

Apreensões e sentimento de fé de familiares no ambiente de cuidado intensivo

Seizures and family of faith in intensive care sense of environment

Preocupações y sentimento de fé de familiares em sala de cuidados intensivos

Vagner Ferreira do Nascimento¹, Monique Maira Maciel², Ana Cláudia Pereira Terças³, Alisséia Guimarães Lemes⁴, Thalise Yuri Hattori⁵, Valéria Ferreira do Nascimento⁶, Rafael Fernandes Demarchi⁷, Rulio Glécias Marçal da Silva⁸, Solange da Silva Lima⁹, Paula Isabella Marujo Nunes da Fonseca¹⁰

¹ Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. Participa do grupo de pesquisa NESPROM (UnB); LEPS (UnB); Cultura, Política e Sociedade (UNEMAT) e do grupo Relações de Gênero, Violências e Comunicação (UNEMAT). Conselheiro do COREN MT. E-mail: vagnerschon@hotmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. Campus de Tangará da Serra. Enfermeira intensivista do hospital Santa Ângela. E-mail: monique_maciel@hotmail.com

³ Doutoranda e Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Campus Universitário de Tangará da Serra. Departamento de Enfermagem. E-mail: enfanacnp@gmail.com

⁴ Docente Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT/CUA. Departamento de Enfermagem. Barra do Garças-MT. E-mail: alisseia@hotmail.com

⁵ Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Campus Universitário de Tangará da Serra. Departamento de Enfermagem. E-mail: thalisehattori@gmail.com

⁶ Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. Policial civil do Governo de Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MS. E-mail: valfenas@yahoo.com.br

⁷ Graduando em Enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. Campus de Tangará da Serra. Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: rafael.demarchi@hotmail.com

⁸ Mestrando em Enfermagem pela UNG. Docente Auxiliar da Faculdade Sequencial. São Paulo-SP. E-mail: ruliog@bol.com.br

⁹ Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Campus Universitário de Cáceres. Departamento de Enfermagem. E-mail: solmellima@gmail.com

¹⁰ Doutoranda em Ciências do Cuidado em Saúde, na Escola Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói- Rio de Janeiro. Membro do grupo de pesquisa NUPECCSE. Professora Ajunta e EAD, Universidade Estácio de Sá. E-mail: paulaisabellafonseca@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: identificar apreensões e sentimentos de fé de familiares no ambiente de cuidado intensivo.

Métodos: pesquisa exploratória e qualitativa com 15 familiares. Realizada numa unidade de terapia intensiva, no período entre junho a agosto de 2014.

Para as entrevistas utilizou-se questionário semiestruturado. Os

achados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** a inesperada

internação causa sofrimento à família, principalmente por não possuir

maturidade emocional diante dessa nova situação. A espiritualidade esteve

presente em todos os momentos da hospitalização, principalmente na fé em

Deus e isso ajudou-os atravessar esse momento difícil. **Considerações**

finais: no estudo verificou que os familiares desenvolvem, mesmo diante

das inquietações frente às notícias e o medo da morte, sentimento de confiança

ao estarem cientes sobre o profissionalismo da equipe e a

disponibilidade de recursos tecnológicos ofertados no setor.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Relações familiares; Relações profissional-família; Humanização da assistência.

Abstract

Objective: identify concerns and feelings of faith family in the intensive care setting. **Method:** exploratory and qualitative research with 15 families. Performed in an intensive care unit, between June and August 2014. For the interviews we used semi-structured questionnaire. The findings were submitted to content analysis. **Results:** the unexpected hospitalization causes suffering to the family, especially for not having emotional maturity before this new situation. Spirituality was present at all times of hospitalization, mostly on faith in God and that helped them through this difficult time. **Final Considerations:** the study found that relatives develop, despite the concerns facing the news and the fear of death, confidence feeling to be aware about the professionalism of the staff and the availability of technological resources offered in the industry.

Descriptors: Intensive care units; Family relations; Professional-family relations; Humanization of assistance.

Resumen

Objetivo: identificar las preocupaciones y sentimientos de familia de fe en el entorno intensivo.

Método: investigación exploratoria y cualitativa con 15 familiares. Realizado en una unidad de cuidados intensivos, entre junio y agosto de 2014. Para las entrevistas fue utilizado cuestionario semi estructurado. Los resultados fueron sometidos a análisis de contenido.

Resultados: la hospitalización inesperada causa sufrimiento a la familia, especialmente por no tener la madurez emocional ante esta nueva situación. La espiritualidade estuvo presente en cada momento de la hospitalización, sobre todo la fe en Dios que les ayuda a atravesar momentos difíciles como este. **Consideraciones finales:** el estudio encontró que los familiares desarrollan confianza del pensamiento para estar al tanto acerca de la profesionalidad del personal y la disponibilidad de recursos tecnológicos que se ofrecen en la industria., a pesar de los problemas que enfrenta la noticia y el miedo a la muerte.

Descriptor: Unidades de cuidados intensivos; Relaciones familiares; Relaciones profesional-familia; Humanización de la atención.

Introdução

A hospitalização é um processo fatigante e que causa alterações em grande parte do contexto da vida em família, incluindo o distanciamento e separação dos pais e outros familiares, sobretudo quando o indivíduo está na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois esta fundamenta-se nos princípios do pensamento cartesiano/mecanicista, que tem como base o conhecimento racional e positivista, considerando o corpo em partes fragmentadas, em que a racionalidade parece superar a subjetividade, fugindo da visão holística e do cuidado humanizado⁽¹⁻²⁾.

Vários fatores devem ser considerados para o enfrentamento da hospitalização, dentre eles estão: o estágio da vida do familiar, as implicações que o impacto da doença causa em cada constituinte da família, o papel desempenhado pelo doente na família e o modo como a própria família se organiza durante o período da doença^(1,3).

Para os familiares esse enfrentamento pode tornar-se complexo e penoso, já que terão que remodelar suas vidas, visando adaptar-se às normas e rotinas desse novo ambiente. Deste modo, a permanência na UTI, normalmente não é percebida como agradável tampouco hospitaleira. Em razão disso, as visitas diárias desses

sujeitos, tem exigido mudanças na prática da enfermagem, fazendo com que a equipe tome novas atitudes e posturas nos relacionamentos, de maneira a tornar-se mais sensível e receptível à presença do familiar no cotidiano do cuidado⁽³⁻⁴⁾.

Para tanto há que se considerar a humanização como desafio constante para o gerenciamento em saúde pública, principalmente no cuidado intensivo, onde a própria rotina impede que algumas ações possam ser realizadas. Entretanto, a promoção dos direitos humanos, observando a individualidade e as possibilidades de exercer a autonomia, podem ser desenvolvidas pela enfermagem em sua prática assistencial sem demandar muitos esforços⁽⁵⁾. A harmonia entre profissionais e usuários, pode estabelecer sentimentos intensos de apreço, que remeterão maior efetividade do cuidado⁽⁵⁻⁶⁾.

Mesmo reconhecendo a grande dificuldade dos profissionais em acolher todos os sofrimentos contidos ou exteriorizados pelos familiares, a reorganização dos cuidados proporciona maior segurança, tanto para equipe quanto para a própria família e, conseqüentemente, age de forma simultânea na crença emocional da fé e

esperança de ambos, frente ao prognóstico do cliente⁽⁵⁻⁶⁾.

A sensibilidade, o psicodinamismo individual ou familiar e a capacidade afetiva para adaptação às diversas fases da vida, revela o comportamento desses indivíduos diante desses momentos. A partir desse entendimento e através de vivências acadêmicas, emergiu o desejo em aprofundar os estudos sobre família, em especial sobre o que lhes afligia ou interferia no bem estar no decorrer da hospitalização. Dessa forma, objetivou-se identificar apreensões e sentimentos de fé de familiares no ambiente de cuidado intensivo.

Métodos

Trata-se de pesquisa de campo, exploratória e com abordagem qualitativa. Sendo desenvolvido no Hospital das Clínicas, instituição privada de saúde, do município de Tangará da Serra, Mato Grosso (MT) no setor de UTI adulto. A instituição localiza-se em região central do município, atendendo pacientes conveniados, particulares e via Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa unidade foi escolhida por constituir referência para 22 municípios. Sua equipe de saúde é constituída por três fisioterapeutas, uma nutricionista,

um farmacêutico, dois técnicos de radiologia, um técnico de hemodiálise, dezesseis técnicos de enfermagem, cinco médicos plantonistas, dois médicos diaristas, quatro enfermeiros e serviço terceirizado de laboratório disponível 24 horas.

A população deste estudo foi formada por familiares dos pacientes da UTI selecionada. Denominou-se familiar, àquele que tinha laços de parentesco ou que era próximo do paciente, residindo com ele e mantendo relacionamento estreito. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; possuir um familiar internado na UTI por um período superior a 24 horas após a admissão; apresentar condições de compreender e de responder as questões do instrumento; manifestar concordância em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizou-se para coleta de dados, roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas foram realizadas no período de julho a agosto de 2014, na recepção dos consultórios médicos, por constituir, durante o horário de visita, um espaço com pouco fluxo de pessoas, o que favorecia a harmonia e o bem estar do participante. Todas as entrevistas foram gravadas e

armazenadas diariamente. Após a realização das entrevistas, houve a transcrição na íntegra de todas as gravações.

À título de organização, foi adotada a identificação dos fragmentos dos relatos, utilizando codificação do tipo alfanumérica, de modo que a letra F indica familiar, e o elemento número que compõe o conjunto apenas indica a posição do discurso no desenvolvimento da análise.

Para análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC), entendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não)”, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁽⁷⁾.

Realizou-se leitura flutuante dos discursos dos sujeitos da pesquisa, a fim de criar uma familiaridade com os dados e obter as primeiras impressões e orientações. A partir disso, emergiram

três categorias: apreensão diante da internação, fé e confiança. Por fim, realizou-se o confronto com a literatura e propostas inferências a partir de resultados significativos e válidos.

Respeitando os aspectos éticos exigidos em pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução 466/12, o projeto com Certificado para Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 18394713.0.0000.5587, foi aprovado com número de parecer 515705 por meio do CEP da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia.

Resultados e discussão

O sexo feminino foi predominante entre os familiares, concentrando na faixa etária entre 45 a 54 anos, casadas, com ensino médio completo, renda familiar variando de um a dois salários mínimos e com religião Católica. Sobre o grau de parentesco, os irmãos foram os principais visitantes.

Apreensão diante da internação

Tabela 1- Sentimentos relacionados ao prognóstico do familiar internado na UTI. Julho a Agosto de 2014. Tangará da Serra – MT, Brasil.

Variáveis	N	%
Medo da morte do meu familiar	4	26,7

Medo do boletim médico	5	33,3
Certeza da recuperação do meu familiar	6	40

Na Tabela 1, sobre os sentimentos dos familiares em relação ao prognóstico do familiar, verificou-se que 40% (n=6) disseram ter certeza que seu familiar iria se recuperar, corroborando com dados encontrados na pesquisa de Wallau⁽⁸⁾ com 100 familiares, na qual 74% dos familiares declararam sentirem-se esperançosos na melhora do quadro clínico do familiar internado, 33,3% (n=5) declararam sentirem-se ansiosos por conta do medo das próximas notícias que poderia vir a receber sobre o estado de saúde do seu familiar, 26,7% (n=4) disseram sentir medo da morte do seu ente querido e pânico por não compreender os termos que a equipe utilizava.

Quando questionados sobre os sentimentos relacionados à situação de internação do familiar, 73,3% (n=11) declararam estarem fortes, pois sabiam que aqueles aparelhos eram para beneficiar a recuperação do paciente, 26,7% (n=4) disseram que sentem dó pelo familiar estar usando todos aqueles aparelhos. No que diz respeito à evolução clínica do familiar, 87,7% (n=13) afirmaram acreditarem na melhora clínica e 13,3% (n=2)

asseguraram não acreditar na melhora do quadro clínico.

Existem várias razões para se fugir do enfrentamento da morte calmamente. Uma das mais importantes é que morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é solitário, muito mecânico e desumano. Morrer se torna um ato solitário e impessoal. Morrer é parte integral da vida, tão natural e previsível como nascer. Mas enquanto o nascimento é motivo de comemoração, a morte transforma-se num terrível e inexprimível assunto a ser evitado de todas as maneiras na nossa sociedade. Talvez porque ela relembre nas pessoas a vulnerabilidade humana, apesar de todos os avanços tecnológicos. Pode-se retardar a morte, mas jamais escapar a ela. As pessoas, assim como os animais irracionais estão destinados a morrer, e a morte golpeia indiscriminavelmente, ela não importa com o status ou com a posição social daqueles a quem escolhe, todos devem morrer, ricos ou pobres, famosos ou desconhecidos. Até as boas ações não livram da morte seus praticantes⁽⁹⁾.

A possibilidade da morte se faz presente em todos os momentos de

nossas vidas e a forma na qual cada um entende isso, cria maneiras diferentes de lidar com o viver, é um fato que nos coloca a refletir sobre as prioridades da vida, lembrando mais poderosamente do que qualquer outro momento, de quanto às relações familiares são importantes, é uma experiência que atinge todo o sistema familiar⁽¹⁰⁾.

A espécie humana quando lida com a morte, aprende que não se trata apenas da única certeza que temos em relação à vida, como acontece com todos os outros seres do planeta, conosco essa questão se faz presente de uma maneira bem diferente. Observa-se que alguns elementos comuns cercam o término da existência, isto é, a morte. O ritual que se celebra em torno da morte, é uma forma dos indivíduos se mostrarem solidários com sua espécie e comunidade. A vida e a morte de um ser humano não se tratam apenas de um destino específico, pois o momento da morte nunca se mostra como um acontecimento insensível e indiferente, pelo contrário, ele é causador de um mal-estar e representa uma desgraça, uma tragédia na vida dos seres humanos⁽¹¹⁾.

Em um ambiente de terapia intensiva, como foi observado, ao mesmo tempo em que a família se sente segura por conta das tecnologias

disponibilizadas no setor, por outro lado, o medo da morte ainda se faz presente, ao perceberem e relatarem em seus depoimentos, que a UTI é um local que desperta medo, apreensão e insegurança, sentimentos relacionados à possibilidade da merda, da morte, devido ao quadro do paciente ser grave, ou seja, para alguns o fato de ter um ente querido internado em uma UTI já é um indício de morte, como observa-se nas falas:

Só de falar em UTI, você se assusta né? Que a maioria das pessoas que fala que entra não volta. (F1)

Dá medo assim, dá, porque UTI já é unidade de tratamento intensivo né, se alguém está lá é porque ele está correndo risco de vida [...]. (F2)

Muito medo da perda, porque ele estava muito ruim, tive medo várias vezes que eu vinha visitar ele eu tive esse medo da perda, de perder ele. (F3)

Ai nós chegamos, mexemos com ele assim, ai ele a hora que viu a gente assim, olhou, fez de conta que não estava reconhecendo, sei lá, ai começou a ficar assim, falei: Uai, será que vai ser agora a vez dele?. (F4)

Se o telefone toca no meio da noite, você fica com medo de atender, você entendeu? Então é uma coisa que te deixa você muito sensibilizado, muito apreensivo, é inexplicável pra falar bem a verdade pra você.
(F5)

A frente da gravidade do estado de saúde, os familiares perdem a esperança e tentam estar preparados, mas ainda sentem-se temerosos por este momento de partida, como se percebe nos depoimentos:

É aquele medo de você ser surpreendido pela má notícia né, você sempre espera a má notícia [...] é horrível, é um sentimento de meio morte com morte, é péssimo.
(F6)

Então por estar num estado muito difícil, avançado, a qualquer momento pode vir a óbito, então a qualquer momento a gente está esperando. (F7)

O medo da morte faz parte do comportamento humano, havendo duas formas de medo perante a morte: uma que provêm do instinto de preservação natural e necessário, e outra proveniente da educação priorizada nos países do ocidente, onde a morte é considerada uma situação de extremo sofrimento⁽¹²⁾.

A diferença entre morrer e morte é necessária, porque o morrer está ocorrendo em nós a cada momento e, dependendo da forma como a vivemos, teremos um medo mais ou menos intenso da morte⁽¹³⁾.

As concepções de que a morte é inevitável, que a vida e morte fazem parte de um só fenômeno e que é possível apresentar um comportamento diante do morrer fundamentado na educação das emoções, do conhecimento, dos sentimentos, auxiliam na conscientização de que as coisas são transitórias e que se deve valorizar cada momento vivido, respeitando e aceitando a morte do outro⁽¹²⁾.

Em casos de doenças e/ou internações prolongadas, o paciente e a família passam a conviver com elas e a incorporá-las em seu modo de viver. Em casos assim, há a adaptação da família ao processo de doença, ela consegue organizar seu cotidiano de forma que consiga atender as necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, continuar vivendo dentro da nova realidade. Quando a família e o paciente vivenciam esses momentos com muita dor e sofrimento, aceitam a morte do familiar com mais com mais facilidade. Em contrapartida, a dificuldade aumenta quando se trata de

crianças, jovens e adultos jovens, pois se tem a sensação de que não cumpriram suas tarefas, não aproveitaram a vida⁽¹²⁾.

O medo da morte é causador de tanto sofrimento, porque a consciência humana sobre a morte, a compreende como uma ruptura na relação, uma ruptura nos laços amorosos entre os indivíduos, essa ruptura provoca uma desestabilização psíquica, acarretando em uma tensão desprazerosa e afetando o princípio do prazer⁽¹⁴⁾. Uma internação em UTI faz o familiar vivenciar uma situação de medo constante, ao ser confrontado com uma iminente possibilidade de perda. As famílias sofrem com essa descrença na melhora clínica, o que gera sofrimento e sentimentos como, tristeza, desespero e angústia.

É importante salientar que ao se tratar das reações das famílias que vivenciam o processo de morte, exige-se da enfermeira uma assistência e um olhar holístico, já que enquanto a atenção do cuidado estiver voltada apenas para o paciente, as necessidades da família não serão contempladas, particularmente quando houver a necessidade de exporem seus sentimentos⁽¹⁰⁾.

Fé

Conforme a doença avança e as situações que antecedem e envolvem os processos de morte e morrer se aproximam, as questões existenciais tornam-se mais presentes nos depoimentos dos familiares e pacientes, do que as próprias preocupações sobre as questões tecnológicas e clínicas, o que pode se justificar pelo fato da espiritualidade e religiosidade serem consideradas fontes de conforto espiritual⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A religião é definida como uma crença em algo sobrenatural ou em uma força divina que tem poder sobre o universo e comanda a adoração e a obediência por intermédio de um código abrangente de ética e filosofia. É um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente: Deus, Força Maior, Verdade Suprema⁽¹⁷⁾.

A espiritualidade tem um conceito mais extenso que religião, pois o indivíduo não necessita fazer parte de uma religião organizada para possuir espiritualidade, já que essa corresponde a questões de significado de sua própria vida e da razão de viver, independente de crenças e práticas religiosas⁽¹⁷⁾. Lucchetti⁽¹⁸⁾ considera espiritualidade como busca pessoal para entender

questões finais sobre a vida, sobre seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Durante uma internação em UTI, o tema espiritualidade, livre da crença religiosa, torna-se aspecto fundamental para os pacientes e familiares. A espiritualidade acaba tornando-se fonte de apoio para que a família compreenda o estado crítico do ente querido. Para aqueles que vivenciam uma doença ou estado de saúde grave em UTI, a espiritualidade torna-se de suma importância, uma vez que ela fornece amparo no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento, fazendo tudo aquilo ter algum significado. Manter um bom relacionamento com Deus ou a crença em um poder superior faz com que o doente e sua família entendam e aceitem o sofrimento humano. A presença de Deus está ligada diretamente à questão de cura e o familiar entrega a Deus a responsabilidade e a decisão pela vida ou morte do paciente^(19,17). Esses fatos que podem ser observados no depoimentos:

A gente que crê um pouco em Deus, a gente leva o pensamento a Ele, seja a vontade dele,

porque a nossa ela não teria nem vindo pra cá né, estaria em casa cuidando da casinha dela e tirando nós dessa angústia que estamos... na hora que eu entrei lá dentro e vi minha mãe naquela situação, a primeira coisa eu elevei meu pensamento a Deus, eu não deixei assim pela minha vontade, eu pus na mão de Deus, seja o que Ele quiser né, porque nós só temos uma certeza, a morte chega pra mim, pra você, pra todos nós, então seja da vontade Dele, hoje ou amanhã é o caminho de todos. (F5)

A esperança é o que sustenta as famílias durante o sofrimento, dá a impressão que tudo aquilo tem um motivo e que serão recompensados por tudo, caso suportem por mais algum tempo⁽²⁰⁾.

Levando-se em consideração o fato de que os familiares não podem agir diretamente na situação em que estão vivendo, no sentido de modificá-la, eles acabam buscando outras formas para adaptar sua resposta emocional ao problema que estão lidando. Desta forma, tentam manter a esperança, a fé e o otimismo almejando que o paciente melhore e possa retornar às suas atividades cotidianas⁽²¹⁾, como observado nos depoimentos:

Porque hoje eu vi ela e graças a Deus está bem né, então a gente se sente mais aliviada... se a gente já tinha assim mais fé né, então a gente tem que ter mais né, a gente vê que mudou né, já sabe que graças a Deus ela saiu dessa né. (F8)

Eu senti assim o primeiro impacto que eu tive, eu tinha assim tanta fé que ela ia sair dessa né e está saindo [...] eu fiquei bastante feliz. (F9)

Mas, eu tenho muita fé em Deus, eu peço a Deus todos os dias e graças a Deus está resolvendo, então a gente se sente mais forte né, tendo Deus na vida da gente e a gente encara. (F10)

Nós somos seres humanos, nós estamos sujeitos a altos e baixos e nós não somos nada, está aqui porque alguma coisa aconteceu e se Deus quiser vai ficar bem. (F2)

Os mesmos autores afirmam ainda que, no âmbito hospitalar, o amparo mais utilizado pelos familiares para lidar com os problemas advindos da hospitalização em UTI, foi a fé, tanto para o seu próprio equilíbrio e bem estar, quanto em relação ao tratamento do paciente.

Mas a gente tá enfrentando, assim, a

base de tudo nosso está na fé em Deus e depois acreditando que a equipe é boa na medida do possível. (F11)

A esperança né, a gente fica com aquela expectativa, fica ansiosa, mas é uma esperança de que vai melhorar, mas tem que aguardar, ficar esperando aquilo que Deus quer né, prevê pra gente. (F12)

Em uma situação de internação em UTI, frequentemente a religião e a espiritualidade encontram-se presentes, em consequência do medo do desconhecido e do desfecho que aquela situação poderá vir a ter. Então se lança mão de mecanismos de enfrentamento manifestados através de gestos, palavras ou acessórios, como exemplo o terço e a bíblia⁽¹⁷⁾.

Os valores espirituais são os recursos mais utilizados pelas pessoas que experimentam o desafio de uma doença grave, é um auxílio para se enfrentar e compreender a doença ou a perda ocasionada pela mesma, muitos familiares mencionam a fé ou a espiritualidade como um tópico significativo e tranquilizador de sua permanência no hospital⁽²²⁾.

Pode-se então afirmar que ao se conhecer as práticas espirituais e religiosas da família, o enfermeiro pode

assimila-las às suas atitudes relacionadas aos processos de adoecimento e terapêutico, auxiliando-os a manter práticas que promovam a saúde⁽¹⁸⁾, já comprovadamente, as práticas religiosas são ferramentas de conforto muito utilizadas pelos familiares.

Confiança

Alguns familiares costumam sentir-se bem com a situação, pois afirmam sentir-se seguros com o tratamento oferecido ao paciente, com reação do paciente a presença do familiar, ou com o simples fato de poder ver, visitar o parente. Desta forma pode-se afirmar que “sentir-se bem” refere à confiança não só no tratamento ofertado mas como também na situação vivenciada⁽²³⁾.

Por conta de sua característica física e estrutural, as UTIs são diferenciadas das unidades de internações comuns, por possuírem aparelhos sofisticados, rotina e profissionais diferenciados. A UTI é vista pela família de maneira paradoxal, pois é fonte de segurança por conta dos recursos terapêuticos disponíveis e em contrapartida, causa medo pela estranheza do local. Apesar da UTI ser vista como um local que aproxima o paciente da morte, os recursos

tecnológicos da unidade trazem segurança e crença de recuperação, fazendo com que os familiares acreditem que o local é apropriado para a recuperação de paciente graves e isso lhes causa esperança⁽²⁴⁾. Um elemento que demonstra a segurança na UTI está ligado à questão do cuidado direto e especializado que é ofertado ao paciente pela equipe de cuidado⁽²⁵⁾.

Em alguns momentos a família se sente confortável em deixar seu ente querido na UTI, por se tratar de um ambiente bem equipado, remetendo -se a ideia de um lugar que oferta o melhor cuidado. Desse modo, a família experimenta sentimentos ambíguos em relação à UTI, que é ao mesmo tempo um lugar estranho que causa medo, mas que em contrapartida oferece segurança no cuidado do paciente grave⁽¹⁹⁾.

As falas dos familiares permite observar esses sentimentos de confiança, segurança, tranquilidade e até mesmo gratidão pela assistência prestada pela equipe.

Eu vejo que ele está bem cuidado, está bem protegido ali, eu acho bom. (F3)

O atendimento é muito bom, recebeu ela muito bem né então passou mais segurança pra gente né, porque o atendimento deles é bom

mesmo né, não tem do que reclamar [...] significa que é uma garantia né, porque lá na onde a gente tá não tem UTI própria para isso, então é uma garantia muito bom. (F8)

Ah, eu sabia que meu irmão ia estar com total segurança, que qualquer coisa que fosse acontecer com ele, a própria equipe médica e os aparelhos ali ia falar qualquer coisa que ele tinha, ia detectar, aqueles aparelhos ali era pra melhora dele. (F2)

Mas, a única coisa que segura ela é a UTI, porque se não ela já tinha ido, se ela não estivesse na UTI, ela não estaria aqui mais, a segurança dela foi a UTI, que sempre fez os procedimentos rápidos, porque se não. (F1)

Ao vivenciarem a situação de internação na UTI, os familiares desenvolvem um sentimento de confiança ao estarem cientes sobre a capacitação profissional da equipe e recursos tecnológicos ofertados no setor, com pode ser exemplificado na fala:

Porque se eles estão lá, é porque eles são pessoas que foram capacitadas né, de confiança, então eu sinto segura, confiante, então eu acho que eles

trabalham muito bem né, tão ali né... eles tratam a gente muito bem, muito educados, isso ajuda nos ajuda. (F12)

Os achados desta pesquisa, vão ao encontro com os descobertos na pesquisa de Nascimento⁽²⁶⁾, com 20 familiares acompanhantes, onde os benefícios como, tranquilidade, recuperação mais rápida e confiabilidade no tratamento, foram evidenciados em afirmações do tipo: “Somente na UTI ela terá o monitoramento adequado, devido à sua condição” e “Fico mais tranquilo e trago mais segurança, apoio emocional”. A tecnologia avançada em conjunto com os profissionais capacitados, confere segurança aos familiares.

Em estudo realizado com oito familiares, encontrou-se sentimentos positivos referidos pelos familiares, como alegria, felicidade, satisfação e alívio geralmente em consequência do recebimento de notícias sobre a melhora do seu familiar. Também houve menções sobre esperança, conforto, confiança, tranquilidade e otimismo, por acreditarem que o paciente estava recebendo uma assistência de qualidade e pela confiança no tratamento e equipe médica⁽²⁶⁾.

Expressões como: “significa confiança”, “para mim é confiança”, “fiquei mais tranquila”, “fiquei mais feliz”, “total segurança”, “é uma garantia” evidenciam nesta pesquisa, que o familiar já possui percepção distinta da UTI, que até então era vista como o “setor da morte”, onde o paciente vai para morrer, e agora pode ser vista com essa nova imagem de esperança e cuidado, como também foi demonstrado na pesquisa de Comasseto⁽²⁷⁾ com 10 familiares, onde encontrou-se expressões como: “uma coisa muito boa”, “é pra cuidar melhor”, revelando então essa confiança do familiar em relação ao setor intensivo.

A comunicação terapêutica é a condição básica para a construção de uma relação de segurança e sensibilidade que permeia todo o processo terapêutico, com grande relevância no contexto de cuidados intensivos onde as relações interpessoais são partes do ancoramento emocional. Esse vínculo considera o reconhecimento de si (onde o sujeito possa conhecer de novo seus conteúdos mentais e a partir daí ressignificar suas experiências), o reconhecimento do outro, e pelos outros⁽²⁸⁾.

Considerações finais

Estudos revelam que o atual cenário encontrado nas UTIs no país, não corresponde com as diretrizes das políticas de saúde e conseqüentemente também não atendem as reais necessidades da população. Muitos desses serviços, ainda sobrevivem por força judicial ou interesse de grupos políticos, mas não cumprem com funções principais, no atendimento integral aos clientes gravemente enfermos e seus familiares.

Alguns conceitos em como realizar o cuidado humanizado, ainda se contradizem entre os membros da equipe intensiva. Há àqueles satisfeitos com o cuidado individual, outros com as habilidades técnicas e ainda uns susceptíveis à acidentes e danos ao cliente por falta de atenção e olhar holístico. Esse universo é propício para geração de inúmeros sofrimentos de ordem física e emocional, em especial nos indivíduos que não compartilham a familiaridade desse ambiente.

No estudo, verificou que os familiares estão vulneráveis emocionalmente ao processo de hospitalização do seu ente querido, sendo tomados por ansiedade, angústia, preocupação e tristeza. Essas apreensões normalmente são motivadas pelo medo do desconhecido, de piora no

quadro clínico do familiar e sentimento iminente de perda.

Como estratégia para conseguirem atravessar esse momento, esses familiares se fortalecem na espiritualidade, crendo em Deus e apoiando-se nele para suportar as dores e aflições que são manifestadas. Além da crença de fé, sentem-se seguros por reconhecerem que uma UTI é um local onde se oferece todo suporte de vida necessário para a recuperação do paciente, dispondo de profissionais capacitados e dedicados.

O acolhimento talvez seja o melhor instrumento da enfermagem para conduzir esses familiares durante o processo de internação, de modo que o sofrimento exista, mas que não seja maior que a esperança do retorno ao convívio familiar.

Experiências de grupos de acolhimento na admissão hospitalar vêm mostrando exitosos resultados, o que motiva-nos a permanecer investindo nessa tecnologia.

Referências

1. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(3):630-638.

2. Camponogara SC, Santoa TM, Seiffert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev. Enferm. UFSM.* 2011;1(1):124-132.

3. Beuter RCM, Brondani CM, Szarecki C, Crdeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Rev. Esc. Anna Nery.* 2012;16(1):134-140.

4. Szarecki C, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Ver. Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):715-22.

5. Campos LF, Melo MRAC. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em unidade de terapia intensiva. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):189-93.

6. Vedotto DO, Silva RM. Humanização com o familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo descritivo. *Online braz j nurs.* 2010;9(3):01-15.

7. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621-626.

8. Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR *et al.* Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos

- familiares. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2006;18(1):45-51.
- 9.** Ferreira PD, Mendes TN. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da eminência de morte. *Rev SBPH*. 2013;16(1):88-112.
- 10.** Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(2):207-213.
- 11.** Oliveira ECN. O psicólogo na UTI, reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol. cienc. prof*. 2003;22(2):30-41.
- 12.** Beck CLC. O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
- 13.** Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem. [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2006.
- 14.** Vieira CAL, Marques GH. Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. *Psicanálise & Barroco em revista*. 2012; 10(1):97-108.
- 15.** Penha RM, Silva MJP. Significado de espiritualidade para enfermagem em cuidados intensivos. *Texto contexto - enferm*. 2012; 21(2):260-268.
- 16.** Nascimento VF. Indivíduos frequentadores de UTI em um município no interior do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 4(1):1725-1740.
- 17.** Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta paul. Enferm*. 2013; 26(1):71-78.
- 18.** Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar?. *J. Bras. Nefrol*. 2010; 32(1):128-132.
- 19.** Puggina ACG, Silva MJP, Araújo MMT. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(2):249-255.
- 20.** Ferrioli DR. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Fam Saúde e Desenv*. 2003; 5(3):193-202.
- 21.** Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 7(1):86-90.
- 22.** Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(2):277-284.

- 23.** Almeida AS, Aragão NRO, Moura E, Lima GC, Hora EC, Silva LASM. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(6):844-849.
- 24.** Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2008; 20(4):370-375 .
- 25.** Lemos RCA, Rossi LA. O significado cultura atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002; 10(3):345-357.
- 26.** Nascimento AZ, Ribeiro G, Bernardino E, Oliveira ES. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem.* 2007; 12(4):446-51.
- 27.** Comasseto I. Vivências de familiares do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva: estudo fenomenológico [dissertação]. Natal: Universidade Federal de Rio Grande do Norte; 2006.
- 28.** Bertachini L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. *O Mundo da Saúde.* 2012;36(3):507-520.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-03-12
Last received: 2015-06-02
Accepted: 2015-06-02
Publishing: 2015-09-30