

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

**Isabel Comassetto**

**Natal - RN  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ISABEL COMASSETTO**

**VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande do Norte, em cumprimento às exigências para a obtenção do título de mestre.

**Linha de Pesquisa:** Atenção á saúde

**Orientadora:**  
**Prof<sup>a</sup>. Dra. Bertha Cruz Enders**

**Natal - RN**  
**2006**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**ISABEL COMASSETTO**

VIVÊNCIAS DE FAMILIARES DO PACIENTE INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO FENOMENOLÓGICO

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### BANCA EXAMINADORA

**Profª Drª Luz Angélica Muñoz González**- Membro Titular

Instituição: Universidad Andres Bello - Chile

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profª Drª Raimunda Medeiros Germano** - Membro Titular

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profª Drª Glaucea Maciel de Farias**- Membro Suplente

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profª Drª Bertha Cruz Enders**- Presidente

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Assinatura: \_\_\_\_\_

Divisão de Serviços Técnicos  
Catalogação da Publicação na Fonte UFRN/Biblioteca Central Zila  
Mamede

Comassetto, Isabel.

Vivências de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva : estudo fenomenológico / Isabel Comassetto. – Natal, RN, 2006.

102 f.

Orientador : Bertha Cruz Enders.

Dissertação (Mestre). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Fenomenologia – Enfermagem – Dissertação. 2. Unidade de terapia intensiva - Dissertação. 3. Família – Dissertação. I. Enders, Bertha Cruz II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616.083

## ***Dedicatória***

*A Deus, por ter me concedido paz, sabedoria e a certeza da missão cumprida, ao longo do meu caminhar.*

*Ao meu marido Reinaldo pelo amor, companheirismo e presença constante nesse caminhar.*

*Aos meus filhos Nathalia e Vitor, por me ensinarem o verdadeiro sentido do cuidar.*

*Aos meus pais José Natal (in memoriam) e Olga, por me mostrarem o valor da vida como exemplo de amor, dedicação, respeito, confiança, dignidade e perseverança.*

*Aos meus irmãos Elizabete, João, Eleonice, Maria, Ledy, Joanir, José Telmo, Jair e Ana Lucia, por fazerem parte da minha vida.*

*Aos familiares dos pacientes internados na UTI.*

*A eles dedico este trabalho*

## **Agradecimentos**

*À professora Bertha Cruz Enders, minha orientadora, pela sabedoria, paciência e compreensão, tão fundamentais para o alcance dos nossos objetivos, obrigada.*

*Às professoras Raimunda Medeiros Germano, Gláucia Maciel de Farias e Rejane Maria Paiva de Menezes, pelas contribuições oferecidas e pelo incansável compromisso com o crescimento científico da enfermagem.*

*Ao meu amigo Djailson Delgado, pelo apoio e incentivo em momentos difíceis dessa trajetória.*

*Ao meu amigo Marcelo Bessa, que sempre valorizou as atitudes humanas na assistência e incentivou a conquista de uma UTI humanizada.*

*Aos colegas do curso de mestrado, pelo incentivo e companheirismo em momentos difíceis de nossa trajetória.*

*Aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação da UFRN, pela disponibilidade.*

## RESUMO

COMASSETTO, I. **Vivências de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: Estudo fenomenológico.** 102 p., Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal, 2006.

Este estudo é originário de inquietações, enquanto enfermeira assistencial em unidade de terapia intensiva – (UTI), relacionadas à experiência vivida pelo familiar do paciente internado neste setor. O propósito do estudo foi compreender as vivências do familiar durante a internação do seu parente na UTI e identificar os diversos componentes comuns dessa experiência, a partir das suas descrições. Considerando que a natureza do objeto de investigação envolve questões de ordem subjetiva e social, o estudo foi conduzido a partir de algumas idéias do referencial fenomenológico, e seguindo a modalidade do fenômeno situado sugerida por Martins e Bicudo (1989). As descrições foram obtidas através de entrevista utilizando a seguinte questão norteadora: **“Como é a vivência pela qual você está passando, de ter alguém da sua família internado em uma UTI?”**. Foram entrevistados 10 familiares de pacientes internados na UTI de um hospital da rede privada de Natal, Rio Grande do Norte. Da análise compreensiva dessas entrevistas emergiram cinco categorias temáticas que estruturam o fenômeno: Medo da morte do familiar; Ausência de humanização; Isolamento social; Confiança na UTI; Sobrecarga na vida pessoal. A partir do desvelamento do fenômeno, foi possível lançar um novo olhar sobre a relação da equipe intensivista com os familiares dos pacientes internados na UTI, dando subsídios para a construção de um cuidado humanizado que contemple a família do paciente internado, baseado em uma relação humana mais afetiva. Isto envolve o repensar a assistência que a equipe proporciona ao familiar e instiga a reformulação de atitudes pessoais, sociais e organizacionais do hospital.

**Palavras-chave:** Fenomenologia, Unidade de terapia intensiva, família.



## ABSTRACT

COMASSETO, I. Experiences of the family of the patient interned in the intensive care unit: A phenomenologic study. 102 p. Dissertation (Masters in Nursing) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal, 2006.

This study originated from my concerns as critical care nurse, regarding the lived experience of the family member of the patient that is hospitalized in the intensive care unit - ICU. The purpose of the study was to comprehend the experience of the family members while having a loved one interned in an ICU, and to identify the common elements of the phenomenon, based on the descriptions of their experiences. Considering that the object of study involves subjective and social questions, the study was conducted using some fundamental ideas of descriptive phenomenology as a referential and the situated phenomenon as suggested by Martins and Bicudo (1989). Ten (10) family members of patients that were interned in the ICU of private hospital in Natal, RN were interviewed using the following leading question: **“What is it like to have a member of your family interned in the ICU?”** Five thematic structural categories emerged from the comprehensive analysis of the interviews: Fear of the family member’s death; Lack of humanization; Social isolation; Confidence in the ICU; and Overload to the personal life. The description of the phenomenon enabled a new look at how the care team relates to the family members of the patients interned in the ICU, providing some guidance on how to construct a humanized care that involves the family and that is based on affective human relations. This involves a rethinking of the care provided by team to the family and stimulates the reformulation of personal and social attitudes, and of hospital organizational norms.

Key terms: Phenomenology, Intensive care unit, Family, Nursing

## SUMÁRIO

<b>1. A trajetória em direção ao tema</b>	<b>10</b>
1.1 A trajetória em direção ao tema	11
1.2 Objetivo	19
<b>2. Aproximação em direção ao fenômeno</b>	<b>20</b>
2.1 A UTI como contexto de internação	21
2.2 O internamento na UTI	23
2.3 Humanização no contexto da UTI	27
2.4 A família do paciente de UTI	32
<b>3. Trajetória metodológica na pesquisa</b>	<b>40</b>
3.1 A trajetória metodológica	41
3.2 Aproximação à fenomenologia	43
3.3 Campo de estudo	48
3.4 Participantes do estudo	50
3.5 Realização das entrevistas	51
3.6 Momentos da análise	52
<b>4. Vivência dos familiares dos pacientes internados na UTI</b>	<b>56</b>
4.1 Caracterização dos familiares	57
4.2 Revelando o fenômeno vivido	58
4.2.1 Medo da morte do familiar	58
4.2.2 Ausência de humanização	61
4.2.3 Isolamento social	68
4.2.4 Confiança na UTI	74
4.2.5 Sobrecarga na vida pessoal	77
<b>5. Síntese do pensar do pesquisador</b>	<b>79</b>
5.1 Síntese	80
5.2 Refletindo sobre o fenômeno evidenciado	87
<b>6. Referências</b>	<b>89</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>97</b>

*1. A trajetória em direção ao tema*

## 1.1 A trajetória em direção ao tema

A área da saúde tem apresentado um crescimento nos últimos tempos, objetivando-se a preservação da vida. Esse avanço tem contribuído, de forma decisiva, principalmente para o desenvolvimento da qualidade técnica dos serviços oferecidos pelos hospitais no Brasil.

A hospitalização tem sido considerada, por vários autores, como um evento “estressante”, dadas as circunstâncias nas quais ela ocorre, geralmente motivada por doença ou acidente. A presença do familiar ainda não está institucionalizada na maioria dos hospitais brasileiros, ficando esse familiar distante de seu enfermo, o que ocasiona sofrimento psíquico (FRANCO, 1998).

A internação, vivenciada pelo familiar e pelo paciente, pode tornar-se uma experiência difícil, devido à debilidade emocional que eles sentem nessa ocasião, pois encontram-se emocionalmente desestabilizados. Facilitar a presença do familiar junto ao paciente, nessa situação, com o intuito de oferecer assistência humanizada, tem grande importância para a recuperação e a promoção da segurança ao paciente durante esse momento de fragilidade física e emocional (BOEIRA, et al., 2004).

O debate sobre a humanização da assistência prestada pelos profissionais de saúde vem crescendo nos últimos anos. Percebe-se esse fato pelo aumento de publicações sobre o tema e pela criação de programas político-sociais, tais como: Programa de Qualificação na Atenção à Saúde (QUALISUS); Programa de Acreditação Hospitalar; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), entre outros que visam à humanização do ambiente hospitalar e da assistência em saúde a pacientes e seus familiares (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Considera-se que o serviço de saúde deve ter como eixo central a humanização e os aspectos subjetivos da condição humana, pois a interação dos conhecimentos técnicos-científicos com os aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos na relação entre o profissional e o paciente garante maior eficácia do serviço (BRASIL, 2004).

A mudança do paradigma de atenção à saúde incorpora a proposta de humanização do atendimento mais efetivo, nos diferentes níveis do sistema, pela compreensão de que os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser assegurados também nos contextos de atendimento de nível terciário. Isto implica considerar a necessidade de analisar criticamente o atendimento prestado no hospital, principalmente em setores altamente especializados, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), nas quais a gravidade das pessoas assistidas parece contribuir ainda mais para a sua redução a objetos. Considerando que a política de saúde atual fundamenta-se em princípios que objetivam englobar todas as dimensões do indivíduo sadio e doente, é necessário a humanização do atendimento para garantir a contemplação das necessidades do cidadão, o qual deve ser valorizado como sujeito.

É notório que os familiares e as pessoas afetivamente significativas têm um papel importante no decorrer do tratamento, em que o paciente e os familiares podem criar fantasias diante das várias situações a que são expostos. Neste momento, exige-se dos seres humanos profundas adaptações, em virtude também das importantes alterações de sua rotina diária, principalmente pela quebra de seu elo familiar, mesmo que temporariamente.

Porém, como profissional atuante nesse contexto, observo que o cuidado nas UTIs, com aspectos mais diretamente relacionados ao atendimento psicossocial do

paciente e, principalmente, da família, não tem acompanhado esses avanços. Por outro lado, também tenho observado que a equipe intensivista, consciente, vem despertando para a assistência holística do paciente. E assim, aos poucos, vem valorizando a assistência ao familiar do paciente internado na UTI.

Embora a literatura ainda seja incipiente neste enfoque, estudos realizados têm focalizado o familiar, com o objetivo de compreender melhor a sua visão acerca da hospitalização e do paciente internado na UTI.

Alguns autores investigam o tema, utilizando uma metodologia quantitativa, através de instrumentos pré-estabelecidos com os quais procuram confirmar as necessidades dos familiares.

Visando esclarecer as opiniões, sentimentos e expectativas dos familiares dos pacientes internados na UTI, Albístur e outros (2000) realizaram um estudo prospectivo, longitudinal, de observação quantitativo/qualitativo. Constataram que 77% das famílias expressam que a UTI é um lugar onde se internam pacientes com risco de vida; 49% esperam receber informações que tragam esperança aliada à sinceridade e à honestidade do informante. Já na observação das posturas e gestos dos familiares durante a conversa com o médico, enfatizam que, nesse encontro entre família e equipe, a comunicação envolve dois aspectos: a capacidade intelectual e o impacto emocional da informação. Alertam também que a forma como cada pessoa escuta e capta a informação está relacionada com afeto e razão de cada um, individualmente. Constataram ainda que os familiares percebem a UTI como um lugar onde se internam pacientes com risco de morte e esperam receber informações que tragam esperança aliada à sinceridade e à honestidade do informante.

Outros estudos têm focalizado o tema de forma qualitativa, no sentido de compreender melhor a perspectiva do familiar acerca da hospitalização do parente na UTI.

Desse modo além de existir a necessidade de receber informações, esclarecendo dúvidas relacionadas à internação, Santos (1998) refere que os familiares também têm a intenção de se envolver com a assistência, como uma possibilidade de manter a relação afetiva com o paciente, o que implica compartilhar o cuidar com os profissionais.

Já em uma perspectiva mais subjetiva, Urizzi (2005) realizou um estudo fenomenológico a respeito da vivência de familiares dos pacientes internados em UTI de um hospital filantrópico. Identificou que esses familiares vivenciam experiências difíceis, dolorosas e sem palavras; colocam-se no lugar do outro, percebendo o outro; aproximam-se do sofrimento do paciente, rompendo a relação com o cotidiano familiar; vêem a UTI como cenário temido, mas necessário, e preocupam-se com o cuidado do familiar, tendo medo da morte do ente querido.

Embora esses trabalhos propiciem conhecimento sobre aquilo que o familiar está passando, ainda há necessidade de compreender melhor essa experiência em contextos diferentes, considerando diversidades regionais, econômicas e culturais do país, para o aprimoramento desse conhecimento.

Este estudo tem um sentido especial relacionado com a minha experiência de enfermeira assistencial em UTI de um serviço privado em Natal, Rio Grande do Norte, com proposta de assistência humanizada. Esta, porém, muitas vezes impossibilitada, devido ao setor ser extremamente estressante e ter rotinas complexas, com situações de urgência de alto risco de morte para o paciente. Por

esta mesma razão, torna-se angustiante para o familiar, que acompanha a tudo isto, ser proibido de permanecer ao lado do seu doente.

Nos primeiros cinco anos de trabalho como enfermeira, desempenhei atividades profissionais em pronto-socorro geral. Neste setor, os familiares estavam sempre próximos e ali aprendi a trabalhar também com eles, ao lado do paciente ao qual prestava assistência. Logo que iniciei na UTI, senti o distanciamento, apreciado pela maioria dos profissionais que trabalham em setores-ditos “fechados”. Na minha trajetória de trabalho, tenho procurado manter a interação entre o familiar, a enfermagem e o paciente. Após algumas dificuldades, principalmente com a equipe médica, atualmente muito tecnicista, e junto com alguns colegas, foi estipulada a norma quanto à oferta de visita nos três turnos visando beneficiar o paciente, que sente falta dos seus entes queridos, pois estes, muitas vezes, têm dificuldade de dedicar-lhe um tempo durante o dia. Assim, iniciei o trabalho no período noturno, e não houve problema para a minha convivência com os familiares.

Ocorre, na UTI, onde se deu o estudo, a seguinte dinâmica de trabalho: Na admissão do paciente, a equipe de enfermagem é quem primeiramente estabelece contato com os familiares. Este contato inicia-se com a realização de uma entrevista com o familiar de quem o enfermeiro busca informações sobre o paciente que está sendo internado; pede-se que seja designado um familiar disponível e responsável pelo paciente, a quem se direciona as solicitações e informações da equipe.

Também, no momento da admissão, solicita-se aos familiares o material de uso pessoal de que o paciente fará uso e colhe-se as informações necessárias para a realização do seu histórico clínico.



São dadas orientações pelo enfermeiro aos pacientes e familiares sobre os horários de visita e é permitida a entrada de familiar, logo após a admissão, para propiciar um momento de adaptação e conforto para ambos.

No caso de pacientes menores de idade, é liberada a permanência de um familiar para acompanhamento contínuo, em atendimento ao Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (RIEZO, 2000).

Vale ressaltar que é feito um controle na liberação dos visitantes, evitando aglomeração junto ao leito. Assim, após orientados, são conduzidos até o leito do respectivo familiar. O enfermeiro e o médico de plantão disponibilizam-se para prestar alguma informação a respeito do paciente, Diariamente é entregue ao serviço de recepção um boletim contendo o estado do paciente, que é utilizado para fornecer informações à família, por telefone e pessoalmente, fora dos horários de visita. Entretanto, no momento da admissão, a família é informada de que a equipe da UTI não dará informações pelo telefone a quaisquer que sejam os familiares solicitantes. Em caso de agravamento do quadro, o enfermeiro liga e solicita a presença do familiar responsável para maiores informações.

Assim, avalio que, havendo um convívio mais próximo entre enfermagem/paciente/família, é possível realizar observações mais detalhadas diante do momento vivido na internação, pois tais medidas de consideração para com o familiar foram empreendidas no sentido de aliviar um pouco o distanciamento.

Porém, no meu dia-a-dia, ao observar esses familiares, chamou-me a atenção a maneira como se comportam diante de seu ente querido, como se aproximam, a expressão de angústia em seus olhares e os questionamentos levados para a equipe. Nestas observações, pude sentir uma inquietação por não

compreender o momento pelo qual passavam os familiares, haja vista, embora houvesse disponibilidade de mais tempo de visita ou a flexibilização das normas, parecia não haver alívio para eles. Desta forma, acreditando que a vivência de um familiar acompanhante na UTI afeta a dinâmica da família e gera emoções variadas entre seus componentes, surgiu meu interesse pela perspectiva subjetiva do familiar a respeito da experiência de ter um paciente internado nesse setor.

Também percebo, que os familiares do paciente internado sofrem influências institucionais marcantes na sua rotina diária, quando estão vivendo um momento de internação de seu familiar em uma UTI. Embora a equipe multidisciplinar esteja oferecendo informações a respeito do paciente, parece não estar garantindo a qualidade da assistência, no que diz respeito ao alívio da ansiedade do familiar.

As demonstrações desta ansiedade indicam que a comunicação de informações direcionadas parece não ser suficiente para atender aos anseios desses familiares. Penso, portanto que se deve ver o familiar também como cliente e direcionar ações de enfermagem que possam ajuda-lo a lidar com a situação ou seja, ações de apoio, focalizadas nas suas necessidades, que refletiriam a perspectiva humanística do cuidado, na medida em que estariam destacando a integralidade da unidade paciente/família. No entanto, para que isso aconteça, é preciso conhecer melhor essa subjetividade, esses sentimentos, esses anseios. É necessário compreender como é o momento vivido pela família.

Baseada nessas considerações, surge então o questionamento que constitui o foco deste estudo: Como é para esses familiares, a vivência de ter um membro da família internado na UTI?

Um estudo com este questionamento torna-se relevante, tendo em vista que, diariamente, aumenta a preocupação dos profissionais da saúde, que atuam na UTI, em relação à necessidade de prestar assistência humanizada, fundamental para que se consigam condições de bem-estar físico e psicológico, juntamente com o seu familiar.

Acredito que poderia ser realizado um trabalho mais enriquecedor com o paciente, se fosse proposta uma parceria com o familiar que possui ricas informações a respeito dele, e que, por sua vez, tem uma história de vida fora da UTI e que está temporariamente interrompida.

Optei, portanto, por realizar um estudo com abordagem fenomenológica descritiva, por entender que este facilita penetrar na subjetividade dos familiares e, desta forma, compreender melhor este fenômeno no contexto do meu trabalho.

Por outro lado, a atualidade do tema reflete-se na literatura que atualmente retrata diferentes propostas de estudos nos mais variados segmentos, considerando a família como cliente da assistência à saúde.

Com base na compreensão do fenômeno vivenciado por familiares de pacientes internados na UTI, a proposta deste trabalho obter subsídios para uma assistência mais humanizada nesse contexto, em concordância com o Ministério da Saúde, cujo objetivo é humanizar a assistência a todos os que dependem direta ou indiretamente do atendimento hospitalar. Assim, almejo que as relações humanas contemplem a humanização, envolvendo também questões político-econômicas.

## **1.2 Objetivo**

Este estudo teve por objetivo compreender a experiência do fenômeno vivenciado por familiares de pacientes internados em UTI durante a internação, descrevendo e identificando os componentes comuns dessa experiência.

*2. APROXIMAÇÃO EM  
DIREÇÃO AO FENÔMENO*

## 2.1 A UTI como contexto de internação

As UTIs passam a existir a partir das necessidades de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos como recuperáveis, e da necessidade de observação constante de assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando-os em um único núcleo especializado (VILA; ROSSI, 2002).

Logo o surgimento das UTIs, segundo Barbosa (1999), deu-se no século vinte, quando muitos hospitais na Grã-Bretanha destinavam uma pequena sala, próxima ou anexa à sala de cirurgia, onde geralmente internavam os pacientes que necessitavam de maiores cuidados, os quais permaneciam ali até, pelo menos, a recuperação dos efeitos anestésicos da operação. Acrescenta ainda que esta preocupação em agrupar os clientes, de acordo com a intensidade de cuidados a serem recebidos, não era restrita apenas aos que tinham sido submetidos a cirurgias.

Na guerra da Criméia (1854-1856), Florence Nightingale também demonstrava esta preocupação a fim de propiciar uma melhor observação aos clientes mais graves. Para isso, eles eram dispostos de modo que ficassem mais próximos da área em que as enfermeiras trabalhavam; sendo assim, eram estabelecidas observações e atendimentos contínuos. Um século depois, as UTIs marcaram a participação dos Estados Unidos da América (EUA) na 2ª Guerra Mundial, na guerra da Coréia e do Vietnã. Foram acrescentadas inovações terapêuticas que contribuíram para o crescimento da terapia intensiva, entre estas, se encontravam a terapia intravenosa para o choque, a transfusão sangüínea, a

anestesia, incluindo, também, a remoção de pacientes para meios que estavam mais bem equipados.

A evolução tecnológica seguinte, que causou um grande impacto na baixa mortalidade, foi constituída pela ventilação mecânica e monitorização do paciente, que, realizadas por uma equipe habilitada, tiveram maior potencial para melhorar as expectativas dos pacientes. A partir daí, as UTIs desenvolveram-se como serviços especializados (BARBOSA, 1999).

Biagi e Sebastiani (2001) relatam que, no início do intensivismo, os pacientes evoluíam para o óbito em 24 horas. Dessa forma, as UTIs passaram a ter como metáfora a relação direta com a morte, a dor e o desespero. Hoje, essas unidades podem manter o paciente com chances de recuperação por um tempo médio de 10 dias, até um tempo indeterminado, para que se possa restabelecer o equilíbrio orgânico, dando a continuidade ao tratamento possível. Deve cumprir uma rotina de 24 horas contínuas e atendimento praticamente individualizado, mesmo assim, sujeito a constantes situações de emergência. Os procedimentos realizados com os pacientes na UTI, com raríssimas exceções, não são invasivos.

Ademais, Gomes (1988) relata que, no Brasil, as UTIs foram implantadas na década de 1970, fazendo com que, em curto espaço de tempo, a enfermagem, que iria atuar nestas unidades, adquirisse bases teóricas para sua prática nesta nova área de atuação. A partir disso, temas referentes à terapia intensiva foram acrescentados no currículo de enfermagem, como ventilação mecânica e monitorização eletrocardiográfica, entre outros. Também foi nesta década que começaram a surgir os primeiros cursos de especialização de enfermagem em terapia intensiva, os quais foram se expandindo por todo o país.

Ide (1989) afirma que esse era o período do *milagre econômico* em que a política caracterizava-se essencialmente pela busca de modernização também no setor da saúde. Ocorrendo a absorção de avanços tecnológicos, recursos farmacêuticos e de equipamentos, bem como o desenvolvimento de métodos de diagnósticos e terapia, priorizavam-se os níveis secundários e terciários de atenção.

Referindo-se à UTI, Nascimento e Caetano (2003) asseveram ser este o local onde se presta assistência qualificada e especializada, independentemente de os mecanismos tecnológicos serem cada vez mais avançados e capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Tal definição é reforçada pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1998), que define as UTIs como constituídas por um conjunto de elementos agrupados, destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Assim, a UTI pode ser um local do universo hospitalar planejado para o internamento de pacientes instáveis, na sua maioria recuperáveis, que requerem cuidados qualificados e contínuos.

## **2.2 O internamento na UTI**

A experiência do internamento é traumatizante, pois, geralmente, não foi planejada e vem acompanhada de um abalo psicológico para o paciente e a família.

Novaes e outros (1996), em estudo realizado a fim de identificar, entre outros, os níveis de ansiedade e depressão do paciente em relação ao número de internamentos na UTI, supunham encontrar níveis menos elevados de ansiedade em pacientes que já tivessem tido diversas experiências hospitalares. Porém, os resultados demonstraram que os pacientes que tiveram mais de três internações



são menos ansiosos do que os que não tiveram nenhuma. O grupo mais ansioso foi identificado como aquele que já havia tido uma ou duas internações. Concluíram que, nos primeiros dias, cada nova internação submete o paciente às mesmas pressões psicológicas e que a capacidade adaptativa de cada doente é observada no decorrer de internações mais prolongadas. Em relação à depressão, quanto mais vezes o paciente tenha sido hospitalizado, maior sua tendência à tristeza e à desesperança.

Eisendrath (1994 apud BIAGI; SEBASTIANI, 2001) considera que muitos pacientes, na tentativa de manejar o estresse de sua estada na UTI, através de mecanismos primitivos de enfrentamento, favorecem a regressão e manifestam uma dependência extrema. Eles experienciam estressores como o medo real da morte, a forçada dependência e a perda de função. A separação da família e a privação de autonomia, freqüentemente, encabeçam e promovem a regressão psicológica. Outros pacientes podem tentar enfrentar ou lidar com os estressores através da supressão de seus sentimentos, com prejuízos graves para suas condições emocionais. Ou ainda, podem desencadear reações mais insatisfatórias para a equipe, como: agitação, desespero, choro convulsivo, agressões à enfermagem e outras manobras que atuam como poderosos estressores.

Desse modo, Sampaio (1988 apud BIAGI; SEBASTIANI, 2001) considera a possível ruptura entre a normalidade psíquica anterior e a provável alteração pós-internação em UTI. Afirma que, quando uma pessoa adoece gravemente, algo em seu sentimento de inviolabilidade se rompe, constituindo um estreitamento de horizonte pessoal e uma ruptura em muitas das suas ligações com o seu meio e com sua vida real, advindo uma distorção do seu relacionamento com os demais, frente a esta nova condição. O corpo físico e o referencial emocional estão frágeis.

E perceber que, por causa da doença grave, pode ou está provavelmente incapaz para os projetos futuros, constitui uma preocupação.

A ansiedade e o medo podem estar associados à falta de compreensão da apresentação física da UTI. Esses aspectos são de difícil distinção e devem ser discutidos com a equipe para se obter melhores informações acerca do momento da internação que está sendo vivido. O medo é percebido quando o paciente é admitido na UTI, tendo a consciência do tratamento que irá fazer e que a sua vida depende desta terapêutica. Neste sentido, ele pode reagir existencialmente, com sentimentos reais de desamparo, ao se ver *abandonado* pela família, exatamente neste momento delicado, quando não há uma compreensão da gravidade do seu próprio estado, nem um esclarecimento no momento da admissão, sendo esta normalmente abrupta. (EISENDRATH, 1994 apud BIAGI; SEBASTIANI, 2001)

Em relação ao momento vivido na internação, Leclainche (1962 apud CASATE; CORRÊA, 2005) refere que o doente vivencia uma situação de fragilidade e vulnerabilidade, considerando seu afastamento das atividades profissionais e familiares, e sua dor física e psicológica. O doente, que já está à margem da vida da comunidade, da atividade profissional e da convivência familiar, sofre a dor física, o medo da morte, a inquietude pelos entes queridos e a preocupação pelo futuro. Faz-se necessário que o elo família/paciente não se parta.

A internação reflete condições típicas da desumanização. Pupulin e Sawada (2005) realizaram um estudo descritivo com abordagem quantitativa/qualitativa na qual empregam, como procedimento metodológico, a técnica do incidente crítico (TIC), objetivando analisar situações positivas e negativas, envolvendo a exposição e a invasão da privacidade na UTI, relatadas por enfermeiros. Estes constataram que a equipe concentra a atenção nas situações críticas, o que dificulta o controle

dos fatores que atingem e expõem os clientes a condições vistas como desumanas. Isto confere, a essas unidades, impessoalidade, insensibilidade, automatização, mecanização e desumanização, gerando insegurança e angústia nos clientes. Observaram também que tal percepção se intensifica nos clientes ao vivenciarem a nudez, por reconhecerem a dificuldade em preservar sua intimidade e individualidade. Descrevem aspectos e sensações apontados por clientes, referentes à exposição do corpo na hospitalização, tais como humilhação, desconforto, constrangimento, vergonha, auto-imagem afetada, embaraço, incômodo, algo desagradável e difícil, falta de privacidade, desinformação, desrespeito, cuidador do sexo oposto.

Por outro lado, é reconhecível que a manutenção da privacidade do cliente é um desafio para a equipe, pela especificidade da assistência e característica física das UTIs (PUPULIN; SAWADA, 2005). Para tanto, destacam ser preciso visualizar o cliente, considerando a estrutura que o compõe, abrangendo os valores culturais, históricos e sociais, somados aos aspectos emocionais que permeiam o indivíduo enfermo e hospitalizado.

Conforme Casate e Corrêa (2005), na hospitalização, o doente é um número, um caso, objeto de atividades, mas não um centro de interesse; permanece geralmente sem esclarecimento sobre a própria sorte e sem explicação sobre o que lhe é imposto. Enfatizam ainda aspectos desumanizantes ligados especificamente à relação do profissional com o doente como o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética.

Matsuda e outros (2003) realizaram um estudo quantitativo/qualitativo, com o intuito de investigar a humanização na enfermagem com clientes no período pós-

internação de uma UTI geral para adultos, concluindo que, para os pacientes, a interação e a atenção da enfermagem são mais significativas que os cuidados técnicos; a prática de restrição de movimentos gera desconforto e angústia; e a maioria desconhece os seus direitos como usuário do sistema de saúde.

Seguindo essa linha de raciocínio, é possível afirmar que ações direcionadas à preservação da privacidade e atitudes de respeito e solidariedade, diante da necessidade de expor o paciente, contribuirão para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída às internações nas UTIs.

### **2.3 Humanização no contexto da UTI**

A humanização se faz necessária em todos os ambientes da saúde, desde o ambulatório até à UTI, setor geralmente considerado desumano.

Desde algumas décadas, a humanização vem construindo uma história na conquista de espaço na assistência à saúde dos cidadãos brasileiros.

As discussões sobre humanização na área da saúde tiveram início com o Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Este modelo era oneroso e muito especializado; focando a doença e não a promoção da saúde, conformava-se como desumano na maneira de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias, como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema (RIZZOTTO, 2002).

Nos anos de 1970, a saúde no Brasil era assegurada apenas aos trabalhadores com carteira assinada e pagadores da Previdência Social; o restante

da população tinha que dispor de seus próprios recursos para obter serviços médicos. A partir do “Movimento da Reforma Sanitária”, surge o projeto do SUS, que visa resolver os graves problemas enfrentados pelo setor público, como a falta de atendimento para toda a população. O SUS ainda é um projeto inacabado, distorcido ao longo do tempo com a massificação dos atendimentos, porém é o germe de uma política de humanização da saúde no Brasil (RIZZOTTO, 2002).

Em nível hospitalar, recursos estão sendo destinados para reformas na assistência, com o intuito de humanizar, organizar e caracterizar o atendimento. O Governo Federal, em parceria com os estados e municípios, está implantando o QUALISUS, que tem por objetivo: A qualificação do atendimento nas unidades de urgência/emergência, da atenção básica, do acesso à assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade, da política de humanização da atenção e da gestão no sistema único de saúde, (BRASIL, 2006).

O Governo Federal conta também com estratégias do HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização (PNH), elaborado em 2001, que tem a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Com ações desde a atenção básica, até à atenção hospitalar, propõe, incentivo aos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado; 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; ouvidoria em funcionamento; equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas das práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares; garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência; conselho gestor local com funcionamento

adequado; existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso; plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação (BRASIL, 2004).

O MS também incentiva a humanização com a atenção ao usuário, como: instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. (BENEVIDES; PASSOS, 2006).

Com o intuito de estabelecer uma reflexão sobre a humanização na assistência à saúde, Oliveira e outros (2006) realizaram um estudo, no qual concluíram que a comunicação, as condições técnicas e materiais são fatores indispensáveis para o estabelecimento da humanização. Salientam a importância de se dar valor à palavra dos usuários e aos profissionais de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações de humanização. Para se atingir este objetivo, é necessário o envolvimento do serviço de saúde como um todo, com os profissionais de todos os setores, gestores, formuladores de políticas públicas, além dos conselhos profissionais e instituições formadoras.

Assim, a mudança do paradigma incorpora uma proposta de humanização no atendimento, em todos os níveis de atenção à saúde, fundamentada em princípios que busquem englobar todas as dimensões do ser humano sadio e doente. Isto implica considerar a importância de contribuir para a humanização do atendimento, compreendendo suas articulações como um fator imprescindível na garantia da

contemplação das necessidades do cidadão, valorizado como ser humano digno de atenção. Essa humanização tem sido valorizada em estudos relacionados à UTI.

Tenha-se em vista que, ao mesmo tempo em que este ambiente favorece possibilidades de recuperação orgânica, traz situações que desestabilizam o equilíbrio psicológico do paciente, da família e da equipe, desencadeado por situações ambientais, que incluem planta física e relacionamento psicossocial entre estes. Atualmente, vê-se profissionais criteriosos preocupados com a assistência prestada aos pacientes, que, em muito, necessitam de alguém que olhe por eles.

Nesta ótica, Bousso e Pauli (2003) realizaram estudo com cinco enfermeiros de UTI pediátrica, usando como referencial teórico o internacionalismo simbólico e a teoria fundamentada em dados, pois procuraram conhecer as crenças dos enfermeiros em relação à assistência humanizada na UTI. Concluíram que os enfermeiros, mesmo encontrando dificuldades para prestar uma assistência humanizada, parecem estar abandonando a crença de que a UTI é uma unidade tecnicista, passando a buscar estratégias para uma assistência mais humanizada.

Pastore (1995) relata que as UTIs salvam três em cada quatro doentes que recebem, mas funcionam num mundo sombrio de tubos, lâminas, agulhas e gemidos. É um dos ambientes mais traumatizantes, tensos e agressivos do hospital. Além da situação crítica em que o paciente se encontra, há também outros fatores que colaboram para sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, isolamento, suposição de gravidade da doença e risco de morte.

Ao realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a humanização do atendimento em saúde, Casate e Corrêa (2005) constataram que até o início da década de 1980, o paciente era tido como um ser frágil, dependente e merecedor de piedade. Na mesma linha de pensamento, Amorin (2005) refere que, para o paciente, o que

importava era a competência médica e que o hospital fosse limpo. Ao entrar no ambiente hospitalar, deixava de ser cidadão, de ter vontade própria, de ter direitos e passava a ser passivo; daí o nome paciente e, como tal, obedecia às ordens médicas e da enfermagem.

Ao profissional de saúde, para prestar um atendimento humano ao paciente, era necessário possuir algumas características, como, por exemplo: doçura, compaixão, espírito de caridade, capacidade para perdoar, desprendimento, sendo inclusive considerado como ser privilegiado e escolhido por Deus (CASATE; CORRÊA, 2005). A esse respeito, Germano (1983) também relata características semelhantes no decorrer da história de enfermagem. Ressalta a abnegação e a subserviência que definiam o cuidar de enfermagem.

Em trabalho apresentado no 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Melo e Pereira (2005) expõem estudo realizado com enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo estes, unânimes em estabelecer uma relação entre a humanização da assistência de enfermagem e a postura humanizada definida pelos atributos: ser atencioso, paciente, carinhoso, empático e comunicativo.

A partir da década de 1990, dá-se início à valorização do doente como usuário dos serviços de saúde e sujeito possuidor de direitos, capaz de exercer sua autonomia. Segundo Casate e Corrêa (2005), o atendimento em saúde mais atual revela uma idéia de humanização distinta da lógica da caridade, anteriormente mencionada, compreendendo-a como a possibilidade de dar condições para que o usuário seja participante de seu cuidado.

Também Lira (2002) considera que o ambiente nas UTIs deva ser humanizado. Para isto, é necessária uma intervenção efetiva, como mudanças nas



estruturas e nos conceitos capazes de derrubar obstáculos e tabus. É importante também a compreensão dos fatores que produzem estresse e o planejamento de intervenções oportunas e eficazes.

Pesquisas mostram que os clientes não voltam ao hospital ao precisar, pela segunda vez, por diversas razões, como seguem: 1% morreu, 3% se mudaram, 5% procuraram outras alternativas, 9% foram aos concorrentes, 14% ficaram insatisfeitos com o serviço, e 68% se sentiram mal atendidas pelo pessoal (LEEBOW, 1988, apud MEZOMO, 2001).

Na prática de humanização, devem ser incorporados os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um, bem como devem ser implementados os princípios humanitários nessa perspectiva, objetivando-se o ambiente físico adequado, o cuidado com os pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde e estes pacientes.

Estas intervenções têm como objetivo, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o de maneira holística, como um todo biopsicossocial e espiritual.

#### **2.4 A família do paciente de UTI**

A internação de um familiar em UTI é um momento muito difícil para os familiares que vivenciam momentos e sentimentos de insegurança, quanto ao prognóstico do seu parente, pois estarão envolvidos no processo da internação, juntamente com o paciente. Neste momento crítico, torna-se importante, então, examinar as concepções dos membros da família.

Marconi e Pressoto (1992) entendem família como membros que moram juntos, têm cooperação econômica e de reprodução; possuindo a idéia de um grupamento social, mantêm-se por laços de parentesco. Já Elsen (1994) apresenta uma complementação, ao definir família como um sistema formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico da vida, mesmo quando não habitam o mesmo espaço físico.

Dessa forma, na assistência à saúde, é importante compreender também a relação familiar como aquela que extrapola os laços consangüíneos e legais, permitindo que se saiba identificar as pessoas que o paciente considera família.

Para que se atinja um nível de aproximação ao tema “família”, faz-se necessário o reconhecimento de pesquisas já produzidas, pois assim se obterá subsídios na busca de um novo enfoque a respeito deste tema.

Oliveira e outros (2003) enfatizam que, durante o processo da internação, a família ganha ênfase à medida que ela é capaz de transmitir tranqüilidade, além de trazer força e coragem ao paciente. A ruptura do convívio familiar incomoda os pacientes internados na UTI por se encontrarem sozinhos em um ambiente desconhecido, com pessoas alheias ao seu cotidiano. Esta situação é agravada pela ausência dos seus familiares, pois geralmente lhe é permitido apenas um acesso restrito no horário da visita.

Em estudo realizado por Souza (1988), no qual focaliza as visitas à UTI, a maioria dos pacientes entrevistados refere-se à separação da família como problema prioritário; além disso, metade dos pacientes deseja receber visitas de forma diferente do que ocorre rotineiramente. Os referidos entrevistados consideram que há necessidade de um plano individualizado, para minimizar o problema da separação da família. A assistência prestada aos pacientes e familiares diariamente

dentro de uma UTI irá favorecer a relação entre a equipe-paciente-familiares. O enfermeiro tem possibilidades de trocar informações com os familiares para conhecer melhor o paciente. As informações obtidas neste momento contribuirão para a adaptação e conhecimento dos hábitos, costumes e valores, proporcionando, assim, um tratamento adequado aos mesmos durante o período da internação.

Silva e Bocchi (2005) realizaram um estudo visando compreender a experiência interacional de familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados, propondo o desenvolvimento de um modelo teórico representativo dessa experiência. Nesse estudo, obtiveram a evidência de dois fenômenos que representavam essa teorização: Vivendo a expectativa pela internação no Hospital Universitário; Assumindo o papel de familiar visitante ou de familiar acompanhante.

O primeiro descreve a experiência em si; o segundo fenômeno foi desdobrado em quatro temas: 1) Querendo desempenhar um papel solidário que revela como um sentimento é despertado na família pela relação de responsabilidade: determina o apoio a um membro que esteja vivenciando o processo de tratamento de uma doença, como uma obrigação moral da família e que deseja estar com o doente; 2) Compreendendo o estar junto como uma interdependência emocional: é quando a instituição concede a oportunidade de um familiar estar com o doente durante a hospitalização; 3) Definindo-se a modalidade de apoio familiar durante a hospitalização: refere-se ao papel que o familiar visitante ou familiar acompanhante assume durante a internação; 4) Assumindo um papel de poucas satisfações: que retrata a percepção do familiar ao vivenciar o processo de hospitalização de um ente, pois para ele, trata-se de uma missão que, na sua maioria, não traz prazer e satisfação ao vivenciá-la.

Outra perspectiva na experiência da família é apontada por enfermeiros na sua prática assistencial.

Em pesquisa realizada sobre as concepções do enfermeiro em relação à família do paciente internado na UTI, Corrêa e outros (2002) concluem que o enfermeiro pensa que a família experimenta o medo, a ansiedade e a insegurança. Percebe que é difícil lidar com a família e buscar colocar em prática algumas ações que, a seu ver, ajudariam à família. Este contato pode proporcionar emoções agradáveis e facilitar a assistência prestada ao paciente.

Estudos acerca da humanização junto à família, embora sejam incipientes, há algum tempo já vêm chamando a atenção de alguns pesquisadores, entre eles Althoff (1999), que realizou uma análise de dissertações e teses referentes à família e identificou o um esforço para construir um conhecimento sobre a enfermagem e a família. Nessas pesquisas, foram encontradas muitas limitações, desde a compreensão da família como uma unidade social, com características próprias desenvolvidas no contexto; técnicas para o levantamento de informações que possibilitem uma aproximação da família em sua totalidade; falta de instrumentos válidos e confiáveis para tabulação e análise dos dados apropriados à situação. Conclui-se que é relevante que se desenvolvam estudos voltados para esta área e se promova um diálogo crítico entre os interessados, a fim de contribuir para o desenvolvimento de uma enfermagem para a saúde da “família”

Portanto, a fim de obter uma visão mais abrangente, Weirich e outros (2004) realizaram um estudo com o objetivo de identificar artigos científicos sobre o cuidado de enfermagem com a “família”, publicados no LILACS, no período de 1993 a 2003. Foram analisadas, quanto ao conceito e à composição das famílias, sistematização e propostas de ações de enfermagem, e formação e qualificação dos

autores. Encontraram, nessa década, nove artigos publicados referentes à enfermagem em família. Nestes, foi identificada a predominância de trabalhos que enfocam a sistematização e as propostas de ações. Além disso, o Programa de Saúde da Família aparece como fonte principal de promoção do cuidado de enfermagem à família e motivação para estudos que abordam esta temática. Evidenciou-se também que as pesquisas tiveram como autoria enfermeiros doutores, mestres e especialistas que atuavam como docentes. Isto evidencia, de uma forma geral, uma carência de estudos na área de enfermagem sobre a família e a falta de envolvimento dos enfermeiros assistenciais em publicarem suas experiências junto às famílias.

Outros estudos mostram a importância da comunicação entre a equipe de saúde e os familiares.

Em um estudo exploratório descritivo, realizado por Victor e outros. (2003), cujos dados foram coletados por intermédio de entrevista estruturada com 27 familiares, investigando o conteúdo e as formas como a comunicação se processa entre a equipe médica e os visitantes de uma UTI para adulto, os respectivos autores constataram que, dentre os 27 familiares, 8 não compreenderam todas as informações, 24 não receberam informações por escrito, 25 não foram solicitados para fazer *feedback* e 12 não receberam estímulos para fazer perguntas. Em relação à informação recebida, 22 mencionaram que gostariam de receber informação a respeito da doença; já 8 optaram por resultados de exames e tratamento; também 14 referiram que gostariam de receber informações sobre o estado geral do cliente; e 8 optaram pelas informações sobre o prognóstico. Ao serem questionados quanto a sugestões para a melhoria da comunicação, foi proposto pelos familiares que fossem dados mais detalhes a respeito do estado

geral; que eles tivessem abertura para fazer perguntas e receber informações por escrito. Logo os autores concluíram que o processo de comunicação entre os dois grupos necessita ser melhorado

Esses autores realizaram o mesmo estudo, com 25 familiares, objetivando a investigação do conteúdo e a forma da comunicação verbal efetuada pela equipe de enfermagem e os visitantes de uma UTI para adulto. Constataram que a grande maioria das informações fornecidas diz respeito aos procedimentos de higiene e normas e rotinas para realização da visita, assim 17 afirmaram que, antes da visita, gostariam de receber informações da enfermagem a respeito do estado geral do cliente; três de como se comportar perante este; já 19 referiram que entenderam as informações que receberam; também 23 afirmaram que nunca receberam nenhuma informação ou orientação por escrito; e 25 (100%) afirmaram que não receberam nenhum estímulo para fornecer *feedback* do que foi comunicado. Apesar de 5 familiares referirem não ter recebido nenhuma informação antes da visita e não ter ocorrido nenhuma comunicação na forma verbal durante todo o processo, 9 não emitiram nenhuma sugestão para melhoria. Os autores concluíram que o processo de comunicação destes dois grupos, no setor estudado, também deve ser melhorado (MATSUDA et al., 2002).

Buscando esclarecimento quanto à comunicação adequada para os familiares de pacientes internados na UTI, Inaba e outros (2005) identificaram que existe a necessidade de as famílias se comunicarem com a equipe de enfermagem e receberem orientações, esclarecendo dúvidas, assim como ter satisfeita sua necessidade de conforto, recebendo palavras carinhosas e atenção. Consideram ideal ser tratados com carinho, conversar com os profissionais e receber informações pertinentes, entendendo o que o outro quer transmitir, através de

declarações claras e objetivas, que expliquem o estado do paciente e sobre os equipamentos. Os familiares preocupam-se com o cuidado de seu ente querido em relação aos cuidados que recebem e sentem a necessidade de ter alguém da equipe de enfermagem como referência, a quem possam recorrer para uma conversa, esclarecendo suas dúvidas, sendo tranquilizados e orientados. O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Os autores acrescentam ainda que não basta deixar a família entrar na UTI; é necessário cuidar dela para potencializar o trabalho da enfermagem; também é necessário questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos; entender suas emoções.

Movidos pelo descaso com que os enfermeiros tratam a comunicação com o paciente grave ou de alto risco, Camargos e Dias (2002) realizaram um estudo exploratório descritivo com enfermeiros e auxiliares de enfermagem, objetivando: conhecer o significado do cuidado humanizado, na visão dos profissionais de enfermagem que trabalham na UTI; discutir a comunicação como fator influenciador na recuperação do paciente; e identificar como os profissionais de enfermagem se comunicam com os pacientes durante os procedimentos. Concluíram que esses profissionais procuram utilizar a comunicação como estratégia para humanizar o cuidado de enfermagem, conversando com os pacientes e familiares, visando minimizar a ansiedade dos mesmos, causada pelo ambiente fechado, com ruído e muito estresse.

Em uma perspectiva mais fenomenológica, Barbosa e Rodrigues (2004) enfocaram as vivências da equipe de enfermagem com a família de crianças internadas em UTI pediátrica, tendo como objetivo apreender as características das ações da referida equipe, em relação a essa família. Desse estudo, emergiram duas

categorias: interação com a família e participação da família. Os autores chegaram à conclusão de que os profissionais não se sentem preparados para dividir com os familiares os mesmos espaços, percebendo, no entanto, a importância da participação da família como um cliente em potencial.



*3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA  
NA PESQUISA*

### **3.1. A trajetória metodológica**

Para a realização deste estudo, tendo em vista a natureza do objeto de investigação que enfoca a vivência da família do paciente internado em UTI, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, utilizando-se, como suporte filosófico, a fenomenologia, que Husserl caracterizava como ciência das essências, tendo como preocupação central descrever o fenômeno tal como ele se mostra na própria consciência. Seguiu-se a vertente fenomenológica, modalidade estrutural do fenômeno situado, segundo o referencial de Martins e Bicudo (1989).

### **3.2 Aproximação à fenomenologia**

A fenomenologia é o estudo das essências e dos significados articulados nos discursos. É a volta do mundo vivido ao mundo da experiência, que, para Husserl (1986), é o fundamento de todas as ciências. A seguir serão realizadas aproximações a este referencial, com o intuito de esclarecer a abordagem teórica/metodológica observada neste estudo.

A fenomenologia representa uma tendência filosófica surgida na Alemanha, na segunda metade do século XIX, e contesta a generalização da corrente do pensamento positivista como único modo de se fazer ciência.

Tem a sua origem nas expressões gregas *phainomenon* e *logos*, significando o discurso a respeito daquilo que se manifesta como é. Ela foi utilizada primeiramente por Lambert, no ano de 1764-em seu livro *Novo Organon*-, com o significado de teoria da ilusão. Porém, é com Hegel, em 1807, que a fenomenologia passa a ser introduzida em definitivo na tradição filosófica.

Embora o termo fenomenologia tenha sido introduzido por Hegel, no ano de 1807, como a fenomenologia do espírito, foi com Husserl que surgiu como movimento do século XIX, buscando superar as tendências do racionalismo e do empirismo, no que diz respeito ao conhecimento. Husserl fundou a fenomenologia em meio a uma crise da filosofia, na qual a ciência dominava o conhecimento, fundamentando-se no positivismo e afastando-se do subjetivismo da metafísica (DARTIGUES, 1992).

Considerado o pai da fenomenologia, Husserl (1965) propõe o retorno às coisas mesmas, como princípio de uma ciência rigorosa, descrição da consciência pura e originária, análise do que se apresenta primária e fundamentalmente anterior a toda e qualquer relação ou explicação científica. O autor sugere o retorno às origens, dando como ponto de partida não mais as opiniões dos filósofos, mas a própria realidade.

Para Dartingues (1992), a fenomenologia é um movimento cujo objetivo é a investigação direta e a descrição dos fenômenos experienciados pela consciência, livres de teorias pressupostas e de preconceitos; é a ciência descritiva das essências da consciência e de seus atos.

Já Capalbo (1990) define a fenomenologia como uma forma particular de fazer ciência, que substitui as correlações estatísticas pelas descrições individuais, e as causais por interpretações oriundas das experiências vividas, apresentando-a como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita, preocupa-se com o mundo vivido.

O que se mostra à consciência é o objeto de estudo da fenomenologia, o fenômeno. Dirigir-se a ele implica a presença de uma intencionalidade, um *noesis*, que é próprio da consciência. *Noesis* é o aspecto subjetivo do ato cognoscente e

consistente na disposição do sujeito para ver algo; *noema* é o aspecto objetivo, aquilo que é visto e que tem, em seu conteúdo, um significado e ocupa um lugar (HUSSERL, 1986).

Tal intencionalidade, ou seja, a consciência de algo ou de uma situação, pode ser observada cientificamente, segundo Giorgi (2000). Este autor refere que a descrição de um fenômeno da realidade, obtida através da experiência de outros, permite a implementação da abordagem fenomenológica em investigação científica. Dessa forma, a filosofia fenomenológica se apresenta como método científico também.

Como método, a fenomenologia possui duas linhas: A Husserliana ou descritiva da essência do fenômeno; e a interpretativa de Heidegger, que busca os significados subjacentes do fenômeno (LOPES; WILLIS, 2004).

Na perspectiva descritiva, segundo Martins e Bicudo (1989), a fenomenologia descreve a experiência do homem tal como ela é, e não segundo as proposições pré-estabelecidas pelas ciências naturais. Para se conhecer a experiência humana, não se pode adotar os mesmos procedimentos pelos quais se conhece a realidade física ou biológica. Faz-se necessário um método próprio, que focalize a experiência vivida e sua significação.

Acerca da experiência vivida, os autores referem que o fenômeno só pode se mostrar quando situado, quando interrogado. Como fenômeno, é perspectiva; diverge em vários aspectos, precisa ser situado em uma região de inquérito, que é a região de perplexidade, a região onde o fenômeno vai ser interrogado, onde o sujeito está vivenciando o fenômeno.

Assim, acrescentam que, ao adotar um modo fenomenológico de conduzir a pesquisa, é necessário que se procure reavivar, tematizar e compreender

eideticamente os fenômenos da vida cotidiana, à medida que são vividos, experienciados e conscientemente percebidos (MARTINS; BICUDO, 1989).

Na pesquisa fenomenológica busca-se o significado atribuído ao fenômeno estudado. Nessa busca, o pesquisador preocupa-se com aquilo que os fatos significam para os sujeitos da pesquisa.

Para Martins e Bicudo (1989), o pesquisador não descarta sua experiência, mas soma como experiência que outros têm do fenômeno estudado, para compreender, cada vez mais, a sua própria concepção do fenômeno e evoluí-la pela sua articulação com a dos sujeitos pesquisados. O pesquisador vai iniciar o seu trabalho apenas interrogando o fenômeno, mas isto não exclui que ele tenha um pensar.

A fenomenologia, como método de pesquisa, fica caracterizada pela descrição, redução e compreensão.

A descrição fenomenológica é o primeiro momento da trajetória na pesquisa e resulta da relação dos sujeitos com o pesquisador, sendo, portanto, o discurso obtido constituído de elementos estruturais do fenômeno a ser desvelado, que apresenta o que está articulado na inteligibilidade do sujeito e que se mostra através da fala (MARTINS; BICUDO, 1989).

A redução fenomenológica, como o segundo momento da trajetória, tem como objetivo determinar e selecionar as partes da descrição que são consideradas essenciais. Consiste, então, na busca, pelo pesquisador, das informações que lhe são significativas, permitindo compreender aquilo que é essencial ao fenômeno em questão, a partir do discurso do sujeito. É um procedimento planejado para tornar-se a experiência vivida pelos sujeitos, deixando de lado qualquer crença, teoria ou explicação a priori. Esse momento é chamado de *epoché* (MARTINS et al., 1990).

A compreensão fenomenológica ocorre quando as expressões do sujeito do discurso são substituídas por expressões próprias do pesquisador, que representam aquilo que está sendo buscado. É um pensar sobre os significados desses discursos que os autores chamam de análise ideográfica e nomotética. A análise ideográfica diz respeito à análise do discurso individual. É a análise da ideologia que permeia as descrições expressas pelo sujeito (MARTINS; BICUDO, 1989).

O movimento da passagem do individual para o geral dá-se em direção à estrutura geral do fenômeno que está sendo estudado, o que é investigado com a análise nomotética. Este, segundo os autores, é uma ação reflexiva em busca da estrutura essencial do fenômeno resultante da compreensão das convergências e divergências que se mostram nos casos individuais (MARTINS; BICUDO, 1989).

Essa modalidade de pesquisa tem sido utilizada em diversas áreas científicas, inclusive na enfermagem. É também defendida nos Estados Unidos da América (EUA), pelo professor Amadeo Giorgi, e no Brasil, pelo professor Joel Martins e seus seguidores.

Segundo essa abordagem, a pesquisa qualitativa precisa inicialmente situar o fenômeno, ou seja, só há fenômeno psicológico enquanto houver um sujeito no qual se situa. Há sempre um sujeito, em uma situação, vivenciando o fenômeno. Por vivência entende-se também experiência, mas a experiência percebida de modo consciente por aquele que a executa. A consciência desta consciência é sempre intencional. É diferente da experiência denominada de informações (MARTINS; BICUDO, 1989).

Nesta modalidade de estudo, o pesquisador recusa aceitar inicialmente pressupostos ou pré-concepções sobre a natureza do fenômeno investigado. Procura, sim, que os seus sujeitos descrevam em sua própria linguagem como

estão vivendo e que experiências estão tendo naquela situação de vida. Entretanto, ao recusar os conceitos, as teorias, as explicações que já existiam anteriormente, ele não parte de um marco zero ou de vazio. Espera que os sujeitos sejam capazes de ter acesso aos contextos e comportamentos da situação que estão vivendo, coma também sejam capazes de descrever o que estão experienciando de modo mais adequado do que o pesquisador poderia fazer e, ainda, que sejam capazes de experienciar o fenômeno de maneira não imaginada por ele (MARTINS; BICUDO, 1989).

Na pesquisa fenomenológica, não se trabalha com um problema, mas com uma interrogação. Para Boemer (1994), que também segue esta linha, interroga-se se está focalizando o fenômeno e não o fato. O pesquisador, na perspectiva da fenomenologia, parte da interrogação do fenômeno, cuidando para que as teorias e princípios já determinados sobre o tema não determinem, na sua trajetória, a inquietação de algo que está oculto e precisando ser desvelado. É a gênese de uma interrogação que dirige a busca de compreensão do fenômeno.

A preocupação da fenomenologia é descrever o fenômeno, não explicá-lo; é compreendê-lo, não achar relações causais. A descrição rigorosa do fenômeno é que permite chegar à sua essência (CARVALHO; VALLE, 2002).

Segundo Boemer (1994), os fenomenólogos evitam ditar passos para a análise dos dados, porém algum direcionamento pode ser dado, citando os estudos de Amadeo Giorgi e Joel Martins.

Martins e Bicudo (1989) propõem quatro momentos de análise, que também estão relatados no trabalho de Boemer (1994):

- a) O sentido do todo: Leitura geral do relato ou entrevista, do início ao fim, sem interpretações, buscando familiarizar-se com o exposto, procurando colocar-

se no lugar do entrevistado de forma a não ser um espectador. Ao obter um *insight* sobre o exposto, busca chegar aos significados da mesma forma como o entrevistado os atribuiu.

- b) Discriminação das unidades de significado: O pesquisador faz uma releitura dos textos para que sejam identificadas as unidades de significado, focalizando o fenômeno pesquisado.
- c) Transformação das expressões cotidianas do sujeito em uma linguagem psicológica: Após ter obtido as unidades de significado e expressado o *insight* psicológico nelas contido. O propósito é chegar às categorias, passando por expressões concretas e não por meio de abstrações. Tais transformações são necessárias devido às descrições ingênuas feitas pelos entrevistados que expressam, de maneira oculta, realidades múltiplas, cujos aspectos psicológicos o pesquisador deseja elucidar em profundidade adequada para o acontecimento.
- d) Síntese das unidades de significado transformadas em proposição: O pesquisador deve integrar os *insights* contidos nas unidades de significado, transformadas em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno, sendo denominada, por alguns pesquisadores, como categorias temáticas.

Um ponto importante é que, em todos os momentos, os dados precisam ser examinados e questionados amplamente, de forma a ajudar o pesquisador a manter o foco de atenção no todo, sem perder a multiplicidade de sentidos que pode estar implícitos no material (BOEMER, 1994).



### 3.3 Campo de estudo

Este estudo foi desenvolvido na UTI de uma instituição de saúde privada, que atende a pacientes conveniados, particulares e SUS; estes somente se forem admitidos pelo setor de hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Tem como proprietários empresários e médicos que vivenciam também a rede pública de saúde. Sua função básica é a assistência especializada em ginecologia, obstetrícia, otorrinolaringologia, pediatria, cardiologia e clínica médica. Este hospital está localizado na cidade de Natal, onde presta serviços junto a outros quatro hospitais que possuem UTI, de porte semelhante.

Desde o ano de 1997, quando foi instituído, até o decorrer dos dias de hoje, o referido hospital teve muitas adaptações, passou por ampliações e reformas, obtendo aumento de sua área física e público-alvo. Inicialmente, era uma instituição com atendimento clínico e cirúrgico em ginecologia, obstetrícia, e pediatria, e destinado exclusivamente ao gênero feminino. Com o decorrer do tempo, ampliou-se para pacientes do sexo masculino. Atualmente, tem-se destacado principalmente no atendimento cardiológico.

No âmbito da assistência cardiológica, o hospital integra-se ao SUS, onde se destaca, prestando serviços médico-hospitalares à população do Rio Grande do Norte, desde o atendimento cardiológico ambulatorial, até o de maior complexidade, como transplante cardíaco.

Possui duas UTIs, uma neonatal, contendo sete leitos; e outra geral, onde este estudo foi realizado, composta por dez leitos, atendendo a pacientes adultos e esporadicamente pacientes pediátricos que foram submetidos à cirurgia cardíaca.

Para Rockenbach (1985), a planta física de uma UTI tem como principais objetivos: realizar a observação individual dos pacientes; proporcionar um ambiente agradável, com boa iluminação e aeração; apresentar um espaço suficiente para locomoção do pessoal e propiciar meios para intercomunicação.

O espaço físico destinado à UTI, onde se deu o estudo, é assim descrito:

Externamente: Recepção, repouso de enfermagem, sala de utilidades, expurgo, copa, higienização e sala de recepção para os familiares, onde os mesmos podem permanecer o tempo que julguem necessário Também é usada pela enfermagem e médicos plantonistas nos momentos de orientação aos familiares.

Área restrita: Composta por repouso médico e dez leitos, dentre estes seis leitos privativos, dos quais um é destinado ao isolamento. Possuem sistema de ar condicionado, com porta de vidro que permite vedação total sem obstruir a visão; quatro leitos são destinados aos pacientes que permanecerão na UTI no pós-operatório imediato e mediato de cirurgia cardíaca. Estão em espaço não individualizado, localizando-se em frente ao posto de enfermagem, para melhor visualização do paciente e, assim, poder-se detectar alguma anormalidade no quadro, durante este período. A UTI é ventilada por ar condicionado central. Dispõe de dois postos de enfermagem, dois banheiros para os pacientes e uma farmácia. Todos os leitos estão equipados com aparelhagens necessárias para uma monitorização completa e segura.

Para as paredes, foram escolhidas cores no tom pastel, tornando o local agradável e tranquilo. Conforme Boccanera e outros. (2004), artifícios simples, tais como a utilização de cor adequada ao ambiente, podem amenizar o estresse das pessoas internadas ou que trabalham na UTI.

Todos os leitos possuem vista para a área externa da UTI, possibilitando visualizar a luz do dia, decorados com cortinas, que promovem cobertura total da claridade, se necessário. Alguns dos leitos privativos possuem televisão. O espaço na área interna da UTI possibilita que o paciente faça alguma atividade de locomoção durante o período de internamento.

Além desses aspectos relacionados à planta física, temos a preocupação em liberar a entrada de objetos pessoais, como óculos, fotografia de alguma pessoa querida, brinquedos, entre outros.

No que diz respeito aos recursos humanos disponíveis na UTI em questão, são constituídos por: 02 equipes de fisioterapeutas, 02 nutricionistas durante o dia; 01 farmacêutico; 05 técnicos de radiologia; 23 técnicos de enfermagem; serviço terceirizado de laboratório, disponível 24h dentro do hospital; 12 médicos plantonistas e 01 médico diarista; 05 enfermeiros; pessoal de apoio, além de estagiários do curso de medicina.

### **3.4 Participantes do estudo**

Os participantes foram escolhidos dentre aqueles que estavam com familiar internado naquele período que foi realizado o estudo.

Considerou-se como participante o acompanhante familiar que possuía grau de parentesco primário ou de aproximação com o paciente. Foi preferencialmente realizada com o familiar designado como responsável pelo paciente, no momento da admissão na UTI, como acontece rotineiramente, ou outro ente próximo ao paciente, considerando que este estará vivenciando mais profundamente a experiência do momento.

O número de participantes foi determinado pelo princípio da saturação. Este princípio refere que a coleta de dados em pesquisa qualitativa prossegue até o ponto em que não é mais obtida nenhuma nova informação e atinge-se a “redundância” dos dados (POLIT et al. 2004, p. 237).

Selecionado o familiar, procurou-se respeitar um período de dois dias para permitir a sua adaptação com a situação vivenciada, o ambiente e a nova rotina implantada em sua vida. Devido à rotina de trabalho estar inserida no convívio com os familiares, foi possível à pesquisadora usar o momento adequado para a abordagem e a realização da entrevista.

### **3.5 A realização das entrevistas**

As entrevistas foram realizadas após a aprovação do Comitê de Ética, da instituição e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), atendendo às diretrizes da Resolução CNS 196/96. Conforme ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997), os objetivos do trabalho a ser realizado foram explicados aos participantes, assegurando-lhes o sigilo dos depoimentos e a possibilidade de recusa, bem como a intenção de divulgar os dados no âmbito acadêmico e assistencial. Após a explicação, solicitava-se aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso concordassem em participar (Anexo1).

Após a assinatura do TCLE, agendava-se o horário conforme conveniência do familiar. Nesse momento, conduzia-se o familiar individualmente a uma sala próxima à UTI, onde era realizada a entrevista, tendo o cuidado de manter a

privacidade. Foi usado gravador, exceto quando o familiar não permitia. Neste caso, o registro foi manuscrito.

A entrevista foi aberta ou não-estruturada. Segundo Parga Nina (1983 -1985 apud MINAYO, 1994), é uma “conversa com finalidade”, na qual o roteiro serve de orientação para o pesquisador e não de restrição da fala dos entrevistados. Logo o desenvolvimento da entrevista permanece com o pesquisador, sem que haja uma influência no relato do entrevistado.

A entrevista realizada teve início com a seguinte questão norteadora: **Como é a vivência pela qual você está passando, de ter alguém da sua família internado em uma UTI?**

### **3.6 Momentos da análise**

Para compreender como a família do paciente internado em uma UTI vivencia a hospitalização de seu familiar, requer que a atenção se volte para a análise da experiência vivida, tal como ela é. Não se trata de saber a respeito do fenômeno da hospitalização, mas sim como este fenômeno se mostra para o familiar, em sua essência.

A análise fenomenológica foi realizada concomitantemente às entrevistas e à transcrição fiel das mesmas, possibilitando assim que se percebesse a saturação das respostas para a compreensão do fenômeno, obedecendo à abordagem fenomenológica. Seguiu-se os passos para a análise sugeridos por Martins e Bicudo (1989): O sentido do todo; a discriminação das unidades de significado; as transformações das expressões do sujeito em linguagem psicológica do pesquisador; a síntese das unidades de significado transformadas em proposição.

Estes autores salientam a importância de lembrar que a análise das descrições não compreendem etapas rígidas a serem mecanicamente seguidas pelo pesquisador, mas representam o caminho para se chegar à compreensão do fenômeno.

Após a análise dos dados, obtidos inicialmente, foi realizada a transcrição dos discursos gravados, chegando a um total de 10 transcrições. Em seguida, iniciou-se a análise propriamente dita. Foi feita uma leitura atenta, por inteiro, sem interpretações. É natural que o texto fosse lido tantas vezes quantas achasse necessárias, para a familiarização com o mesmo, até obter-se um *insight* sobre o que o entrevistado desejava falar. Este momento serviu de base para o próximo momento de discriminação das unidades de significado.

Nas leituras posteriores, buscou-se, nas descrições de cada discurso, a presença da essencialidade da vivência dos familiares dos pacientes internados na UTI. Constituía as *unidades de significado*. Para discriminar as unidades de significado, era anotada uma observação na descrição sempre que se percebia uma mudança psicologicamente sensível de significado da situação para os familiares.

Após a obtenção das unidades de significado e expressado o "*insight*" psicológico nelas contido, foi realizada uma releitura do discurso. Pela transformação das expressões da linguagem do sujeito para a linguagem da pesquisadora, através de um procedimento de reflexão, eram captadas as expressões significativas. Estes procedimentos foram importantes e necessários, porque as descrições realizadas pelo familiares dos pacientes internados na UTI poderiam conter mensagens implícitas, não intencionais, ou contraditórias que demonstrem dimensões importantes.

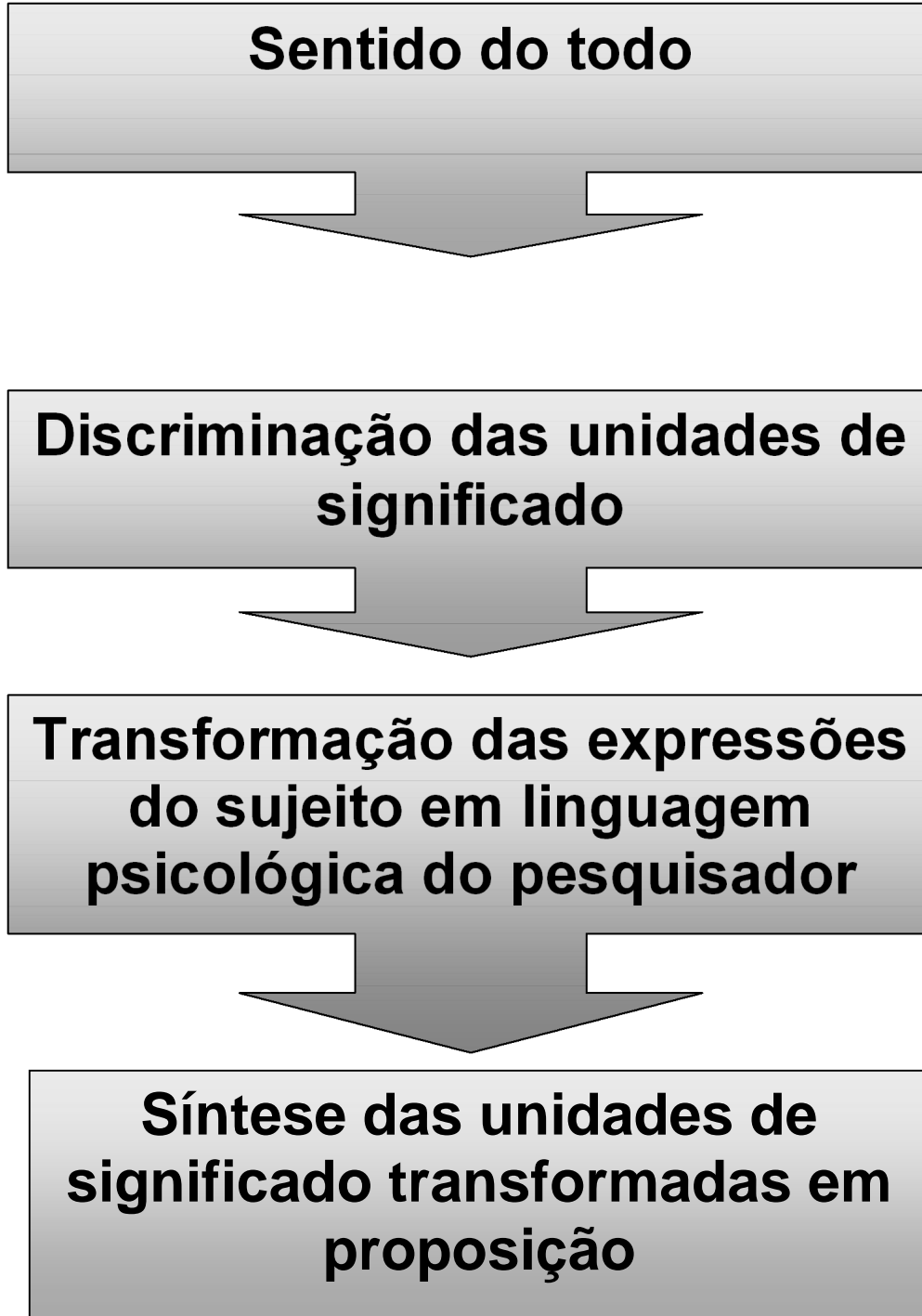
A análise nomotética foi elaborada somente depois de ter sido finalizada a análise individual de todos os discursos, buscando-se identificar e agrupar as unidades de significado interpretadas, que apresentavam um tema comum. Fez-se a análise global em busca das generalidades do fenômeno interrogante. Em seguida, realizaram-se as convergências e divergências entre as unidades de significado encontradas nos diferentes discursos, assim como foram reveladas as individualidades que se pôde perceber em cada um.

Desse agrupamento evidenciaram-se as categorias temáticas, que, pelo seu conteúdo, foram assim denominadas: Medo da morte do familiar; Ausência de humanização; Isolamento social; Confiança na UTI; Sobrecarga na vida pessoal.

No último passo da trajetória fenomenológica deste estudo, elaborou-se a síntese que integra as idéias gerais desveladas da estrutura do fenômeno situado. Essa estrutura obtida é então exposta a outros pesquisadores com a finalidade de confirmação crítica ou apenas de exposição.

A seguir, o processo da análise é demonstrado na forma gráfica (figura 1).

## Momentos da análise



**FIGURA 1:** Representação gráfica dos momentos da análise.



*4. VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES  
DOS PACIENTES INTERNADOS  
NA UTI*

## 4.1 Caracterização dos familiares

O estudo foi composto por 10 entrevistados que receberam denominação fictícia, sendo especificado seu grau de parentesco, a idade do familiar internado, dia da internação em que foi realizada a entrevista e a evolução do internamento, conforme relação a seguir:

Entrevistado Nº1	<b>H</b>	<b>Helena</b>	Grau de parentesco: esposa, paciente com 47 anos, 12º dia de internação na UTI. Paciente evoluiu com alta da UTI.
Entrevistado Nº2	<b>U</b>	<b>Úrsula</b>	Grau de parentesco: mãe, paciente com 26 anos, 47º dia de UTI. Paciente evoluiu com alta da UTI.
Entrevistado Nº3	<b>M</b>	<b>Marcela</b>	Grau de parentesco: filha (Obs.: profissional médica), paciente com 90 anos de idade, 4º dia de UTI. Paciente evoluiu para Óbito.
Entrevistado Nº4	<b>A</b>	<b>Ana</b>	Grau de parentesco: filha, paciente com 65 anos, 34º dia de UTI. Paciente evoluiu para Óbito.
Entrevistado Nº5	<b>N</b>	<b>Natalia</b>	Grau de parentesco: filha, paciente com 81 anos, 10º dia de UTI. Paciente evoluiu para Óbito.
Entrevistado Nº6	<b>I</b>	<b>Isaura</b>	Grau de parentesco: prima, paciente com 42 anos, 4º dia de UTI. Paciente evoluiu para Óbito.
Entrevistado Nº7	<b>Z</b>	<b>Zélia</b>	Grau de parentesco: filha, paciente com 81 anos, 6º dia de UTI. Paciente evoluiu com alta da UTI.
Entrevistado Nº8	<b>A</b>	<b>Amanda</b>	Grau de parentesco: irmã, paciente criança com 09 anos, 2º dia de UTI. Paciente evoluiu com alta da UTI.
Entrevistado Nº9	<b>D</b>	<b>Diogo</b>	Grau de parentesco: filho, paciente 86 anos, 3º dia de UTI. Paciente evoluiu para Óbito.
Entrevistado Nº10	<b>O</b>	<b>Otávio</b>	Grau de parentesco: filho, paciente com 72 anos, 9º dia de UTI. Paciente evoluiu para Óbito.

## 4.2. Revelando o fenômeno vivido

Após a análise individual de todos os discursos, realizaram-se convergências e divergências entre as unidades encontradas. Tem-se como resultado da análise nomotética o surgimento de 5 categorias temáticas, as quais serão apresentadas a seguir:

- ❖ Medo da morte do familiar;
- ❖ Ausência de humanização
- ❖ Isolamento social
- ❖ Confiança na UTI
- ❖ Sobrecarga na vida pessoal

### 4. 2.1 Medo da morte do familiar

O *medo da morte do familiar* é uma das categorias temáticas identificadas. Isso possibilitou perceber que a morte era um tema delicado de ser tratado pelos familiares, os quais revelam que ter um familiar internado na UTI é uma vivência desagradável, e gera desespero. O fato de seu familiar estar na UTI, para alguns, já é indício de morte, como pode ser observado nos seus discursos a seguir:

*É muito difícil ser família de paciente internado na UTI (...) a gente se desespera, com medo de perdê-la. Isaura*

*UTI assusta um pouco, a gente pensa assim, que quando se vai pra uma UTI já é porque tá a caminho de morrer. Otávio*

Os sujeitos do estudo que vivenciam a experiência de estar na condição de familiar de paciente internado na UTI demonstram sofrimento em suas faces e nos

relatos de suas vivências, com sentimentos fortes, relacionados ao medo de perder o seu familiar.

Há idéia de negação da morte como um fato a ser consumado, e passam a usar citações de um modo dissimulado ao referir-se a ela. Deixam transparecer esse medo usando expressões mais amenas, como: *indo embora* e *perder o familiar*. Assim mostram os trechos dos relatos a seguir:

*(...), é muito triste, ver ela indo embora e não se poder fazer mais nada (...). O sentimento é de desespero, o medo de você perder aquela pessoa é muito grande (...). Isaura*

*(...) Mas aí, eu sabia que ela estava ruim e estava realmente quase indo embora. Ana*

Percebe-se, nas falas acima, que estes familiares experienciam sentimentos fortes, como medo e tristeza, associados à dor da possibilidade concreta da morte do seu familiar.

Esses sentimentos geram desespero por sentirem-se impotentes diante da situação que vivenciam, e nada podem fazer para mudar o rumo dos fatos. Como na fala a seguir, em que Ana declara esse mesmo sentimento, ao ver sua mãe em estado geral grave.

*(...) Teve um dia que minha mãe estava na UTI, tava quase morrendo, eu não tinha mais perspectiva de nada, Isabel, nada, nada, nada! O doutor, não podia fazer nada, eu não podia fazer nada, eu comecei a chorar desesperada, porque você se desespera. Ana*

Diante da gravidade do quadro clínico, os familiares perdem a esperança, tentam ser fortes e estar preparados, mas temem muito por este momento de partida. Alguns ainda desconhecem o real sentimento da perda de um familiar, pois é

uma experiência nova, como relata Natália, que teme vivenciar esta perda pela primeira vez.

*(...) fiquei angustiada, né, porque eu nunca perdi um familiar, eu não sei ainda o que é uma perda, principalmente de uma pessoa muito próxima que é o meu pai. Então, eu ainda não sei nem dizer a você o que eu vou sentir, ou o que eu estou sentindo. O que eu sinto é que o quadro dele, a cada dia, dizem que é estável. Mas, eu sinto que desta ele não sai, não tem como sair. Então eu estou tentando me preparar. (...).*  
Natália

Diante da possibilidade da perda, Natalia tenta se preparar para o momento da morte, embora não seja sempre possível esta preparação, pois o instante envolve muitos sentimentos novos, até então não vivenciados. Começa a conscientizar-se de que há a possibilidade de morte do pai. E por ser um fato difícil de ser aceito, vai gerar um grande sofrimento.

Ao se ver diante da atual situação, quer estar perto de seu familiar até o último momento:

*Então, neste dia eu cheguei na minha casa, coloquei o meu carro na garagem e disse: - Eu não tenho condições nenhuma de dirigir, agora, eu quero visitar ele pela manhã, pela tarde e pela noite. Porque enquanto ele estiver vivo eu quero ver ele todos os dias.* Natália

A situação que Natália vivencia ocasiona uma desestabilidade emocional, impossibilitando que ela continue a desempenhar suas atividades normalmente. Porém, ela persiste em querer ficar ao lado do seu pai até o momento final da vida, independente de suas condições.

A internação na UTI é sempre vista como uma possibilidade de perda. Então, cada momento será vivenciado com medo, buscando interpretação, inclusive nos gestos e olhares da equipe, na perspectiva de captar alguma informação que venha

acrescentar algo ao que já sabem. Nessa busca, vivem a angústia da possibilidade do agravamento do quadro, como é observado na fala da Helena:

*(...) quando a gente chegava lá, aquele auxiliar de enfermagem que olhava rapidamente pra gente e mudava o olhar, pra gente era ele quem estava cuidando do meu esposo, tomando conta, entendeu. Porque não tinha coragem de dizer que ele estava mal, a gente olhava e ele desviava o olhar, não tinha coragem de falar. Então, saía de perto. A gente dizia: - Aí meu Deus, não está tudo bem! Helena*

A ansiedade gerada nos momentos em que Helena aguarda para estar junto do seu marido leva a um sofrimento pela incerteza do bem-estar físico do seu familiar.

Assim, os discursos desses familiares deixam ver que têm consciência do momento interior vivenciado, diante do sofrimento da pessoa internada, sem indícios de melhora. Sofrem com a desesperança e até certo ponto se conformam com a morte inevitável. De uma maneira geral, referem que a experiência de ter um familiar na UTI é muito difícil, por conviverem com o medo constante da perda do seu familiar, que vem acompanhado de muitos sentimentos, como o medo da morte, a tristeza, a preocupação, a angústia e o desespero.

#### **4.2.2 Ausência de humanização**

Ao realizar a análise das entrevistas com familiares dos pacientes internados na UTI, foi possível observar nos seus relatos, que eles estão preocupados com a qualidade da assistência ali oferecida pelos profissionais da saúde aos pacientes e também aos familiares, especialmente em relação aos aspectos humanísticos.

Emergiu, neste estudo, que os familiares têm a noção de que humanização é um tema atual, muito discutido nos diversos níveis de atuação na área de saúde e

que a sua implantação deve ocorrer na assistência hospitalar. Pôde-se observar esta consciência, ao analisar as entrevistas realizadas com Marcela e Ana, nas quais elas expõem seu ponto de vista em relação ao tema:

*UTI é um local frio em que muitas técnicas são aplicadas e muitas vezes, a grande maioria das vezes, hoje se está falando muito de humanização, mas ainda não existe uma humanização verdadeira. Um respeito aos costumes, aos direitos daquele paciente, como cidadão. Marcela*

*Você quer que teu familiar seja bem assistido, quer que ele seja tratado como um ser humano, e não como um número de leito ou chamado pelo nome da doença. É um ser humano que está ali, e a gente quer que vocês tenham este respeito a ele. Ana*

Como se pode observar nestes relatos, esses familiares estão cientes a respeito da assistência humanizada na saúde. Têm opinião formada e conceitos prévios e, no momento em que se submetem a viver a experiência de familiar de paciente internado na UTI, cobram seus direitos.

O reconhecimento da assistência humanizada, que inclua o familiar e o paciente nos hospitais, também é refletido na fala de Marcela, familiar que exerce seu direito de opção, tendo a compreensão de que as UTIs evoluíram tecnicamente e que, atualmente, fala-se sobre a implantação de assistência humanizada. Por isso, procura por uma UTI que demonstre consideração pelo paciente, reconhecendo a importância do psíquico e emocional do seu familiar internado.

*Eu saí em Natal, procurando uma UTI menos cruel, (...). Já, veja que como esta UTI aqui do [hospital x], já se permite que o familiar fique do lado, muitas vezes. E isso, eu acho que é fundamental, porque nós temos que lembrar da parte psíquica e emocional do paciente. Marcela*

O relato de Marcela desperta a observação de que o usuário está mais exigente e consciente do seu direito de cidadão em poder escolher o serviço cuja

equipe seja mais atenciosa. Sugere aos hospitais um maior empenho em prestar uma assistência que venha ao encontro das necessidades do seu cliente e da família.

Em diversos depoimentos, os familiares questionam a ausência de atitudes dos profissionais de saúde, que seriam prioritárias para uma assistência humanizada que valorize o cuidado do paciente, enquanto ser semelhante, merecedor desta atenção especial e individualizada.

Demonstram desencanto, pois ainda não percebem essa humanização na prática da assistência hospitalar, visto que nem sempre o paciente é tratado como um cidadão, com todos os seus direitos e costumes respeitados.

É questionada a necessidade de a equipe viver a experiência de ser paciente ou familiar para poder aprender a não agir de forma desumana com o seu semelhante, como aparece no relato de Marcela:

*(...), mas será que é preciso que você se deite naquela cama, que todo médico faça uma cirurgia, que ele faça UTI. Olhe como é o ambiente de centro cirúrgico também, como é desumano. Marcela*

O ambiente desumano é sentido com incompreensão do que visualizam dentro da UTI, em relação a aparelhos usados para monitoração e em procedimentos técnicos.

Muitas vezes, o que os familiares percebem, devido a essa incompreensão de sua necessidade no tratamento, é tido como agressão da equipe profissional com o seu familiar doente.

A evidência da deficiente humanização é observada nas falas e nas atitudes de Marcela, que poderia entender a necessidade de tais procedimentos para o tratamento do seu familiar, pois é filha de um paciente internado, e médica. Assim



sendo, é conhecedora das práticas na UTI. Portanto, vivencia os dois lados da internação: o de profissional e o de família. Ela faz o seguinte relato:

*(...) Então, você enfia mangueira em todo lugar. É uma veia puncionada no braço, outro braço amarrado, os equipamentos de monitorização. Vai monitorizar coração, é sonda uretral, e você vai fazer uma lavagem, é uma coisa muito mecânica. Não respeitando, eu acho que falta muito o respeito aos costumes daquele paciente, falta ouvir aquele paciente, porque nós nos preocupamos em salvar a vida. Tudo bem, às vezes é aquele paciente terminal. Você faz tudo pra prolongar aquela vida. E eu acho que a gente tem que questionar se vale a pena você machucar tanto aquela pessoa para ele sobreviver um pouco mais (...). Eu acho que tem que mudar de nome, mudar de fórmula de trabalho. Tem que pensar no familiar (...). Marcela*

Na situação de profissional da saúde, ela tem o conhecimento científico para discernir a real necessidade de alguns procedimentos invasivos realizados com o paciente grave. Sabe distinguir a necessidade de tais procedimentos diante do quadro patológico. Porém, por estar vivendo a situação de filha do paciente internado na UTI, a sua opinião torna-se mais compassiva e passa a perceber os procedimentos técnicos e a própria rotina de um setor intensivo, com um olhar diferente, considerando como agressão e desrespeito ao ser humano que é paciente em um leito da UTI.

Assim, ao vivenciar uma situação de internação de alguém de sua própria família, como um processo pessoal crítico e doloroso, reflete sobre a necessidade de mudanças na atuação do profissional, internalizando isso para sua própria prática.

Marcela expressa o desejo de que o profissional de saúde perceba que seu paciente é um ser humano, possuidor de familiares que se preocupam com ele e, enquanto estiver com o ente querido no leito da UTI, eles estarão vivendo uma fase

frágil, necessitando de apoio psicológico e emocional. Ela quer que o seu familiar saia bem dessa internação.

Cabe salientar ainda que foi observado no relato desta familiar que não segue a regra geral, um questionamento pessoal mais aprofundado a respeito da real importância de usar técnicas que agredam a integridade física, emocional e psicológica em um paciente classificado como “terminal”, levantando uma discussão sobre a dignidade da morte, visto que a mesma vivenciou uma experiência pessoal em outra ocasião e questiona a sua atitude tomada naquele momento.

*(...) passei com minha mãe dois meses e meio na UTI, até morrer. (...) Mas a sensação de hospital pra mim, hoje ainda é feia. Eu me arrependo; eu devia ter levado ela pra morrer em casa. Ao doente é negado o direito de morrer com os familiares. Só que às vezes os familiares não têm a preocupação. (...) tem algumas coisas que a família interpreta como uma malvadeza e a gente sabe que tem que acontecer. Então, a gente tem a sensação de entregar nosso familiar (...).*  
Marcela

*Eu acho que bom era se ela saísse daqui e fosse ficar lá em um apartamento, pelo menos pra morrer com os filhos do lado, porque aqui ele fica muito sozinho.* Otavio

Marcela e Ana ressaltam a importância de que o morrer do familiar junto aos seus tem para elas, e a necessidade de a equipe facilitar essa condição. O discurso de Marcela também aborda o fato de que os familiares, às vezes, não querem proporcionar o morrer junto aos seus, por nem sempre haver interesse de envolvimento familiar nessa situação.

No decorrer da entrevista, Marcela deixou transparecer que não recebeu apoio psicológico e emocional da equipe profissional da UTI, na situação anteriormente vivida.

Uma perspectiva menos abrangente é relatada por outro familiar que se coloca em segundo plano no recebimento da atenção da equipe, como é o caso de Helena.

*Mas, inclusive ontem, conversando com o meu esposo, eu disse: - Olha, eu não gostei da atitude do médico. Mas ele respondeu: - Não, ele é bacana, ele mexe comigo, ele brinca. Eu falei: - Então, está tudo bem! Porque o importante pra mim é ele. Tratando ele bem, pra mim não interessa se me tratam bem, o importante é que tratem ele bem. Helena*

Observa-se que Helena prioriza a atenção que é dada ao seu familiar internado, que, para ela, no momento é quem mais carece da assistência humanizada dos profissionais da UTI. Não significa que não queira ou não precise dessa atenção que lhe traga conforto sentimental, mas apresenta-se disponível a abdicar, em favor do seu familiar.

Por não conhecer os profissionais, que geralmente apresentam uma barreira junto ao familiar, os responsáveis por ele já despertam para a procura de informações a respeito da UTI em que seu parente permanecerá internado.

No decorrer das entrevistas, percebeu-se relatos em que os entrevistados se queixavam da falta da valorização do familiar, como sujeito necessitando de comunicação com a equipe. A referida falta de comunicação, gerada pela desatenção, pode ser observada quando se referem, por exemplo, à falta de cumprimento nos horários de visita, em que há queixas da ausência de informações acerca das regras, para com os familiares, que vivem a angústia da espera de uma notícia a respeito de seu ente querido. É o que pode ser visualizado na seguinte fala:

*(...) outra coisa também é o horário que a gente chega pra visitar, às 11 horas, chegamos no horário. Aí às 11 horas e dez minutos nada de chamarem a gente, pensamos logo se*

*está tendo uma urgência. Cada família que está ali pensa que aquela urgência é com o seu, eu acho que neste momento a gente sofre demais, e dizemos: - Ai meu Deus, será que é? Ninguém lembra do outro, e que pode estar acontecendo com familiar do outro, só pensa que é com o seu, aquele seu amado, aquela sua querida, aquele que está ali. Helena*

Olha, se a enfermeira chegasse e dissesse: - A visita não vai poder ser agora, vai atrasar um pouquinho, mas está tudo bem com seus familiares. Mas não dizem nada, e a gente fica angustiado (...). Ana

As falas sugerem que este sentimento de angústia e incerteza, vivenciado pelo familiar, pode ser facilmente evitado com um simples aviso aos familiares, que estão na sala de espera, sobre o atraso no horário. Para eles, esta atitude da equipe da UTI já seria muito reconfortante. A informação dada com satisfação, num momento de atenção a eles dedicado, tem um grande valor, e sua ausência é sentida de uma forma angustiante, conforme as falas de Ana e Helena:

*(...) você querer saber como é que ela está, falar com o médico ou alguma coisa, então ouvir: - “Péra aí que eu vou já!”, olha esse negócio de, “eu vou já”, não deveria existir em canto nenhum na face da terra, que “péra aí, que eu vou já”, é o que mais angustia, que dá a impressão de que está acontecendo algo, sempre você pensa no ruim nunca você pensa no bom. Ana*

*Os médicos do meu esposo foram maravilhosos, teve o caso de um médico na UTI, como eu posso dizer, ele sem, sem querer dar informação. (...). Helena*

A falta de diálogo dos profissionais de saúde com os familiares gera um sentimento angustiante. Os familiares revelam a percepção de que face às protelações para informar e a ausência da comunicação, a equipe profissional manipula as informações que interessam ao familiar e ao paciente, exercendo uma relação de poder sobre estes, criando uma barreira que geralmente dificulta a interação.

A informação é de crucial importância para que haja um ambiente humanizado, pois a sua falta é sentida intensamente, podendo levar a um sentimento de desvalorização humana.

A categoria temática *Ausência de humanização* desvela que a assistência humanizada, prestada pelos profissionais de saúde da UTI, emerge com grande importância para o convívio humano e a assistência prestada, contribuindo para o bem-estar do paciente e do familiar, e a sua falta é sentida e cobrada.

Pode-se dizer ainda que estes familiares discorrem a respeito da humanização, cientes do seu significado, e criticam o descompromisso na assistência de alguns profissionais com o ser humano enquanto pessoa, ensejando a transformação da realidade na qual se encontram inseridos.

Procuram os serviços que consideram melhor, priorizando não mais somente um serviço tecnicamente qualificado, mas que também favoreça uma assistência humanizada, pois o familiar procura sempre o melhor para os seus.

#### **4.2.3 Isolamento social**

O isolamento social é uma das categorias temáticas conscientemente percebidas neste estudo. Ao trabalhar esta categoria, foi possível fazer descobertas, no que diz respeito à situação vivenciada por estes familiares de pacientes internados na UTI, que experienciam sentimentos inerentes à existência humana até então desconhecidos.

A situação atual vivida pelos familiares gera um sentimento angustiante, ao serem proibidos de permanecer junto aos seus, justamente quando ambos se encontram tão fragilizados emocionalmente e precisam de apoio mútuo.

O familiar, ciente desta fragilização, conforta-se com a presença, crendo que a doença leva à depressão do paciente. Então, procura dar apoio psicológico, considera que o isolamento social dificultará a melhora clínica devido ao emocional ficar comprometido, como pode ser observado no relato de Marcela:

*Então, só em pensar em estar na UTI e ter que ficar só (silêncio). Pra mim, o maior problema de UTI é ser um local onde o paciente tem que estar isolado da família. Ele tem que se isolar da família e pra mim isso aí já dificulta a resposta. Por que, no meu entendimento, baixa até as defesas, no que você se isola, porque o emocional fica comprometido. Marcela*

Esta faceta do fenômeno vivenciado aponta para a manifestação dos familiares em considerar este isolamento negativo, quando relacionado ao tratamento.

Este isolamento é difícil de ser aceito, porque até então tiveram um convívio diário, geralmente sem restrições, e agora se vêem afastados. A ausência da convivência é sentida por ambos, pois existe o desejo real de ficar perto, mas sentem-se impotentes quando não conseguem atingir os seus objetivos, como referem Ana e Otávio:

*O principal sentimento que você tem é a impotência, como é o fato da minha mãe vir pra UTI e eu não poder ficar com ela, principalmente eu, que acompanho ela o dia todo, eu fico com ela o dia todo (...). Outro dia quando eu cheguei, ela estava chorando em prantos. Perguntei: - O que aconteceu mãezinha? Mas, foi porque todo mundo tinha recebido visita e ela não, ela achou que eu tinha esquecido de visitar ela, isso quer dizer que ela passa o dia sem ninguém da família e se perder aquele tempinho, você pensa que não é nada, mas pra os pacientes é tão importante. Ana*

*(...) outro dia, ela até chorou quando minha irmã entrou, ela disse que ela pediu que não queria ficar aqui sozinha, eu sei que ela sente falta da família, passa o dia aqui sem nenhum de nós, ainda bem que agora tem hora de visita. Otávio*

Também foi possível analisar a vivência da entrevistada Amanda, que vivencia uma situação privilegiada como acompanhante, em horário integral, de uma criança internada na UTI que foi submetida à cirurgia cardíaca, pois, no caso de pacientes menores de idade, é liberada a permanência de um familiar para acompanhamento contínuo.

Para esta familiar, que já vivenciou internamentos de sua irmã, em outra ocasião, sem poder acompanhar, ainda refere que considera bem mais reconfortante estar continuamente ao lado do seu familiar internado:

*Pra quem não pode acompanhar, é ruim ficar esperando notícias na porta, igual quando se está em cirurgia, que fica igual uma doida na porta esperando notícia melhor. Você ficar acompanhando ali todo o tempo. Amanda*

Outros familiares referem que, ao haverem vivenciado o real descontrole sobre os sentimentos que podem acompanhar o isolamento social, assim como ter conhecimento do quanto é apazível estar junto aos seus em um momento crítico, passa a existir um desejo de não querer sujeitar-se a esta experiência do afastamento novamente. Porém, têm consciência das restrições, no que diz respeito à sua permanência junto ao leito da UTI:

*Você quer estar presente a todo o momento, para que tudo saia bem, mas a família não pode. (...) Quando ele está na UTI, o sentimento não é bom. Meus filhos ficam chorando pra ver o avô, eles dizem: - Mainha, me deixa entrar!  
Eu digo a eles: - Não pode filho, tem limites!  
Então, na UTI se tem o sentimento de ser barrada. Natália*

*Minha gente, o que eu faço, eu não podia entrar porque ninguém deixava. Não sabia o que realmente estava acontecendo, e esperando o povo sair dali de dentro pra me dizer alguma coisa, (...).Quando ela chega na UTI, fica difícil*

*porque você não pode vê-la. Você tem horário específico, você tem vontade de saber como ela está. Se está bem, se está mal e se está precisando de alguma coisa, aqui vocês não dão informação pelo telefone. (...) Ana*

As asserções relativas ao isolamento social, extraídas do discurso, conduzem à afirmação de que os familiares encontram dificuldades de adaptação à situação de acompanhante de paciente internado na UTI, com horários estipulados, conforme a rotina do setor, e sabem que terão que obedecer às normas.

A queixa não é somente pela ausência da companhia, mas também pela ausência de informações por telefone que, conforme as normas da UTI, não são dadas.

O isolamento imposto pela rotina da UTI é sentido pelo familiar que não quer distanciar-se do hospital, na intenção de estar fisicamente mais próximo, como se observa em vários relatos:

Algumas vezes, o isolamento se faz pela distância, pois muitos pacientes são do interior do estado e não é possível ao familiar estar presente sequer em um dos horários de visita, pois sua rotina diária não permite este tempo de dedicação. Portanto, o paciente que sempre o teve perto agora terminará sua jornada solitariamente. Pode ser visualizada tal realidade no relato de Otávio:

*Hoje eu vou pra Mossoró, meu irmão vai ficar vindo aqui, por isso eu quis ficar bastante tempo com ela. É muito triste ficar vendo a mãe da gente morrendo assim, e a gente não poder fazer nada, e não poder ficar perto dela no fim, porque ela sempre gostou da gente perto, os filhos junto dela. Otávio*

O familiar consciente das dificuldades usará os poucos momentos para estar junto e demonstrar uma força e um positivismo que venham contribuir para a



melhora do bem-estar de ambos, esforçando-se imensamente para atingir este objetivo:

*Aí, eu estava também querendo chorar, mas mediante o estado dele eu tive que ser muito forte pra não chorar na frente dele. Pra não passar medo nem insegurança. Natália*

Desse modo ele sofre profundamente porque acredita que pode estar vivendo momentos finais e se sente roubado quando a equipe lhe impõe regras, não considerando a sua situação vivida, o seu momento de sofrimento. Percebe que o profissional não considera o que aquele familiar pode estar sentindo em um momento tão cruel que a vida lhe oferece. Mas em meio a tanta dor, consegue ser benevolente com aquele que lhe *rouba* momentos tão preciosos. Como se observa no relato de uma mãe:

*Acho muito injusto quando eu estou com ela, sabendo que é um momento final, e se eu fico mais uns 10 minutos, aí vêm uma de vocês e bate e diz:*

*- Mãe, está na hora!*

*Eu acho muito cruel, eu nem olho no olho porque eu quero estar de bem, mas eu oro sim, faço uma oração para ela ver o que esta fazendo comigo e que não venha passar pelo que eu estou passando (choro). Porque, olha, Isabel, eu vou dormir e não sei se minha filha amanhece viva, ta compreendendo, vocês não entendem, é muito sério (choro) eu saio, mas eu não sei o que vai acontecer, você compreendeu (choro), então pelo amor de Deus, a gente faz de conta que nem existem esses momentos. Úrsula*

*É muito difícil você ser paciente, mais difícil ainda é ser acompanhante de paciente, e mais difícil ainda é entender as coisas porque não é fácil. Não é fácil, por exemplo, querer ver sua mãe e levar um não na cara, não é? Não é fácil você ter um horário e ter tudo pronto para ver aquela pessoa que você quer ver e aí a pessoa diz não. Você tem que compreender, mas você não, compreende de jeito nenhum, o tamanho da angústia que você está pra ver a pessoa não te deixa compreender. Ana*

Tal relato nos eleva o pensamento, conduzindo a uma ponderação a respeito da falta de flexibilidade das normas hospitalares, por vezes rígidas em demasia, que podem, em decorrência, trazer ressentimentos quanto aos aspectos humanísticos junto aos que vivenciam determinados momentos, como o relatado por Úrsula. A situação de acompanhante de paciente internado na UTI é referida como uma experiência muito difícil, como confirma o relato de Ana.

Os familiares têm a expectativa de uma relação com a equipe de profissionais da UTI baseada na empatia, ou seja, na capacidade de colocar-se no lugar do outro, sentindo com o outro aquilo que ele sente, experimentando a dor e o sofrimento numa relação autêntica, não necessariamente vivendo o que o outro está vivendo.

Anteriormente ao internamento, os familiares costumavam estar sempre na companhia dos seus, até o momento em que surge a doença aguda ou crônica, mas geralmente inesperada, com conseqüente internamento na UTI, setor em que usualmente se faz necessário um isolamento social para cuidados especiais e que hoje ainda é tida como um local frio e desumano, onde ficam apenas os pacientes graves.

Os relatos apresentados sugerem que o sentimento gerado nos familiares, pela internação do seu ente nesse tipo de setor, intensifica-se pela impotência de garantir uma assistência especial, que acreditam ser a única capaz de proporcionar uma melhora. A solidão que o seu familiar vivenciará trará efeitos prejudiciais ao seu estado clínico, psicológico e emocional. Portanto, consideram injusto este isolamento social e esperam que os profissionais de saúde repensem e passem a valorizar a sua contribuição.

Questionam repetidas vezes a existência de normas rígidas, que os impedem de estar junto de seu familiar enquanto paciente na UTI.

#### 4.2.4 Confiança na UTI

As falas permitem observar que os familiares estão atentos ao cuidado prestado pelos profissionais ao seu familiar. Assim, são descritos modos distintos de perceber esse cuidado. Sentem-se confiantes, satisfeitos e, muitas vezes, agradecidos pela assistência prestada pela equipe. Há uma concordância nos relatos dos familiares relativos à temática, ora analisada:

*Aqui dentro deste hospital, o atendimento é muito bom, eu recebi vários convites [de outros hospitais], para tirar minha filha daqui (...), mas eu disse não. Úrsula*

*Eu sei que enquanto ela esta aí, ela está bem cuidada e que não vai faltar nada. (...). Eles estão aqui pra cuidar da senhora, pra senhora sair deste quadro crítico. Aqui na UTI, vai ter toda infra-estrutura que a senhora precisa, os aparelhos vão ajudar no tratamento, tornado tudo mais seguro. Zélia*

*Mas quando ele chegou aqui na UTI foi muito bem atendido, deram toda a assistência (...). Natália*

*Nós sentimos segurança dele estar aí na UTI, entendeu? Por que a gente entende assim, lá pelo menos tem um maior número de auxiliar, (...), vocês estão todos ali por perto e tem o médico, a gente tem mais segurança, (...). Os cuidados são bem melhores, a chance de o paciente recuperar bem mais rápido é maior. Helena*

*Bem, eu já não sinto medo devido ela estar passando pela 6ª vez na UTI, (...), me preocupa pelo fato das doenças que agora são mais graves, mas por ela ter entrado as 5 vezes e ter saído bem, me tranqüiliza, (...) principalmente porque eu já conheço muitas pessoas da equipe. Ainda em relação ao internamento, eu fico apreensivo mas ao mesmo tempo eu fico tranqüilo pelo fato da confiança em vocês. Diogo*

*Mas acho que a gente tem que se conformar e esperar, porque eu sei também que aqui vocês vão fazer tudo que puderem pra ajudar a salvar. Se ela tiver chance de viver, eu acredito, vai ser aqui na UTI. Otávio*

As asserções relativas à confiança, extraídas dos relatos, insinuam que os familiares, num primeiro momento, vêem-se em uma situação imposta pela fatalidade de estar com o familiar doente; em um segundo momento, possibilitam apreender, nas entrelinhas, o indício de que há a segurança de que na UTI será plausível a possibilidade de melhora. A evolução para a conquista de um sentimento de confiança na UTI emergiu de situações vivenciadas, em que o familiar tem ciência da capacitação profissional da equipe e das possibilidades tecnológicas existentes no setor, como pode ser exemplificado também na fala de Helena, em que expressa a sua experiência enquanto familiar de paciente internado na UTI.

*(...) Eu não penso que ele está mal ou então que ele vai morrer. Não, eu penso que realmente é um problema mais sério, que não pode estar em apartamento e nós ficamos muito mais confiantes aqui, entendeu? (...) por que a gente acompanhou no apartamento, e apartamento é aquela coisa mais leve. O médico vai passar lá quando puder ir, entendeu? E geralmente são poucas as auxiliares de enfermagem que ajudam a família quando a gente chama (...).é bem melhor ele estar na UTI porque, quando ele sair, ele já vai estar muito bem. Então, é uma segurança que a gente tem, ele estando aqui. Helena*

A visão atual dos familiares sofreu mudanças quanto à visão de lugar de morte expressa nas unidades de significado em destaque, a seguir:

*(...) antigamente existia um tabu muito grande, quando diziam assim: - O paciente vai pra UTI.*

*Você já se apavorava, achava que ele estava muito grave e ia morrer, porque está indo pra UTI. Hoje, a gente já entende que este cuidado já passa a ser uma coisa bem melhor. Eu vejo a UTI como uma coisa muito boa, tanto para o paciente como para a família. Zélia*

*UTI não é esse mal todo. Agora que eu vim compreender, mas antigamente eu tinha esta impressão: quem ia pra UTI, ia morrer mesmo. Tá mal e vai morrer. Hoje eu já entendo diferente. Entendo como um local onde se vai cuidar melhor,*

*vão dar muita atenção ao paciente, hoje eu tenho confiança no serviço UTI. Amanda*

A percepção das expressões *uma coisa muito boa, é pra cuidar melhor* revela que o familiar já tem um enfoque distinto da UTI, até então vista como unidade que carrega o estigma de “setor de morte”. O vivenciar lhe permitiu conhecer a UTI por uma outra face oculta, podendo ser percebida uma nova imagem em que é possível abstrair-se da popularidade de ser um setor onde o paciente vai para morrer, e passa a perceber a UTI como um lugar para cuidar melhor do seu familiar.

#### 4.2.5 Sobrecarga na vida pessoal

Na análise desta categoria temática, foi possível perceber, nos depoimentos dos familiares de pacientes internados na UTI, o quanto é complexa a situação atual vivida, considerando que a internação na UTI raramente é planejada, e geralmente é acompanhada de estresse. É por demais angustiante ver-se diante de um cenário temido, tendo que enfrentar a fatalidade da internação somada à sua vida profissional e pessoal.

Paralelamente a essa mudança inesperada, que advém de uma internação, a família sente a falta desse familiar no cotidiano das suas relações e não esconde o desejo de querer estar junto do seu ente querido. Porém, possui consciência da impossibilidade de dedicação devido aos seus compromissos pré-existentes, como confirmam as unidades de significado destacadas a seguir:

*A gente trabalha e não dá pra ficar direto aqui com ele, minha irmã tem as crianças pequenas pra cuidar. (...) Nós moramos no interior, então fica difícil pra ficar visitando, porque eu trabalho e não posso vir eu só tenho tempo no final de semana. Otávio*

*(...) Diante doença dele, que é muito grave e muito séria, está todo mundo abalado, tanto emocionalmente como nos nossos trabalhos, tudo atrasado (...) eu às vezes consigo trabalhar, às vezes não consigo.(...) Natália*

*Tem a questão do trabalho que altera também, porque a expectativa de estar na UTI, ou mesmo hospitalizado já sai da minha rotina, eu deixo de estar em casa (...) altera a rotina do meu dia-a-dia. Diogo*

A sobrecarga na vida pessoal, vista agora sob a ótica de um olhar intencional, desvela que o familiar passa por um processo de adaptação ao atual momento vivido, sem disponibilidade de honrar seus compromissos

satisfatoriamente. Assim sobrecarregado com as atuais responsabilidades, sente-se abalado emocionalmente, levando a um conseqüente prejuízo das suas atividades profissionais e pessoais. Ana revela o quanto é difícil vivenciar a situação de familiar:

*(...) qualquer pessoa cansa não venha me dizer que não cansa. Tem hora que cansa de reclamar, tem hora que a gente cansa de falar. Lá fora a vida não para e tem hora que você tem que resolver coisa da faculdade, hora tem que resolver coisa do trabalho tem supermercado e ainda tem a mãe internada, tem criança em casa, tem final de mês que tem conta pra pagar, é horrível. Ana*

Os familiares vivenciam um momento considerado complexo, e sentem-se sobrecarregados com as responsabilidades que se somam a cada dia, independente da disponibilidade de tempo e possibilidade de concessão. Deixam bem claro nas suas declarações que na sua realidade vivida torna-se fundamental a persistência quanto à disponibilidade de continuar desempenhando seus afazeres, pois muitas vezes é o familiar acompanhante do paciente internado quem deverá trabalhar para manter o pagamento das contas hospitalares.

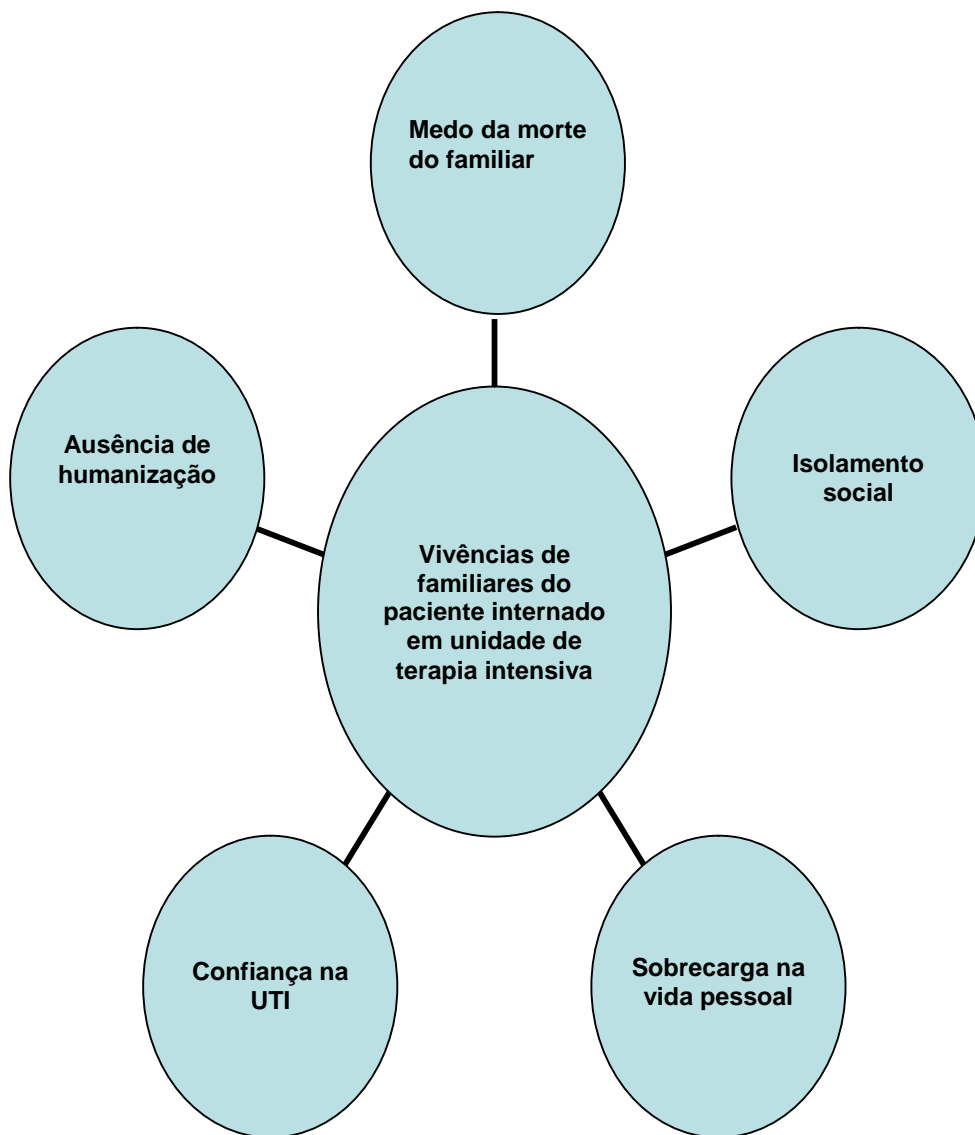
*5. Síntese do pensar do pesquisador*



## 5.1 Síntese

Após realizar a leitura cuidadosa dos discursos e captar as unidades de significado extraídas, analisando-as em seu conjunto, chega-se ao fenômeno situado, vivido pelos familiares dos pacientes internados na UTI, representada na forma de figura gráfica a seguir, (figura 2), com vistas a esclarecer a discussão sobre a síntese do fenômeno.

### Estrutura geral do fenômeno



**FIGURA 2:** Representação gráfica da estrutura geral do fenômeno situado.

Os discursos possibilitaram, através da análise fenomenológica, entender *como é a vivência desses familiares* com a certeza de que é preciso assegurar-lhes uma assistência humanizada, em que sua condição de *ser humano* seja compreendida e respeitada.

Esta síntese não é conclusiva, mas trata-se da análise da forma de pensar a questão interrogada; são estas questões que permitem uma reflexão. Os depoimentos dos participantes desta investigação fizeram vislumbrar o quanto a experiência vivida por eles, em um momento ímpar de suas vidas, é rica de sentimentos agradáveis e desagradáveis. Ante a fragilidade vivida no momento, as convergências destacadas nos discursos dos familiares revelam que vivenciam sentimentos, como: medo, impotência, negação, desilusão, solidão, estresse, confiança, entre outros.

Uma das categorias temáticas que emergiu neste estudo foi o *medo da morte do familiar*.

Heidegger (1988), quando fala em temor, remete a analisar-se o medo fenomenologicamente:

*O danoso, enquanto ameaça, não se acha ainda numa proximidade. O que, na verdade, pode ser danoso no mais alto grau e até se aproxima. Nesse aproximar-se, o dano se irradia e seus raios apresentam caráter de ameaça (...) ao se aproximar na proximidade, o dano traz consigo a possibilidade desvelada de ausentar-se e passar ao largo, o que não diminui nem resolve o temor, ao contrário, o constitui (HEIDEGGER, 1988, p.195)*

O familiar vivencia o sentimento do medo por ele estar com alguém próximo a si, a quem ele quer bem, internado na UTI, setor que carrega o mito de *lugar para morrer*. A morte não é certa, porém estar vivendo esta expectativa de perda traz o medo presente na sua experiência vivida; mesmo sendo apenas uma expectativa, não afasta a presença do medo.

Foi muito delicado tratar o medo da morte com familiares, pois o fato de seu parente estar internado na UTI desencadeia um desequilíbrio emocional, gerado pela situação complexa vivida, aliada à impotência perante a doença.

Souza e Boemer (2005) relatam que a morte, apesar de ser uma parte da existência humana, traz consigo uma grande carga de angústias e temores para quem dela se aproxima.

A esse respeito, Kubler-Ross (1998) revela que considera triste demais o morrer nos dias de hoje, sob vários aspectos, principalmente por ser muito solitário,

mecânico e desumano. Questiona se estamos nos tornando mais ou menos humanos e afirma que o paciente está sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente, pois suas necessidades não mudaram através dos séculos; mudou apenas nossa aptidão em satisfazê-las.

A respeito da morte, Boemer (1989) refere que houve transformações, no decorrer dos séculos, de um acontecimento natural, esperado e vivenciado por familiares e amigos, para atualmente ser tratado sem naturalidade e como tabu. Foi afastado de casa para o hospital, e encarado como situação indesejada que precisa ser escondida e abordada friamente.

Este estudo está em conformidade com o relatado pelos autores, visto que esses familiares apresentam uma dificuldade em aceitar a morte, reagindo com atitudes de negação; passam a usar citações de um modo dissimulado de tratar sobre o tema *morte*. Observa-se um sentimento angustiante de desespero diante da situação de impotência vivida pelos familiares.

A dificuldade de aceitar a morte com reação de negação também foi observada por Santos (1983), em estudo realizado com enfermeiras que admitiram o uso de mecanismos para esquecer a morte vivenciada, como trabalhar ativamente em outras tarefas, como se nada tivesse acontecido, ou cuidar do restante da enfermaria. Foram encontradas formas de comunicação disfarçada a respeito da morte, como: *foi a óbito, teve uma parada cardíaca, e paciente fora das possibilidades terapêuticas*.

Foi revelado também que, às vezes, os familiares não querem proporcionar o morrer junto aos seus, por nem sempre haver interesse de envolvimento familiar nessa situação.

A morte tem sido trabalhada psicologicamente pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral, conforme Souza e Boemer (2005), que, em artigo a respeito do cuidar em situação de morte, relatam que é importante perceber que atualmente o tema já não causa tanta aversão, e parece que se caminha para propostas de intervenções em saúde mais direcionadas para questões das reais necessidades do ser humano, enquanto passível de morte. Alegam, entretanto, que se tem ainda um longo caminho a percorrer para que a morte, na sociedade, seja respeitada e vivida com dignidade.

Os depoimentos obtidos possibilitaram observar que os familiares, apesar de viverem uma desestabilidade emocional diante da situação relatada, revelam um

desejo de permanecer próximo ao seu parente nos momentos que podem ser os finais.

Esse desejo que se observou nos familiares fica explicitado quando se discute a respeito da categoria temática encontrada - *isolamento social*.

Lemos e Rossi (2004) relatam que o isolamento social está diretamente relacionado com o afastamento do paciente de seus hábitos, de sua família, do seu mundo. Ao mesmo tempo em que entendem o isolamento social como rotinas estabelecidas pela UTI, procuram justificar a importância da presença da família para seu conforto; concluem que existe uma perspectiva cultural comum aos informantes a respeito da presença da família na UTI, durante a hospitalização.

Foi possível desvelar a situação atual vivida pelos familiares, gerada por um sentimento angustiante, ao serem proibidos de permanecer junto aos seus, justamente quando ambos se encontram tão fragilizados emocionalmente e precisam de apoio mútuo. Eles consideram que o isolamento social dificultará a melhora clínica do seu familiar, devido ao emocional ficar comprometido. Este sentimento se intensifica pela impotência de garantir uma assistência especial que acreditam ser os únicos capazes de proporcioná-la.

A presença do familiar na UTI já vem sendo estudada por outros autores, como Souza (1988), que enfoca as visitas à UTI, mostrando que a maioria dos pacientes por ela entrevistados indica a separação da família como um problema prioritário; além disso, metade dos pacientes deseja receber visitas de forma diferente do que ocorre habitualmente pelo visor, ou diretamente, em curtos períodos. Considera que há necessidade de um plano individualizado de visitas para minimizar o problema da separação da família.

Constatou-se que o isolamento é difícil de ser aceito e é sentido pelo paciente e pela família, pois existe o desejo real de ficar perto, mas sentem-se impotentes diante das normas hospitalares, por vezes rígidas em demasia, que podem trazer ressentimentos.

Conscientes das dificuldades, esses familiares usam os poucos momentos em que estão juntos para contribuir para a melhora do bem-estar entre eles e seu doente internado; esforçam-se imensamente para atingir esse objetivo. Acreditam que a solidão que o seu parente vivenciará trará efeitos prejudiciais ao seu estado clínico, psicológico e emocional. Portanto, consideram injusto esse isolamento social

e esperam que os profissionais de saúde repensem e passem a valorizar a sua contribuição.

Hudak e Gallo (1997) revelam semelhança no descrito, quando afirmam que a família é uma extensão do paciente e que o cuidado se estende de um para o outro. Os familiares sofrem tanto quanto o paciente. Sentem medo, ansiedade e desamparo por não poderem interferir no tratamento e ajudar seu familiar naquele momento. Complementam que o ambiente hospitalar representa para essas famílias um lugar amedrontador, cujas rotinas e exigências servem para separá-los dos seus.

Os familiares dos pacientes internados na UTI, onde se realiza este estudo, também demonstram preocupação com a qualidade da assistência oferecida pelos profissionais da saúde aos pacientes e também a eles, familiares.

Em estudo realizado por Morgon e Guiardello (2004), sobre as necessidades julgadas com maior grau de importância pelos familiares, também aparece a necessidade de o familiar sentir que o pessoal da UTI se interessa pelo paciente e de ter segurança sobre o tratamento que está sendo dado ao paciente.

Os sujeitos do estudo demonstraram estar informados e possuírem opinião e conceitos prévios a respeito da humanização na saúde, o que sugere que os hospitais precisam ter um maior empenho em prestar uma assistência que venha ao encontro das necessidades dos seus clientes. Eles se tornam questionadores e evidenciam desencanto quanto à ausência de atitudes dos profissionais de saúde, direcionadas à assistência humanizada nos hospitais em geral; desejam os seus direitos e costumes respeitados.

Na análise dos relatos, também observou-se que eles queixam-se da falta de comunicação da equipe com o familiar, de crucial importância para um bom relacionamento entre a família, o paciente e a equipe. Em consequência, esta deficiência gera, para os sujeitos do estudo, um sentimento de angústia, de incerteza e desvalorização humana, surgindo como uma barreira que geralmente dificulta a interação.

Em estudo realizado por Nelson e Danis (2000, apud MORITZ, 2002), foi avaliado o parecer de familiares de pacientes que estiveram internados, ou que faleceram em UTI; também foi relatado que, quando questionados sobre os fatores negativos durante o tratamento do seu ente querido, eles referem a falta de comunicação, principalmente com os médicos, como um grave problema.

Outros fatores levam esses familiares a considerar a UTI como um ambiente desumano, por não compreenderem o que visualizam em relação a aparelhos usados para monitoração e em procedimentos técnicos.

No decorrer das entrevistas, surgiu o questionamento quanto ao uso de técnicas que agredem a integridade física, emocional e psicológica do paciente classificado como *terminal*. Ressaltou-se a importância que o “morrer do familiar junto aos seus” tem, e a necessidade de a equipe facilitar essa condição. Kubler-Ross (1998) diz, a respeito, que temos muito para aprender com os pacientes terminais; devemos permitir, pois, que se expressem e, sobretudo, é preciso escutá-los.

Esses familiares desejam que o profissional de saúde perceba que eles estão passando por uma má fase, cheia de expectativas quanto à melhora ou piora do seu familiar, e necessitam receber apoio psicológico e emocional da equipe.

Assim a enfermagem deveria prestar assistência à família, amenizando situações que referem experiência muito difícil, existe pois a expectativa de uma relação com a equipe de profissionais da UTI, baseada na empatia.

Esses familiares estão atentos ao cuidado prestado pelos profissionais ao seu parente, sendo relatados modos distintos de perceber esse cuidado. Devido à observação, brotam sentimentos de confiança, de satisfação e gratidão pela assistência prestada pela equipe.

Inicialmente, eles se percebem em uma situação imposta pela fatalidade de estar com o familiar doente. Posteriormente, eles adquirem uma segurança de que, na UTI, será plausível a melhora do seu parente. Essa confiança é conquistada devido a situações vivenciadas pelo familiar, que o fizeram tomar conhecimento da capacitação profissional da equipe e das possibilidades tecnológicas existentes no setor.

Neste estudo, foi desvendado que os familiares estão mudando de opinião a respeito da UTI; deixam a visão de “setor de morte” e passam a perceber a UTI como um lugar para cuidar melhor do seu familiar.

Embora tenham esse novo conceito, o internamento na UTI permanece sendo desagradável e sentido como uma sobrecarga para o seu cotidiano, pois o familiar passa por uma adaptação ao atual momento, vivido com novas responsabilidades, geralmente com dificuldades para cumprir seus compromissos

satisfatoriamente. Essa situação ocasiona um abalo emocional, causando conseqüente prejuízo para suas atividades profissionais e pessoais.

Urizzi (2005), ao realizar um estudo com familiares de pacientes internados na UTI, enfatiza que, paralelamente à mudança inesperada que advém de uma situação de internação, a família sente a falta desses no cotidiano das suas relações, ficando uma lacuna a ser preenchida. Refere ainda que, muitas, vezes a família tem que assumir as funções desse familiar, sejam de ordem afetiva ou prática, gerando sentimentos de saudade e insegurança.

Ao desvelar a categoria temática *sobrecarga na vida pessoal*, foi possível perceber o quanto é complexa a situação atual vivida pelos familiares dos pacientes internados na UTI, levando-se em consideração a falta de planejamento de uma internação na UTI e a sobrecarga de estresse.

Entende-se que, ao revelar o fenômeno vivido pelos familiares dos pacientes internados na UTI, torna-se possível compreendê-los e melhor assisti-los.

## 5.2 Refletindo sobre o fenômeno evidenciado

Como enfermeira assistencial, foi possível observar de perto o fenômeno da vivência dos familiares de paciente internado na UTI, fenômeno este que se torna inesgotável, permitindo a outro ser vê-lo com outros olhos. Acredita-se ter encontrado respostas para as interrogações do dia-a-dia, no momento em que foi dirigido a esse grupo de familiares dessa UTI geral de um hospital privado, para se investigar, sob a perspectiva da pesquisadora, *como é vivenciar a situação de ter alguém da família internado na UTI*. Buscava-se, assim desvelar os significados que esse familiar experienciador dessa vivência atribuía ao fenômeno. No entanto, não se pode pensar que, ao ser analisado em outro contexto, o fenômeno apresentará resultados semelhantes, mas, sim, que os resultados poderão enriquecer a sua compreensão.

No desvelamento de algumas faces do fenômeno em estudo, emergiram muitas questões que tiveram importância especial, no que se refere à atuação profissional e pessoal na UTI e fora dela.

Desse modo, se sentia tristeza ao perceber que os familiares esperavam uma relação com a equipe profissional da UTI, baseada na empatia, pois se notava que, por parte dos profissionais, não existia a prática do colocar-se no lugar do outro, tornando a relação entre a família e a equipe, às vezes fria e desumana.

Também inquietava perceber-se que, muitas vezes, os familiares não entendiam, como positivos, alguns procedimentos que eram necessários ser realizados, referindo-se-lhes como agressão ao seu parente, embora fossem sempre explicados. Essa inquietação tornava-se ainda mais intensa quando, após todo o esforço técnico com procedimentos invasivos, não se conseguia atingir o objetivo final, pois neste caso, o êxito não resultava como justificativa.

Havia sentimentos de satisfação ao ouvir-se declarações de confiança e reconhecimento do trabalho que se realiza na UTI. Acredita-se, portanto, que realmente vale a pena a dedicação e todo o esforço devotados ao trabalho árduo que se desempenha ali.

No momento em que as inquietações, que deram origem a este estudo, tornaram-se claras, diante das vivências relatadas pelos familiares - no contexto da



UTI-, muitas concepções foram mudadas; possibilitando olhar o familiar do paciente internado sob um novo enfoque.

Os sentimentos expressos, através das falas dos participantes, remeteram a pensar-se no familiar como um ser que possui sentimentos fortes e encontra-se fragilizado, sobretudo um ser que espera apoio da equipe de profissionais da UTI para superar as dificuldades encontradas no percurso do internamento.

De posse da compreensão do fenômeno vivido por esses familiares, torna-se possível que se proporcione um novo assistir, baseado em uma relação mais afetiva, pois esta temática envolve repensar a assistência proporcionada ao familiar, até então visto apenas como um ser questionador, perturbador e vigilante. Faz-se necessário que se reformule as atitudes pessoais, sociais e organizacionais do hospital, na tentativa de amenizar os sentimentos surgidos. E principalmente que se veja o familiar como um sujeito aliado ao tratamento do paciente e um ser merecedor de assistência humana.

Portanto, vale ressaltar a satisfação ao ver-se que o fenômeno da vivência dos familiares dos pacientes internados na UTI, - que este estudo propôs revelar-, tornou-se claro, possibilitando, assim, um processo reflexivo na assistência, bem como a motivação para novos estudos.

## 6. REFERÊNCIAS

## 6. REFERÊNCIAS

ALBÍSTUR, M. C.; BACIGALUPO, J. C.; GEREZ, J.; UZAL, M.; EBEID, M. M.; SOTO, J. J. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos **Rev. medica de Uruguay**, v. 16, n. 3, p. 243-256, dez. 2000.

ALTHOFF C. R. Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.49-56, jan./dez. 1999.

AMORIN, J. L. **A necessidade do serviço humanizado na hotelaria hospitalar**. 2005. 50 f. Monografia [Especialização] – Programa de Pós-Graduação em Gestão em Turismo e Hospitalidade, Faculdade de Alagoas, Maceió (AL), 2005.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta Scientiarum**, Maringá (PR), v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARBOSA, F. F. B. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos**: a (re) invenção possível. Blumenau (SC): Nova terra, 1999.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

BIAGI, T. D.; SEBASTIANI, R. W. **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva – adultos**: serviços de psicologia hospitalar Nêmeton CEPPS. São Paulo:, 2001.

\_\_\_\_\_. **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva – adultos**: serviços de psicologia hospitalar Nêmeton – CEPPS. São Paulo:, 2001.

BOCCANERA, N. B. *et al.* As cores do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 368-373, 2004. Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/index.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/index.html) . Acesso em: 06 dez. 2006.

BOEIRA, M. M. *et al.* A presença do familiar junto ao paciente no centro de terapia intensiva adulto (CTI): uma forma de humanizar o cuidado. **Revista Médica Hospitalar Pompéia**, v. 5, n. 1, p. 9-23, 2004.

BOEMER, M. R. A Condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 2, n. 1, p. 83-94, jan. 1994.

BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva – análise de depoimentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 10, n. 2. p. 8-14, jul. 1989.

BOUSSO, R. S.; PAULI, M. C. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 2, n. 3, maio / jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 1997.

\_\_\_\_\_. **Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo**, Brasília (DF), Diário Oficial nº. 106-E, p. 9-18, jun. 1998.

\_\_\_\_\_. **QUALISUS**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/qualisus>>. Acesso em: 23 out. 2006.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2. n. 2, p. 192-197, out. 1990.

CAMARGOS, A. T.; DIAS, L. O. Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**, n. 8, maio. 2002.

CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, Maringá (PR), v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), 2005, v. 13, n. 1, p. 105-11, jan./fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0104-116920050001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920050001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 out. 2005.

CORRÊA, A. K.; SALES, C.A.S.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**, Maringá (PR), v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.

DARTINGUES, A. **O que é fenomenologia ?** 3. ed. São Paulo, Ed. Moraes, 1992.

ELSEN, I. *et al.* **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis (SC): Ed. UFSC, 1994.

FRANCO, M.C. **Situação do familiar que acompanha o paciente adulto internado** (Dissertação), Florianópolis – SC , UFSC, 1988.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Ed. Cortez, 1983.

GIORGI, A. Concerning the application of phenomenology to caring research. **Scand J. Caring Sci**, p. 11-15, dez. 2000.

GUILIANELLI, S. *et al.* Critical care nurse manager's perspective: the critical care family assistance program. **American college of chest physicians**. Disponível em: < [http://www.chestjournal.org/cgi/content/full/128/3\\_suppl/118S](http://www.chestjournal.org/cgi/content/full/128/3_suppl/118S) >. Acesso em: 02 jan. 2007.

GOMES, A. L. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: Ed. EPU, 1988.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1988. (Coleção Pensamento Humano).

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**, 8º ed., São Paulo-SP, Ed. Martins Fontes, 296 p. 1998.

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

HUSSERL, E. **A filosofia como ciência do rigor**. 2. ed. Portugal: Ed. Atlântida, 1965.

\_\_\_\_\_. **Idéias relativas a uma fenomenologia pura y uma filosofia fenomenológica**. 3. ed. México: Fundo de Cultura Econômica, 1986.  
IDE, C. A. C. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 91-98, 1989.

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. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-9, 2005.

LEMOS, R. C. A. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 3, maio/jun. 2002.

LOPEZ, K. A.; WILLIS, D. G. Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. **Qualitative Health Research**, v. 14, n. 5, p. 726-735, 2004.

LIRA, M. M. F. L. **Humanização em UTI**. 2002. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=41>>. Acesso em: 26 out. 2005.

MARCONI, M. A.; PRESSOTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 3. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1992.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em fenomenologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Ed. Moraes/EDUC, 1989.

MARTINS, J.; BOEMER, M. R.; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 139-147, 1990.

MARTINS, J. S. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1983.

MATSUDA, M. L.; SILVA, N.; TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto. **Acta Scientiarum**, Maringá (PR), v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MATSUDA, L. M. *et al.* A comunicação verbal da equipe de enfermagem de uma UTI - adulto durante o processo de visita: perspectiva dos visitantes. **Simpósio Brasileiro de Comunicação e Enfermagem**, v. 1, n. 8, maio 2002.

MELO, W.K.A. PEREIRA, S.V.M.P. **Percepção da enfermagem sobre humanização da assistência**, 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Goiânia, 2005.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde**. São Paulo: Ed. Monole, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: ABRASCO, 1994.

MORITZ, R.D. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte**. 2002. 131f. Tese [Doutorado] – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2002.

MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 12, n. 2, mar./ abr. 2004.

NASCIMENTO, A. R.; CAETANO, J. A. Paciente de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. **Nursing**, São Paulo, v. 57, p.12-17, fev. 2003.

NOVAES, M. A.; BELLKISS, W. R.; LAGE, S. G. Internação em UTI: variáveis que interferem na resposta emocional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 67, n. 2, 1996.

OLIVEIRA, G. R. B.; COLLET, N.; VIERA C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 14, n. 2, p. 277-84, mar./abr. 2006.

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

PASTORE, K. Uma jornada no inferno. **Revista Veja**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 19, p. 72-79, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Ed. ARTMED, 2004.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 3, p. 388-96, maio/jun. 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

ROCKENBACH, L. H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Rev. brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 38, n. 1, 1985.

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

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 2, p. 180-187, mar./abr. 2005.

SOUZA, R. M. C. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. **Rev. Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 36, n. 1/2/3, p. 24-29, mar. 1988.

SOUZA L. G. A.; BOEMER M. R. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. **Simpósio - morte: valores e dimensões**. Ribeirão Preto (SP), v. 38, n. 1, p. 49-54, 2005.

SOARES, L.; SALES, A. S.; CORRÊA, A. K. A família do paciente internado em unidade de terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta scientiarum**, Maringá (PR), v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.



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

VICTOR, A. C. S.; MATSUDA, L. M.; SAALFELD, S. M. S.; ÉVORA Y. D. M. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta Scientiarum**, Maringá (PR), v. 25, n. 2, p. 199-206, 2003.

VILLA, C. S. V.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 2, mar./abr. 2002.

WAIMAN, M. A. P.; ELSÉN, I. Família e necessidades: revendo estudos. **Acta Scientiarum**, Maringá (PR), v. 26, n. 1, p. 147-157, 2004.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem a família: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004.

WOLF, R. Z.; ZUZÉLO, P. R. "Never Again" Stories of nurses: dilemmas in Nursing practice. **Qualitative Health Research**, v. 16, p. 1191-1206, nov. 2006.

*7. ANEXOS*

## ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax:  
(84) 3215-3196. Email: pgenf@pgen.ufrn.br**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Prezado (a) Sr. (a),

O estudo “Vivência de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: Estudo fenomenológico” tem como objetivos buscar compreender o fenômeno vivenciado por familiares de pacientes internados em UTI durante a internação; descrever a experiência vivida pelos familiares de pacientes internados na UTI; e identificar os componentes comuns dessa experiência.

Para atingir tais objetivos, serão utilizadas entrevistas com familiares de pacientes internados em UTI, durante a internação. Será utilizada entrevista aberta contendo uma questão norteadora.

A tarefa do pesquisador, no decorrer do contato com o familiar, será a de explicar os procedimentos e objetivos do estudo; se obtido o consentimento, solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, esclarecendo que a sua participação é voluntária e que poderá sair da pesquisa se assim julgar necessário; e realizar a entrevista, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96 (BRASIL, 2000).

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Isabel Comassetto, enfermeira, *COREN-RN*: 25158, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRN, e da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Bertha Cruz Enders, membro da Base de Pesquisa II, intitulada “Atenção à saúde”.

Todas as informações obtidas são confidenciais e serão apenas usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante.

A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, será considerada a partir da assinatura do impresso de consentimento.

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar da pesquisa realizada pela enfermeira Isabel Comassetto, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN.

Autorizo o uso dos dados obtidos através das observações, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa.

Declaro ter ciência que o referido trabalho será desenvolvido através do preenchimento do instrumento previamente apresentado.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo, estando ciente que minha participação é voluntária e que posso a qualquer momento me desligar da pesquisa sem nenhum constrangimento.

Pesquisadora Responsável: Bertha Cruz Enders

Rua Pedro Fonseca Filho, 9041, Ponta Negra, Natal, RN

Fone: 84-3236-2626 – E-mail: [bertha@ufrnet.br](mailto:bertha@ufrnet.br)

Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail [cepufnr@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufnr@reitoria.ufrn.br), <http://www.etica.ufrn.br>

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR



## ANEXO 2

<b>ROTEIRO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES RELEVANTES</b>	
<b>ENTREVISTADO N°:</b>	
<b>1. GRAU DE PARENTESCO COM O PACIENTE</b>	
<b>2. IDADE DO PACIENTE</b>	
<b>3. DIA DA INTERNAÇÃO EM QUE ESTÁ SENDO REALIZADA A ENTREVISTA</b>	
<b>4. EVOLUÇÃO DA INTERNAÇÃO*</b>	

<b>QUESTÃO NORTEADORA</b>
<p><b>“Como é a vivência pela qual você está passando, de ter alguém da sua família internado em uma UTI?”</b></p>

\* A EVOLUÇÃO DA INTERNAÇÃO FOI RESPONDIDA POSTERIORMENTE A ENTREVISTA

ANEXO 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
Campus Universitário, s/n Lagoa Nova– Natal, RN – CEP: 59072-970 – Fone/fax: 84-3215-3196  
E-mail: [pgenf@pgenf.ufrn.br](mailto:pgenf@pgenf.ufrn.br)

Ofício nº 036/05 PPGEnf

Natal, 01 de dezembro de 2005

Ao Senhor Doutor  
Guilherme Maia  
Diretor médico do Hospital Promater –Natal/RN

Senhor Diretor,


O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem. Nesse contexto, a mestranda Isabel Comassetto está realizando uma pesquisa sobre a *Vivência de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: estudo fenomenológico*, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição.

Assim sendo, solicitamos de vossa valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa coordenação, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

  
Profª. Dra. Bertha Cruz Enders  
Orientadora

  
Cruz  
8/12/05

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)