal. E a humanização, que deveria nos ser

inerente por sermos humanos acaba sendo esquecida. Diante disto, o questionamento é se a criação de uma política de humanização em instância federal vai nos revestir de mais humanidade, ou apenas vai nos lembrar que, a partir dela nossa responsabilidade é reforçar o respeito à dignidade e cidadania dos clientes dos quais cuidamos?

Mesmo assim, entra em foco um outro questionamento: como cuidar humanamente de outras pessoas, se muitas vezes, somos descuidados conosco? Como humanizar o cuidar do outro quando até nos falta na instituição hospitalar os recursos indispensáveis de ordem ambiental, material e pessoal?

O termo “terapia intensiva” já provoca, por si só, certa sobrecarga emocional, pois se associa a ele uma piora nas condições gerais do cliente; o confinamento a que ele se vê submetido, à distância de casa, a ausência de familiares são causas de ansiedade e preocupação.

O desconhecimento do ambiente, a presença de pessoas estranhas, o equipamento complexo que o cerca causam-lhe grande desconforto. Outro fator de agressão é a conversa ao seu redor, o uso de linguagem desconhecida, a presença de outros em estado grave, os ruídos contínuos e monótonos dos respiradores artificiais e dos monitores cardíacos, entre outros sons não identificados pelo cliente (GOMES, 1998, p.40).

Com o passar dos anos e através das políticas públicas de saúde houve a necessidade de promover um ambiente que lhe proporcionasse melhores condições de bem-estar, respeitando sua integridade física, mental e ainda favorecendo aos familiares a proximidade com o cliente por intermédio de uma planta física adequada. A família próxima é de grande valia para a equipe e o paciente, pois auxilia no planejamento da assistência a ser prestada, pelas informações oferecidas.

Por isso cada vez mais os enfermeiros nas unidades de terapia intensiva, tanto nas pediátricas como nas de adulto, têm tido a preocupação quanto à prática da humanização. Mas será que é somente isso que a equipe de enfermagem pode esperar e retribuir para a família de um indivíduo hospitalizado?

De fato, a humanização é ponto de pauta dos últimos encontros nacionais e internacionais da área de saúde. Flexibilização de horário de visitas, alterações arquitetônicas, treinamento de profissionais. A tendência é abrir espaços para a participação dos familiares no tratamento de seus entes queridos. Gomes (1998, p.14) afirma que “estão criando ambientes tais na UTI, nos quais um familiar íntimo do cliente tenha condições de permanecer mais tempo com ele, até

mesmo participando dos cuidados que lhe sejam dispensados”. Têm se verificados aspectos positivos na evolução clínica das pessoas quando a família está presente, desde que devidamente orientada sobre o funcionamento da unidade e sobre seu comportamento junto ao adoecido gravemente.

Neste sentido, dentro do aspecto multidisciplinar das UTI's, há necessidade de psicólogos para fazer o acompanhamento do hospitalizado e seu relacionamento com a família e profissionais envolvidos no seu tratamento. Tal ainda não acontece nos UTI's de um modo geral (BARRETTO, 2004).

Falar de humanização não é só ver pela ótica do cuidado, da assistência ao cliente e sua família, mas também engloba rever o clima organizacional, ou seja, mais do que o estímulo à alta tecnologia e às belíssimas estruturas, é necessário respeitar, estimular e valorizar o ser humano – trabalhador - que atende o cliente. O modo de ser, pensar e agir dos profissionais se traduz no clima organizacional que é a percepção crítica de cada indivíduo. O clima saudável constitui-se em um elemento imprescindível para o resgate da humanização institucional.

O atendimento humanizado à pessoa caminha de mãos dadas com o atendimento humanizado ao profissional de saúde. Por isso, é premente estimular um ambiente de cuidado humano que envolva a direção, equipes de trabalhadores, clientes, familiares, ou seja, um ambiente onde todos cuidam e são cuidados (BACKES ET AL., 2005).

A humanização, então, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal alvo de trabalho - o ser fragilizado. Requer uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

O respaldo da humanização encontra-se no artigo terceiro do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Constituição Federal, no artigo primeiro, Inciso III, que ambos assinalam a “dignidade da pessoa humana; e o respeito à vida, à dignidade e os direitos da pessoa humana”. (COFEN, 1993)

Com o intuito de minimizar tal problemática no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” (PNHAH), com objetivo de enfrentar os desafios do âmbito da humanização e promoção da qualidade do atendimento à saúde, e o “Programa Humaniza SUS”, tendo como alvo suas ações desse programa, o usuário do

sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um alvo de intervenção do saber do profissional (BRASIL, 2001).

Assim, o Humaniza SUS tem os seguintes pontos como princípios norteadores:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão;

Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, grupalidade;

Atuação em rede com alta conectividade e,

Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão.

Este programa preconiza que humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Ele cita que:

Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos clientes e familiares), diálogo entre os profissionais e métodos de trabalhar em equipe.

O PNH tem diretrizes gerais e específicas por níveis de atenção, e como tal pesquisa está inserida no nível de atenção hospitalar, citaremos somente as diretrizes desse âmbito:

1. Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
2. Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante;
3. Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
4. Mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores;
5. Equipe multiprofissional;
6. Existência de mecanismos de desospitalização, como as de cuidados domiciliares;
7. Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência;
8. Conselho gestor local com funcionamento adequado;

9. Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso;
10. Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação.

Concluindo tudo o que foi dito e proposto, apresenta-se a Figura 1.

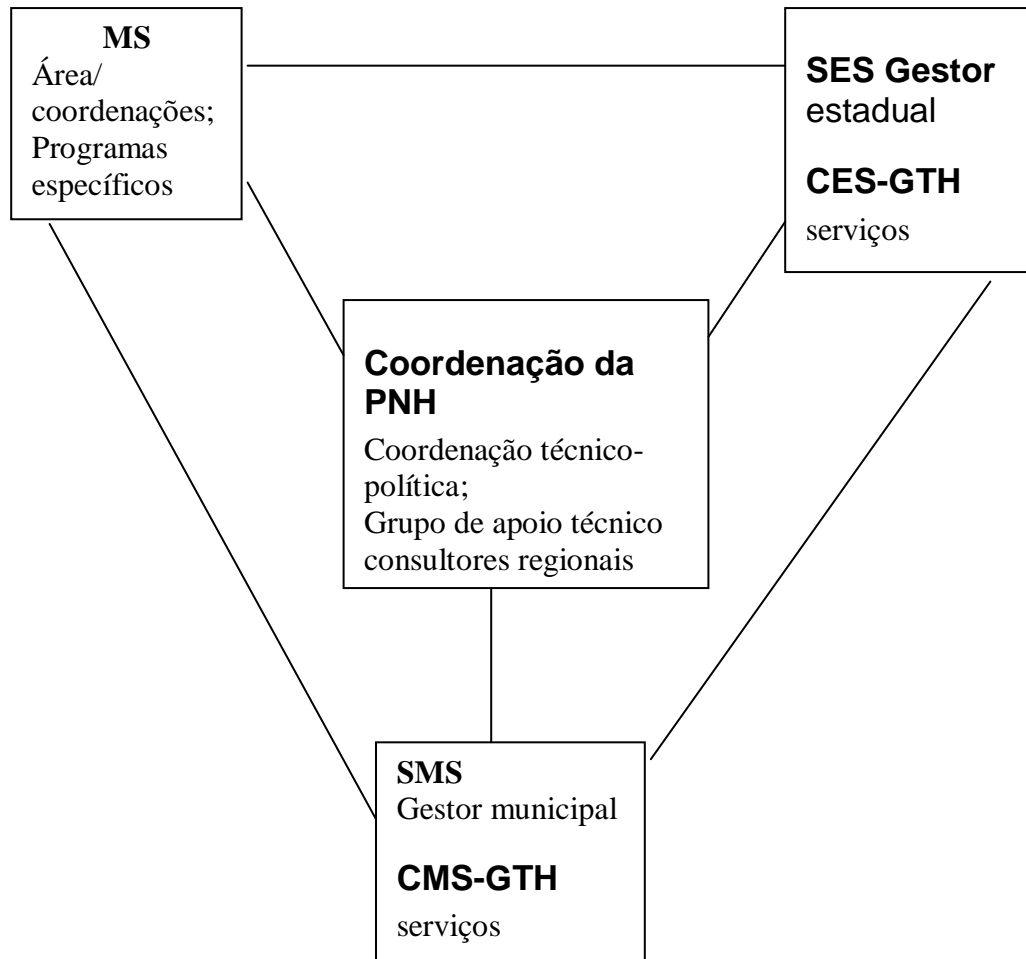


Figura 1. Diagrama dos níveis de atenção do PNH.

Fonte: HOGA, 2004. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão.

No processo de cuidar o encontro genuíno entre o profissional de saúde e seu cliente, essencial para humanização da assistência, só vai se efetivar quando os profissionais estiverem

preparados e disponíveis para tal ocorrência um estado físico e psíquico que permita o fluxo adequado da energia.

Muitos profissionais visualizam o cuidar como um processo de uma só via, ou seja, a dedicação oferecida demanda uma energia que se esvai e não proporciona retorno. Tal conceito está equivocado, pois o cuidar constitui duas vias: o de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico disponível para o cuidado efetivo; e de outro ser que está necessitando de ajuda de um profissional dotado de tais atributos (HOGA, 2004).

Segundo Leite et al. (2005), o cuidar humanizado está inteiramente relacionado ao profissional que o executa, ao seu estado psicológico, físico e mental, às suas experiências anteriores e até mesmo ao cansaço físico, que pode ser um fator desfavorável à prática de tal cuidado.

Focalizar a humanização no cliente compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão deste ser e não na sua doença. Significa também, reduzir ao mínimo a ruptura entre a sua vida normal e a que lhe impõe restrições. O indivíduo e a sua família precisam ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos. Isto é, significa tornar sua permanência no hospital o menos traumática possível, já que o hospital por si só, muitas vezes, representa dor, sofrimento e perdas (BACKES ET AL., 2005).

Compreender o significado da proposta de humanização inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas também a capacidade de compreender o cliente enquanto ser humano, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas. Esse autor relata que no entender do usuário do sistema, a humanização se traduz, predominantemente, em gestos concretos, tais como: solidariedade, sensibilidade e compaixão. Desse modo, não se limita a uma relação profissional-cliente e/ ou cliente-profissional, mas aponta perspectivas para um cenário mais amplo, que significa “ajudar os mais necessitados” (BACKES ET AL., 2005).

Trata-se de sair do seu próprio círculo e entrar no mundo do outro enquanto sujeito, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele, neste sentido, solidarizar-se é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro (BOFF, 1999).

Nos depoimentos do estudo de Backes et al. (2005), fica evidente que o hospitalizado, ao falar de humanização, parece transcender a sua condição de fragilidade e de ser cuidado para

solidarizar-se com quem está ainda mais vulnerabilizado. Acreditam que contribuir com o programa de humanização é compartilhar idéias e divulgar o trabalho de humanização que já vem sendo realizado no hospital. Não se limita apenas a uma forma de ser no espaço institucional e/ou, mais especificamente, no ambiente hospitalar, onde o foco do cuidado se concentra, muitas vezes, na doença ou no ser doente; enxergar além da doença e da morte institucionalizada. Significa, ainda, perceber e atuar com ações de humanização no mundo concreto, marcado pela criminalidade e pelo descaso com a dignidade da pessoa humana.

No artigo de Backes et al. (2005) há um relato de um profissional de saúde que vivenciou a condição de paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva; neste relatou ele descreve sobre humanização, cuidado e familiares: “Ser paciente é totalmente diferente que ser um profissional de saúde. Um doente em coma percebe, constantemente, todos os movimentos e ouve tudo o que acontece ao seu redor. Para quem conhece todo o funcionamento da UTI, ainda é mais difícil do que para uma pessoa leiga... sempre me preocupei muito com minha família, já que ela é a base de tudo. Imaginava, freqüentemente, a ansiedade deles sem saber o que poderia estar se passando comigo, se havia passado bem à noite, se havia dormido, se estava melhor (...). em alguns hospitais, já existem box para individualizar o paciente e, nestes casos, a família acompanha o paciente. Entendo, que se a família estiver consciente e quando tiver um bom equilíbrio da situação real do paciente, a sua participação poderá auxiliar muito na recuperação dos pacientes(...). para mim, a UTI foi um “inferno”. A UTI é um ambiente onde se vive uma insegurança constante. Sei de hospitais onde a humanização em relação ao cuidado dos pacientes aumenta em até seis meses a sobrevivência dos pacientes. Por outro lado, os médicos que trabalham na UTI, muitas vezes, não estão suficientemente preparados para esta função. Diante de toda esta experiência vivenciada no hospital, como paciente, quero, agora, me colocar à disposição para desenvolver um trabalho voluntário para tornar o atendimento ao paciente mais humanizado.” (BACKES ET AL., 2005)

O ambiente da UTI tornar-se-á impessoal para o doente e seus familiares quando o diálogo estiver aberto para ambos, quando houver uma interação entre os doentes e seus familiares, entre eles e o ser cuidador de enfermagem e entre os cuidadores de enfermagem da UTI. Enfim, os cuidadores de enfermagem precisam humanizar a assistência, nesse ambiente, oportunizando as relações, otimizando as expressões, tanto objetivas quanto subjetivas (NASCIMENTO, 2004).

A política pública de humanização foi criada em 2001 e instruída através de leis e decretos a serem implementados nas instituições visando sua absorção e conseqüente maior oferta de humanização a todos que dela participa. Mas a observação da prática de humanização, na atualidade das instituições de saúde, é de que ela ainda está distante de alcançar os objetivos inicialmente formulados. Além disso, acredita-se que somente a presença de uma consciência coletiva voltada para o respeito à autonomia das pessoas e a solidariedade entre os seres humanos pode tornar viável a política pública de humanização.

1.4 Acolhimento: Uma política pública

De acordo com o que foi mencionado acima o Ministério da Saúde está implementando a Política Pública de Humanização (PNH) HumanizaSus, e um dos tópicos que está inserido nessa política é sobre o acolhimento.

Houve avanços na proposta do SUS, mas ainda existem desafios que necessitam ser sanados urgentemente. Um deles é o padrão de acolhida aos usuários e aos profissionais de saúde. Para alterar essa situação a política de acolhimento propõe o compartilhamento entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), os trabalhadores da saúde e a sociedade civil (através das instâncias de participação e de controle social do SUS).

A palavra acolhimento tem muitos conceitos, dois deles serão destacados nesta dissertação. O primeiro é de Matumoto (1998) que considera acolhimento como um processo, especificamente de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os momentos e tipos de atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. O outro conceito de acolher segundo Ferreira (1975) é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender. Com base nessas visões, pontuaremos as distintas relevâncias do acolhimento na PNH.

Relevância ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; relevância estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade e; relevância política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2006).

O acolhimento por ser um ato de escutar é diferente do ato de bondade, pois conforme Malta et al. (2000) é um momento de construir transferências para estabelecer uma relação vincular e promover a cidadania e a autonomia do usuário.

Segundo Brasil (2006) o acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética, estética e política constituindo os modos de produzir saúde uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. O acolhimento deve ser construído baseado no afeto, a cada encontro e mediante a eles, criando uma rede de conversação afirmadoras de relação de potência nos processos de produção de saúde.

Considerando esta relação nos serviços de saúde, os trabalhadores podem amparar a sua clientela, de modo que se torne responsável pelo desenvolvimento de seus usuários, assim Entralgo apud Camelo, Angerani, Silva e Mishima (2000) vê o acolhimento como uma relação de ajuda, em que as pessoas que procuram ajuda são ao mesmo tempo objetos e agentes da ação; são objetos porque procuram ajuda, necessitam de ajuda, e agentes porque participam dessa ajuda através de opiniões e decisões. Nessa relação é imprescindível que a equipe de saúde esteja preparada adequadamente para proporcionar um relacionamento claro e tranquilo para o usuário.

Por meio desse encontro da relação de ajuda, o ajudador acolherá o ajudado. Conforme Miranda e Miranda (1990), esse ato construirá a base de uma relação a dois; e esse relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro de modo a render o máximo para ambos. O ajudador nos momentos iniciais checará o quanto de abertura e disponibilidade pode esperar de seu ajudado.

Os princípios que norteiam essa política de acolhimento de acordo com Brasil (2006) são:

- O coletivo como plano de produção de vida;
- O cotidiano como plano ao mesmo tempo de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e;
- A indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...).

Os seus objetivos são:

- Melhoria do acesso aos usuários aos serviços de saúde;
- Humanização das relações entre os profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar os problemas e as demandas dos clientes usuários;

- Mudança de objeto (da doença para sujeitos);
- Abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional;
 - Aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
 - Operacionalização de uma clínica que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Além desses princípios Matumoto (1998) enfatiza que o acolhimento apresenta alguns componentes importantes, como: mútua representação entre equipe e usuário, a objetivação do que é saúde/ doença e do que é problema/ necessidade de saúde, a comunicação e escrita e responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro.

O acolhimento dentro da sua política favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, e a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da defesa do SUS como política pública essencial da e para população brasileira; e de acordo com Brasil (2006) só se concretiza através de uma escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço.

Brasil (2006) relata que tradicionalmente a noção de acolhimento é identificada como recepção administrativa e ambiente confortável e triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Se as ações forem tomadas visando somente a um desses objetivos isoladamente, ficam restritas a uma ação pontual, não havendo uma produção de vínculo. Como exemplo, podemos citar as filas existentes logo de madrugada na porta dos hospitais para que as pessoas disputem vagas pela manhã. Esses usuários não são acolhidos pelos profissionais, portanto, não foi formado vínculo. A equipe de saúde exausta não consegue avaliar e interferir nas atividades, então, casos graves acabam ficando nas filas para aguardar atendimento. Sendo assim, o foco não é o sujeito e suas necessidades, mas, sim, a doença.

Para colocar o acolhimento em prática implica:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;

- A valorização e abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social;
- Reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- Elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, com equipes de referência, responsáveis e gestoras desses projetos, em atenção diária;
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas, garantindo assim acolhimento para seus profissionais e para suas dificuldades na acolhida à demanda da população;
- Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
- Uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

O acolhimento segundo Brasil (2006) é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando o cliente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade.

Dentro desse acolhimento há uma etapa que se refere à avaliação de risco e vulnerabilidade, que segundo Brasil (2006) “implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico considerando as percepções do usuário acerca do seu processo de adoecimento”.

Segundo Merhy (1994), o usuário espera que a relação com a equipe gere um acolhimento sobre seu sofrimento e uma resposta para o seu problema; deseja, enfim, que as ações sejam efetivas e o satisfaçam.

Conforme Teixeira (2003) entendemos que o acolhimento não é somente uma efetividade, mas o conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de

satisfazê-los, pressupondo assim que o acolhimento é uma postura, uma atitude da equipe de enfermagem de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades.

1.5 Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem Intensiva

O hospital deve ter um lugar nesta configuração em que as instâncias médicas são múltiplas para melhor assegurar uma vigilância contínua, pois ele é necessário nos casos contagiosos e para as doenças difíceis, complexas e extraordinárias (FOUCAULT, 1994).

As Unidades de Terapia Intensiva surgiram quando as enfermeiras protegiam seus pacientes mais críticos através da observação intensiva e atenta, e pela triagem dos pacientes referentes ao agrupamento e arranjo espacial dos mesmos de acordo com sua estabilidade fisiológica. Na década de 50 houve o marco para a criação das Unidades de Terapia Intensiva nos Estados Unidos através do surgimento de técnicas modernas de ventilação mecânica, e no Brasil as UTIs surgiram na década de 70 (NASCIMENTO ; MARTINS, 2000).

As UTIs nasceram da necessidade operacional de se concentrar esforços em favor dos doentes graves, com instabilidades potencialmente letais em seus sistemas orgânicos. Diante dos enormes benefícios observados nestas unidades, surgiram as unidades coronarianas que rapidamente proliferaram nos EUA, dando origem às primeiras unidades de tratamento intensivo. Estas já admitiam doentes de outras áreas da medicina. Atualmente já existem unidades de trauma, queimados, neurocirúrgicas, etc (BARRETTO, 2004).

O conceito de UTI segundo Gomes (1988, p.17) é “uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades”.

Muitas pessoas pensam que o CTI é apenas um serviço com equipamento especial. Tal fato não corresponde à realidade. A equipe do setor precisa ter uma atitude particular, orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas e preocupada com os relacionamentos humanos, pois precisa oferecer aos clientes segurança e um efetivo apoio emocional.

Dentre vários objetivos que uma UTI tem o objetivo maior considerado por Gomes (1988) é o paciente, pois a observação e manutenção das funções básicas de vida do mesmo são as finalidades da unidade, atingidas através de um atendimento em tempo hábil.

O preciso papel das UTIs está na combinação do cuidado intensivo de enfermagem com a constante atenção médica, no atendimento dispensado ao paciente crítico. Em seu livro Gomes (1988, p.4) escreve alguns quesitos que são essenciais para o cuidado intensivo:

- ✓ Enfermagem permanente com treinamento específico completo e desenvolvendo um serviço contínuo;
- ✓ Pronta avaliação médica e complementação científica;
- ✓ Padronização técnica de investigação e tratamento;
- ✓ Definição da área e facilidades e,
- ✓ Atitudes novas para o cuidado intensivo.

O sucesso no atendimento ao paciente crítico está relacionado com a rápida avaliação das mudanças que se operam nas suas condições clínicas e com o envolvimento da equipe com as práticas terapêuticas. Contextualizando com Gomes (1988) uma ação sistematizada é sempre mais eficiente e reduz ao mínimo as frustrações experimentadas nas ações improvisadas.

Uma das características de um CTI apresentada por Gomes (1988) é a ser uma área grande de dinamismo para aqueles que ali atuam, e de constante circulação de pessoas, a solicitação freqüente para exames, controles e métodos de tratamento tendem a levar o paciente a um desgaste físico e emocional.

Devido a sua característica citada acima o ambiente da UTI é visto como um dos mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital; e que a maioria dos estudos existentes afirma que a UTI é o mais estressante do hospital, e os profissionais de enfermagem atuantes nessa área são pessoas com elevado nível de ansiedade e de estresse, em virtude da gravidade dos pacientes, da sobrecarga de atividades e do contato direto e freqüente com situações de risco (LOPES, 1972).

O papel do enfermeiro em uma UTI quando opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele não se torna “escravo” da tecnologia, mas aprende a usar a tecnologia a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar, fica mais claro sob alguns aspectos. Passa a valorizar a técnica por ela ser uma aliada na tentativa de preservar a vida e o bem-estar, o conforto do paciente. Não coloca a humanização em segundo plano, justamente ao contrário,

somando o benefício para o paciente poder ser lido através dos dados biológicos (CINTRA, 2003, p.5).

Os enfermeiros nas UTIs freqüentemente têm um sentimento especial de orgulho de si próprios. Isso ocorre devido eles saberem do nível de trabalho que realizam e o conhecimento necessário são mais complexos que aqueles de qualquer outro posto de enfermagem no hospital. Além disso, muitos enfermeiros intensivistas apresentam a capacidade de serem calmos e frios sob pressão. Os pacientes e as famílias reagem bem e são acalmados por um comportamento profissional e frio do enfermeiro, mas é importante observar que eles também são confortados por enfermeiros que são capazes de se envolverem emocionalmente e, ocasionalmente, deixem o comportamento profissional, demonstrando sua preocupação (HUDAK ; GALLO, 1997, p.99).

Além da preocupação com a conduta emocional e com o orgulho de si próprio em relação ao seu trabalho na enfermagem intensivista, o enfermeiro vive todas as características e estresse gerados em um UTI.

Mediante ao que foi dito anteriormente, através de estudos citados por Hudak ; Gallo (1997, p.104) existem alguns fatores de estresse mais significativos descritos por enfermeiros intensivistas, o que faz com que eles sejam foco de mais estudos que talvez qualquer outro grupo de enfermeiros, são:

- ✓ Conflito interpessoal com médicos;
- ✓ Cuidado de pacientes mais graves;
- ✓ Questões de supervisão e administração de enfermagem;
- ✓ Padrões de comunicação;
- ✓ Utilização e planejamento de equipe;
- ✓ Política interdisciplinar com administradores de enfermagem;
- ✓ Reconhecimento, incluindo salário, promoção e oportunidades educacionais e,
- ✓ Disponibilidade de suporte de outros departamentos e de outros profissionais de saúde

A Unidade de Tratamento Intensivo e a assistência de enfermagem nesse local são serviços especializados, que nasceram da necessidade de melhor atender o doente portador de doenças com salvabilidade bem definida, com potencial risco de morte. Neste sentido, ao longo de anos, desenvolveu-se alta tecnologia visando fornecer suporte a vida e monitorização de sinais biológicos. Ultimamente, vem se aprimorando também o aspecto humanitário da medicina que é

praticada dentro das UTI's, fornecendo apoio ao paciente como um todo e também a seus familiares (SILVA, 2005).

A internação em Unidade de Terapia Intensiva é precedida de comprometimento orgânico, presente e potente, que colocam em risco a vida do ser doente. Nascimento (2004) acredita que esse fato tem contribuído para nortear a assistência de enfermagem nessa unidade pelo modelo biomédico.

Os profissionais de Enfermagem vivem a era da tecnologia, aperfeiçoando e evoluindo sua prática assistencial às exigências de novos aparelhos e equipamentos que estão sendo produzidos na área de saúde. Porém, a teórica Jean Watson apud George (1993) em sua estrutura conceitual sobre o cuidado, que nos alerta de que o cuidado é a essência da Enfermagem.

Como diz Lemos (2002), o cuidado de enfermagem é o ponto-chave da hospitalização, pois permite estabelecer intervenções terapêuticas centradas no cliente e, dessa forma, torna possível o aprimoramento de uma relação interpessoal enfermeiro-cliente.

De acordo com Leininger (1979) cuidado de enfermagem são fenômenos relacionados com o comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou por outro indivíduo (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humanas.

O cuidar é feito com o outro e não apenas como um simples procedimento ou uma intervenção técnica, mas consiste, sim, em uma relação de ajuda, que envolve respeito, compreensão e o uso de toque de forma mais efetiva. O cuidado ao paciente de acordo com Backes et al. (2005) precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional. Para compreender a dimensão do cuidado em sua amplitude e profundidade, do ponto de vista existencial o cuidado encontra-se presente em todas as situações e acontecimentos, o que significa que ele existe na natureza e em todas as situações de fato. As relações de cuidado nunca são de domínio, mas, de convivência, não pura intervenção técnica, porém interação (BOFF, 1999).

E o autor argumenta afirmando que a atitude de ser cuidado pode despertar o senso de responsabilidade, a consciência da co-responsabilidade e aumentar o sentido da solidariedade.

O cuidado humanizado se traduz, também, na capacidade de identificar-se com a disposição e/ou com a estrutura psicológica do paciente; isto é, procurar colocar-se na situação do paciente e tentar entender as razões e o significado da comunicação verbal e não-verbal. Desse modo, o

cuidado humanizado se revela como arte, porque pressupõe a interação permanente entre o profissional que cuida e a pessoa que é cuidada. No entanto, esse mesmo cuidado precisa estar fundamentado em princípios científicos e, sobretudo, em ações práticas e humanitárias de valorização e repercussão mútuas (MENDES, 1994).

Em uma pesquisa com familiares e clientes que já foram hospitalizados em CTI, os depoimentos mostraram haver um estigma da internação nessa unidade. Devido às características desse tipo de internação, as pessoas adquiriram ao longo do tempo uma cultura que não é alterada com informações pré-internação, por esta não considerar, muitas vezes, a perspectiva do cliente e da família.

O medo frente ao desconhecido existente no dia-a-dia dos pacientes internados em CTI e de seus familiares permanece porque as informações sobre o processo da doença são fornecidas a partir da compreensão do profissional, sem levar em conta se são entendidas por eles (LEMOS, 2002).

Ao fornecer informações sobre rotinas, características do CTI, finalidade de cada equipamento e funções específicas de cada membro da equipe, deve-se considerar o significado cultural da internação atribuído por clientes e familiares. A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural defendida por Madeleine Leininger (1979) traz alguns conceitos, aos quais fundamentam os resultados desta pesquisa, são eles:

Enfermagem Transcultural → Focaliza o estudo comparativo e a análise de cultura sobre a enfermagem e as práticas de cuidado, buscando oferecer serviços significativos e eficazes aos clientes, de acordo com os valores culturais e as crenças destes e o contexto de saúde-doença.

Um outro conceito de cuidado cultural aponta sua referência aos valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humanas ou a enfrentar a morte e as deficiências (LEININGER, 1979).

Considerando-se a cultura que envolve os clientes, a UTI é entendida enquanto um lugar desconhecido e assustador, que, ao mesmo tempo, significa a valorização da vida, representada pelo elo entre a beira do abismo e a liberdade para se viver.

2 MARCO REFERENCIAL

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) segundo Guirardello (1993) caracteriza-se como ambiente agressivo e invasivo devido à intensidade de situações ou eventos, tais como risco de morte, rotina dinâmica e acelerada da equipe de trabalho. Sua atmosfera é criada pela concentração de clientes graves, sujeitos a mudanças bruscas devido ao seu estado geral, ficando, assim, comprometido o estado emocional de todos ali presentes. Nesse local, o estresse se faz presente para os profissionais de saúde, para os clientes e, também, para seus familiares.

A ansiedade é esperada como reação da família, pois de acordo com Takahasi (1999) a internação nessa unidade associa-se à condição de risco de vida, à situação crítica dos clientes e ao ambiente físico estressante da UTI. Assim, alerta a maioria dos enfermeiros: a hospitalização frequentemente desencadeia uma crise para o indivíduo e sua família.

A enfermagem busca um cuidado holístico ao cliente, família e comunidade. Entretanto, observa-se que na prática tem-se dado pouca atenção ao atendimento de necessidades psicossociais, principalmente à família, que também adocece e fica tensa quando um dos seus membros fica enfermo. Portanto, cuidar das famílias atendendo suas necessidades é importante, pois elas alertam que precisam de cuidado tanto quanto seu familiar hospitalizado.

Sociologicamente a família pode ser constituída por qualquer grupo de pessoas que vivam juntas; psicologicamente, por qualquer grupo com laços emocionais muito fortes. De acordo com Delaney (1986) define-se família como um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram como tal, compartilhando histórias, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e alto grau de intimidade. Do mesmo modo que Nitsche (1999) diz que família não se define simplesmente, ela existe e vive por si mesma. Ou seja, é a experiência, o vivido que vai dando os contornos ao que se conceitua como família.

Para compreender essa instituição, o profissional de enfermagem precisa estar atento a como a família vive suas necessidades humanas; se no adoecimento, esta auxilia na recuperação do cliente internado ou se, também, necessita de cuidados. Assim sendo, considera-se relevante o estabelecimento de estratégias de cuidado, somando saberes entre profissionais, família e o suporte social formado por parentes, amigos e vizinho (ELSEN et al., 2002).

Nesse sentido, ressalte-se que a unidade de terapia intensiva é um setor fechado, ficando vetada a permanência de acompanhantes, familiares ou não de clientes ali internados. Essas pessoas, de acordo com a rotina preestabelecida pela instituição, só têm o direito de visitá-los em horário estabelecido pelo hospital. Desse modo, identifica-se que a família necessita de enfermeiro competente, que a ajude a compreender os momentos difíceis, demandando ações, sentimentos e pensamentos que ultrapassem suas expectativas com possibilidade de crescer e superar nas habilidades e virtudes humanas que lhe faltam (ÂNGELO, 1997).

Esse capítulo refere-se ao estado da arte sobre esse assunto através da recorrência temática, principalmente no âmbito da literatura de enfermagem. Para tanto, utilizando-se os descritores família, acolhimento e Unidade de Terapia Intensiva foi realizado um rastreamento em bases eletrônicas, encontrando-se na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) 39 trabalhos, assim distribuídos: SCIELO dezoito, LILACS catorze e MEDLINE cinco, enquanto através da busca manual foram incluídos dois trabalhos.

Desse modo, questiona-se se os familiares de clientes da Unidade de Terapia Intensiva possuem outras necessidades além de informações sobre saúde.

Assim, o material de pesquisa refere-se a artigos publicados em periódicos científicos, livros, monografias de graduação e especialização, teses, dissertações, trabalhos em anais de congressos. Esse tipo de estudo também foi realizado por Favretto et al. (2007) com o objetivo de comparar a comunicação verbal entre enfermeiros e clientes na prática assistencial e na literatura.

Segundo Lakatos (2001) o “estudo da arte” permite o conhecimento das bibliografias que se relacionam com o tema em estudo para evitar duplicação de esforços, com pesquisas semelhantes, inclusão de lugares comuns no trabalho ou até mesmo reafirmação de idéias já discutidas. E Leopardi (2001) reforça dizendo que salienta a contribuição da pesquisa realizada, contextualizando a relevância do objeto de estudo da dissertação. Portanto, o “estudo da arte” ajuda na fundamentação de estudos significativos para a enfermagem, sendo uma tarefa inicial crucial para a maioria dos pesquisadores dessa área do conhecimento.

O acesso ao material de pesquisa se deu por via impressa e/ou *online*, em bases eletrônicas e outros meios de comunicação oral e audiovisual, visando descobrir o “estado da arte” sobre a temática da dissertação. Sua finalidade de acordo com Lakatos (2001) e Leopardi (2001) é colocar o pesquisador em contato direto com o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, propiciando o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem,

chegando a conclusões inovadoras. Foram utilizados os seguintes passos: triagem de referências, resumo e registro de anotações, organização da revisão e análise/ integração dos materiais.

O primeiro passo segundo Polit, Beck e Hungler (2004) é a triagem de referências que compreende identificá-las, localizá-las e triá-las quanto à relevância e à propriedade (critérios de seleção). Realizou-se levantamento bibliográfico de publicações sobre familiares e unidade de terapia intensiva, através da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), optando por: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *National Library of Medline* (MEDLINE). Utilizando os descritores familiares, acolhimento, UTI, foram encontradas 39 referências de trabalhos, assim distribuídas: catorze na LILACS, dezoito na SCIELO, cinco no MEDLINE. Na busca manual em dissertações, teses e literatura não publicada, tais como monografias de conclusão de cursos de graduação e de especialização, obteve-se apenas dois trabalhos.

Assim, inclui-se na pesquisa bibliográfica um total de 39 trabalhos referentes a UTIs, dos quais 36 são para adulto, três para pediatria ou neonatologia, um para oncologia e um para cirurgia. Desses, foram selecionados 12 para esta investigação seguindo-se os critérios de inclusão: trabalhos publicados no período de 1988 a 2006, relacionados aos familiares de clientes internados em UTIs de adulto e geral e aqueles com tema sobre necessidades de familiares.

O passo seguinte de acordo com o esquema descrito por Polit, Beck e Hungler (2004) diz respeito ao resumo e registro de anotações que, após a referência ter sido considerada relevante, deve ser lida criticamente. Com a análise documental e de conteúdo desses trabalhos, os dados produzidos sobre características da amostra simples foram tratados por estatística descritiva, considerando sua frequência absoluta. O método estatístico segundo Lakatos (2001) significa redução a termos quantitativos de fenômenos sociológicos, políticos, econômicos fornecendo uma descrição quantitativa da sociedade.

No penúltimo passo, organização da revisão, elaborou-se uma tabela com os nomes dos autores, título, ano, local, objeto, objetivos e resultados, com o objetivo segundo Lakatos (2001) de proporcionar ao pesquisador uma visão rápida para dar sentido a um grande volume de informação.

Na análise/ integração dos materiais, os dados procedentes foram submetidos à categorização, optando-se por unidades de registro que mais se relacionaram ao questionamento

feito no presente estudo. Segundo Minayo (1988) categorias são entendidas como a abrangência de elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, tais como idéias ou expressões sobre um determinado assunto, foram delimitadas as categorias, destacando-se unidades referentes aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem. Após obtenção da saturação temática foram definidas as unidades de contexto do qual a mensagem fez parte, definindo-se, então, categorias temáticas cujos conteúdos são relatados na seção de resultados.

Caracterizando o material do estudo verificou-se que do total de 12 trabalhos selecionados, 10 são brasileiros. Quanto à publicação, no período selecionado encontrou-se um trabalho em 1988, cinco entre 1990 a 98 e seis entre 1999 a 2006. Delimitando-se os temas dos trabalhos verificou-se que até 2006 o tema mais estudado foi “O cuidado aos familiares de clientes internados em UTI”, o qual aborda os familiares como clientes, identificando suas necessidades e lhes prestando cuidados. Nota-se, portanto, que o estudo foi realizado há duas décadas.

Abrangendo o tema “Cuidados aos familiares de clientes internados em UTI”, confirmou-se que na década de 80 tal assunto já era pensado e aplicado, pois surgiu um artigo de 1988 sobre a abordagem da equipe de enfermagem frente aos sentimentos de visitantes em UTI. O trabalho tinha por objetivo conhecer as principais necessidades dos familiares durante a visita aos pacientes internados em UTI. O resultado desse estudo demonstrou que algumas mudanças - como horário de visita, tempo de duração da mesma e entrega de folheto informativo - deveriam ser feitas. Foram também constatados dificuldades de relacionamento e conflitos entre a equipe de enfermagem e os familiares (LOURENÇO, 2004).

Reafirma-se que o tema objeto deste estudo, na presente revisão de literatura, é pouco estudado e publicado, pois foi verificado que a orientação aos familiares é estudada por três autores, enquanto a necessidade de acolhimento abrangeu dois estudos. Apenas um trabalho abordou “informações sobre saúde do cliente internado”, tendo predominado seis trabalhos sobre “necessidades inespecíficas”. Não houve pesquisas que envolvessem o acolhimento com as informações sobre a saúde de familiares internados em UTI como objeto de estudo.

A partir da análise de conteúdo, reunindo as unidades de registro contidas no resultado de cada artigo selecionado, foram delimitadas as seguintes categorias para este estudo: necessidades

de cuidado aos familiares, sentimentos dos familiares quanto à visita ao cliente na UTI e sentimentos sobre os recursos para o cuidado na Unidade de Terapia Intensiva.

- Necessidades de cuidado aos familiares.

Esta categoria se compõe dos temas: acolhimento, calor humano, afeto, conforto, humanização da assistência, comunicação, orientação, plano de intervenção psicoterapêutico, valorização das queixas, amor, gregária, atenção, solidariedade, disponibilidade, relações interpessoais. Esses temas retratam que os familiares têm necessidade de serem cuidados e vistos como clientes de enfermagem. Portanto, reflete-se sobre a possibilidade de considerá-los como unidade de cuidado da enfermagem. Para tanto, concorda-se com a iniciativa de se criar um ambiente de cuidado e conforto no espaço da UTI (GOTARDO, G.I.B.; GOTARDO, C.A., 2005; LOURENÇO, 2004).

Ao analisar o cuidado dispensado aos familiares dos clientes internados na UTI e suas expectativas, os resultados revelam a necessidade de acolhimento, calor humano e afeto por parte dos profissionais, demonstrando insatisfação dos familiares quanto ao horário da visita e a comunicação. Observa-se, portanto, que é indispensável humanizar a assistência de saúde e privilegiar novos modelos de cuidar que valorizem o processo de comunicação (GOTARDO E GOTARDO, 2005).

Assim, constata-se que a família como parte do cuidado de enfermagem é algo inquestionável, pois ela vive momentos que ultrapassam suas possibilidades de superação ou até de transcendência de virtudes humanas. Nesse caso, o enfermeiro precisa atendê-la com base no conhecimento dos métodos de cuidar do cliente e também identificando suas dificuldades e potenciais para desenvolver e utilizar uma metodologia de trabalho específica. Vê-se que esse atendimento segundo Elsen et al. (2002) possui características próprias, pois, ao cuidar da família o enfermeiro precisa atentar para o universo das relações familiares e a interação global da família.

Concorda-se que, existe dificuldade na compreensão do cotidiano do trabalho profissional, no qual o humanismo deve-se ressaltar em nossos atos com as famílias dos clientes de UTI. Entretanto, uma silenciosa revolução ocorre nesse cenário da enfermagem, influenciada

por iniciativas solitárias, a princípio, como cuidar da família de um indivíduo hospitalizado, cuja meta é promover um funcionamento pleno da família. Isso porque suas necessidades caracterizam-se por situações ou eventos de caráter físico e emocional vivenciadas após a internação de clientes com doença grave e inesperada (ANGELO, 1999).

Aqui se destaca que o cuidar é feito com o outro. Ele não é apenas um procedimento, uma intervenção técnica. É uma relação estética e ética, revelando-se como uma arte, por utilizar interação entre cuidador e ser humano cuidado (SANTOS, 2005).

- Sentimentos dos familiares quanto à visita ao cliente na UTI

A categoria foi delimitada a partir dos temas: insatisfação quanto ao horário, dificuldade de comunicação, falta de humanização, fé, confiança, distância, ameaça à integridade emocional, conflito, satisfação, esperança, importância da visita do familiar. Observa-se que essa categoria abrange o que é sentido pelos familiares quando visitam o cliente na UTI. Seus sentimentos revelam o grau de satisfação ou não relacionados ao seu entendimento sobre as informações oferecidas pela equipe de saúde (GOTARDO, G.I.B.; GOTARDO, C.A., 2005; TORRENTS ET AL., 2003).

Em um estudo que tem como objeto as necessidades de cuidado e conforto dos visitantes de familiares internados na UTI, os familiares relataram seus sentimentos como fé e confiança no tratamento e nos recursos disponíveis da instituição, e que tem inúmeras sensações desagradáveis devido a sua própria vulnerabilidade frente à condição do familiar internado na UTI. Então, para sentir-se mais confortável, o visitante refere que necessita ter confiança em Deus, além de desejar um acolhimento afetuoso (LOURENÇO, 2004).

Releva-se que os hospitais buscam novos recursos, na tentativa de satisfazer o cliente, e as relações com a família tornam-se cada vez mais frágeis. Há necessidade de a equipe de enfermagem fortalecer relações com sentimentos, valores, crença e limitações, para compreender suas ações em relação às pessoas que estão sob seu cuidado, não só o paciente/ cliente, mas seus acompanhantes, os quais também requerem atenção e cuidado. Sendo o enfermeiro o responsável por suprir todas essas necessidades de sua equipe e as de sua família (LEITE; NUNES; BELTRAME, 2005).

Por isso deve-se ter bem claro a urgência emocional da família que sofre uma crise biológica, ou seja, aquela ligada à própria patologia do cliente e uma crise emocional, que é a repercussão desta situação estressante e assustadora repercutindo na rotina familiar de forma negativa.

- Sentimentos sobre os recursos para o cuidado na Terapia Intensiva

Composta pelos temas recursos humanos e materiais, ambiente humanizado, dinâmica na unidade, esta categoria revela a preocupação dos familiares com a disponibilidade desses recursos no ambiente hospitalar, especificamente na Terapia Intensiva. Desse modo, Lourenço (2004) concorda que familiares de clientes internados nesse ambiente sentem-se mais confortáveis e confiantes quando existem recursos materiais disponíveis para o tratamento de seu ente querido. Por outro lado, estudos sobre a equipe de enfermagem e a orientação à família de clientes internados nessa unidade, destacam o ressentimento devido à falta de um trabalho voltado para a humanização do ambiente, valorização de suas queixas e sua inclusão no atendimento ao cliente. Afirmando assim a existência do distanciamento entre o paciente e sua família no atendimento de saúde e enfermagem (SCHITTINI, 1995).

Em todos artigos analisados nota-se questionamentos sobre: humanização do ambiente e no atendimento da equipe de enfermagem, orientação/ informações prestadas aos familiares. Observa-se, portanto nos estudos de Gotardo e Gotardo (2005) e Lourenço (2004), que eles requisitam melhor comunicação com os profissionais da UTI, bem como aponta no estudo de Schittini (1995) a inexistência de um trabalho voltado para humanização do ambiente e orientação significativa sobre o cliente.

Desse modo, verifica-se que, além de a família ser agente do cuidado de seus membros, também deve ser considerada como alvo de cuidado dos profissionais da enfermagem, sendo essa uma das preocupações do seu cotidiano de trabalho.

Os familiares de clientes internados em UTI apresentam necessidades humanas em diferentes esferas, conforme evidenciado nas três categorias temáticas delimitadas, tanto suas próprias demandas e seus sentimentos, quanto no ambiente hospitalar.

Neste “estudo da arte” identificou-se suas necessidades de cuidados a serem atendidas com humanidade. Tal atendimento transforma-se em uma unidade de cuidado específica aos familiares de UTI, revelando a abrangência do cuidado como essência do trabalho da enfermagem.

Justificando essa unidade de cuidado, apontamos que a necessidade mais estudada pelos autores das publicações selecionadas para esta investigação é a humanização do ambiente e da assistência, colocando a família como objeto de cuidado da enfermagem, seguida das necessidades de orientação sobre rotinas da UTI e sobre a saúde de seus familiares internados.

Assim, considerando as especificações das necessidades encontradas nos artigos analisados, observou-se que os clientes se ressentem da falta de acolhimento e informações sobre saúde.

Sobreleva-se que a abordagem o acolhimento é a primeira impressão que os familiares de clientes internados em UTI têm a respeito de um setor, um local de atendimento de saúde. Eles anseiam por alguma informação sobre a saúde de seu familiar, revelando assim que precisam de acolhimento, calor humano e afeto por parte dos profissionais de saúde (GOTARDO, G.I.B.; GOTARDO, C.A., 2005; LOURENÇO, 2004). Nos estudos de Lourenço (2004) os familiares, portanto, requisitam melhor comunicação, desejam receber um acolhimento afetuoso, querem, enfim, comunicar-se, também, com os profissionais dessa unidade, sendo estas suas necessidades humanas mais prementes durante a visita na UTI.

Alerta-se que o contato com a equipe de saúde de forma clara, com informações acessíveis e ponderadas, diminui a angústia sentida por essas pessoas quando um membro de sua família está hospitalizado. Visto que a internação modifica as atividades do cotidiano, afeta a dinâmica da rotina da família, devido ao fato de demarcar uma situação de sofrimento e incerteza, contrapondo-se à rotineira vida familiar.

3 CAMINHO METODOLÓGICO COM A SOCIOPOÉTICA

A função do enfermeiro na equipe de UTI de acordo com Felisbino (1994) é coordenar e executar o assistir as necessidades humanas básicas, seja a nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual do cliente e seus familiares, estando o enfermeiro dessa forma envolvido na recuperação, manutenção e promoção da saúde do cliente e família.

Sendo enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva, o contato com os familiares dos clientes lá hospitalizados, me fez sentir a necessidade de repensar os modelos de cuidar, através de uma investigação científica, na qual os familiares, são considerados não somente os sujeitos da pesquisa, mas co-responsáveis pelos resultados obtidos nesta investigação.

Buscando prestar cuidados de enfermagem que atendam aos desejos e as necessidades dos familiares, a proposta desta dissertação voltou-se para uma abordagem teórico-metodológica denominada sociopoética, que privilegia a participação efetiva dos sujeitos da pesquisa, oferecendo-lhes a oportunidade de desvelar seu imaginário e também seus sentimentos, necessidades e desejos.

Decidi pela sociopoética por concordar com Brandão (2002) na sua afirmativa de que esse método tem um grupo-pesquisador como uma abordagem facilitadora no desvelar do imaginário de pessoas hospitalizadas quanto às situações de bem-estar, mal-estar e expectativas em relação aos cuidados de enfermagem.

Conheci esse método, em 2005, na disciplina eletiva “Concepções Teóricas”, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado). Ingressando no mestrado, em 2007, minha orientadora Prof^a. Dr^a Iraci dos Santos ao ler meu objeto de estudo colocou novamente em meu caminho a sociopoética. Realmente esta era a abordagem que melhor caberia em minha proposta de estudo, pois partindo de sua definição trata-se do conhecimento do ser humano e da sociedade que transforma poeticamente para conhecer. Através de técnicas de criatividade, ela permite a liberação de coisas geralmente escondidas, esquecidas, recalçadas, promovendo a troca de conhecimentos, o diálogo e conseqüentemente a produção de conceitos pelas pessoas envolvidas na pesquisa (GAUTHIER ; SANTOS, 1996).

Enfim é um método de construção coletiva do conhecimento, que tem como principal pressuposto: todos os saberes são iguais em direito e que é possível fazer da pesquisa uma criação (SANTOS; GAUTHIER; FIGUEIREDO; PETIT, 2005).

Os autores explicam que a sociopoética surgiu através das inspirações dos fundamentos teóricos seguintes: *Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire*, da qual herdou o método do grupo-pesquisador, no qual os sujeitos não devem ser meros objetos de pesquisa, e sim participantes e co-responsáveis da pesquisa; a *Análise Institucional de René Lourau*, cujo dispositivo de pesquisa está no centro da possibilidade de analisar, criticar e autocriticar, e possibilita aos sujeitos da pesquisa verbalizarem o seu ponto de vista a respeito do tema da investigação; a *Escuta Sensível de René Barbier* cujo dispositivo de pesquisa está no centro da possibilidade de analisar, criticar e autocriticar, e possibilita aos sujeitos da pesquisa verbalizarem o seu ponto de vista a respeito do tema da investigação; na *Esquizo-Análise*, pois a sociopoética baseia-se na noção de devir (acredita que a sociedade tende a moldar os indivíduos) e; nas *experiências teatrais de Augusto Boal* que leva a formação do grupo-pesquisador para fim de análise coletiva.

3.1 Princípios filosóficos da sociopoética aplicados nas fases do grupo pesquisador

Para nos apropriarmos desse método de pesquisa coletiva se faz mister seguir os seus princípios filosóficos conforme descritos por Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005) e lembrar que as pesquisas sociopoéticas acontecem perpassando as fases descritas a seguir, as quais também permitem a aplicação simultânea dos fundamentos teóricos, apoiados em Freire (2005), Lourau (1995), Deleuze; Guattari (1987); Barbier (2002); Boal (1996), já descritos.

3.1.1. A formação de um grupo pesquisador

O grupo pesquisador, teorizado a partir da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire (2005), é segundo Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005) o coração da abordagem sociopoética, por isso tem um destaque maior. Os sujeitos da pesquisa e seus membros são considerados co-pesquisadores participantes da fase de negociação da pesquisa até a socialização dos resultados. Neste sentido, ressalta-se a citação de Freire (2005) que os homens do povo são sujeitos e não simplesmente objetos durante o fluxo da investigação. Investigando o pensar do povo em parceria com o povo, educamo-nos mutuamente. Essa educação e/ ou pesquisa se baseia na visão de mundo dos educandos, no caso da sociopoética, na visão de mundo, no entendimento sobre o tema de pesquisa do Grupo Pesquisador (GP).

Os temas geradores das pesquisas se encontram dessa visão do mundo, pois essas temáticas não podem ser impostas, mas surgem do diálogo entre os pesquisadores e sujeitos (o grupo pesquisador).

Com a utilização dessa pedagogia no grupo pesquisador certificamos a participação efetiva dos sujeitos na investigação, promovendo a construção coletiva do saber, rompendo a visão distanciada do saber unilateral impostas pelos conhecimentos dos pesquisadores.

Trata-se, portanto, de compor um grupo com as pessoas, considerando-as co-responsáveis pelos conhecimentos produzidos, pois Gauthier (1999) alerta que, não podemos e não queremos, de jeito nenhum, reproduzir as práticas instituídas de pesquisa, em que os pesquisadores são explorados como produtores de dados da pesquisa, que nada controlam da produção do conhecimento.

Dentro desse princípio, é fundamental utilizar a teoria da dialogicidade baseada em Freire, pois no diálogo que acontecem as negociações, as contradições e até conflitos nem sempre superados, mas que, de posse de acordos, promovem crescimento mútuo, transformando sujeitos, cidadãos (FREIRE, 2005). Desse modo, torna-se imprescindível estabelecer o diálogo inicial com os sujeitos da pesquisa. Ressalte-se que esta dissertação foi desenvolvida com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, protocolo 1954. Após o consentimento deste, a pesquisa foi implementada da seguinte forma:

- Fase 1 –Instituição/ Negociação para constituição do grupo pesquisador

Se a pesquisa interessa a todo o grupo, este tem o poder de interferir durante sua proposta e desenvolvimento. O facilitador convida as pessoas após apresentar sua curiosidade e seus objetivos para proceder à investigação científica.

Nesta fase a sociopoética toma emprestado da Análise Institucional de René Lourau, a noção de dispositivo e o conceito, citados acima, de analisador. O analisador é uma pessoa ou um fenômeno que traz à tona algo não dito, conforme revela o institucionalista D. Martin (1989, p.31) “é uma situação ou um a pessoa que expressa um desvio na instituição (...), a negação do discurso aparente da instituição, do discurso dominante”.

A Análise Institucional não acredita na neutralidade do pesquisador e lhe sugere analisar seu comportamento, sua cultura e sua fala interferindo na investigação, pois de acordo com estudos de Lourau (1996) em Análise Institucional, na instituição destacam-se conceitos: as relações de poder, de recalcamento e de normalização são instituídas e caracterizam a vida normal das organizações, cujas raízes são esquecidas e escondidas; o instituinte é o momento revolucionário, inovador, criador produtor de novas normas, transformando uma instituição já existente, sendo o que revela estas relações de poder escondidas permitindo aos oprimidos fazerem a análise das opressões que eles sofrem e a institucionalização é quando o instituinte se torna em instituído.

Assim, para compor o GP foi feito um convite verbal prévio e outro escrito aos familiares dos 22 clientes internados na UTI, campo da pesquisa no período da produção de dados, de janeiro a abril de 2008. Não houve uma demanda maior de membros no Grupo Pesquisador (GP) porque foram feitas poucas internações nesse período, com grande rotatividade e baixa adesão ao mesmo. Neste momento os familiares dos clientes foram informados sobre temática, objetivos, vantagens e riscos da investigação.

- Fase 2 – Delimitação do grupo pesquisador

Esta dissertação surgiu da iniciativa da autora de investigar e estudar uma melhor maneira de acolher e dar informações sobre saúde aos familiares de clientes internados em UTI. A idéia foi vinculada ao desejo da instituição, que disponibilizou uma sala para a autora e para os outros facilitadores realizarem a produção dos dados e desenvolverem o projeto.

Formou-se um GP com 10 familiares independente do grau de parentesco com os clientes, que demonstraram interesse em participar da pesquisa. Eles concordaram em participar e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Esse documento garante o anonimato das pessoas e lhes permite sair do grupo a qualquer momento.

- Fase 3 – Exposição da problemática ao grupo pesquisador

A proposta prévia dos facilitadores mediante a dissertação garantiu a motivação e a relevância da problemática. Com base no tema central, foram criados temas orientadores para que o grupo escolhesse um assunto. Facilitadores e pesquisados, juntos, delimitaram a demanda do saber do grupo, e, após ação dialógica, o tema a ser estudado foi delimitado. Nesta pesquisa foi apresentado o seguinte Tema Orientador: “Acolhimento e Informações sobre a saúde aos familiares de clientes internados na UTI”.

Esta fase é fundamentada por Freire através da filosofia dialógica, pois o autor propõe:

O que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, os níveis de sua percepção desta realidade, a sua visão do mundo, em que se encontra envolvidos seus “temas geradores”. (FREIRE, 2005, p. 101).

A partir dessa temática foi iniciada uma discussão sobre o assunto, o que possibilitou a construção do conhecimento em conjunto.

3.1.2 A valorização das culturas dominadas e de resistência e seus efeitos científicos e filosóficos (interculturalidade).

Esta valorização refere-se ao interesse do pesquisador em encontrar significados nos saberes do povo, sugerindo-se que as próprias noções de ciência e de cientificidade sejam negociadas entre as culturas, numa troca igualitária de experiências, práticas e teóricas (GAUTHIER, 1999).

Através desse princípio considera-se a sociopoética como transcultural e multirreferencial, pois com a transculturalidade pretende-se alcançar linhas de fuga, os desejos, as singularidades que percorrem o grupo pesquisador; e com a multirreferencialidade pretende-se debater o conhecimento produzido com o grupo que não se esgota com um saber acadêmico, mas possivelmente com vários (GAUTHIER, 1999).

- Fase 4 – Reintrodução de novas questões

Refere-se aos ajustes necessários ao tema orientador por parte do grupo pesquisador, pois Freire (2005, p.87) diz que “o nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão de mundo, ou tentar impô-la a ele (...) e sim adotar uma postura de respeito e de troca de conhecimentos intelectuais e populares”.

Neta investigação pretendeu-se alcançar o objetivo formulado inicialmente através do pensamento, discurso, dos familiares colocados nas Oficinas Sociopoéticas para a produção de dados.

Cada familiar tem sua visão de mundo, seu comportamento e sua cultura, o que irá possibilitar várias vias de pensamento e questões para serem discutidas e reintroduzidas durante o processo inteiro de pesquisa. Portanto, a reintrodução de novas questões depende da cultura, dos valores, das crenças do Grupo Pesquisador.

3.1.3 A importância do corpo como fonte de conhecimento

A proposta deste método é pesquisar utilizando a racionalidade, mas integrada ao sentimento, à emoção, e intuição, enfim pesquisar com o corpo todo, pois o corpo somente pensa quando integrado com o espírito e todas as formas de pensar. Então, segundo Gauthier (1999) não separemos a razão dos outros modos de pensar.

A intuição, discutida por alguns autores, é um instrumento intelectual importante em todo o processo de pesquisa – produção e análise dos dados. Ela é fortemente controlada na avaliação do grupo, promove oportunidade de colocar em diálogo as próprias intuições do grupo pesquisador e do facilitador da pesquisa (GAUTHIER ET AL., 1998). Outro fator importante citado por Gauthier (1999) é a importância de envolver na pesquisa o corpo como um todo, ou seja, usar a intuição, a emoção e as sensações unidas, para investigarmos os saberes oprimidos e recalçados.

Esse princípio se relaciona ao que a sociopoética traz em seu discurso, que a ciência deve estudar as energias impressas nos corpos dos sujeitos participantes da pesquisa. No método sociopoético pretende-se, no desvelamento e na análise do Grupo Pesquisador, alcançar a expressão dessas energias as quais nos permite entender as experiências de vida das pessoas e seus saberes.

Assim, considera-se o corpo inteiro emocional, intuitivo, sensível e sensual, gestual, racional, e imaginativo, como portador de marcas históricas que se tornam fontes de conhecimentos. (GAUTHIER, 1999). A sociopoética integra as atitudes da Escuta sensível de Barbier (1998) ao afirmar que o corpo pensa. Gauthier (1999, p.26) relata que a sociopoética não admite separar a razão e os outros modos de pensar, a intuição, emoção e sensação.

3.1.4 Importância da criatividade de tipo artística, no aprender, no conhecer e no pesquisar.

Neste princípio destacamos as técnicas utilizadas para expressar a criatividade e estimular o imaginário, a principal fonte de busca da pesquisa sociopoética. Para isso, Gauthier (1999) aconselha usar técnica de relaxamento antes das técnicas de pesquisa propriamente ditas com o objetivo de gerar forças para criação.

O imaginário é um dos pilares da sociopoética, pois ele é considerado como o nosso inconsciente contendo as nossas aceitações e cumplicidades, junto com aquilo que é instituído e dominante (GAUTHIER, 1999). A partir disso nos é permitido revelar e analisar coletivamente, logo, parcialmente superar essas aceitações e cumplicidades.

O sentido do termo “imaginário” é quando falamos de algo inventado –invenção absoluta, história imaginada em todas as suas partes - ou por um deslocamento de sentido, em que os símbolos são investidos de outras significações sem ser as normais (CASTORIADIS, 1995).

O imaginário é diferente do real, pois ele se apropria do simbolismo para existir, deixando assim de ser virtual; sua instituição de acordo com Castoriadis (1995) está tanto na raiz da alienação quanto da história.

Pretendeu-se, considerando este princípio empregar nesta investigação, técnicas de pesquisa que permitam desvelar o imaginário do grupo pesquisador, pois Castoriadis (1995) diz que é preciso entrar nos labirintos da elaboração simbólica do imaginário, no inconsciente.

3.1.5 A importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos do saber.

Neste princípio destaca-se a visão intercultural do processo da pesquisa pelo método sociopoético, pois se pensa em conjunto através do grupo pesquisador independente da qualificação profissional dos facilitadores e dos membros do grupo pesquisador. Ele será melhor descrito no item a seguir.

3.2 Propostas das técnicas a serem aplicadas

- Fase 5 – Proposição de técnicas para a produção de dados

A produção dos dados é dependente da técnica de pesquisa escolhida, a qual deve ser explicado ao grupo, visando sua concordância e efetiva participação nas oficinas de produção de dados. Nesta dissertação foram propostas e aplicadas as seguintes técnicas: para o relaxamento a Dinâmica dos Balões com Pensamento. Durante a dinâmica, os participantes estouraram os balões e leram o pensamento contido no interior de cada um, dizendo aspectos positivos e negativos de sua personalidade. A atividade permitiu que os participantes do Grupo Pesquisador pudessem conhecer uns aos outros profundamente; já, durante o relaxamento, foi possível expressar a força que proporciona a criação de imagens e o despertar da imaginação.

A produção dos dados é dependente da técnica de pesquisa escolhida e deve ser explicada ao grupo a fim de que todos concordem participar do processo. Após essa dinâmica foram utilizadas as técnicas de Vivência dos Lugares Geomíticos que foi criada durante uma pesquisa de Gauthier (1999), e a de Corte e Colagem. Observou-se uma grande produção de dados ofertada com a implementação destas duas técnicas. Entretanto, houve necessidade de maior produção referente à objetivação da questão sobre o acolhimento e informações sobre a saúde dos familiares internados na UTI. Assim, foi também aplicado um formulário estruturado.

Explicitando a criação da Vivência de Lugares Geomíticos, temos:

Filosoficamente, a projeção sobre as nossas histórias de vida desta lógica é uma lógica inspirada pelas culturas indígenas do Pacífico, as quais pensam em termos de lugares sócio-míticos, permite, graças a seu caráter estranho, formalizar outros conteúdos além daqueles habitualmente constituídos nas pesquisas... é revelador (SANTOS; GAUTHIER, 1999, p.83).

Ressalta-se que as técnicas de pesquisas escolhidas pelo GP devem permitir a expressão e libertação da potencialidade criadora dos sujeitos.

Acredito que a utilização dessa técnica foi primordial, haja vista o grupo pesquisador ter sido composto por familiares de clientes, com culturas (cultura indígena) e comportamentos

diferentes, e o objeto estudado necessitou de uma técnica criativa para desvelar significados verdadeiros do grupo.

Dos 16 Lugares Geomíticos criados por Gauthier foram selecionados: Terra, Poço, Túnel, Labirinto, Gruta, Caminho e Estrada, os quais se definiram considerando a temática privilegiando a questão do acolhimento devido aos familiares, pela equipe de enfermagem, bem como seu direito como cidadão, de obter informações sobre a saúde dos clientes internados na UTI. Para aplicar a técnica, foi utilizado um formulário, adaptado do proposto por Gauthier (APÊNDICE A), apresentando a questão norteadora “Se o acolhimento de enfermagem e as informações sobre a saúde do seu familiar fossem lugares geomíticos, como seriam?”. Esta questão foi correlacionada aos lugares geomíticos escolhidos. Aqui se destaca uma limitação do estudo, pois o formulário aplicado na Vivência apresentava as estruturas de cada lugar geomítico selecionado para a investigação. Isto por que na atualização da sociopoética, o recomendável é deixar que cada membro do grupo pesquisador imagine cada lugar de acordo com cultura e implicações histórico-existenciais.

O formulário foi entregue aos membros do grupo pesquisador, após o desenvolvimento de uma técnica de relaxamento. Todos os componentes do GP, após o relaxamento, permaneceram em círculo e procuraram uma posição confortável para se desvincular da realidade e responder o formulário sobre o tema apresentado com uma frase completa, associando seu imaginário aos lugares selecionados.

No dia seguinte, após a aplicação da técnica de relaxamento, foi utilizada a segunda técnica para a produção de dados, denominada de Corte e Colagem, que:

Trata de reunir num mesmo gesto as formas e os conteúdos que, estão dispersos nem por isso fazem parte da estrutura mundana numa determinada época. A colagem é, *stricto sensu*, uma metáfora; ela transporta para o mesmo lugar, reúne, mistura os gêneros sem se preocupar com sua economia e sua lógica próprias (MAFFESOLI s/d apud AREJANO 2005, p.176).

Portanto, trata-se de reunir todos os dados, pois em síntese, a colagem é uma técnica que tem por objetivo: reunir algumas palavras, frases em figuras significativas para a pessoa que a realiza.

Para implementar a técnica de Corte e Colagem foram disponibilizado ao Grupo Pesquisador revistas, tesouras, jornal, canetas hidrocor, papel ofício e cola. No momento da implementação desta técnica foi proposto, discutido e aceito pelo grupo, que cada membro

fizesse em folha de ofício sua produção de dados, escolhendo, cortando e colando suas figuras, escrevendo o que cada uma delas ou todas juntas retratavam dentro do seu imaginário, que é único, sobre a mesma questão norteadora proposta na Vivência de Lugares Geomíticos.

A partir dos assuntos discutidos e construídos nas oficinas, dados foram produzidos para que o próprio grupo pesquisador pudesse analisar e sedimentar, posteriormente, os conhecimentos adquiridos no estudo.

Em outro encontro do GP, após o facilitador ter percebido a riqueza dos dados produzidos, foi reintroduzida a questão da aplicação do questionário para captar dados objetivos e específicos, o que foi aceito pelo GP, sendo realizada nesse mesmo encontro.

Foram realizadas 10 reuniões, com duração de duas horas, durante os meses de produção de dados para esta dissertação. Considerando que estas oficinas incluíram-se em um projeto maior de acolhimento da instituição, campo da pesquisa, houve mais encontros para outros fins, com outros facilitadores, propondo-se novos temas para discussão.

Ressalta-se, que o ambiente para realização destas oficinas foi totalmente preparado com a sala fechada sem contato com o meio externo, música ambiente (instrumental) que só cessava ao término da oficina. Assim, os membros do GP puderam incentivar seu imaginário para descrever as imagens expressas nas suas produções artísticas.

As imagens da técnica de Corte e Colagem, sua correspondente descrição, os dados produzidos com o formulário de Vivências de Lugares Geomíticos e os resultados da aplicação do questionário são apresentados na seção de Dados produzidos pelo GP – pegadas da caminhada sociopoética.

Considerando o processo de investigação e através do princípio sociopoético “A importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos do saber”, como um pensar junto de facilitadores, independente da qualificação profissional e os membros do grupo pesquisador, pois cada um com sua cultura e saberes contribui no processo de pesquisa. É impossível ignorar essa visão intercultural. Como exemplo, temos a cultura dos povos de resistência, como a indígena e afrodescendentes, que valoriza o sentido espiritual da vida, os saberes e as aprendizagens ligadas à Mãe Terra e aos antepassados. Com isso temos uma aprendizagem mútua pautada na teoria de Freire (2005) revelando que todos os saberes são iguais em direitos, isto significa que os facilitadores e o grupo pesquisador participam igualmente da pesquisa.

Com a aplicação desses princípios citados podemos dizer que o objetivo principal da sociopoética é a criação coletiva e cooperativa de um conhecimento complexo (SANTOS; GAUTHIER; FIGUEIREDO; PETIT, 2005).

Segundo Santos; Gauthier (1999), considerar esses princípios é garantir a desconstrução/construção do processo de conhecimento e afirmar que a sociopoética é uma abordagem do conhecimento estético.

A sociopoética assumiu o paradigma estético a partir do conhecimento estético é utilizado para fundamentar o princípio de utilizar o corpo como um todo em seus estudos, pois Eagleton apud Santos (2005) diz que a estética nasceu considerando a palavra grega *aisthesis* e refere-se a toda região da percepção e sensações humanas, contrastando com o domínio do pensamento conceitual. O conhecimento estético e a estética, segundo Santos (2005), são encontrados nas práticas sociopoéticas do cuidar e do ensinar e nas práticas sociais e de cidadania.

- Fase 6 – Análise de produção de dados

No final de cada oficina, para que os sujeitos de pesquisa saíssem sem conhecer as idéias de todo o grupo, foi realizada outra técnica de relaxamento, a fim de proceder a análise de todo processo. Vinculando as técnicas de relaxamento com as técnicas de produção de dados, acredita-se que o grupo pesquisador consegue expressar seus confetos (conceitos expressos por linguagem simbólica e criativa) a pedido dos facilitadores. Lembrando a fundamentação da sociopoética a Escuta Sensível de Barbier, institui-se que não se realiza uma pesquisa sociopoética apenas com a razão, mas sim com a existência de um corpo, uma imaginação, uma afetividade; aguçando assim a audição, o tato, o gosto, a visão, o paladar...

Ao expressar seus confetos o facilitador não utiliza apenas uma simples escuta, mas o pesquisador:

[...] passa sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para compreender do interior as atitudes e os comportamentos, o sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos. (BARBIER, 1998, p.59)

Se a sociopoética tem como objetivo a descoberta da estrutura do grupo na sua heterogeneidade e não a análise individual, a análise dos dados produzidos tem de ser em grupo. O facilitador tem o cuidado de não traçar o caminho da análise, permitindo assim, que o grupo pesquisador expresse suas próprias modalidades de reflexão e organização dos dados (SANTOS; GAUTHIER; FIGUEIREDO; PETIT, 2005).

De acordo com este objetivo os dados produzidos foram primeiramente representados graficamente em um quadro, demonstrando-se as Vivências de Lugares Geomíticos (ver QUADRO 1), para uma melhor organização e visualização dos mesmos. Com os lugares escolhidos e as respostas do GP os temas que foram emergindo a partir da essência de cada discurso, podem ser considerados os pensamentos, a ação, os sentimentos em relação a questão norteadora para o preenchimento do formulário. A princípio o pesquisador encontra esses temas de modo individual, e em seguida grupal. De acordo com Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005) a partir da verbalização do GP são delimitados os temas que são considerados categorias empíricas, pois eles têm origem das experiências do GP, enquanto os lugares geomíticos são considerados categorias teóricas, porque foram eles que orientaram as respostas do GP.

O mesmo processo de organização dos dados produzidos foi realizado com os dados da técnica de Corte e Colagem, em que foi extraído os principais temas dos relatos das ilustrações, organizado em um quadro (QUADRO 4), e após agrupados em categorias para serem discutidas.

E em uma folha maior as figuras com o que foi escrito por cada membro, para assim realizassem a contra-análise dentro do GP.

- Fase 7 – Contra – Análise

O facilitador produz sua própria análise a partir da análise do grupo pesquisador, transformando o produto da atividade em objeto de conhecimento. Os resultados destes produtos são descritos considerando os estudos próprios da sociopoética: *classificatório* (destacando as oposições, alternativas e escolhas que existem no conjunto das produções do Grupo Pesquisador), *transversal* (destacando as ligações, ambigüidades e as convergências), *filosófico* (análise dos dados a partir das referências teóricas escolhida) e *surreal* (analisar os dados de modo puro,

infantil; consiste em subverter a estrutura do pensamento do grupo, criando outra lógica. Isso só pode acontecer após a análise classificatória e transversal.), criando soluções hipotéticas (hipóteses).

Trata-se, também, de um momento em que o pesquisador tem para analisar as estruturas que estão embutidas nos atos e palavras do grupo, e isso deve ser feito isoladamente.

Após realizar a sua análise o facilitador pode formular conclusões hipotéticas; com essas conclusões, ele volta ao encontro do grupo pesquisador para submeter suas avaliações e esclarecimentos, tornando mais precisas suas reflexões; isto é denominado de contra-análise (SANTOS; GAUTHIER; FIGUEIREDO; PETIT, 2005).

Nesse momento poderão surgir desencontros e divergências, pois os membros do grupo pesquisador não são obrigados a aceitar as conclusões dos facilitadores e vice e versa. O que se busca realmente é um consenso. Destaca-se que a análise do grupo é um processo constante no decorrer da pesquisa, sendo esta sempre aberta a críticas, novos direcionamentos e novas experimentações sugeridas por membros do GP e aceitos por este (GAUTHIER, 1999, p. 48).

Os estudos sociopoéticos foram aplicados de acordo com os dados produzidos na pesquisa são: Transversal e Surreal, pois a partir do que foi produzido pelo grupo pesquisador, foi identificado os principais pontos que se correlacionam a estes estudos. Nesta fase foram utilizados dois encontros e em ambos houve objeções e explicações. Desse modo, também foram suscitados alguns comentários para reavivar o que já foi dito. Este momento é:

[...] dialogal, oposições e desacordos podem persistir dentro do grupo, ou entre o pesquisador, que trabalha a partir da sua própria cultura acadêmica e das suas implicações e o grupo pesquisador. (SANTOS; GAUTHIER, 1999, p. 78)

- Fase 8 – Divulgação da contra-análise ao grupo pesquisador.

Após a contra-análise o grupo pesquisador escolhe a melhor forma de tornar conhecida e discutida a investigação, no seio público mais amplo. Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005) citam alguns exemplos de divulgação: publicação, peça teatral, exibição, debate, dependendo da criatividade do grupo. Tem-se o cuidado de não favorecer a socialização dos facilitadores,

utilizando somente as dissertações, teses e relatórios. Sugere-se que a divulgação seja realizada, também, de forma significativa para o meio social do Grupo Pesquisador.

Nesta dissertação a divulgação dos resultados será feita através da defesa da mesma e, ainda, em comunicação científica através da publicação de artigos em revistas científicas. Ressalta-se que recortes deste relatório de dissertação já foram apresentação em eventos científicos de âmbito local, nacional e internacional e, tendo já um artigo sido aceito para publicação em periódico científico qualificado. Além da divulgação através da continuidade das reuniões com os familiares dos clientes internados na UTI, campo da presente pesquisa.

Para melhor visualização do desenho metodológico da sociopoética, ver a Figura 2, apresentando as fases da pesquisa e o que está inserido em cada uma.

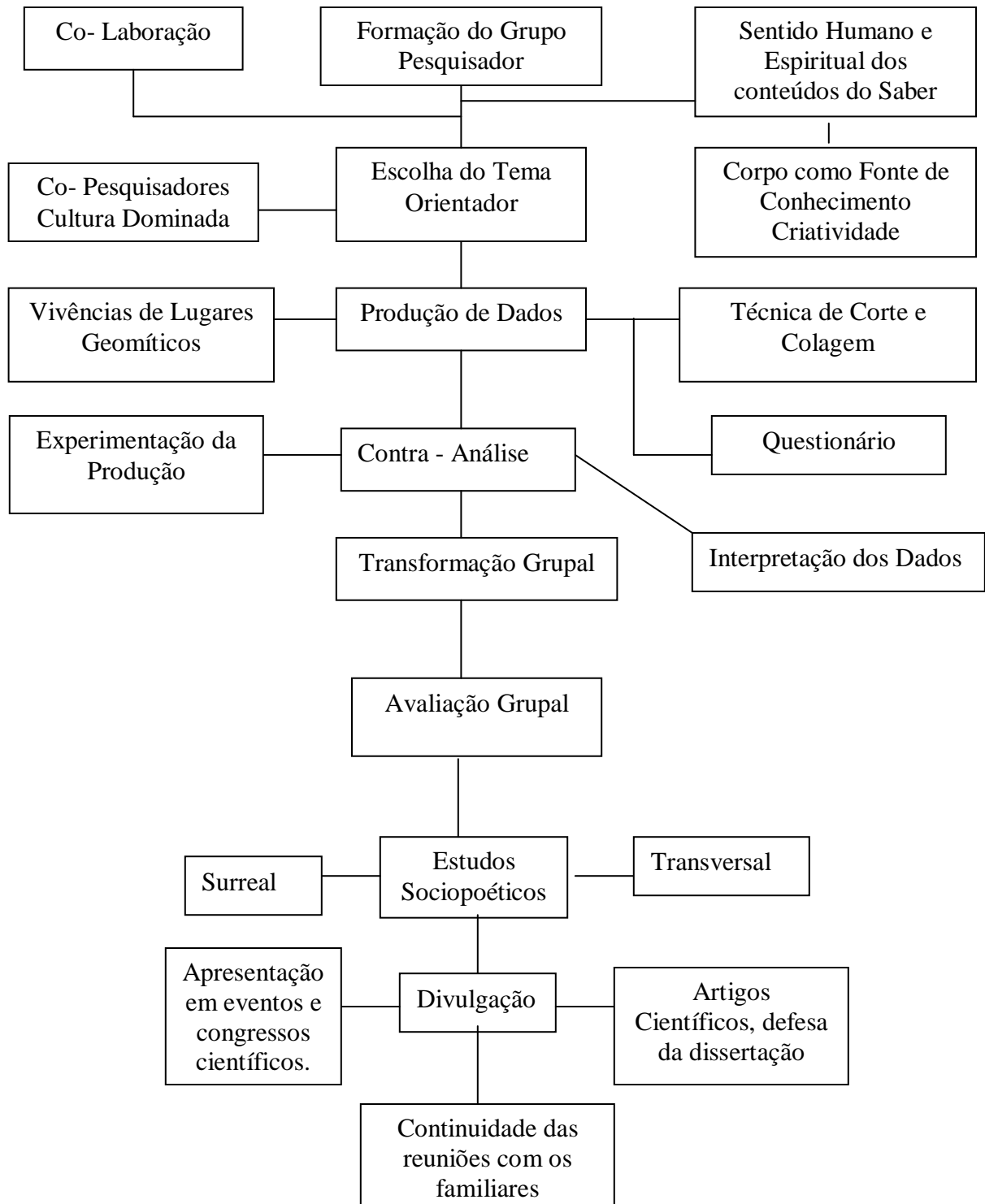


Figura 2 - Desenho do desenvolvimento do método sociopoético. Rio de Janeiro, 2008. Adaptado de Santana, 2004.

4 DADOS PRODUZIDOS PELO GP – PEGADAS DA CAMINHADA SOCIOPOÉTICA

Nesta seção descrevem-se os dados produzidos pelo Grupo Pesquisador (GP) através das técnicas de Vivência de Lugares Geomíticos, de Corte e Colagem e da aplicação de um questionário. Inicialmente e para facilitar a compreensão do leitor quanto à descrição dos dados anunciados, sobreleva-se a seguinte citação de Gauthier (1999): a análise das criações dos componentes do GP privilegia um momento no qual se permite transformar o produto da atividade em objeto de conhecimento, sem excluir a essência da dinâmica desse produto. Excluindo-se sua essência, essa produção se torna um objeto morto, preparado para análise, um mero símbolo sem vida, separado, congelado. Incluindo-a, a produção de dados mantém o seu devir, suas contradições, sua clareza e sua escuridão; o produto da atividade aparece como mistura de coisas que se pode colocar em palavras claras e outras que não se podem enunciar, todas numa ação dialógica.

Registra-se que os resultados obtidos através da Vivência de Lugares Geomíticos passaram pelas seguintes fases:

1- Organização dos dados produzidos em um quadro, visando maior apreensão do seu conteúdo. A elaboração desse quadro considera a disposição dos lugares geomíticos selecionados para a pesquisa como categorias teóricas do estudo e as respostas do GP como categorias empíricas, das quais os temas a serem analisados emergem;

2- Busca da estrutura dos pensamentos individual e grupal do GP, que expressa o imaginário de cada membro e do grupo em sua totalidade;

3- Agrupamento das unidades de registro produzidas encontradas nesse quadro, das quais delimitam-se os temas;

4- Delimitação de Categorias temáticas a partir da reunião dos temas.

4.1 Dados produzidos através da Vivência de Lugares Geomíticos

QUADRO 1. Distribuição dos temas individuais do GP segundo as categorias teóricas (Lugares geomíticos) e empíricas (falas do GP). Rio de Janeiro, 2008.

Cód	<i>Terra</i>	<i>Poço</i>	<i>Túnel</i>	<i>Labirinto</i>	<i>Gruta</i>	<i>Caminho</i>	<i>Estrada</i>
01R	“É um lugar onde gera energia” Motivação	“E acaba não tendo fundo” Sem solução	“Lugar escuro onde pode se esconder muitas coisas boas ou ruins” Desconhecido	“Nem consegui descobrir o porque da existência dele” Inexplicável	“Vejo muitas coisas que não queria ver” Enfrentamento da realidade	“Muito estreito quase sem opções” Dificuldade	“Muitos lugares obscuros” Desconhecido
02J	“Dele onde retiramos energia necessária para nossa vida” Motivação	“Onde é mais profundo” Aprendizado	“Onde tudo se torna mais escuro por um momento” Ruim	“A onde se pretende chegar ao final” Esperança	“Onde tudo é novo” Descoberta	“É o roteiro da nossa vida” Realidade	“O que temos que percorrer para chegar em algum lugar” Enfrentamento
03P	“Plantar para colher frutos futuros” Renascimento	“Onde jogo os meus problemas” Fuga	“Descobrir soluções” Descobertas	“Para encontrar uma saída” Esperança	“Lugar para descobrir” Descoberta	“Um caminho para percorrer” Enfrentamento	“Um caminho a seguir” Guia
04C	“Lugar onde cresce bons frutos” Alívio	“Onde depositamos os nossos problemas pessoais” Fuga	“Encontramos soluções” Descobertas	“Sempre há uma saída em nossos problemas” Esperança	“Lugar para pensar e refletir sobre a vida” Reflexão	“Devemos escolher o que mais nos agrada” Escolhas adequadas	“Há sempre um outro jeito de resolvermos as coisas” Esperança
05R	“Um presente de Deus” Agradecimento	“Local onde devemos cair um dia para podermos crescer com a situação” Crescimento	“Encurta a caminhada, mas pode nos livrar de obstáculos necessários” Crescimento	“Nos faz raciocinar” Reflexão	“Abrigo natural e indispensável em alguns momentos” Segurança	“Trilhado por nós em busca dos nossos objetivos de vida” Sobrevivência	“Nos traz experiência de vida ao percorrermos seus quilômetros” Vivência
06N	“Onde germinam as sementes” Crescimento	“Posso ter fonte para matar a sede” Segurança	“E que no final posso encontrar luz” Esperança	“Após tentativas posso encontrar a saída” Persistência	“Abrigo o medo pensando em solução” Segurança	“Grande estrada” Roteiro da Vida	“Caminhos a serem superados” Crescimento
07E	“Onde sou bem recebida” Aconchegante	“Local onde me perco” Confuso	“Sempre tem uma luz no final” Confiança	“Vários caminhos para seguir” Várias alternativas	“Às vezes me escondo” Lugar sigiloso	“O que eu sigo” Confiança	“Caminho alternativo” Alternativa
08MR	“Medo da notícia da morte” Insegurança	“Lugar profundo onde me dá medo” Insegurança	“Do tempo aonde vai me levar a algum lugar” Esperança	“Lugar sem saída” Desesperança	“Onde me vejo através das pedras” Segurança	“Onde procuro encontrar uma solução” Descoberta	“É muito longa e tenho que caminhar” Crescimento
09RJ	“Fico sem chão” Insegurança	“Onde meu familiar chegou, no fundo” Desesperança	“Existe uma luz no fim dele, uma esperança” Esperança	“Procuro uma saída para entender” Entendimento	“Local onde vejo esse isolamento, separado pelo vidro” Afastamento	“Tortuoso, mas com destino” Dificuldade de entendimento	“Longa, mas preciso passar” Crescimento
10RI	“Solo infértil como sertão” Desesperança	“Frio, sombrio, sem emoção” Insegurança	“Sem luz no seu final” Desesperança	“Cada vez mais infinito” Desesperança	“Lugar estratégico para refúgio” Refúgio	“Muitas escolhas, incertezas, angústias” Angústia	“Esperança, luz, sentimentos” Esperança

Organização dos dados produzidos com a Vivência dos Lugares Geomíticos. Rio de Janeiro, 2008.

Legenda: Itálico → Lugares Geomíticos; Negrito → Temas individuais do GP.

Verifica-se no Quadro 1 que os temas surgiram a partir da essência de cada discurso, podendo ser considerados como o pensamento, a ação, os sentimentos dos sujeitos da pesquisa em relação à seguinte questão norteadora para o desenvolvimento da Vivência de Lugares Geomíticos (VLG): “Se o acolhimento e as informações sobre saúde do seu familiar fossem lugares geomíticos, como seriam?”

Sobre esse assunto, Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005) recordam que o discurso dos membros do GP é considerado como categorias empíricas, porque tem origem nas experiências dos mesmos, enquanto os lugares geomíticos são considerados categorias teóricas, porque orientam suas respostas à questão norteadora do estudo.

Analisando o Quadro 1 constata-se que o GP, formado por dez familiares de clientes internados em UTI, produziu 70 discursos/ falas/ respostas ao correlacionar a questão norteadora desta pesquisa aos lugares geomíticos: Terra, Poço, Labirinto, Túnel, Gruta, Caminho e Estrada. De acordo com a técnica de análise da sociopoética foi montado um quadro com os discursos e os temas pensados pelo facilitador para a contra análise com o GP. Na contra análise foram denominados os sub temas para cada discurso e agrupados em temas principais como mostra o Quadro 2 :

Quadro 2 – Organização dos subtemas de acordo com os temas principais dos discursos do GP. Rio de Janeiro, 2008.

SUB TEMAS	TEMAS
Enfrentamento	ENFRENTAMENTO DA REALIDADE
Enfrentamento da realidade	
Realidade	
Desconhecido	DESCONHECIDO
Ruim	
Dificuldade	DIFICULDADE DE ENTENDIMENTO
Dificuldade de Entendimento	
Inexplicável	
Confuso	
Entendimento	APRENDIZAGEM
Aprendizagem	
Guia	MEIOS ALTERNATIVOS
Várias Alternativas	
Escolhas Adequadas	
Alternativas	

Roteiro da Vida	SOBREVIVÊNCIA
Vivência	
Sobrevivência	
Lugar Sigiloso	REFÚGIO
Refúgio	
Fuga	
Esperança	ESPERANÇA
Renascimento	
Motivação	
Afastamento	AFASTAMENTO
Angústia	
Crescimento	CRESCIMENTO
Descobertas	
Insegurança	INSEGURANÇA
Desesperança	
Sem solução	
Alívio	SEGURANÇA
Agradecimento	
Confiança	
Segurança	
Aconchegante	
Reflexão	REFLEXÃO
Persistência	PERSISTÊNCIA

Organização dos subtemas de acordo com os temas principais dos discursos do GP. Rio de Janeiro, 2008.

Destes discursos, foram delimitados 14 temas (ver Quadro 3) que representam sua dimensão imaginativa incentivada na Vivência de Lugares Geomíticos. Conforme descrito na metodologia, esta produção de dados foi discutida e aprovada pelo GP, na fase de contra análise característica desse dispositivo analítico sociopoético.

Quadro 3 - Estrutura da dimensão imaginativa do GP segundo as categorias teóricas e empíricas sobre o acolhimento de familiares e informações sobre saúde. Rio de Janeiro, 2008.

TEMAS	TERRA	POÇO	TÚNEL	LABIRINTO	GRUTA	CAMINHO	ESTRADA
Enfrentamento da Realidade					x	x	x
Desconhecido			x				x
Dificuldade de Entendimento		x		x		x	
Aprendizagem		x		x			
Meios Alternativos				x		x	x
Sobrevivência						x	x
Refúgio		x			x		
Esperança	x		x	x			x
Afastamento					x	x	
Crescimento	x	x	x		x	x	x
Insegurança	x	x	x	x			
Segurança	x	x	x		x	x	
Persistência				x			
Reflexão				x			

Estrutura da dimensão imaginativa do GP segundo as categorias teóricas e empíricas sobre o acolhimento de familiares e informações sobre saúde. Rio de Janeiro, 2008.

Assim, a estrutura da dimensão imaginativa do GP sobre o acolhimento e informações sobre a saúde de seus familiares internados em UTI, foi delimitada em 14 temas, compostos pelos seguintes subtemas: 1) *Enfrentamento da Realidade* (Enfrentamento, Enfrentamento da realidade e Realidade); 2) *Desconhecido* (Desconhecido e Ruim); 3) *Dificuldade de Entendimento* (Dificuldade, Dificuldade de entendimento, Inexplicável e Confuso); 4) *Aprendizagem* (Entendimento e Aprendizado); 5) *Meios Alternativos* (Guia, Várias alternativas, Escolhas adequadas e Alternativas) 6) *Sobrevivência* (Roteiro da vida, Sobrevivência e Vivência); 7) *Refúgio* (Lugar sigiloso, Refúgio e Fuga); 8) *Esperança* (Esperança, Renascimento e Motivação); 9) *Afastamento* (Afastamento e Angústia) 10) *Crescimento* (Crescimento e Descobertas); 11) *Insegurança* (Insegurança, Desesperança e Sem solução); 12) *Segurança* (Alívio, Agradecimento, Confiança, Segurança e Aconchegante; 13), *Persistência* (Persistência); 14) *Reflexão* (Reflexão).

Pensando num provável significado para determinados temas não serem delimitados nos lugares citados, intui-se que o GP não conseguiu se situar em lugares considerados difíceis tais como a terra, que ao ser correlacionada com o acolhimento e informações sobre saúde poderia lhes lembrar um significado de um “dito” bíblico, qual seja – “homem tu és pó e ao pó voltarás”. No contexto da hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) intui-se que para o GP esse lugar deve, então, ser evitado por despertar o pensamento sobre a probabilidade de finitude

tanto do ser humano hospitalizado como do seu familiar que o visita. O que pode também caracterizar não ter havido indução quanto a descrição da estrutura desses lugares no formulário apresentado.

Do mesmo modo, os lugares Poço, Túnel e Labirinto podem significar o sofrimento quando se pensa sobre a morte e o morrer. Na cultura ocidental estes lugares são associados a angústias e a dificuldade enfrentada para sobreviver no mundo. Assim, para o grupo pesquisador, o poço não representa a fonte onde saciar a sede de saber, o túnel, não diz respeito às relações secretas, quando nestes lugares são impensáveis os temas: *Enfrentamento da Realidade, Afastamento, Persistência e Sobrevivência*. Aqui, confirma-se o que diz Gauthier (2005, p.275) sobre o Túnel ser um sistema de válvulas automáticas, de intensidades que se abrem e se fecham.

Nesse caso, se fecham para o tema enfrentamento da realidade referente à obtenção de informações indesejadas (por serem verdadeiras?) sobre a saúde do familiar internado; e para os temas persistência e sobrevivência lembrando-se da dificuldade que é conviver com a sobrevivência de um familiar que se encontra em sofrimento e talvez no limiar da morte. Assim, o tema *Afastamento* só pode ser imaginado na *Gruta* onde se observa o mundo e no *Caminho* por onde passear. Para apresentar os resultados e discussão referentes à dimensão imaginativa do GP escolheu-se os estudos sociopoéticos transversal e o surreal, antes denominados mulheril e infantil respectivamente, descrevendo-se, então as seguintes categorias temáticas: Novo Mundo: Necessário Afastamento do meu ente querido; Refletindo sobre o desconhecido-Estudo Surreal; Fontes para superação de dificuldades; Superando os anseios do viver com um familiar internado em UTI; Subindo Degraus no viver com familiar internado em UTI; Caminhos da Sobrevivência de uma internação de um familiar em UTI.

4.2 Estudos Sociopoéticos na Vivência de Lugares Geomíticos

Para compor os Estudos Sociopoéticos Transversal e Surreal, foram selecionados seis temas que sintetizam o total de 46 discursos/ falas/ respostas do GP, caracterizando a estrutura do pensamento grupal dos sujeitos da pesquisa. O estudo Surreal é característico da produção de

dados através da Vivência de Lugares geomíticos. Segundo Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005) ele se torna possível quando se constata a presença de um mesmo tema representativo da dimensão imaginativa do GP em lugares diferentes, difíceis de serem imaginados. Unindo esses lugares onde temas idênticos foram colocados observa-se a criação de lugares complexos inimagináveis.

Através do Estudo Transversal, explicita-se por que a experimentação dos dados produzidos mediante a VLG foi baseada nele, pois conforme Santos; Gauthier; Figueiredo; Petit (2005), tal estudo revela as ligações entre coisas aparentemente diferentes que surgem na produção das oficinas de pesquisa.

4.2.1 Novo Mundo: Necessário Afastamento do meu ente querido – Estudo Surreal

Esta categoria é composta pelo tema *Desconhecido* (Desconhecido e Ruim - 3) em túnel e estrada, e pelo tema *Afastamento* (Afastamento e Angústia - 2) que emergiu nos lugares geomíticos gruta e caminho. Podemos justificar o aparecimento do desconhecido/ túnel - estrada como imagina o GP:

“Lugar escuro onde pode se escondem muitas coisas boas ou ruins, onde tudo se torna mais escuro por um momento... muitos lugares escuros”. “Local onde vejo esse isolamento, separado pelo vidro... muitas escolhas, incertezas, angústias...” Grupo Pesquisador.

Sendo o setor de UTI um local fechado, de acesso restrito de pessoas, ele se torna um lugar totalmente desconhecido para algumas pessoas, e principalmente os visitantes. Além de desconhecido, preocupante, pois seu acesso é restrito. As pessoas só podem entrar nesse setor de acordo com as normas e regras da instituição. Assim têm de deixar seu ente querido lá, aos cuidados de estranhos, em um local desconhecido, com vários equipamentos presos à ele e se afastar; mas sabendo que é um afastamento necessário para que ele possa ter sua saúde de volta. O GP imagina o afastamento/ gruta como um local que passa a idéia de afastamento, isolamento. Mas, ao mesmo tempo é um afastamento/ proteção, sendo imprescindível à saúde de seu familiar internado na UTI.

O GP associou túnel/ estrada/ desconhecido por vir em suas mentes como locais obscuros e que podem esconder coisas boas e ruins. Obscuro e esconderijo pelo fato de não conhecerem ou ter acesso liberado na UTI, e não saber as funções dos equipamentos. Coisas boas referentes a principal função da UTI que é recuperar a saúde do cliente e coisas ruins que é o afastamento e o medo da morte, que ainda constitui um acontecimento medonho, pavoroso.

Segundo Kübler–Ross (1989) as pessoas passam por diferentes estágios ao se defrontarem com notícias trágicas: são os mecanismos de defesa e de luta para enfrentarem situações difíceis. A única coisa que geralmente persiste em todos os estágios, é a esperança.

O que os sustenta através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento é este fio de esperança. É a sensação de que tudo deve ter algum sentido, que pode compensar, caso suportem por mais algum tempo. É a esperança – que de vez em quando se insinua – de que tudo isto não passe de um pesadelo irreal.

4.2.2 Refletindo sobre o desconhecido-Estudo Surreal

O estudo Surreal é característico da produção de dados através da Vivência de Lugares geomíticos. Segundo Santos et al. (2005) ele se torna possível quando se constata a presença de um mesmo tema representativo da dimensão imaginativa do GP em lugares diferentes, difíceis de serem imaginados. Unindo esses lugares onde temas idênticos foram colocados observa-se a criação de lugares complexos inimagináveis.

Esta categoria é formada pelos temas *Reflexão* (Reflexão - 2) que surgiu nos lugares geomíticos labirinto e gruta, e *Dificuldade de entendimento* (Dificuldade, Dificuldade de entendimento, Inexplicável e Confuso - 4) o qual aparece nos lugares poço, labirinto e caminho. As falas do GP que permitiram a delimitação desses temas expressando que os familiares sentem a internação do cliente na UTI como um sinal de morte iminente, talvez devido às suas experiências prévias ou as de outras pessoas.

O acolhimento e as informações sobre saúde/Poço- Labirinto-Gruta-Caminho “*Nos faz raciocinar, pois é um lugar para pensar e refletir sobre a vida. Tortuoso, mas com destino.*

“Local onde me perco, muito estreito quase sem opções... tortuoso, mas com destino. Nem consegui descobrir o por que da existência dele...”. Grupo Pesquisador.

Ressalta-se, no setor citado, a existência de estímulos provocadores da ansiedade gerada pela preocupação com a tecnologia do cuidado à saúde, mediante uma variedade de equipamentos e aparelhos. Tais estímulos parecem preocupar mais os familiares do que a própria ameaça à vida da pessoa adoecida e hospitalizada. Outro fator estressante é o despreparo desses visitantes para adentrar no estranho ambiente/ lugar que é a UTI.

Daí, esse setor lhes parecer um território surreal, pois formado por um *poço- labirinto-gruta-caminho*. Analisando estes lugares, observa-se que eles podem ser temidos e, na imaginação do GP, tornam-se de difícil entendimento. Refletir é necessário para encontrar a saída, pois o poço tem um fundo que pode ser a fonte do saber. Enquanto que o caminho, se associado a um novo viver pode ser orientado pelo “mapa/ informações sobre a saúde do cliente”, o qual o caminhante seguirá para encontrar a saída do labirinto (enlouquecimento da dor, desespero devido ao que lhe é desconhecido). Sua expectativa, então, é a de sair para encontrar o refúgio/ esperança na possibilidade de recuperação do seu familiar.

Imaginar a UTI/ labirinto é pensar no desafio de refletir sobre a vida; seu sentido, o significado do viver/ morrer. O labirinto é desafio... constante, necessário para o auto conhecimento, descoberta de nosso potencial de reação, de resistência humana. Refletir sobre o encontro com a UTI, um lugar surreal faz com que os familiares vivenciem dificuldades de entendimento.

Pois imaginar um lugar surreal tal qual o poço/ labirinto/ gruta/ caminho, gera necessidades de saber tudo o que está ocorrendo para se tornar independente do julgamento dos profissionais de saúde. Recordar-se que Ângelo; Bousso (2008), recomenda o preparo dos profissionais de saúde para atenderem a essa demanda dos familiares de clientes de UTI.

Assim, diante da hospitalização de um ente querido na UTI, os familiares geralmente adoecem junto com ele. Este fato provoca uma desestruturação em níveis bio-psico-social – espiritual. Júnior; Faria (2003) afirmam que tal desestruturação é inicialmente marcada pela ansiedade, advinda do risco de perda, da longa espera pelo horário de visita, por um diagnóstico, por uma solução, por informação e ainda por uma palavra de esperança.

Essas pessoas apresentam dificuldades de acesso às informações, pois o ideal seria existir um profissional qualificado e ciente das situações enfrentadas pelos clientes internados a fim de

lhes transmitir as informações necessárias prestando-lhe assim um atendimento de qualidade e centrado numa perspectiva humanista conforme recomenda Vila (2001) e Santos (2005).

Enfim, essa dificuldade de entendimento perpassa por esse mundo desconhecido que é a UTI com seus equipamentos, ambiente e linguagem técnico científica que, muitas vezes, causam mais estranhamento aos familiares do que a própria trajetória da doença do cliente e a internação em si.

Desse modo, as informações sobre a saúde do cliente em UTI veiculadas através de palavras nunca escutadas e/ou faladas, junto aos fatores estressantes dessa Unidade de Internação, afetam a percepção da realidade dos familiares, ficando difícil o seu entendimento sobre essa situação.

O Grupo Pesquisador também demonstra que devido ao acolhimento prestado pela equipe e as informações recebidas devidamente explicitadas e entendidas eles conseguem refletir sobre a vida e sobre tudo que está lhe acontecendo. Pois, através da reflexão os familiares admitem os sentimentos da família e reconhecendo a complexidade do problema vivenciado, enquanto enfatizam a responsabilidade de cada pessoa por seus próprios sentimentos, ações e decisões, fato já discutido por Hudak; Gallo (1997).

Portanto, a dificuldade de entendimento revelada no lugar geomítico labirinto é a afirmação da necessidade que se tem de um momento para pensar, refletir para descobrir o caminho que leva à saída, no caso do familiar, a recuperação da saúde do seu ente querido. Necessidade até de encontrar um mecanismo de defesa para utilizar nesse momento angustiante de sua vida.

Uma opção de saída seria as orientações de enfermagem aos familiares, capaz de proporcionar a estes uma reflexão sobre o direcionamento de seus objetivos para identificar medidas e ações a serem tomadas; o que lhes ajudaria a reduzir a ansiedade. Essas orientações compõem o cuidado à família fornecido pelo enfermeiro.

Acredita-se que o profissional enfermeiro pode ajudá-los levando-as nesse momento à reflexão, necessária durante esse momento de crise para evitar reações de mágoa tardia e depressões prolongadas. Pode, também, orientar quanto ao choro e o compartilhamento de medos e tristezas.

Afirmam Hudak Gallo (1997) que a descrição e o reconhecimento dos sentimentos de uma pessoa diminuem suas necessidades. Sendo o enfermeiro o membro da equipe de saúde cuja

presença é mais constante junto aos familiares dos clientes, há que se reforçar a sua competência e habilidade para acolher os familiares de clientes internados em UTI, assim atendendo suas necessidades humanas.

4.2.3 Fontes para superação de dificuldades – Estudo Surreal

A predominância dos temas *Esperança* (Esperança, Renascimento e Motivação - 11) e *Crescimento* (Crescimento e Descobertas - 11), num quantitativo equivalente, possibilitaram a elaboração do Estudo Surreal, lembrando-se que esse estudo deve-se a criação de lugares complexos, somente possibilitados com a delimitação de um mesmo tema em lugares diferentes. Portanto, refere-se à constituição de um novo lugar, difícil de ser imaginado, qual seja uma Estrada que ao mesmo tempo é um túnel e um labirinto, pois através do acolhimento e as informações recebidas os mesmos são conduzidos a reflexão da situação que estão vivendo.

A esperança/Túnel-labirinto-Estrada- *“É que no final posso encontrar a luz. Quando se pretende chegar ao final para encontrar uma saída. Pois sempre há uma saída para nossos problemas. Há sempre um outro jeito de resolvermos as coisa, quando se tem esperança, luz, sentimentos. Do tempo, vai me levar a outro lugar”*. Grupo Pesquisador

Assim, a relação túnel/labirinto/estrada é expressa na dimensão imaginativa do GP como a possibilidade de sempre haver um outro jeito para encontrar uma saída, revelando que o GP imagina um novo lugar de chegada, seja a recuperação e a saída do seu familiar da UTI, como uma *“luz no final do túnel”*, um lugar bonito cheio de esperança.

Tendo essa esperança eles imaginam conseguir resolver seus problemas; e com o tempo, finalmente, encontrar a luz que leva a algum lugar, longe dos obstáculos. O enfrentamento dos obstáculos funciona como uma saída para esse momento que vivem - a internação do seu familiar na Unidade de Terapia Intensiva.

O crescimento/Estrada- Poço-Terra-Túnel *“é muito longo e temos que muito caminhar. É uma estrada longa, mas preciso passar. É onde devemos cair um dia para podermos crescer com*

a situação, pois é onde germinam as sementes. Ele encurta a caminhada, mas pode nos livrar de obstáculos necessários”. Grupo Pesquisador

O GP imaginou nos lugares estrada, túnel e poço que a internação do seu familiar era um fato a ser enfrentado, pois o túnel e o poço são lugares nos quais não se vê, de antemão, nitidamente, a saída. O enfrentamento desse lugar surreal, com algo de secreto, misterioso, temeroso, quanto a informações privilegiadas sobre o ponto de vista ético, pode contribuir para seu crescimento, visando entender a condição humana (ARENDDT, 2004) de pessoas com risco de morte. Pois, o sentido da humanização do cuidado em saúde abrange a capacidade de a pessoa refletir sobre o cuidado como força de vida que dinamiza o viver humano, segundo alertam Martins et al. (2008). A família necessita de enfermeiro competente que a ajude a compreender os momentos difíceis, demandando ações, sentimentos e pensamentos que ultrapassam suas expectativas com possibilidades de crescer e superar nas habilidades e virtudes humanas que lhe faltam (ANGELO, 1997).

4.2.4 Superando os anseios do viver com um familiar internado em UTI – Estudo Transversal

O estudo sociopoético transversal abrange os temas *Insegurança* (Insegurança, Desesperança e Sem solução - 10) imaginado nos lugares geométicos *terra, poço, túnel e labirinto* e o tema *Segurança* (Alívio, Agradecimento, Confiança, Segurança e Aconchegante - 9) delimitado nos lugares *terra, poço, túnel, gruta e caminho*. São temas aparentemente opostos, mas quase equitativamente predominantes no discurso dos sujeitos da pesquisa, de acordo com a descrição de suas falas, em resposta a questão norteadora “Se o acolhimento e as informações sobre saúde de seu familiar internado em UTI fosse um lugar geomítico....como seria?”:

“Solo infértil como um sertão, onde Fico sem chão. Pois é um ... Lugar profundo onde me dá medo. Medo da notícia da morte. É frio, sombrio, sem emoção. Esse lugar,.... onde meu familiar chegou, no fundo, sem luz no final. Pois... acaba não tendo fundo, lugar sem saída. Cada vez mais infinito”. Grupo Pesquisador

O acolhimento/Gruta é um “*Abrigo natural e indispensável em alguns momentos... Onde me vejo através das pedras*” (das informações sobre saúde) e “*abrigo o medo pensando em solução*”. O acolhimento/Terra é um Lugar “*onde cresce bons frutos, onde sou bem recebida*”. As informações sobre saúde/Poço parecem “*Um presente de Deus*”, pois “*Posso ter fonte para matar a sede*”. E “*acaba não tendo fundo*”. Enquanto o acolhimento/Túnel... Sempre tem uma luz no final. Grupo Pesquisador

Refletindo-se sobre a estrutura dos lugares (*poço, túnel e labirinto*) intui-se que, o surgimento do tema Insegurança deve-se ao fato de o grupo pesquisador não conseguir visualizar uma saída para recuperação do seu familiar internado na Unidade de Tratamento Intensivo. Pois sua dimensão imaginativa revela sua dificuldade em pensar possibilidades de cura diante da situação de saúde enfrentada por seu familiar, que dá origem aos sentimentos de medo e outras emoções a serem controladas. Observa-se, portanto, que as famílias correm o risco de adoecimento em consequência da insegurança e irritabilidade por ter um familiar internado na UTI. Confirma-se assim, os achados de Inaba et al. (2005), alertando para esse fato.

Lembra-se que a hospitalização citada, geralmente ocorre de forma imprevista, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. Depreende-se de tal fato, ser essa situação estressante para os familiares, fazendo-os sentir-se desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, diante de seus diferentes tipos de necessidades a serem atendidas (FREITAS; KIMURA; FERREIRA, 2007).

Vê-se também que o GP espera encontrar uma saída para resolver sua dificuldade em visualizar a recuperação do seu familiar internado. O que pode caracterizar uma necessidade de acolhimento a ser atendidas pela equipe de saúde. Nesse caso, Angelo; Bousso (2008) recomendam a correlação de fatores sociais, econômicos, culturais, a fim de a equipe interagir com as situações enfrentadas visando à integridade familiar.

Desse modo a *insegurança* será transformada em *segurança*, visto ter o GP imaginado a gruta como um “porto seguro” onde o acolhimento e as informações recebidas lhe fornece a proteção esperada, qual seja, um escudo para amortizar sua ansiedade. Este pensamento, experimentação/ interpretação dos dados produzidos deve-se ao fato de que os dois temas apareceram em lugares idênticos, exceto na gruta (onde me esconder... para sobreviver diante da incerteza?) e no caminho (lugar para onde fugir...) que definiram o tema segurança. Observa-se,

nesse caso, que na dimensão imaginativa o GP tem a expectativa de escapar das tormentas diante das possibilidades de morte, “assegurando-se” das informações sobre a saúde de seu familiar.

“Lugar onde cresce bons frutos, onde sou bem recebida, posso ter fonte para matar a sede; abrigo natural e indispensável em alguns momentos, abrigando o medo, pensando em solução. Sempre tem uma luz no final, onde me vejo através das pedras... um presente de Deus, o que eu sigo.” Grupo Pesquisador

Esse conhecimento produzido encontra apoio na afirmação de Almeida; Veloso; Blaya apud Knobel (2006) ao defenderem que os profissionais de saúde devem ser preparados para atuar junto ao cliente e a sua família no sentido de minimizar os efeitos e transtornos decorrentes da hospitalização na UTI.

Intuindo que, inicialmente os familiares, membros do GP, podem sentir-se sem esperança e sem credibilidade na situação que vive, deduz-se que com o acolhimento e as informações sobre a saúde de seu familiar internado, a equipe de saúde pode atender às suas necessidades, pois o atendimento humanizado à família implica em:

[...] compreender o processo vivenciado quando um dos seus membros é internado na UTI, para que assim a equipe interdisciplinar tenha condições de reconhecer a condição destes familiares e as suas necessidades (ALMEIDA; VELOSO; BLAYA apud Knobel, 2006, p.42).

4.2.5 Subindo Degraus no viver com familiar internado em UTI – Estudo Transversal

A categoria “Subindo Degraus no viver com familiar internado em UTI” é formada pelos temas *Aprendizagem* (Entendimento e Aprendizado - 2) que surgiu nos lugares poço e labirinto, e o tema *Enfrentamento da realidade* (Enfrentamento, Enfrentamento da realidade e Realidade - 5) que surgiu nos lugares labirinto, gruta, caminho e estrada.

O Enfrentamento da realidade/labirinto- gruta- caminho- estrada nos mostra que com o acolhimento/ gruta o GP imagina como um lugar “*Onde é mais profundo. Vejo muitas coisas que não queria ver*”; e que com a internação de seu familiar em uma UTI é “*Um caminho para percorrer. É o roteiro da nossa vida. O que temos para percorrer para chegar a algum lugar*”. “*Procurando uma saída para entender*” através da reflexão desse momento com as informações

sobre o estado de saúde de seu ente querido. No relato do GP através da reflexão e desse enfrentamento da realidade que estão passando, eles conseguem “ter” um aprendizado de tudo isso. Nesta categoria utilizamos o estudo transversal por ser o que melhor se adequa, pois esses temas são complementares. Nos lugares que os temas surgiram, o GP sentiu estar passando por uma situação complexa que não queriam estar vivendo. Entretanto, tais situações podem ocorrer e ele tem de seguir por onde a vida os leva. Assim como conta o poeta Martinho da Villa “deixa a vida me levar...”

Knobel (1997) ressalta que a situação de crise vivida pelos familiares dos hospitalizados na UTI podem ser observadas no cotidiano de vida. Assim, essas pessoas necessitam ser cuidadas pela equipe de enfermagem para melhor administrarem esse momento.

O próprio nome da categoria sugere que ao enfrentarmos a realidade de se ter um familiar internado em uma UTI, é mais uma etapa vivida pelos familiares que tem nesta internação um sentimento de angústia e medo. Tal sentimento deixa vestígios, diariamente, nos corredores dos hospitais e nos rostos de quem acompanha o cliente internado (KÜBLER–ROSS, 1989). Assim, conseguem aprender com esses momentos e “subir o próximo degrau”, ir para próxima etapa a ser vivenciada, pois o GP coloca que esse momento por mais que ele não queira vivenciar é um caminho que se tem de percorrer, que já está definido e escrito nos “roteiros de nossas vidas”, já que temos que percorrer para chegar em algum lugar.

Sobre esses sentimentos lembra-se que Kübler–Ross (1989, p. 29) diz: “todos nós sentimos necessidade de fugir a esta situação, contudo cada um de nós, mais cedo ou mais tarde deveremos encará-la”; o que fundamenta o surgimento das necessidades e dos resultados positivos das situações de nossas vidas ao enfrentarmos nossa realidade.

Sendo assim, é importante que o profissional de saúde dispense atenção aos familiares, com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova experiência. O atendimento de enfermagem pode atender às necessidades dos clientes e de seus familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar e a enfrentar a doença, o tratamento e as conseqüências que essa nova situação impõe à vida em família.

Segundo Maruiti e Galdeano (2007, p.38) “o enfermeiro deve atuar, também, no sentido de reforçar os mecanismos de enfrentamento desses familiares, com o objetivo de fornecer apoio emocional e mobilizar sentimentos positivos”.

Cada família e seus membros têm seu modo peculiar de enfrentar as barreiras e dificuldades, com mais facilidade ou não. Por isso reforçam Weirich, Tavares e Silva (2004, p.177): “vemos, portanto a força e a importância da família, e sua capacidade para lidar com as dificuldades de forma a produzir um ambiente melhor para cada indivíduo que a compõe, diminuindo o impacto que a vida exprime a cada um de seus membros”.

4.2.6 Caminhos da Sobrevivência de uma internação de um familiar em UTI – Estudo Transversal

A categoria Caminhos de Sobrevivência de uma internação de um familiar em UTI é composta pelos temas *Meios alternativos* (Guia, Várias alternativas, Escolhas adequadas e Alternativas - 4) surgidos nas categorias teóricas labirinto, caminho e estrada; a *Sobrevivência* (Roteiro da vida, Sobrevivência e Vivência - 3) surgiu nos lugares caminho e estrada; *Refúgio* (Lugar sigiloso, Refúgio e Fuga - 4), em poço e gruta.

O acolhimento/ poço- gruta como “*Lugar estratégico para refúgio, onde às vezes me escondo e jogo, depositamos os nossos problemas pessoais*” nos permite uma visualização do imaginário do GP que através do acolhimento que recebe ele se refugia alguns momentos, quando preciso e que com isso pode pensar melhor e resolver seus problemas pessoais. Grupo Pesquisador.

Especificamente nessa categoria nota-se que seus temas se interligam com os lugares onde surgiram, uns justificando a presença do outro. O GP relatou que mesmo nessa situação complexa as informações recebidas: “*São vários caminhos para seguir, caminho alternativo: devemos escolher o que mais nos agrada*”...*trilhado por nós em busca dos nossos objetivos de vida nos traz experiência de vida ao percorremos seus quilômetros, grande estrada*”, buscando sobreviver desse impacto que é a internação de um dos seus familiares. Grupo Pesquisador.

Percebe-se, que mesmo na situação complexa da internação em UTI, para o GP, as informações sobre a saúde são meios, caminhos que podem escolher durante esse processo. . O acolhimento representa um refúgio para eles. Pois quando se sentem acolhidos podem falar de

sua experiência de vida, dos problemas que lhe preocupa e ainda buscar alternativas para resolvê-los. Tal percepção encontra apoio em Maruiti; Galdeano (2007) e Guanaes; Souza (2003) ao afirmarem que, a ação educativa e as orientações do enfermeiro podem diminuir o desconforto e a ansiedade dos familiares.

Ressalta-se que o acolhimento as informações sobre saúde e terapêutica do cliente devem ser esclarecidos para os familiares, inclusive quantos aos riscos da internação na UTI. Isso porque desde o aparecimento da enfermidade, até o diagnóstico, ocorrem crises e desajustes nos visitantes. Portanto, as pessoas precisam sentir-se apoiadas e seguras, esclarecidas em suas dúvidas, confiando que seu familiar está sendo bem tratado nesse ambiente que parece tão hostil.

Durante o trilhar desses caminhos da sobrevivência os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação; a princípio muitos deles não podem acreditar que seja verdade. De acordo com Kübler–Ross (1989, p.174) “pode ser que neguem o fato de que haja tal doença na família ou “comecem a andar” de médico em médico na vã esperança de ouvir que houve erro no diagnóstico.

A mesma autora coloca que não entende por ajuda apenas conselhos profissionais de qualquer espécie; aliás, muitos não precisam, nem suportam isso. Mas necessitam de um ser humano, de um amigo, médico, enfermeira, capelão, pouco importa.

O enfermeiro deve estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família, para comunicar-se de forma adequada, a fim de incentivar e motivar os seus membros a esclarecer suas dúvidas, de forma a satisfazer sua necessidade de informação. Desse modo, diminui-se a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos, tentando garantir a integridade familiar e sua sobrevivência, tendo a imagem de um porto seguro, um refúgio de acolhimento e informações precisas e claras.

4.3 Resultados da Produção de dados através da Técnica de Corte e Colagem

É recomendável a utilização de mais de uma técnica de pesquisa, quando se trabalha com o método sociopoético, pois segundo Gauthier resultados diferentes podem surgir, em resposta a

um mesmo tema de pesquisa de acordo com a dependência da técnica utilizada. O autor desse método convida o leitor para verificar:

[...] como, ao instituir-se como grupo pesquisador, o grupo popular ator da pesquisa institui-se como intelectual coletivo, pensador, filósofo. Acreditamos sim realizar o velho sonho revolucionário do povo tornar-se ator e criador no pensamento filosófico e científico. É só uma questão de método, de dispositivo (GAUTHIER, 2005, p. 257).

Como anunciado no início desta seção, foi aplicada a Técnica de Corte e Colagem, com a intenção de ilustrar o imaginário de cada membro do GP em relação ao tema pesquisado neste trabalho. Através dela reúnem-se palavras ou frases em figuras que têm importância para a pessoa que a realiza.

Para sua implementação foi introduzida a seguinte questão norteadora baseada na questão da técnica de VLG: como você vê o acolhimento e as informações sobre saúde dos seus familiares internados em UTI dessa instituição (o campo da pesquisa)? Foram disponibilizados revistas, jornais, cola, canetas de várias cores e folha de papel ofício para que cada pessoa ilustrasse uma figura e descrever o significado dela. Cumpriu-se, assim, o princípio filosófico da sociopoética referente a privilegiar, na produção de dados, a utilização de práticas artísticas.

Descrevem-se aqui os dados produzidos pelos familiares de clientes internados em UTI acerca do tema orientador da pesquisa, ilustrados por este grupo.



Temos que fé na vida colocar
 dentro do nosso coração. Que Jesus
 existe, para ~~podermos~~ podermos.
 Viver com saúde e confiança
 nos outros.

Ilustração 1 – Religiosidade e Confiança

De acordo com as figuras criadas pelos membros do GP e seu relato sobre elas, observa-se que essas pessoas encontram *apoio na religião* para poder ter vida, saúde e confiança. As figuras traduzem a fé como base deles para superar o momento vivido, ou seja, o de um familiar hospitalizado e em risco de morte. Por ocasião da contra-análise destes resultados os co-pesquisadores relataram sentir falta de um espaço religioso no hospital, ou seja, de uma capela ecumênica, para que eles pudessem ter um acesso concreto ao apoio religioso que o mesmo sente estar recebendo. Com o acolhimento e as informações que está recebendo dos profissionais de saúde da UTI o GP tem *confiança* nos mesmos em cuidar de seu familiar.



Tentamos elaborar estratégias que possam livrar muitos que estão entre a vida e a morte e que unidos possam lutar nessa grande guerra.

Ilustração 2- Estratégias de guerra na fronteira vida/ morte

O Grupo Pesquisador já percebe que tanto o acolhimento quanto as informações que recebe sobre seu familiar internado na UTI, são *estratégias para que ele possa lidar com a situação atual* e para a recuperação do seu familiar através da *união dele com a equipe de saúde deste setor e entre eles familiares dos clientes internados*.

A frase “*entre a vida e a morte*” nos mostra que este familiar enxerga a UTI como um setor que lida com os dois hemisférios, os dois pólos dos seres humanos, a vida e a morte, confirmando a tese de Lopes (1972) sobre a característica do ambiente da UTI, visto como um dos mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital.

No momento da internação de um familiar, os membros da família geram uma grande expectativa em relação à equipe de saúde, pois esperam que os profissionais solucionem seus problemas e tragam-lhes benefícios para alterar a situação. Demandam, enfim, ações efetivas capazes de satisfazê-los.



- ① Esperança de vida!
- ② A dúvida sobre o estado de saúde do seu familiar!
- ③ Dizer a verdade, sem mentiras e não amarrar a verdade. Petrarca a máscaras.
- ④ O caminho certo a seguir!

Ilustração 3- Esperança no caminho a seguir

Neste relato foi utilizado um outro modo para explicar o que as figuras expressam, numerando e escrevendo sobre cada uma delas. Na primeira, ele viu no pássaro uma *esperança* de vida para seu familiar internado na UTI; na segunda, relatou a *insatisfação quanto às informações sobre a saúde de seu familiar internado*, pois para ele essa situação e o setor são desconhecidos e as informações que tem não suprem suas dúvidas e necessidades; na terceira figura, ele pediu que as *informações fossem claras e verdadeiras*, de acordo com a realidade da saúde do seu familiar; e, por fim, na quarta ilustração, solicitou que a instituição utilizasse os relatos como um *guia a ser seguido*.

Os membros da família de um cliente em estado crítico de saúde tem a necessidade de ter informações precisas, isto é, de saber o que está de fato acontecendo com o seu familiar hospitalizado.



1º Que mesmo seja /alguem em uma situação ruim, não tem a mesma importância de uma preciosa pérola.

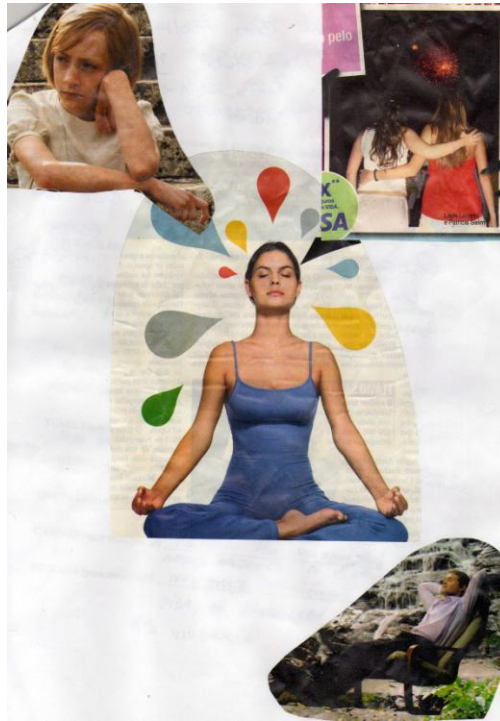
2º Paz, prosperidade, saúde.

3º Que sempre temos que ser solidário à uma pessoa, independente se ela seja de sua família, conhecida ou não.

4º Mesmo que em sua vida esteja planejando tudo errado, e se cada vez mais acha que piora, nunca desista dos seus sonhos, objetivos.

Ilustração 4- Solidariedade humana

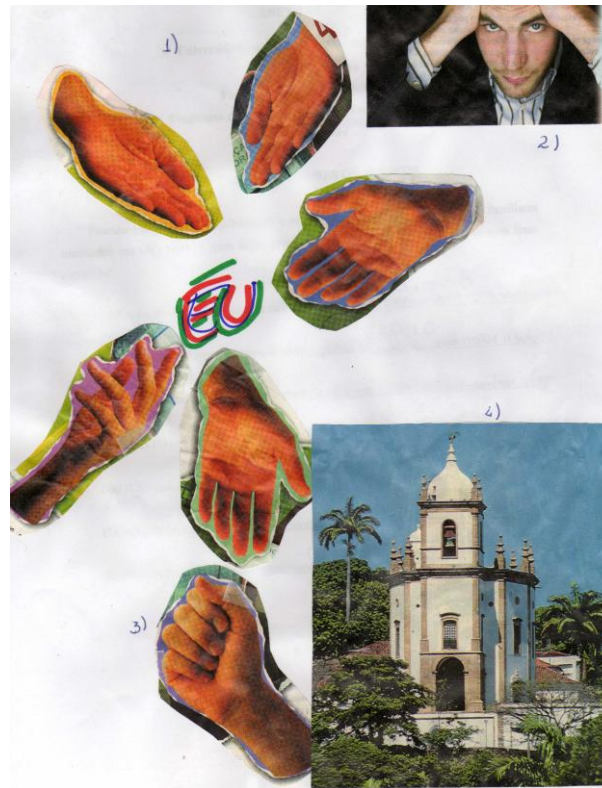
Ao escolher esta primeira figura, o GP quis demonstrar o quanto *o seu familiar é importante para ele*; sendo assim, *o acolhimento e as informações sobre o estado de saúde de seu familiar também são importantes e se tornam-se* o suporte para enfrentar tal situação. A segunda figura reflete *os sentimentos do Grupo quando esses fatores lhe são fornecidos*, e, por meio das oficinas, os membros podem ajudar uns aos outros, formando uma corrente de *solidariedade* entre eles e a equipe de saúde da UTI, nunca desistindo da recuperação e da saúde do seu familiar internado, sendo *persistente*, como ilustrado na terceira e quarta figuras.



Quando somos bem acolhidos pelos
 profissionais de saúde dentro da
 UCI, ficamos mais relaxados em
 relação ao tratamento do nosso
 familiar.
 Isto diminui muito as preocupações
 e nos faz refletir que um
 bom relacionamento com estes
 profissionais é de suma importân-
 cia tanto para os familiares
 quanto para o paciente.

Ilustração 5- Relaxamento através do acolhimento

Neste relato, o GP deixou transparecer que o bom acolhimento oferecido pela instituição é a base para o *relacionamento* entre ele e a equipe de saúde e é de suma *importância para ele e para seu familiar*.



- 1) Obediência e conhecimentos, ao mesmo tempo o fundamento em um povo seguir "todas as mãos"
- 2) A tranquilidade ajudará a trazer segurança nos atos
- 3) uma mão só não faz o poder e a união traz a força
- 4) A fé e a força divina não grande ajuda, porque que a ciência não explica é uma dádiva de Deus.

Ilustração 6- Religiosidade e Ciência

Neste dado produzido, o GP utilizou a primeira e a terceira figura para indicar a *solidariedade e a união* existente entre os familiares de clientes internados em UTI, pois através do *compartilhar informações que ele recebe do seu familiar internado*, ele ajudaria os outros a entender melhor essa situação.

E que *ao receber essas informações sobre saúde ele estaria mais tranquilo*, mas seguro para enfrentar o mundo fora da instituição, como está relacionado na segunda figura, além do *apoio religioso* (quarta figura). A expectativa dos familiares de receber boas notícias é sempre muito grande, no entanto, o profissional deve ter o compromisso ético de fornecer informações verdadeiras, sejam elas boas ou más.

Podemos notar que novamente surgiu a questão religiosa como um apoio para enfrentar essa situação que vivenciam.

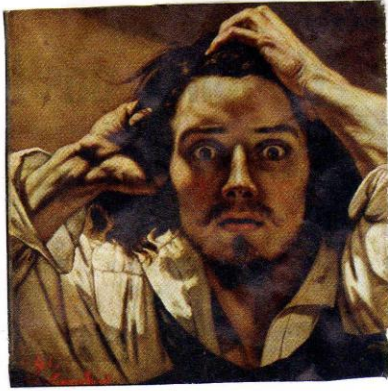


A INTERNAÇÃO DO MEU FAMILIAR FOI UMA
DESTRUIÇÃO NA MINHA VIDA, FIQUEI
SEM CHÃO, TUDO ACABOU.

MAIS CONSEGUI SAIR DISSO COM A AJUDA
DE VOCÊS QUE ME APOIARAM. AGORA
SOMOS UMA FAMÍLIA. Obrigada!

Ilustração 7- Apoio da equipe de saúde

Com estas figuras e este relato, o membro do GP expressou sua *insegurança* no momento da internação, pois ele nunca tinha vivido tal situação, mas, devido ao acolhimento e às informações recebidas pela equipe de saúde sobre o familiar internado, sentiu-se mais *seguro* e mais apoiado para viver esse momento e acabou criando vínculo com a equipe.



Ao entrar no ETI. ~~se~~ vejo o meu ^{ante} querido
 me sinto em pânico, assustado, sem saber
 o que fazer, aí me desespero.



neste momento neessito de mãos acolhe-
 doras.

Ilustração 8- Mãos acolhedoras

Podemos verificar com este relato e as figuras selecionadas a *insegurança* que está sentindo com a internação do cliente na UTI, pois era uma internação recente, e que o familiar *necessitava de ajuda, apoio e o acolhimento da equipe de saúde* para superar esse sentimento e enfrentar esse momento.



“Queria saber o que houve na cirurgia, não tive informação era uma operação simples”.

Ilustração 9- Aflição com a internação

Nestas figuras o GP demonstra a *insatisfação com as notícias sobre a saúde de seu familiar operado e internado na UTI*, pois as informações não saciaram sua necessidade e não elucidaram as dúvidas existentes (primeira figura); logo, *sentia-se aflito* por ter de continuar sua vida e deixar a UTI sem informações precisas (segunda figura). Apesar disso, tinha *esperança e certeza* de que a recuperação de seu familiar seria excelente e tudo voltaria ao normal.



Anxiedade, Solidão! Medo

Ilustração 10- Futuro pós-internação

Estas figuras nos mostram uma mistura de *sentimentos que acomete o GP* nesse momento, pois na primeira figura ele vê seu futuro com o familiar que está internado, ambos gozando de uma saúde plena, com a *esperança* que isso irá se realizar. Mas na segunda ele demonstra *angústia e medo* com essa situação. Portanto podemos notar que o mesmo está confuso em relação seus sentimentos, pois em alguns momentos imagina o futuro com seu familiar internado e logo em seguida relata da angústia, do que sente com a internação desse familiar. Em sua contra-análise o mesmo acrescentou que se sente sozinho, *que não se sente bem acolhido* pela equipe de saúde da UTI.

Após os diversos relatos e discussões fundamentadas teoricamente, reunimos todos os temas apresentados na técnica de corte e colagem no quadro 4.

Quadro 4 – Apuração dos temas representativos da produção de dados do GP na técnica de Corte e Colagem. Rio de Janeiro, UTI, agosto de 2008.

Temas e Código do GP	01R	02J	03P	04C	05R	06N	07E	08MR	09RJ	10IR
União de todos		x				x				
Insatisfação com o acolhimento e as informações recebidas			x						x	x
Sentimentos vivenciados pelos familiares				x						x
Estratégias de enfrentamento	x	x	x			x				
Bem acolhido					x					
Insegurança							x			
Esperança			x						x	x
Angústia										x
Aflição									x	
Solidariedade				x		x				
Persistência				x						
Necessidade do acolhimento da equipe								x		
Medo										x
Relaxado					x					
Tranquilidade com as informações						x				
Segurança com o acolhimento e as informações recebidas							x			
Compartilhamento de informações claras e verdadeiras			x			x				
Importância de bom acolhimento e informações recebidas				x	x					
Confiança	x									

Apuração dos temas representativos da produção de dados do GP na técnica de Corte e Colagem. Rio de Janeiro, UTI, agosto de 2008.

Através da apuração dos dados desta técnica, podemos perceber que os familiares apresentaram em maior quantidade relatos, temas que evidenciam seus sentimentos vividos durante essa internação, e que eles utilizam estratégias de enfrentamento para vivenciar esse momento, e que entre essas estratégias refugiam-se na religião.

Sendo o GP formado por pessoas com seus próprios valores e culturas, os dados produzidos além de serem em algum momento iguais, acabam, também, por serem diferentes em outros aspectos.

Em grande parte dos relatos as pessoas demonstram seus sentimentos diante da internação de seu familiar em uma unidade de terapia intensiva, tendo de enfrentar essa situação a qual lhes promoverá um crescimento.

Diante de tudo o que foi exposto nessa dinâmica dividimos os temas surgidos nos relatos, nas seguintes categorias:

4.3.1 Sentimentos negativos na internação de um familiar em UTI.

Essa categoria é composta pelos sentimentos negativos vivenciados pelos familiares durante a internação de seu ente querido na UTI, são eles: insegurança, angústia, aflição, medo, insatisfação com o acolhimento e informações recebidas.

No momento da internação o cliente não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização, segundo Maruti e Galdeano (2007). Os familiares e outras pessoas envolvidas diretamente com ele compartilham a angústia, o medo e o sofrimento desse momento. A família se preocupa com o ser hospitalizado e vivencia o medo e a insegurança, muitas vezes resultado da incerteza em relação à conduta e ao tratamento da equipe de saúde.

Merhy (1994) afirma que “criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com o sofrimento daquele outro. É sentir-se responsável pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção”. Enquanto Angelo e Bousso (2001) asseveram que os profissionais devem usar seus conhecimentos sobre cada família, para junto delas, pensar e implementar a melhor assistência possível.

Muitas vezes ao entrarem na UTI os visitantes se deparam com o cliente usando drenos, tubos, vários equipamentos com os quais a equipe dessa unidade está acostumada. Porém, para os que a visitam essa unidade pode ser assustadora.

Almeida; Veloso; Blaya (2006 apud Knobel 2006, p.42) concordam que os familiares são afetados na hospitalização de seu ente querido, pois eles sentem: incerteza da condição futura do cliente, perda do controle emocional, medo da perda, entre outros.

Acredita-se que, submeter-se a circunstância de ter um ente querido na UTI, seja natural que os familiares, dentre outros sentimentos, tenham elevada ansiedade por informação. A comunicação deve ser feita de modo claro e com a utilização de termos que lhes sejam compreensíveis, pois a utilização de expressões técnicas ou da terminologia médica pode impedir que o significado e a intenção de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente, o que pode gerar conflitos e sensações de “abandono” no cuidado do cliente e dos próprios familiares (CURTIS et al., 2005; STAPLETON; ENGELBERG; WENRICH, 2006).

Desse modo, confirma-se a dificuldade de comunicação entre a equipe de saúde e os familiares:

[...] está relacionada especialmente com fatores como diferenças entre as concepções dos envolvidos, ou pouco tempo de contato entre as pessoas (ALMEIDA; VELOSO; BLAYA 2006 apud Knobel 2006, p. 40)

O contato com a equipe de saúde de forma clara, com informações acessíveis e ponderadas, diminui a angústia sentida por essas pessoas quando um membro de sua família está hospitalizado, pois no estudo de Lourenço (2004); Gotardo, C.A.; Gotardo, G.I.B. (2005) eles anseiam por alguma informação sobre a saúde de seu familiar, revelando assim que precisam de acolhimento, calor humano e afeto por parte dos profissionais de saúde.

4.3.2 Sentimentos positivos na internação de um familiar em UTI.

A segunda categoria que surgiu nessa técnica é composta pelos sentimentos positivos vivenciados pelos familiares, são eles: esperança, relaxamento e tranquilidade com as

informações recebidas, segurança com o acolhimento e informações recebidas, confiança, boa acolhida e persistência.

O cliente e a sua família precisam ser acolhidos e compreendidos a partir da sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos, isto significa tornar a permanência do hospitalizado na UTI o menos traumática possível, já que o hospital por si só, muitas vezes, representa dor, sofrimento e perdas. Observa-se nestes depoimentos do GP a preocupação e a necessidade de ter uma garantia de que seu ente querido está sendo bem tratado na UTI (BACKES ET AL., 2005; ORLANDO, 2001).

Dentro dessa política de acolhimento o papel do enfermeiro e dos familiares dos clientes, de acordo com Ângelo e Bousso (2001) e Camelo et al. (2000) implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais e outros, apresentando apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que apóiem a integridade familiar. O profissional deve saber administrar a situação, apresentando comportamentos de acolhida, verbais e não verbais. O familiar deve demonstrar disponibilidade interna e envolvimento durante o relacionamento, participando da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de seus desejos e necessidades.

Segundo Frascaoli et al. (2003):

[...] investir na relação de acolhimento no processo de trabalho favorece a verbalização dos anseios, expectativas e dificuldades inerentes a uma vivência, que muitas vezes lhe é nova, possibilitando uma intervenção consoante com a singularidade e cotidiano de cada uma.

4.3.3 Transcendendo a realidade da internação de um familiar em UTI

A terceira categoria é composta pelas atitudes que o GP toma para superar, enfrentar a internação do cliente. São elas: união de todos, estratégias de enfrentamento, solidariedade, compartilhamento de informações claras e verdadeiras, apoio religioso.

Esse último emergiu mais de uma vez durante a técnica de corte e colagem. Tal achado é coerente com o pensamento de Lourenço (2004) sobre o familiar (visitante) referir que necessita ter confiança em Deus, além de desejar um acolhimento afetuoso. Em estudo realizado por Wall e

col. (2007) com familiares de pacientes em situação de terminalidade na UTI, o grau de satisfação com o cuidado geral dessas pessoas foi altamente correlacionado à satisfação com o cuidado espiritual. Em um depoimento no estudo de Soares (2007) sobre família de clientes em situação de terminalidade internados em UTI, Nelson (2005):

A nossa (dos intensivistas) habilidade de atender as necessidades espirituais e religiosas na UTI não significa a fusão das funções de um representante religioso com as de um médico. Na verdade, ela requer uma capacidade de reflexão e atenção dos nossos próprios valores, sentimentos e crenças sobre como nós nos esforçamos para encontrar algum significado para o sofrimento que presenciamos.

Além do apoio religioso o GP diz ser importante o relacionamento dele com a equipe enquanto Nascimento (2000) sintetiza que o ambiente da UTI tornar-se-á pessoal para o doente e seus familiares quando a equipe colocar o diálogo aberto para ambos, quando houver interação entre eles, assim humanizando a assistência e dando oportunidade para que surjam relações e expressões tanto subjetivas quanto objetivas. Os relatos reforçam que com o acolhimento e as informações recebidas dos profissionais de saúde da UTI, o GP passa a ter confiança nos seus cuidados aos familiares internados.

Merhy (1994) diz que “criar vínculos é permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente...”

As orientações juntamente com o acolhimento dado pelo enfermeiro podem diminuir o desconforto e a ansiedade dos familiares. Essa ação não deve restringir-se a informar o paciente e a sua família quanto à natureza e as causas da doença, bem como os riscos relacionados à terapêutica e o cuidado familiar.

Trata-se de sair do seu próprio círculo e entrar no mundo do outro enquanto sujeito, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar junto com ele, neste sentido, solidarizar-se é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro (BOFF, 1999).

Outro ponto a ser discutido nessa categoria foi à frase “entre a vida e a morte”. Esta frase nos mostra que esse familiar enxerga a UTI como um setor agressivo. Enquanto Lopes (1972) afirma que os profissionais de enfermagem atuantes nessa área são pessoas com o nível de ansiedade e de estresse altos devido à gravidade dos clientes. Ele descreve a vida e a morte, uma grande guerra que precisa ser enfrentada por todos através da união entre eles e a equipe que cuida do familiar internado.

A família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, promovendo conforto para que o cliente possa restaurar sua confiança e, assim, investir na sua recuperação. O que também possibilitaria a interação com a equipe de enfermagem e multidisciplinar para o cuidar tanto do cliente como de sua família (NEMAN, 2003). Pois, segundo ANGELO, BOUSSO (2001), um aspecto importante no cuidado com as famílias é estabelecer uma comunicação clara, falar com calma, mas de maneira segura e oferecer conforto.

Segundo Weirich, Tavares e Silva (2004), trabalhar em família não é tarefa fácil, exige do enfermeiro uma análise acurada do contexto socioeconômico e cultural no qual a família está inserida. É preciso conhecer a realidade da família e desvendar o entendimento dela para que o conhecimento se funda à prática, de forma a superar os limites e as possibilidades para a concretização das propostas. Criar vínculos implica ter relações próximas.

4.3.4 As necessidades dos familiares de clientes internado em UTI.

A quarta categoria é composta pelos temas necessidade do acolhimento da equipe e importância de bom acolhimento e informações recebidas.

De acordo com Almeida, Veloso, Blaya (2006 apud Knobel 2006, p.43) as principais categorias de necessidades dos familiares são: informação/ orientação e segurança; a equipe de saúde tem de reconhecer que a necessidade universal de ajuda é identificada como a mais importante para as famílias, seguida da necessidade de informação adequada e da sensação de que a equipe está preocupada com o cliente. Sendo assim os profissionais de saúde que desenvolvem suas atividades em uma UTI não devem somente focalizar suas atividades em procedimentos técnicos, mas sim refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com os familiares, tendo assim uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ ou precisam de ajuda para proporcionar uma melhora fundamental na assistência.

De acordo com Takahasi (1999) e Santos (2004) o profissional deve ter habilidade e sensibilidade para perceber a capacidade do cliente e de seus familiares de compreender as informações de enfrentar a situação vivenciada, uma vez que a comunicação de uma verdade, de

forma inadequada, por um profissional despreparado, pode ser tão prejudicial como ocultá-la. Embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferentes, elas estão interligadas. A família é o agente propulsor de sua própria saúde, visto que a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros (ELSEN; PATRÍCIO 1986).

Weirich, Tavares e Silva (2004), em relação à importância da família e seus membros dizem que temos de ver a força e a importância da família e sua capacidade para lidar com as dificuldades de forma a produzir um ambiente melhor para cada indivíduo que a compõe, diminuindo o impacto que a vida, exprime a cada um de seus membros.

Em sua obra intitulada “Construindo relação de Ajuda” Miranda e Miranda (1991) citam o Modelo de Ajuda criado por Carchuff e Berenson, que tem como objetivo buscar uma operacionalização das habilidades interpessoais, compartilhar as habilidades de ajuda com maior número de pessoas (aqueles que normalmente exercem influência marcante na vida dos outros), em foram chamados de ajudadores; e ao grupo de pessoas que de forma ou de outra recebem influência ou com eles interagem, de ajudados. No final desse processo de ajuda o ajudado torna-se seu próprio ajudador.

4.4 Resultados obtidos com a aplicação do Questionário

Nos dados produzidos através do questionário (APÊNDICE B) encontramos três tipos de temas: reflexões quanto normas institucionais, sentimentos frente ao acolhimento e sentimentos frente às informações sobre a saúde dos familiares internados na UTI.

4.4.1 Reflexões quanto às normas institucionais

Neste tema os familiares relataram que necessitam de pelo menos duas horas de visita, sendo que este horário também seja flexível para aqueles que trabalham e não podem realizar a visita em um horário fixo.

Segundo Camignotto (1972) a tecnologia racionalizada e a normatização dos serviços de saúde foram medidas essenciais no processo de sofisticação da medicina relacionado com o agravamento da crise econômica, mas trouxeram consigo a desumanização. A família, extensão do cliente, com quem ele contava nos vários momentos de sua vida, é afastada do seu convívio, por imposição de rotinas do serviço, geralmente rígidas. Para Nascimento (2004), a situação da internação se torna ainda mais difícil quando o familiar depara com um serviço em que as rotinas de visita são impostas, com horários rígidos, tempo de visita muito curto e número restrito de visitantes por pessoas hospitalizadas.

A ênfase crescente na família tem resultado na modificação da maneira como ela é percebida no contexto da saúde, pois está ultrapassando, sobretudo, as definições utilitárias que lhe era atribuída, quando era vista exclusivamente como um bem para o cliente, e sua presença era considerada e, às vezes, tolerada em especial nos ambientes de assistência à saúde, levando-se em conta seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente (ANGELO, 1999).

A família tem ansiedade quase sempre presente devido à gravidade do estado e o risco que representa um cliente de UTI. Uma forma de amenizá-la é permitir sua presença junto ao cliente, prestando-lhe algum cuidado, ou simplesmente permanecendo junto. Assim mesmo com o avanço técnico-científico e domínio dos recursos tecnológicos, Avelino (1999) afirma que “a equipe de saúde carece muitas vezes de visão integral do cliente, bem como da família, para conferir maior abrangência à assistência prestada”.

Então, quando alguns estudos alertam sobre o cuidar tanto do cliente quanto da família, pois a mesma auxilia na recuperação do cliente, concordamos com Elsen e Patrício (1986) ao considerarem que “a família é o agente propulsor de sua própria saúde, visto que a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades de saúde”. Desse modo,

vemos que para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo indivíduo adoecido, também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais.

É preciso “quebrar” o rótulo de que, no hospital somente os profissionais da saúde devem cuidar do cliente, pois o familiar pode auxiliar no cuidado hospitalar, o que não significa realizar cuidados específicos, mas solicitar, observar e acompanhar a execução desses cuidados, visando o aprendizado e ao bem-estar do seu ente querido. Para isso as instituições hospitalares devem rever algumas de suas normas, visando um contato maior dos familiares com os clientes internados e não somente no horário de visita já demarcado.

4.4.2 Sentimentos frente ao acolhimento

No segundo tema encontrado destaca-se no relato do GP, que em relação ao acolhimento recebido ele tem a necessidade de ser acolhido da melhor maneira possível, de modo amigável, com conforto, carinho e atenção. O acolhimento deve ser pautado na educação e em orientações, pois ele passa por um momento particular relacionado aos sentimentos vivenciados.

Cada vez mais os hospitais buscam novos recursos, na tentativa de satisfazer o cliente/paciente e as relações, por sua vez com a família (cada vez mais frágil). Então, ultimamente vem se aprimorando o aspecto humanitário da medicina que é praticada dentro do CTI, fornecendo apoio ao cliente como um todo e também aos seus familiares.

A família como parte do cuidado de enfermagem é algo inquestionável, pois vivendo momentos difíceis que demandam dela ações, sentimentos e pensamentos, às vezes, heróicos, porque ultrapassam em muito suas possibilidades conhecidas. Portanto, necessita de um enfermeiro capaz, que lhe ajude a olhar esses momentos como possibilidades de crescer e de superar-se naquelas habilidades e virtudes humanas que lhes faltam. Para a equipe de enfermagem assistir a família precisa conhecer como ela cuida do cliente, identificar suas dificuldades e suas forças a fim de desenvolver e utilizar uma metodologia de trabalho específica. Neste caso, a assistência possui características próprias, pois ao cuidar da família o enfermeiro precisa estar atento ao universo das relações familiares e à sua interação global (ELSEN, 1999).

Os componentes do GP relataram quem têm a melhor expectativa possível sobre o relacionamento com os profissionais de saúde da UTI. Eles esperam construir uma relação de ajuda tanto para eles quanto para seus familiares internados a partir do compartilhamento de informações entre ambos.

Por outro lado, existe a necessidade de a equipe de enfermagem fortalecer as relações com sentimentos, valores, crença e limitações, para compreender suas ações em relação às pessoas que estão sob seu cuidado, não só o cliente, mas seus acompanhantes, que também requerem atenção e cuidado. E é o enfermeiro o responsável por suprir todas estas necessidades de sua equipe e as da família (LEITE; NUNES; BELTRAME, 2005).

Assim sendo, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, promovendo conforto para que o cliente possa restaurar sua confiança e, assim, investir na sua recuperação. Tal compreensão possibilitaria a interação com as equipes de enfermagem e multidisciplinar tendo em vista a qualificação do cuidado (NEMAN, 2003).

4.4.3 Sentimentos frente às informações sobre a saúde dos familiares internados na UTI

Releva-se, nas respostas dos sujeitos da pesquisa, uma preferência em receber informações do estado de saúde de seus familiares internados em uma sala de espera na UTI, mas dois componentes do GP relataram a necessidade de se ter uma sala específica para que somente a família de um cliente fique, sem ter contato com os familiares de outras famílias. Na informação sobre o estado de saúde de seu familiar internado, eles gostariam de saber sobre a melhor forma de auxiliá-lo na sua recuperação, com o tratamento e conhecer objetivos do tratamento, e também seria importante receber informações sobre os cuidados necessários para que não adoeçam também.

Um estudo realizado por Echer et al. (1996), cujo objetivo era saber os aspectos significativos a serem considerados na orientação da família, apontou como resultado a vontade de os familiares obterem informações mais precisas sobre a saúde dos clientes internados em

UTI, comprovando que eles precisam receber esse tipo de informação como necessidade a ser suprida.

Na pesquisa de Gotardo, C.A.; Gotardo, G.I.B. (2005), que tinha como objeto de estudo o cuidado dispensado aos familiares dos pacientes de UTI, os entrevistados demonstraram insatisfação quanto ao horário de visita, requisitaram melhor comunicação e apontaram a necessidade de humanizar a assistência e privilegiar novos modelos de cuidar os quais valorizem o processo de comunicação.

O contato com a equipe de forma clara, com informações acessíveis e ponderadas, diminui muita a angústia que os familiares quando um deles está internado, pois a internação modifica as atividades do cotidiano, afeta a dinâmica da rotina da família, devido ao fato desta estar envolvida em uma situação de sofrimento e incerteza ao contrário da rotina. Os membros mais próximos é de grande valia para a equipe e o paciente, pois auxilia no planejamento da assistência a ser prestada, pelas informações oferecidas, pois além de dar apoio ao cliente, eles podem oferecer as informações necessárias para um melhor cuidado, pois decodifica os gostos, manias e expressões dos clientes; esses dados podem ser essenciais aos cuidados de enfermagem.

Podemos destacar nesses resultados que, ao serem questionados sobre o acolhimento e sobre as informações recebidas, os familiares têm necessidade de estar mais próximo de seu ente querido internado na UTI e precisam estabelecer um relacionamento sólido e positivo com os profissionais de saúde desse setor para receber informações claras e objetivas sobre o estado de saúde do cliente. Ao mesmo tempo, podemos perceber o quanto esse afastamento, essa internação na UTI, deixa-os debilitados e frágeis tanto no aspecto físico quanto no emocional.

A partir disso deve-se ter bem claro a urgência emocional da família que sofre uma crise biológica, ou seja, aquela ligada à própria patologia do cliente e uma crise emocional, que é a repercussão desta situação estressante e assustadora que repercute na rotina familiar de forma negativa.

Assim entendemos que através dessas necessidades devemos repensar no modelo de cuidar que está instituído nas instituições hospitalares, quando os profissionais de saúde mediarem suas ações mantendo uma relação social com a família e o cliente, solidificando um relacionamento terapêutico focalizando que a humaniz-ação do cuidar perpassa pelo compartilhamento de perspectivas no mundo da vida.

4.5 Triangulação dos dados produzidos nas Oficinas Sociopoéticas

Nesta seção descrevemos a triangulação dos dados produzidos nas oficinas sociopoéticas, exceto os dados dos questionários, por ser uma técnica complementar as dinâmicas de sensibilização de Vivências de Lugares Geomíticos e Corte Colagem, que são adequadas ao referencial teórico-metodológico da sociopoética, pois incentivam o imaginário.

Os resultados obtidos permitiram a comparação da técnica de Corte e Colagem com os da Vivência de Lugares Geomíticos, bem como ressaltou a obtenção de outros resultados.

Tabela 1 – Triangulação dos dados produzidos pelo GP nas técnicas Vivências de Lugares Geomíticos e Corte e Colagem segundo os temas delimitados. Rio de Janeiro, 2008.

TEMAS	Vivências de Lugares Geomíticos	Corte e Colagem	Total
Estratégias de Enfrentamento	—	4	4
Enfrentamento da Realidade	4	—	4
Esperança	11	3	14
Insegurança	10	1	11
Segurança	9	1	10
Persistência	1	1	2

A triangulação desses dados destacou 4 temas delimitados em ambas as técnicas demonstrando-se os confetos referentes à Segurança, Insegurança, Persistência e Esperança. Com a triangulação das técnicas utilizadas através dos temas que apareceram nas duas e os temas parecidos em ambas, podemos notar que há semelhanças entre os temas, o que nos possibilita uma análise mais crítica.

Ressalta-se que em uma técnica o GP relata as estratégias para enfrentar a situação que está vivenciando e na outra o enfrentamento propriamente dito. Na técnica de corte e colagem não aparece o tema que apareceu na técnica de vivências de lugares geomíticos e vice e versa. Nota-se que em ambas as técnicas surgiram os temas enfrentamento da realidade e estratégias de enfrentamento, e que os membros do GP utilizam o acolhimento e a informações recebidas sobre a saúde de seu familiar como estratégias para enfrentar o momento da internação, essa realidade que está sendo presenciada por eles, além de utilizarem também a religião.

Os temas esperança, segurança, insegurança e persistência, mesmo que em uma quantidade menor aparecem em ambas as técnicas. Verifica-se que os familiares têm a necessidade de relatar os sentimentos vivenciados por eles mediante a internação de seu familiar na UTI. E que o sentimento de insegurança que é vivido no momento da internação devido às informações não claras e imprecisas é superado pelo sentimento de segurança após o acolhimento e as informações recebidas sobre seu familiar pela equipe de saúde, em quase sua totalidade e que a esperança é o que lhes sustenta para enfrentar esse momento difícil de suas vidas.

Segundo Bowlby (1984), ao enfrentar uma situação estímulo que nos leve a desejar fugir ou retirar-se, é provável que nos descrevemos sentindo medo, assustados, alarmados, ou angustiados. A angústia é em última análise resposta à separação de um objeto protetor. É ilógico ver como causa de angústia somente a ausência de uma figura conhecida e protetora, e sim somado a ela a presença de uma situação desconhecida e ameaçadora.

A todas essas situações que tendem a despertar medo é preciso acrescentar todas as situações potenciais que uma pessoa antevê como desagradáveis ou perigosas que são chamadas de medos imaginários. O medo humano contém elementos racionais e irracionais, conscientes e inconscientes, provindos do pensamento e da imaginação.

4.6 Principais confetos do GP na experimentação dos dados

Nesta pesquisa notamos que com as dinâmicas e técnicas utilizadas, o GP além de expressar a sua dimensão imaginativa em relação à internação de seu familiar em uma UTI, nos concedeu alguns confetos durante esse processo. Ressaltando que confeto segundo Gauthier (2005, p.332) “é a mistura de afeto e de conceito, que surge geralmente de grupos-pesquisadores, no quadro de dispositivos sociopoéticos”.

O primeiro confeto produzido foi “sentir-se inseguro e tornar-se seguro”. Notamos que em ambas as técnicas utilizadas nas oficinas sociopoéticas emergiu esse confeto nas falas dos componentes do grupo pesquisador. Eles colocam que no momento da internação sentem-se inseguros, com medo desse instante desconhecido de suas vidas, ficando sem suas bases prévias

de conhecimentos, situações e emoções. De acordo com Bowlby (1984, p.93) as condições que dão origem ao medo:

[...] mantém relação regular, mas apenas indireta, com o que pode, em verdade, ferir-nos ou prejudicar-nos. O desconhecido é uma importante condição eliciadora de alarme e de fuga. Outras condições importantes são ruídos e os objetos que se ampliam ou que se aproximam com rapidez; a escuridão é outra condição importante. E o isolamento mais uma.

O referido autor também aborda que a angústia se manifesta quando há falta de alguém amado ou, mais comumente, quando acontece separação e/ou perda, gerando, assim, um grande sofrimento. O acolhimento recebido durante a internação, quando os familiares recebem informações sobre a saúde de seu ente querido, funciona como se fosse “fonte para matar a sede”, um abrigo indispensável que os torna seguros para enfrentar os acontecimentos que não de vir.

Outro confeto evidenciado na experimentação de dados foi o enfrentamento da realidade. Esse enfrentamento ocorre a partir da segurança, pois o GP afirma que ao receber as informações sobre saúde de seu familiar, sente-se mais tranquilo para enfrentar essa nova realidade, somado a união entre eles, quanto eles e a equipe de saúde; pois essa experiência é o “roteiro da nossa vida”, “um caminho a percorrer”, que promove um crescimento mental e espiritual em cada um deles; e eles colocam que o poço é “um local onde devemos cair um dia para crescermos com a situação”, pois “são caminhos a serem superados”.

Ao falarem “Vejo muitas coisas que não queria ver”, eles demonstram como é complexa a internação de um familiar na UTI, porém, enfrentando a situação, eles conseguem aprender com essa experiência “onde é mais profundo”. (QUADRO 1).

O último confeto produzido pelo grupo é bem mais pontual se tomarmos como referência o objeto de estudo desta dissertação: o “acolhimento”. Na técnica de Vivências de Lugares Geomíticos eles referem o acolhimento da instituição como um refúgio, um lugar acolhedor através da seguinte fala emergida da categoria temática gruta: “Lugar estratégico para refúgio” e em terra: “onde sou bem recebida”. Os familiares sendo bem acolhidos pela equipe de saúde a relação de confiança transcorre pura, sem interferências, onde eles percebem “sempre uma luz no final” uma luz que se “pode seguir”.

Através desses confetos nota-se que na internação de um familiar na UTI, ocorre uma mistura de sentimentos, e que os familiares necessitam de ajuda, apoio e acolhimento da equipe de saúde para que possam sobreviver e refletir sobre esse processo. Outro ponto que se destacou principalmente com esse último confeto foi que embora esta pesquisa ter sido realizada baseada

no referencial teórico-metodológico sociopoético e utilizado o dispositivo analítico do grupo pesquisador, cada membro desse grupo conceituou em seu imaginário o termo acolhimento de modo diferente.

Percebe-se, portanto, que o conceito de acolhimento se torna próprio, suprindo as reais necessidades (de qualquer âmbito ou esfera) da pessoa, sendo essas englobadas na palavra acolhimento. Durante os momentos das oficinas esta palavra foi citada como refúgio, apoio, confiança, alívio, segurança, lugar sigiloso. Mas o que o GP deixa claro em relação ao termo acolhimento é que ele não se baseia somente em estruturar o ambiente e a recepção aos familiares na UTI. Pois também envolve o relacionamento com a equipe e sentimentos de ambas as partes.

5 FINAL DA CAMINHADA SOCIOPOÉTICA

O referencial teórico-metodológico da sociopoética foi o arcabouço da pesquisa desta dissertação, sendo possível responder ao problema de pesquisa inicialmente proposto e alcançar os objetivos formulados. Através da Vivência de Lugares Geomíticos, os familiares dos clientes internados em UTI expressaram seu imaginário relatando a sua experiência de conviver com um ente querido, em risco de morte, ou seja, praticamente na fronteira vida/ morte. Revela-se também na técnica de corte e colagem as suas expectativas quanto ao seu atendimento/acolhimento na unidade citada.

As categorias “Superando os anseios do viver com um familiar em UTI”, “Refletindo sobre o desconhecido”, “Fontes de superação de dificuldades”, “Subindo Degraus no viver com familiar internado em UTI”, “Caminhos da Sobrevivência da internação de um familiar em UTI” e “Novo Mundo: Necessário Afastamento do meu ente querido” analisadas mediante os estudos sociopoéticos transversal e surreal, revelaram através do primeiro estudo as ligações existentes entre coisas aparentemente diferentes expressas no discurso dos sujeitos de pesquisa; enquanto o segundo estudo revelou a possibilidade de se encontrar em lugares ou situações impensáveis ou inimagináveis as forças necessárias para transcender as dificuldades próprias da existência humana.

Em resposta ao problema formulado, referente às necessidades de acolhimento e informações sobre a saúde dos clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, conclui-se que os familiares sujeitos desta pesquisa expressaram uma mistura de sentimentos positivos e negativos como segurança, insegurança, esperança e outros em relação à internação do cliente. Essa mistura foi encontrada em sua dimensão imaginativa revelando que, através do acolhimento e as informações sobre a saúde do mesmo, poderão definir melhor seus sentimentos, direcionando seus objetivos para aguardar a esperada recuperação do cliente.

Nesse caso, suas necessidades humanas podem ser classificadas como necessidade gregária, de amor, de estima, de independência estimulada pela dependência da relação de confiança, no acolhimento recebido pela equipe de saúde, visto que o viver fora do círculo familiar e social caracteriza o rompimento de um vínculo necessário ao enfrentamento da

angústia da solidão que se torna impensável a toda pessoa ao constatar sua realidade de ser vivente no mundo.

Tais expectativas, antes desfavoráveis devido ao desconhecimento dessa situação nunca antes vivenciada, transformam sua insegurança em segurança a partir do atendimento da equipe de saúde, conforme descrito na categoria “Superando os anseios do viver com um familiar em UTI”. Esse sentimento de insegurança que é vivido no momento da internação devido às informações não claras e imprecisas é superado pelo sentimento de segurança após o acolhimento e as informações recebidas sobre seu familiar pela equipe de saúde em quase sua totalidade.

Assim, a necessidade, sentida pelo familiar, de enfrentar seus conflitos devido ao estranhamento do lugar complexo que é a UTI e à sua incapacidade de nele sentir-se à vontade, sem, entretanto, não conseguir se afastar do seu ente querido demarca o conformismo de um viver social, de um gregarismo, percebido ou não pelo ser humano. Alguns estudiosos do assunto vêm afirmando, periodicamente, ao longo dos anos, que a principal fonte de angústia e aflição é a separação de figuras amadas (ou a ameaça de que tal separação se concretize), reluta-se muito em acolher uma fórmula tão simples como essa (BOWLBY, 1984, p.85).

Isto porque a sociedade exige sempre que os seus membros ajam como se fosse dotado de um único interesse. Nesse caso, sejam eles saudáveis ou não o que interessa é a sobrevivência e integração da família, conforme advertem Angelo (1999), Elsen (2002) e Arendt (2004).

As falas do GP conduzem à crença de que com o crescimento mental e espiritual possibilitado por experiências vivenciadas, durante a visita ao seu familiar, quanto ao atendimento humanizado da equipe de profissionais de saúde, ele tem esperança de visualizar a saída/ recuperação do cliente e, também encontrar um modo de lidar com a internação em UTI.

Desse modo, ao vivenciar esse lugar temido, o GP necessita se encontrar com a terra/família das suas raízes, vínculo de sua origem; a terra na qual se plantará a esperança/ vida. Conclui-se, portanto, que a família tem necessidade de encontrar um profissional que lhe ajude a compreender os momentos difíceis, que demandam ações, sentimentos e pensamentos, nem sempre positivos.

Podemos concluir que os familiares têm a necessidade de relatar os sentimentos vivenciados por eles mediante a internação de seu familiar na UTI.

Através das oficinas e das respostas às perguntas do questionário, o familiar conseguiu nos mostrar o que está deficiente em seu atendimento pela equipe de saúde, em seu acolhimento e quais e como as informações sobre a saúde de seu familiar internado na UTI são transmitidas.

Na prática, as informações prestadas não estão suprindo as dúvidas e as necessidades dos familiares e acarretam dificuldade de comunicação entre eles e a equipe de saúde da UTI, gerando sentimentos de aflição e de angústia citados por eles. Na concepção deles, as informações sobre a saúde do seu ente querido devem ser claras e precisas, de acordo com a realidade, devem ser feitas em um ambiente próprio e somente com a presença da família de um único cliente em cada momento.

Para eles o acolhimento dado pela equipe de saúde é a base para um bom relacionamento com os mesmos, assim facilitando a troca de informações sobre o cliente, criando uma relação de ajuda e confiança entre eles e os membros da equipe de saúde. Além da ressalva que tanto o acolhimento e as informações recebidas são importantes para eles devido o tamanho da importância que tem seu familiar em suas vidas.

Nesse processo de internação de um familiar na UTI, o período mais importante é o momento da internação propriamente dita, pois segundo eles sentem-se inseguros, necessitando de ajuda, apoio e acolhimento da equipe de saúde do setor.

Como proposta para a prática de acolhimento aos familiares de clientes internados em UTI, primeiramente é necessário ter um profissional competente e capacitado para exercer tal função. Com um profissional desse porte, preparado para estabelecer uma relação de ajuda e confiança com os familiares, será possível treinar os membros da equipe a lidar com os familiares e a melhorar a comunicação entre eles.

Esse enfermeiro deverá ajudar os familiares a olharem os momentos difíceis como possibilidade de crescimento e superação e será capaz de identificar as dificuldades e a força de cada família, para que, com uma metodologia específica, possa cuidar de cada membro familiar. Ele fortalecerá, por meio de sentimentos, valores, limitações e crenças, as relações e estará apto a compreender suas ações em relação às pessoas que estão sob os seus cuidados.

Sobreleva-se também a importância de essa relação de ajuda ser estabelecida em um local próprio para isso, e não em corredores ou portas do setor. Como foi verificado o familiar necessita de acolhimento da equipe nesse momento, e não há uma acolhida adequada quando é realizada em alguns encontros por acaso em lugares inapropriados.

Outro ponto é sobre o horário normatizado pela instituição, onde o familiar tem somente alguns instantes com seu ente querido. Sabemos que a tecnologia da normatização foi essencial para a sofisticação da medicina, mas consigo trouxe a desumanização, a partir do momento que a família foi afastada do convívio de seu familiar. Mas algumas instituições já estão revendo suas normas para que os familiares tenham maior contato com os clientes internados.

Podemos destacar nesses resultados que, ao serem questionados sobre o acolhimento e sobre as informações recebidas, os familiares têm necessidade de estar mais próximos de seu ente querido internado na UTI e precisam estabelecer um relacionamento sólido e positivo com os profissionais de saúde desse setor para receber informações claras e objetivas sobre o estado de saúde do cliente. Ao mesmo tempo, podemos perceber o quanto esse afastamento, essa internação na UTI, deixa-os debilitados e frágeis, tanto no aspecto físico quanto no emocional.

Refletindo-se sobre esse conhecimento produzido nesta pesquisa, foi percebido através dos discursos do GP que cada ser humano tem o seu conceito de acolhimento, desejando o atendimento de suas necessidades sendo supridas de acordo com a sua conceituação. Então, para acolhermos esses familiares temos que observar, identificar suas necessidades para nos comunicarmos de forma clara e objetiva. Nesse caso, nos relacionamos como seres humanos, mas do que como profissionais de saúde. O privilégio dessa interação é considerar a dignidade humana em todos aspectos e âmbitos institucionais.

Acredita-se que, com a ajuda do enfermeiro, os familiares esperam ultrapassar suas expectativas com possibilidade de crescimento e superação nas habilidades e virtudes humanas.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, F. P.; VELOSO, J. W. N.; BLAYA, R. P. Humanização em UTI. In: KNOBEL, E. et al. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ALTHOFF, C.R.; ELSÉN, I.; LAURINHO, A.C. Família: o foco de cuidado na Enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 320-327, maio/ago., 1998.

ÂNGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. 1997. 117f. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Fam. Saúde Desenv.**, v.1, n.1/2, p.7-14, jan./dez., 1999.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde**. Manual de enfermagem. [S.l.: s.n], 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 11 jun. 2008.

AREJANO, C. B. A Sociopoética desvelando o silêncio. In: SANTOS et al. **Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: Abordagem Sociopoética**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

AVELINO, F. V. S. D. **A enfermagem e os familiares de clientes internados na UTI: a busca de parceria através de uma relação solidária**. 1999. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BACKES, Dirce Stein; FILHO, Wilson D. L.; LUNARDI, V.L. Humanização no ambiente hospitalar à luz da política de humanização da assistência à saúde. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 227 – 231, jul/ago, 2005.

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Brasília: UNB, 1998.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano: compaixão pela terra**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOAL, A. **O arco-íris do desejo – Método Boal de Teatro e Terapia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

BOWLBY, J. **Separação: angústia e raiva**. Martins Fontes, 1984.

BRANDÃO, E.S. **O cuidar de enfermagem ao cliente com afecção cutânea: paradigma sociopoético**. 2002. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília, DF, 2006.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à Enfermagem Materna**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMELO et al. Acolhimento à clientela: estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n 4, p. 30-37, ago. 2000.

CAMIGNOTTO, A. A humanização do hospital: fator de eficiência. **Rev. Paul. Hosp**, São Paulo, v.20, n.11, p.27-30, nov. 1972.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. 3 ed. Paz e Terra, 1995.

CASTRO, DS. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio - encefálico em terapia intensiva**. 1999. Tese [Doutorado em Enfermagem] Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CAVOUR, R. Simpósio discute casamento. **Jornal O Globo**. Rio de Janeiro. 15/ 10/ 1995.

CINTRA, Eliane A.; NISHIDE, Vera M.; NUNES, Wilma A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003.

CLEMENTS, I. W.; ROBERTS, F. B. **Family health: a theoretical approach to nursing care**. Inc. New York, John Wiley & Sons, 1983.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. 4 ed. Coimbra: Lidel, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

CURTIS, J.R. et al. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. **Am J Respir Crit Care Med**, n.171, p.844-849, 2005.

DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. **Nursing process: application of theories, frameworks and models**. ST. Louis : C. V. Mosby, 1986. p.87-99.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs**. São Paulo: Editora 34, 1997.

ECHER, I. C. et al. Orientações a familiares de pacientes de um Centro de Tratamento Intensivo: relato de experiência. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v.16, n.1, p.4-7, abr. 1996.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brazilian fishing village**. 1984. 301p. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – University of California, San Francisco, 1984.

ELSEN, I., et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC. 1994.

ELSEN, I., et al. Um marco conceitual para o trabalho com famílias. In: STAMM, M.; MIOTO, R.C.T. Família e cuidado: uma leitura além do óbvio. **Rev. Ciência, Cuidado, Saúde**, v.2, n.2, p.161-168, jul./ dez. 2002.

ELSEN, I.; MARCON, S.S. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, v.1, n. 1/2, p.21-26, jan./dez., 1999.

ELSEN, I.; PATRICIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e sua implicação para a enfermagem. In: SCHMITZ, E.M.R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986. p.169-79.

ENTRALGO, P. La relación médico-enfermo: história y teoría, 1983. In: CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v .8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

FELISBINO, J.E. **Processo de Enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: Pedagógico Universitária, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4 ed. Forense Universitária, 1994.

FAVRETTO, D.O. et al. Comunicação verbal prejudicada: Atividades empregadas vs. atividades propostas na literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v11, n3, p.227-232, 2007.

FRASCOLLI, L.A. et al. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.78-82, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/visita.html>. Acesso em; jun. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 46 ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2005.

FREITAS, K.S.; KIMURA, M.; FERREIRA, K.A.S.L. Necessidades de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.1, p.84-92, jan./fev. 2007.

FRIEDMAN, M. **Family nursing theory and assessment**. Connecticut-USA: Apleton-Century-Crfts, 1986.

GAUTHIER, J; SANTOS, I.dos. **A sociopoética**: fundamentos teóricos, técnicas diferenciadas de pesquisa, vivência. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

GAUTHIER, J. **Sociopoética**: encontro entre artes, ciências e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais, enfermagem e educação. Ed. Anna Nery/ Federal do Rio de Janeiro, 1999. 98p.

GAUTHIER, J. SANTOS, I. dos; SOUZA, LELIANA, S. FIGUEIREDO, N.M.A. A sociopoética: Uma filosofia diferente e prazerosa. Cap. 7. P. 122-177. IN: GAUTHIER, J.H.M ; CABRAL, I.E.; SANTOS, I. dos; TAVARES, C.M.M. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 292p.

GEORGE, J. B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 20, p. 286-299.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2 ed., São Paulo: E.P.U., 1988.

GOTARDO, G.I.B; GOTARDO, C.A. O cuidado dispensado aos familiares na UTI. **Rev. Enfermagem UERJ**, v.13, n.2, p.223-228, maio/ago. 2005.

GUANAES, A., SOUZA, R.P. Objetivos, conceito, histórico e filosofia. In:Magalhães A.M.P.B. **Humanização em Cuidados Intensivos - AMIB**. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 1-8.

GUIRARDELLO, EB. **Factors in critical care and medical surgical environments that increase the requirements for direct attention**. [nursing of dissertation]. Madison (WI): School of Nursing, University of Wisconsin, United States; 1993.

GUIRARDELLO, E.B.; MORGON, F.H. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.2, p.198-203, mar./abr. 2004.

HOGA, A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p.13- 20, 2004.

HUDAK, C.M.; GALLO. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

INABA, L.C., SILVA, M.J.P., TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p.423-9, 2005.

JUNIOR, M.M.M., FARIA, M.D.G. Humanização na UTI pediátrica. In: Magalhães A.M.P.B. **Humanização em cuidados intensivos - AMIB**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 9-14.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

LACERDA, A.C.; CARVALHO, A.C.S.; ROCHA, R. M. Acompanhantes no Centro de Terapia Intensiva: percepção da equipe de enfermagem. **R Enferm UERJ**, n.12, p.18-23, 2004.

LAKATOS. **Fundamentos de metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2001.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**. New York, USA: Masson Publishing, 1979.

LEITE, R.S; NUNES, C.V; BELTRAME I. **Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem** [online] mai. 2005. Disponível em: <<http://www.sobragen.org.br/publi/publi5.pdf>> Acesso em: fev.2006.

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. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.3, p.345-57, maio/jun. 2002.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

LINTON, R. **O homem: uma introdução antropológica**. 4 ed. São Paulo: Martins, 1965.

LOPES, Mário. **Manual de Tratamento Intensivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1972.

LOURAU, René. **Análise institucional**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURENÇO, E.C. **As necessidades de cuidado e conforto em UTI oncológica:** com palavra os visitantes! 2004. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MAFFESOLI, M. **Conhecimentos do cotidiano:** para uma sociologia da compreensão. Lisboa: Veja, s/d.

MARTIN, D.; ROYER-RASTOLL, P. **Sujets et Institutions:** analyse et analyseur. Paris: L' Harmattan, 1989.

MARTINS, J.J. et al. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. **Rev. Enferm. UERJ** , v.16, n.2, p.276-81, abr./jun., 2008.

MARUITI, M.R., GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.1, p.37-43, 2007.

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde, 1998. In: CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em Unidades Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago, 2000.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hueitee, 1994

MENDES, I.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.

MINAYO, M.S. et al. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 7 ed., Petrópolis: Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília (DF), 2001.

MIRANDA, C.E.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 6 ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1990.

NASCIMENTO, E.R.P., TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.2, p.250-7, mar./abr. 2004.

NASCIMENTO, Eliane R. P.; MARTINS, Josiane de Jesus. Reflexões acerca do trabalho da Enfermagem em UTI e a Relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Revista Nursing**, v. 3, n. 29, p. 26-30, out. 2000.

NELSON, R.M. The compassionate clinician: attending to the spiritual needs of self and others. In: SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Terapia Intensiva**, v 19, n 4, out ./dez. 2007.

NEMAN, F; SOUZA, M F. Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto. **Rev Téc Enferm**, v.56, n.6, p.28-31, 2003.

NITSCHKE, R.G. **Mundo Imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.1999. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Pelotas: Universitária, 1999.

NYE, I. **The family**. Its structure and interaction. USA: Macmillan Publishing Co., Inc. New York, 1973.

OLIVEIRA, S. A. **Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular**. Rio Grande do Sul: Artmed, 2004.

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

PAULETTI, G. et al Percepções/ posturas da equipe multiprofissional de saúde sobre a participação da família nas tomadas de decisão na assistência ao paciente terminal. **Rev. Enfermagem Atual**, v.5, n.1, p.12 – 19, jan./fev. 2006.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

PRATT, A. **Family structure and effective health behavior**: the energized family. Boston: Houghton Mifflin Company, 1976.

SANTANA, R.F. **O envelhecer na Dimensão Imaginativa**: Ser Idoso e Ser Velho. Rio de Janeiro, 2004. 263p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N.; SILVA, S. C. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente- equipe de enfermagem- família. **Rev Nursing**, v.2, n.17, p.26-29, out. 1999.

SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J. **A Enfermagem: análise institucional e sociopoética**. Rio de Janeiro: Ed. Anna Nery, 1999. 210p.

SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N.M.A.; PETIT, S.H. **Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTOS, I. dos. Por um pesquisar sob a perspectiva estética. IN: SANTOS, I. et al. **Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTOS, KMAB. **Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs e análise proxêmica dessas interações**. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SCHITTINI, A.P.P. **A equipe de enfermagem e a orientação à família do paciente internado em UTI**. 1995.54p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Curitiba, 1995.

SILVA, F. S; TEIXEIRA, B. **O trabalho do enfermeiro frente à família de indivíduos hospitalizados em UTI**. 2004. 15p. Monografia - (Especialização em Enfermagem Intensivista) Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, F. S. **A família e a equipe de enfermagem: Desafios na Unidade de terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2005. 56p. Monografia - (Especialização em enfermagem clínica e cirúrgica geral) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

STAPLETON, R.D.,et al. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. **Crit Care Med**, n. 34, p.1679-1685, 2006.

TAKAHASI, E. I. U. Visitas em unidades de terapia intensiva. **Rev. Paul. Enfermagem**, v.6, n.3, p. 113-115, 1999.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R.; MATTOS,R.A. **Construção da integralidade cotidiana saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO; 2003.

TORRENTS, R. et al. Impacto de los familiares del paciente crítico: ante una acogida protocolizada. **Rev Enferm Intensiva**, v.14, n.2, p.49-60, abr./jun. 2003.

VILA, V.S.C. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido**. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

WALL, R.J. et al. Spiritual care of families in the intensive care unit. **Crit Care Med**, n.35, p.1084-1090, 2007.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. BK. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletrônica de Enf.**, v.6, n.2, p.172-180, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/cuidado.html>. Acesso em: jun. 2008.

WHALL, A. L.; FAWCETT, J. **Family theory development in nursing: State of the art**. Philadelphia: F. A. Davis Co, 1991.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca; 2002

APÊNDICE A – Questionário de “Vivências de Lugares Geomíticos”**Universidade do Estado do Rio de Janeiro****Centro Biomédico****Faculdade de Enfermagem****Programa de Pós-Graduação em Enfermagem****Curso de Mestrado****FORMULÁRIO DA VIVÊNCIA DE LUGARES GEOMÍTICOS**

Procure imaginar se o acolhimento e as informações sobre saúde dos seus familiares internados em UTI fosse ... (um lugar geomítico), como você responderia com uma frase completa?

TERRA (onde crescem as minhas raízes): _____

POÇO (onde meu pensamento pode cair) _____

TÚNEL (onde existem relações secretas) _____

LABIRINTO (onde a gente pode se perder) _____

GRUTA (onde observo o mundo) _____

CAMINHO (por onde passar) _____

ESTRADA (para onde fugir) _____

APÊNDICE B - Questionário sobre Acolhimento e Informações sobre a Saúde dos clientes internados em UTI

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

QUESTIONÁRIO DE ACOLHIMENTO E INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DOS CLIENTES
 INTERNADOS EM UTI

Esse questionário tem como objetivo de obter informações e opiniões de como está sendo realizado o acolhimento pela equipe de saúde e como estão sendo passadas as informações sobre a saúde e bem-estar do cliente internado nessa UTI. As questões com resposta para marcar, escolher somente uma.

1 – Quanto tempo deve ser o horário de visita nesta UTI na sua opinião?

1 hora

2 horas

Outros. Descreva e justifique:

2 – Qual deve ser o horário da visita nesta UTI na sua opinião?

14 às 16 horas e 16 às 18 horas.

14 às 15 horas e 15 às 16 horas.

Outros. Descreva e justifique:

3 – Na sua opinião qual o melhor lugar para você receber as informações sobre saúde do cliente internado?

- Sala de espera da UTI.
- Próximo ao leito do cliente.
- No corredor de acesso a UTI.
- Outro. Descreva e justifique:

4 – Quais informações sobre saúde gostaria de receber?

- Estado de saúde do cliente internado.
- Diagnóstico médico do cliente.
- Seu próprio estado de saúde.
- Outras. Descreva e justifique:

5 – Quais informações sobre sua própria saúde gostaria de receber?

- Como se cuidar para não adoecer.
- Como se recuperar de danos provocados por doenças.
- Outras. Descreva e justifique:

6 – Qual a sua expectativa de relacionamento com os profissionais de saúde dessa instituição?

7 – Como gostaria de ser acolhido pela equipe de profissionais de saúde dessa UTI?

8 – Como gostaria de receber as informações sobre a saúde de seu familiar internado nessa UTI?

APÊNDICE C - Cronograma

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2007	1 ^o semestre 2008	2 ^o semestre 2008	1 ^o semestre 2009
1 – Elaboração do Projeto	!!!!!!!			
2 – Busca de Suporte Teórico	!!!!!!!	!!!!!!!		
3 – Elaboração da Metodologia	!!!!!!!			
4 – Resultado dos Pareceristas em relação ao Projeto	!!!!!!!			
5 – Produção dos Dados		!!!!!!!	!!!!!!!	
6 - Análise e Discussão dos Dados			!!!!!!!	
7 - Apresentação e Divulgação dos Resultados em Periódicos e eventos científicos		!!!!!!!	!!!!!!!	
8 - Qualificação da Dissertação			!!!!!!!	
9 – Elaboração do relatório Final/ Preparo do trabalho para publicação			!!!!!!!	!!!!!!!
10 – Defesa da Dissertação			!!!!!!!	!!!!!!!

APÊNDICE D - Solicitação para Levantamento de Dados

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado

Solicitação para Levantamento de Dados

Esse estudo tem como objeto: “As necessidades humanas de acolhimento e informações sobre saúde dos clientes apresentadas por familiares de clientes internados em unidade de terapia intensiva”, e possui como objetivo geral: Propor uma prática de acolhimento aos familiares de clientes internados em UTI a partir da identificação de suas necessidades afetivas e de informação sobre saúde desses clientes; e como objetivos específicos: Descrever a dimensão imaginativa dos familiares de clientes hospitalizados em UTI quanto às suas necessidades de acolhimento e informação sobre saúde desses clientes e, identificar as necessidades de acolhimento apresentadas por familiares de clientes em UTI visando delinear uma proposta de cuidar em enfermagem para esta clientela.

Para desenvolver esta pesquisa, que visa atender a exigência de elaboração de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem torna-se necessário o acesso aos familiares de clientes hospitalizados na UTI desta instituição hospitalar.

Solicitamos, portanto, autorização do chefe de serviço deste setor para desenvolver a citada investigação autorizando a autora do projeto de pesquisa Enfermeira Fabíola Soares da Silva da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob a orientação da professora Doutora Iraci dos Santos, utilizarem as informações obtidas para, elaboração do estudo, garantindo o anonimato da clientela.

Local e Data

Autores:

Fabíola Soares da Silva


Professora Orientadora:

Doutora Iraci dos Santos


Chefe do serviço de Enfermagem do setor:

(Chefe do serviço de Enfermagem)

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



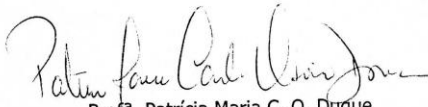
Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Fabíola Soares da Silva
Orient. Profª. Iraci do Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1954-CEP/HUPE) "A DIMENSÃO IMAGINATIVA DOS FAMILIARES DE CLIENTES INTERNADOS EM UTI: ACOLHIMENTO E INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, 77 TÉRREO - VILA ISABEL - CEP 20551-030
TEL: 21 2587-6353 - FAX: 21 2264-0853 - E-mail: cep-hupe@uerj.br