



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**GRUPO SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES PELA ENFERMEIRA**

DÉBORA DE ARAÚJO MOREIRA

**FORTALEZA
2011**

DÉBORA DE ARAÚJO MOREIRA

**GRUPO SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES PELA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Alves e Souza

**FORTALEZA
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M837g Moreira, Débora de Araújo.
 Grupo sala de espera na Unidade de Terapia Intensiva: acolhimento dos familiares pela enfermeira. / Débora de Araújo Moreira. – 2011.
 86 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2011.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
 Orientação: Profa. Dra. Ângela Maria Alves e Souza.
1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Acolhimento. 3. Humanização da Assistência. 4. Enfermagem Familiar. I. Título.

CDD 616.028

DÉBORA DE ARAÚJO MOREIRA

**GRUPO SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES PELA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: __19__/_12__/_2011__

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alves e Souza (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC
Presidente

Prof^a.Dr^a. Maria Dalva Santos Alves (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a.Dra^a. Maria Suêuda Costa (Membro Efetivo)
Secretaria de Saúde do Município - SSM

Prof^a.Dr^a Míria Conceição Lavinias Santos (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

DEDICATÓRIA

A minha mãe e irmã (*in memoriam*) com quem sempre compartilhei minhas vitórias.

Em especial, ao meu amado Rohden, que esteve ao meu lado me incentivando e apoiando.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dá força e ânimo todos os dias para seguir em frente, pois em sua Misericórdia infinita.

Ao meu marido Rohden por ser meu parceiro em mais este desafio, acreditar em mim e compreender minhas ausências.

A minha madrinha Vânia que mesmo distante foi e sempre será meu porto seguro.

A Dra. Cynthia Sampaio, pois sem seu compromisso e dedicação na coleta dos dados deste estudo teria sido mais difícil.

A orientadora Dra. Ângela Souza, e as Professoras Dra. Dalva Alves, Dra. Suêuda Costa e Dra. Míria Lavinas pela disponibilidade e cooperação que acrescentaram a este trabalho;

A todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFC acontecer: coordenadoras, professores, equipe de secretaria e apoio.

Aos meus colegas de turma de mestrado, por compartilharmos os medos, frustrações, alegrias e sucesso.

Aos familiares, que foram participantes da pesquisa, que motivo maior deste estudo.

Em especial toda equipe do Centro de terapia Intensiva por colaborarem neste estudo e a instituição parceira onde esta pesquisa se realizou.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo fomento por meio da bolsa.

Minha gratidão a todos que contribuíram direta ou indiretamente para êxito desta pesquisa, pois ela é fruto de um esforço coletivo de pessoas que acreditam em mim.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a unidade hospitalar destinada a receber pacientes com agravos à vida, sejam clínico ou cirúrgico. Durante o tempo de internamento dos pacientes, também seus familiares tem exaltados sentimentos de angústia, medos e dúvidas decorrentes da separação e do risco iminente da perda deste ente. As regras e rotinas próprias da UTI, o acesso restrito dos familiares a unidade e o desconhecimento do ambiente podem vir exacerbar o medo quanto ao funcionamento, cuidados e intervenções prestadas. Este estudo teve como objetivos: Desenvolver um grupo sala de espera de acolhimento aos familiares de pacientes em UTI como estratégia da política de humanização da assistência; Descrever as etapas do processo grupal no acolhimento aos familiares; Analisar a abordagem grupal como instrumento no acolhimento ao familiar de pacientes internados na UTI. Pesquisa qualitativa, tipo descritivo exploratório e como fundamentação metodológica o *Group process for nurses* proposta por Maxine Looms (1979). O local do estudo foi a sala de espera do Centro de Terapia Intensiva (CTI) em hospital público de referência no Estado, situado em Fortaleza-CE, Brasil. Durante o período de junho a setembro de 2011, os participantes do estudo foram os familiares que possuíam parentes internados no Centro de Terapia Intensiva. Na primeira etapa participaram de entrevistas individuais 37 familiares para conhecermos as necessidades que estes possuíam por ter um familiar internado em UTI. Na fase de intervenção com os grupos de sala de espera participaram em média 20 visitantes por dia. A fase de avaliação individuais destes grupos foi realizada com 26 familiares. A inclusão dos familiares esteve condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados mostraram que os familiares têm necessidade de informações do estado de saúde e do diagnóstico de seus familiares e que estas, devem ser claras e com menos linguagem técnica. Os profissionais devem ter respeito e sinceros quando as informações forem dadas. Os grupos foram realizados seguindo roteiro sistematizado com orientações das rotinas na UTI e no final realizávamos orientações de perguntas do próprio grupo. Na avaliação dos grupos verificou-se que os familiares sentiram-se acolhidos e que participavam com atenção as atividades propostas. As orientações quanto a lavagem das mãos e poder conversar/tocar com paciente foram apontadas nos discursos como temas relevantes abordados no grupo. E que as informações recebidas sobre estas atividades geraram mudança no comportamento dos familiares no momento da visita. O acolhimento é uma estratégia referenciada com êxito no atendimento aos familiares. O estudo evidenciou que a realização de um grupo educativo na sala de espera da UTI, coordenado por enfermeiros poderá reduzir insegurança e a ansiedade dos familiares durante a visita, não só quanto ao paciente, à natureza e às causas da doença, mas também, aos riscos relacionados à terapêutica. Assim como, incentivar e motivar os familiares no enfrentamento da dor da hospitalização do parente, ajudando assim a diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos. A promoção de saúde, em nível terciário, com a participação da família torna-se efetiva e concreta a Humanização no ambiente hospitalar, com a ampliação de seus cuidados e conhecimentos científicos, para além dos pacientes internados e das técnicas a eles implementadas.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Grupos. Humanização.

WAITING ROOM GROUP IN THE INTENSIVE CARE UNIT: THE RECEPTION OF THE FAMILY BY NURSE

The Intensive Care Unit (ICU) is a local in the hospital for receiving patients with injuries to life, whether clinical or surgical. During the time of admission of patients, their relatives have exalted feelings of anxiety, fears and doubts arising from separation and imminent risk of loss of their relative. Own rules and routines of the ICU, the restricted access of family in the unity and the unknowledge of the environment can exacerbate fear about functioning, care and interventions provided. This study aimed to: Develop a waiting room group to welcome family members of ICU patients as a strategy for humanization of assistance; Describe the stages of group process in the family host; analyze the group approach as a tool in the host of family of ICU patients. Qualitative research, descriptive and exploratory methodological, based in the "Group process for nurses" proposed by Maxine Looms (1979). The study was performed in the waiting room of the Intensive Care Unit (ICU) in a public hospital located in Fortaleza-Ceará, Brazil. During the period from June to September 2011, the study respondents were family members who had relatives admitted into Intensive Care Unit. The inclusion of family members was conditional on signing the consent form. In the first stage, we made 37 individual interviews to know family needs about having a family member in the ICU. In the intervention phase with waiting room groups we had on average 20 visitors per day. The individual evaluation phase of these groups was performed with 26 relatives. The results showed that the family members need information of health status and diagnosis of their patient and this information should be clear and with less technical language. Professionals should be respectful and truthful when the information is provided. The groups were conducted following systematic guidelines and explaining the ICU routines. In the end we held orientations of questions of the group itself. In the evaluation of the groups found that the family felt welcomed and attended carefully to the proposed activities. The guidelines regarding handwashing and the possibility to talk / touch the patient were identified in speeches as relevant topics covered in the group. The information received on these activities generated change in the behavior of the family at the time of visit. The host is a strategy referenced successfully in serving families. The study showed that the performance of an educational group in the waiting room of the ICU, coordinated by nurses, can reduce unknowledge and anxiety of family members during the visit, not only to the patient, the nature and causes of disease, but also risks related to therapy. As well as encourage and motivate families to cope with the pain of hospitalization of their relative, thus helping to reduce the distress and suffering of all involved. Health promotion in the tertiary level, with the participation of the family becomes effective and concrete the Humanization of the hospital, with the expansion of its care and scientific knowledge, in addition to inpatient and techniques implemented them.

Keywords: Intensive Care Unit. Groups. Humanization. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Internamento Hospitalar X Familiar	15
3.2 Processo de Humanização	18
4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	26
4.1 Fase de Planejamento (objetivo)	26
4.2 Fase de Intervenção	26
4.3 Fase de Avaliação	28
5 METODOLOGIA	30
5.1 Tipo de estudo	30
5.2 Período de coleta de dados	32
5.3 Local de estudo	32
5.4 Participantes do estudo	33
5.5 Organização das fases metodológicas do estudo	33
5.5.1 Fase de planejamento.....	34
5.5.2 Fase de intervenção.....	38
5.5.3 Avaliação do grupo educativo	40
5.6 Análise dos Dados	40
5.7 Aspectos Éticos	41
6 RESULTADOS/ANALISE DOS DADOS	42
6.1 1ª Fase de planejamento das ações para grupo educativo	42
6.1.1 Características sóciodemográficas dos participantes do estudo.....	43
6.1.2 Necessidades dos familiares no momento da visita.....	44
6.1.3 Sugestões para estrutura e funcionamento.....	49
6.1.4 Participação em grupos.....	52
6.2 Sistematização da Assistência em Grupos	53
6.3 Avaliação dos grupos na sala de espera	55
6.3.1 Intervenção antes do momento da visita.....	57
6.3.2 Sentimentos da acolhida antes de começar a visita.....	58
6.3.3 Orientações mais relevantes para visita.....	60
6.3.4 Mudanças ocorridas com as orientações.....	62
6.3.5 O acolhimento com orientação faz diferença.....	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS	76
APÊNDICES	78

1 INTRODUÇÃO

Toda família, mesmo com alguns episódios isolados ou característicos, tem uma zona de equilíbrio e conforto para seu funcionamento e enfrentamento do cotidiano. Alguns acontecimentos inesperados podem influenciar negativamente este equilíbrio, deixando a família desestabilizada. Dentre estes, a internação em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, por motivo de doença grave, é um processo que altera o equilíbrio na família, pois institui uma quebra abrupta de suas rotinas e papéis do cotidiano. Nesta situação, estar internado no setor de cuidados intensivos traz, por si, uma carga emocional estressante para a família.

A UTI pertence ao nível terciário dentro da hierarquia de complexidade de assistência à saúde sendo, então, a ponta da pirâmide do sistema. É a unidade destinada a receber pacientes com grandes agravos à vida, sejam clínico ou cirúrgico, que dispõe de recursos avançados em equipamentos, tecnologias e possui uma equipe multiprofissional hábil para prestar cuidados intensivos. Além dos recursos *in loco* que esta unidade dispõe, muitas outras áreas do hospital priorizam o atendimento destes pacientes, como por exemplo, a radiologia e o laboratório.

Por ser uma unidade fechada com características próprias, de rotinas, horários e pessoas, os familiares de pacientes internados nestes locais sentem-se limitados e têm sentimentos de desagregação familiar exacerbados. A despersonalização e a perda do controle do que é realizado com seus familiares ensejam situações estressoras, podendo levar ao crescimento do medo, ansiedade, sentimentos de incertezas e o temor da morte (ISMAEL, 2004).

Segundo a *Society of Critical Care Medicine* (1999), a UTI é o local para monitoração e cuidado de pessoas com instabilidades fisiológicas de natureza grave e reversíveis, que necessitam de suporte tecnológico e/ou de vida artificial, bem como tenham prognóstico razoável de recuperação substancial. Como regra, para que estas unidades possam prestar o serviço de qualidade ao qual se destinam, elas centralizam recursos de apoio às atividades assistenciais no âmbito hospitalar, contribuindo para a melhoria da

qualidade dos serviços de saúde, alterando o processo diagnóstico-terapêutico, principalmente no âmbito da prevenção secundária e terciária (MADUREIRA; VEIGA; SAT'ANA, 2000).

Observa-se que as pessoas, de modo em geral, e até alguns profissionais da saúde possuem acreditam que as UTI's são lugares onde os pacientes vão para terminar seus dias de vida, pois, em decorrência da gravidade das doenças e do quadro clínico, a taxa de mortalidade destes é alta. Para Shimizu (2007), na sociedade contemporânea, cada vez mais a morte se esconde nos hospitais, especialmente nas UTI's, longe dos familiares e amigos, mas acompanhados daqueles que estão trabalhando neste setor.

A equipe multiprofissional que atua nestas unidades está, a maior parte do tempo, em constante estado de alerta por vivenciar situações limítrofes, ameaçadoras à vida dos pacientes e trabalhando constantemente para a recuperação deles. A dinâmica de funcionamento da UTI é ímpar. Esta característica faz com que o tempo dentro destas unidades seja percebido de modo diferenciado pelos pacientes, familiares e profissionais. O tempo é relativo e, para a equipe que cuida, passa muito rápido, pois são constantes as necessidades, intervenções e cuidados diretos aos pacientes gravemente enfermos. Soma-se a isto o alto grau de dependência, como também da dinâmica de evolução dessas pessoas, pois, mesmo os mais estáveis, podem ter algum tipo de complicação ou instabilização aguda.

1.1 Problematização

Durante o tempo de internamento dos pacientes, também seus familiares tem exaltados sentimentos de angústia, medos e dúvidas decorrentes da separação e do risco iminente da perda. Alguns pesquisadores e instituições vêm, há algum tempo, dando ênfase às necessidades que os familiares de pacientes internados em UTI necessitam, como é mostrado nos estudos de Freitas (2005), Oliveira (2006), Mauriti e Galdeano (2007), Lucchese *et al.* (2008), Neves *et al.* (2009).

A atenção às famílias, por parte dos profissionais, também se tornou pauta pelos programas político-sociais como: Programa de Qualificação na Atenção à Saúde (QUALISUS), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares –PNASH, (BRASIL, 2001), Programa Nacional de Humanização

na Assistência Hospitalar (BRASIL, 2004). E ainda aparece como direito assegurado no Estatuto da Criança e Adolescente, Lei nº 8.069/90, que prevê o acompanhamento contínuo de um familiar na UTI (BRASIL, 1990a); como também a Lei 8.842/94, Art.4º, inciso 17 e o Art.17, do decreto Nº1.948/96, que a regulamentou, autoriza aos idosos o acompanhamento de um familiar em hospitais públicos e privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1994).

Mesmo com o conhecimento das necessidades e os direitos assegurados, ainda visualizam-se poucas iniciativas de instituições e profissionais na assistência e acolhimento das famílias. Estudos de enfermeiros (ARAUJO, 2007; CONZ, 2009; MOLINA *et al.* 2009; SOUZA, 2010) em UTIs pediátricas e neonatais com pais, estão entre os mais freqüentes, mas podem ser citadas outras estudos como: Projeto de Humanização da UTI no Distrito Federal (BERGAMINI, 2008), Acolhimento pela equipe multiprofissional (MARTINS *et al.*, 2008; SCHNEIDER *et al.*, 2008), Grupos de Suporte (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A Unidade de Terapia Intensiva é um local fechado com regras e rotinas próprias, em razão da sua especificidade, por causa dessa característica, os familiares possuem acesso restrito à unidade. A maioria dos pacientes, assim como seus familiares em sua maioria, desconhecem este ambiente, geralmente hostil, frio, com constantes alarmes e ruídos das máquinas (monitores, bombas infusoras, ventiladores mecânicos entre outros) e possuem dúvidas sobre a unidade, funcionamento, cuidados e intervenções prestadas. Os pacientes perdem a privacidade, têm o corpo coberto apenas por um lençol, são invadidos com tubos, drenos e sondas.

O impacto provocado aos familiares e amigos na visita aos seus entes queridos que pode gerar situações de surpresas por não possuírem o conhecimento e/ou não são informados de que aqueles recursos são necessários, como parte da terapêutica.

Por todas estas características, na UTI os familiares têm aumentado os sentimentos de insegurança, estresse, da perda de seu ente no mesmo momento que estão tentando se adaptar a esta nova situação. Em conseqüência a estas mudanças, não é raro observarmos, nos corredores e salas de espera das unidades, familiares com medo e em estado de choque.

Situações como: falha nas informações, dificuldade de compreensão da linguagem técnica dos profissionais, assim como o restrito número de visitantes, podem vir a piorar bastante esta fase de adaptação.

O interesse que nutrimos pelo tema de Terapia Intensiva iniciou ainda enquanto acadêmica do curso de Enfermagem em práticas curriculares e extracurriculares. Ao concluir a graduação em 2005, fui contratada como enfermeira de uma UTI cardiológica de um hospital geral e, desde então, mantenho-me continuamente aprimorando conhecimentos na área. Investimos na formação com curso de pós-graduação, sendo, desde 2007, especialista em terapia intensiva e desenvolvendo ações como enfermeira em outras unidades hospitalares públicas, aumentando assim ainda mais a experiência prática, alicerçada nos referenciais teóricos que se recebeu na graduação e na pós-graduação.

Desde o ano de 2005 trabalhando no cotidiano de UTI, como enfermeira intensivista, observamos que a evolução das terapêuticas e das tecnologias implementadas não foi acompanhada pelos profissionais. Este fato não foi gerado pela falta de formação teórico-prática nas conduções dos quadros clínicos ou capacidade de utilizar os recursos tecnológicos, mas sim pela retração no desenvolvimento das habilidades de relacionamento no campo interprofissional e, principalmente, entre o doente e a família. É um problema de inversão proporcional: quanto mais tecnologia, estratégias terapêuticas, mais é esquecida as relações e interações humanas.

Nesta trajetória, acompanhamos diariamente como os familiares se comportam no momento da visita à UTI. A necessidade que têm de informações não se restringe somente ao estado de saúde de seus entes internados, mas a outros assuntos mais gerais. Questionam sobre as necessidades básicas de seus familiares, como higiene, alimentação e eliminações, possuem curiosidade sobre os equipamentos utilizados. As informações fornecidas, na maioria das UTIs, são fornecidas apenas pelo profissional médico que, muitas vezes, só conseguem descrever sobre o estado geral do paciente.

Mesmo sendo o enfermeiro aquele quem presta os cuidados mais diretos e íntimos e ainda os mais acessíveis. Isso ocorre ainda pelo medo de oferecer informações ambíguas, o que demonstra, mesmo diante da equipe

multiprofissional, que ainda não se conseguiu atingir a interdisciplinaridade, possuindo relações superficiais na troca de experiências e saberes em suas áreas específicas. Pereira (2008) mostra que os enfermeiros percebem menor responsabilidade em transmitir informações, delegando esta tarefa aos médicos.

Pesquisa de opinião dos familiares sobre a equipe de Enfermagem quanto a comunicação, mostrou muito pouco envolvimento, sendo, até mesmo, somente burocrática com pedidos de exames, materiais de limpeza, entre outros e até despersonalizada; a relação com a família era superficial, que o enfermeiro se ausentava a maior parte do tempo, a equipe mantinha o mínimo contato com os familiares (VILA; ROSSI, 2002).

Já Pereira (2008) afirma que algumas informações dadas aos familiares se fazem no campo da superficialidade, quando são feitas por auxiliares e técnicos de Enfermagem, estes são procurados pelos familiares por oferecerem informações com linguagem simples e compreensível, menos técnica e sem complexidade.

Os enfermeiros, muitas vezes, relatam sobrecarga de trabalho e ambiente estressante como justificativa para a pouca atenção às famílias. Santos (2004), em pesquisa sobre a comunicação da equipe com os familiares em UTIs, encontrou como resultado que dentre os fatores que dificultam o processo de comunicação para interação familiar/profissional, é o desconhecimento por parte dos profissionais do modo de ser e de perceber da família.

1.2 Justificativa/Relevância

A relevância deste estudo se faz por promover de forma efetiva e concreta atividade a Humanização Hospitalar, por meio do acolhimento dos familiares, implementando o Programa Federal de Humanização Hospitalar – Humaniza SUS.

A UTI muitas vezes é reconhecida como um local desumano, frio e despersonalizado, até mesmo cruel, por suas regras mais rígidas, com supervalorização de tecnologias podendo até, comprometer aos usuários, por reduzir a dimensão humana do cuidado. A evolução tecnológica deve ser

utilizada como um meio de melhor promover o bem-estar, mas neste processo a família fica fora dos planos de atenção, cuidado e valorização.

O trabalho junto aos familiares poderá permitir a possibilidade dos profissionais visualizarem um momento de ampliação de seus cuidados e conhecimentos científicos, para além dos pacientes internados e das técnicas a eles utilizadas. Conhecer as emoções, valores e relevâncias que envolvem de forma significativa as relações entre familiares-pacientes-equipe de saúde.

O ensino na área de saúde e os profissionais egressos desses cursos têm priorizado o conhecimento técnico e aos poucos o humanístico tem sido colocado no segundo plano ao longo dos anos. Médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e entre outros profissionais tem sido bem treinados e capacitados tecnicamente para atender às doenças e paulatinamente deixam de exercer a capacidade de conversar, ouvir, dialogar e atender ao doente.

A justificativa deste trabalho ainda se faz, pela perspectiva de se realizar um trabalho de promoção de saúde, em nível terciário, com a participação da família neste novo contexto. Reconhecendo que a saúde física está intimamente relacionada à saúde mental, pode-se com este momento de atenção ao familiar, possibilitar que este possua a oportunidade de melhor se adaptar as situações de mudanças e estresse. Promovendo assim, um local de geração na trocas de conhecimentos, aumento da segurança e bem-estar.

São notórias a importância e a necessidade de que os profissionais de saúde, na equipe multidisciplinar, promovam acolhimento aos familiares, com o objetivo de conseguir o enfrentamento dessa nova experiência. A atuação do enfermeiro pode se destacar por este ser um possível elo entre o paciente, a equipe e sua família. O enfermeiro pode atuar realizando assistência aos familiares, ajudando-os a compreender, a aceitar, enfrentar a doença, o tratamento e as consequências que essa nova situação impõe ao contexto familiar. Como também deve preparar-se e saber preparar a equipe de Enfermagem para o acolhimento do familiar na unidade, com intuito de estabelecer confiança e comunicação clara.

O acolhimento é uma estratégia referenciada com êxito no atendimento aos familiares. Experiências diversas como de Frizon (2009), Martins *et al.* (2008), Schneider *et al.* (2008), Teixeira e Veloso (2006), Oliveira (2006) são exemplos de sucesso desta prática.

De acordo com Maruti e Galdeano (2007), na sala de espera da UTI, a ação educativa do enfermeiro poderá reduzir insegurança e a ansiedade dos familiares durante a visita, não só quanto ao paciente, à natureza e às causas da doença, mas também, aos riscos relacionados à terapêutica.

O enfermeiro deve estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família, para comunicar o que é necessário, podendo incentivar e motivar os familiares para melhor enfrentamento da dor da hospitalização do parente, ajudando assim a diminuir a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos.

Ressalta-se ainda a escassez deste tipo de estudo no Estado do Ceará, utilizando a abordagem grupal, sendo assim, um modelo para a expansão dos cuidados de Enfermagem e de novas estratégias no relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família com atenção diferenciada nos cuidados em UTI.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Desenvolver um grupo sala de espera de acolhimento aos familiares de pacientes em UTI como estratégia da política de humanização da assistência.

2.2 Específicos

- Descrever as etapas do processo grupal no acolhimento aos familiares.
- Analisar a abordagem grupal como instrumento no acolhimento ao familiar de pacientes internados na UTI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Internamento em UTI x familiares

No momento em que o indivíduo adoece, ele se vê repentinamente obrigado a modificar seus hábitos de vida, principalmente quando está hospitalizado. Esse fato enseja uma série de sentimentos e expectativas diante do novo desafio e conseqüentemente sua segurança emocional também está comprometida. Vê-se imerso num ambiente desconhecido; fragilizado fisicamente, pela sua doença e, psicologicamente, por seus temores (SILVA, 2007).

A hospitalização, quando necessária, é vista como situação de crise, e, em geral, representa uma experiência ameaçadora que pode comprometer, em diferentes graus, a dinâmica familiar (FREITAS, 2005).

Potter (2009) afirma que a capacidade da família em adaptar-se às mudanças de papéis, marcos de desenvolvimento e crise demonstrativos de resistência. O objetivo da família não é apenas sobreviver “aos desafios”, mas também prosperar e crescer como resultado desse conhecimento recém-adquirido. Esta capacidade é definida como resiliência familiar, que é a habilidade da família enfrentar fontes estressoras esperadas e inesperadas. Quando ocorre uma doença que muda a vida, a família precisa fazer um grande ajuste para cuidar de um de seus membros.

No ambiente hospitalar, o nível de cuidados em UTI pode ser considerado o mais complexo e avançado. Dentre as finalidades deste ambiente de cuidado, estão a promoção e a recuperação completa ou parcial de pessoas com um comprometimento agudo de saúde.

Existe o significado cultural da internação na UTI, em que as pessoas, em geral, acreditam ser este ambiente sinônimo de morte iminente para todos os pacientes. Sabe-se que isto não é verdade, apesar da gravidade dos pacientes que lá se encontram internados.

A UTI disponibiliza atendimento especializado nas áreas médicas, de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, dentre outras, oferecendo o auxílio de equipamentos e altas tecnologias que podem dar maior segurança no diagnóstico, tratamento e cuidados aos pacientes. Esse aparato tecnológico,

porém, muitas vezes impõem medo e angústia ao paciente e sua família, e a movimentação das pessoas e o ambiente com ruídos dos equipamentos vêm contribuir para o aumento do estresse, medo e sofrimento aos que adentram neste ambiente (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007; ORLANDO, 2001). Um lugar cheio de especificações que assusta, algumas vezes, até mesmo aos profissionais que não atuam na área diretamente. Para familiares e pacientes o momento da internação na UTI é vista como a última etapa antes de morrer, embora ainda que alimentem a esperança remota de recuperação.

O paciente internado em UTI tem privação sensorial e barreiras corporais para tocar o próprio corpo; não possui o mesmo contato diário com os familiares e, outras vezes, até barreiras para comunicação verbal (sondas, cateteres, tubos), as rotinas utilizadas e, muitas vezes, descontextualizadas de seus hábitos, acarretam mudanças significativas na vida dessas pessoas. Tudo isso altera sua auto-estima, auto-imagem e a própria capacidade de recuperação, sabendo que as modulações mentais são capazes de produzir mudanças no sistema nervoso autônomo, endócrino e imunológico. Aliado a tudo isso, o ambiente estranho e de avançada tecnologia é desconhecido. (SILVA, 2003; BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Estudos revelam que as principais queixas dos pacientes internados em UTI estão relacionadas à separação da família, do ambiente desconhecido e agressivo, da quebra de hábitos alimentares, do medo de morrer, da dependência de outrem, do desrespeito à privacidade e da falta de atenção individualizada. Mostram, ainda que, passado o primeiro impacto do internamento, vêm o ambiente como lugar para recuperar e reencontrar a vida, e consideram a atendimento satisfatório pela equipe (SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005; CESARINO *et al.*, 2005; SILVA, 2003).

Bettinelli, Rosa e Erdmann, (2007) refletem que, dentro deste panorama, o ambiente da UTI pode significar uma ameaça à família, criando uma imagem de ruptura da interdependência afetiva e emocional entre seus membros. A família faz parte do processo de internação e tratamento, merecendo do profissional atenção e apoio. Não se pode desvincular o indivíduo do meio em que vive, uma vez que a família como grupo previne, tolera e corrige problemas de saúde de seus integrantes. Desse modo, não se pode separar o doente de seu contexto familiar. A família deve ser

compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção de conforto e humanização do paciente, ajudando-o a recuperar confiança e, assim, investir na sua recuperação (SILVA, 2007).

O ideal que a equipe de profissionais no ambiente hospitalar estabelecesse um relacionamento com a família para identificar recursos potenciais; estabelecer um plano de cuidados para que todos entendam e concordem, objetivos que necessitam ser concretos e realísticos. A família precisa se sentir no controle tanto quanto possível. Ao oferecer ações alternativas e perguntar suas ideias e sugestões, isso ajuda a reduzir o sentimento de impotência; abrir oportunidades de expressar suas preferências, fazer escolhas para que eles sintam que contribuíram; dar suporte para a comunicação entre os membros da família (POTTER, 2009).

Este importante elo com a família no cotidiano necessita ser fortalecido, para que a família possa participar do processo no cotidiano de seus parentes que se encontram internados na UTI. Os profissionais da equipe multiprofissional que atuam neste ambiente, ainda necessitam entender e valorizar o familiar como alguém que também pode auxiliar no processo de tratamento e recuperação. Porém, no dia-a-dia o que ainda se vê são familiares a margem deste processo, cheio de dúvidas, medos e muitas vezes gratos por conseguir esta vaga tão preciosa que é o leito de UTI, principalmente no sistema público, devido ao alto déficit entre a demanda e oferta destes leitos.

Quando “bem orientados”, como dizem Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007), os familiares tornam-se motivados, participando conscientemente de toda a evolução do paciente. Durante esse período, a família precisa se reorganizar e superar as dificuldades que irão surgir, tanto nos aspectos afetivos, como no social e econômico. O ambiente da UTI, muitas vezes, significa para a família uma ruptura da interdependência afetiva e emocional com o familiar internado. A família faz parte, entretanto, do processo, devendo também receber a atenção e o apoio dos profissionais da saúde.

Pesquisas de natureza qualitativa, com diferentes técnicas de abordagens, revelaram como a família sente e vivencia a internação de um parente na UTI, Lemos e Rossi (2002); Comassetto e Enders, (2009); Bettinelli, Rosa e Erdmann, (2007); Urizzi *et al.*, (2008), evocam os sentimentos

presentes em diferentes realidades de UTIs, públicas e/ou privadas, inventariadas como:

- medo da morte do familiar internado;
- medo do desconhecido em virtude da falta de informações do familiar internado e do ambiente;
- o isolamento social pela dificuldade de adaptar-se a nova realidade, pelo afastamento do ente internado e sentir-se só no enfrentamento da jornada;
- sobrecarga na vida pessoal, com prejuízo algumas vezes, nas atividades profissionais e pessoais, soma de responsabilidades e desajustes nas funções cotidianas; e
- ausência de humanização por parte de alguns profissionais, por omissão de atitudes ante as necessidades das famílias. Nesse último item, nota-se certa ambigüidade na fala dos familiares, pois, ao mesmo tempo em que revelam esta carência de humanização, expressam, também, satisfação com a assistência prestada, confiança e segurança na equipe o que lhes permite ainda ter esperança na recuperação.

Em sua pesquisa, Silva (2007) constata que, na maioria dos hospitais, não existe uma política interna voltada para o relacionamento humanizado entre pacientes, familiares, membros da equipe multiprofissional e demais pessoas que, por um motivo ou por outro, se encontram inseridas no âmbito da assistência. E Potter (2009) defende que, ao implementar cuidado familiar, intervenções da promoção da saúde melhoram ou mantêm o bem-estar físico, social, emocional e espiritual da unidade familiar e seus membros.

3.2 Processo de humanização na UTI

No início na década de 1970, ocorreram movimentos mundiais marcados pelas mudanças sociais do conceito de saúde, e estas novas práticas de saúde estão presentes hoje em nossas políticas de saúde. No Brasil, na década de 1980, com a VIII Conferencia Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser um direito universal da população e um dever do Estado, adotando, assim, este novo

conceito de saúde. Em 1990, a Lei 8.080 é aprovada e, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge, consolidando os termos da Constituinte de 1988 sobre saúde, na busca de interferir nas condições de saúde e de assistência prestada à população brasileira (BRASIL, 1990b).

O hospital moderno teve como marca histórica de sua constituição organizacional impor aos pacientes o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem. A tônica da cultura organizacional hospitalar constituiu, por muito tempo, tratando o doente, que em nome da “rigorosa prática científica”, aparta-o de seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões. A proposta de humanização é um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, que busca instituir uma “nova cultura de atendimento” (DESLANDES, 2004).

A prática em muitas instituições hospitalares neste país, se mantém ainda numa visão de uma saúde tecnicista. Somam-se a isso, os profissionais que se vêem sobrecarregados pelas demandas assistenciais a uma população que cresceu, mas onde os recursos e serviços não acompanharam esta demanda.

Posto neste contexto de mudanças, uma política de humanização se fez como prioridade, uma urgência no país (BRASIL, 2004). A legitimidade da temática confere novo *status* quando, em maio do ano de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano, com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2001).

Em 2003 o PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH) iniciativa inovadora no SUS, constituindo uma política mais abrangente e transversal, que perpassa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

A PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Trata-se de uma tarefa desafiadora, sem dúvida, que na perspectiva da humanização, corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2008).

Pasche (2009) defende o argumento de que a PNH, longe de apresentar respostas prontas para estas questões, é um método, ou seja, uma estratégia para enfrentar e lidar com aquilo que é designado “desumanização”. Para modificar a tendência da reprodução de práticas que atentam contra a dignidade do cuidado e da gestão, é necessário reverter a principal força que mantém e reproduz estes problemas: a exclusão. Defende ainda que, a exclusão requer estabelecer estratégias de inclusão, que force a passagem de outras perspectivas, abordagens, interesses e necessidades nas relações clínicas e nos processos de gestão do trabalho, permitindo maior incidência e interferência dos sujeitos nestas relações. O modo de fazer inclusivo é o método da Política de Humanização. Humanizar é incluir.

Compreendendo esta informação, cada gestor e instituição devem descobrir como colocar em prática a Política de humanização. O trabalho deve partir do diagnóstico das situações críticas e serem planejadas medidas de intervenções plausíveis, com tempo definido para ação. Para tanto é necessário o engajamento e responsabilização de todos (profissionais, prestadores de serviços e usuários), pois se trata de ruptura de paradigmas e velhas idéias, é um processo para o novo modo de se pensar em saúde.

A proposta do Ministério da Saúde é Humanizar, de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. A humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. Nesse sentido, a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004).

Para Deslandes (2004), geralmente emprega-se a idéia de humanização para a assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto

de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra- e interequipes. Então, se pode dizer que aí se constitui um novo campo de possibilidades: tanto para o aumento da qualidade da assistência quanto para uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo.

A proposta da humanização é um processo que requer adoção de um novo modelo de atenção a saúde. Vai adiante da proposta de melhorar o vínculo e atenção aos pacientes e familiares, quer trazer uma nova proposta de interação entre os profissionais e os seus conhecimentos. É um modelo que sua implantação necessita o engajamento e a horizontalidade, e deseja a comunicação efetiva e eficiente entre os envolvidos. As metas e objetivos devem ser claros, estar em consenso com a maioria, e ter resultados na prática para que se possa ter adesão e envolvimento de todos.

Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na relação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. Neste processo, o profissional de saúde, possivelmente, terá condições de compreender sua condição humana e seu estado de cuidador de outros seres humanos, respeitando sua condição de sujeito, sua individualidade, privacidade, história, sentimentos, direito de decidir quanto ao que quer para si, para sua saúde e seu corpo (BERGAMINI, 2008).

Quando se traz a humanização ao ambiente hospitalar, uma das características dominantes é a autonomia do paciente. Esta humanização deve permitir que ele possa participar das decisões sobre o tratamento a ser realizado, o ambiente em que vai permanecer durante seu internamento. Sem dúvida, a humanização hospitalar tem como principal característica o cuidado do ser humano doente e a promoção da sua saúde, entendida como bem-estar completo, isto é, físico, mental, social e espiritual, e terá como uma das suas prioridades a beneficência, que representa fazer o bem ao doente internado. Outra característica importante a ser citada é a justiça, cujas normas exigem que a dignidade fundamental do ser humano seja respeitada e que os iguais sejam tratados com igualdade. É justamente esta falta de justiça no sistema hospitalar brasileiro que provoca certa indignação ética, que clama por maior

humanização deste sistema. No hospital, essa igualdade em dignidade e direitos fundamentais deve ser respeitada, e se há de estabelecer um padrão mínimo de atendimento para todos. Faz parte da humanização hospitalar a criação de condições que respeitem o direito das pessoas a um ambiente humano propício a viver com dignidade e a morrer com tranquilidade(MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

O respeito à autonomia do paciente e seus familiares ainda nos dias de hoje se torna polêmico no ambiente hospitalar. Para a equipe multiprofissional, a dúvida de como e quem irá trabalhar com o familiar e o paciente para que este possa optar sobre o seu tratamento ainda os rondam. E, alguns profissionais da saúde julgam desnecessário este envolvimento, pois acreditam que devido à baixa escolaridade de seus usuários, principalmente em instituições públicas, estes não possuem a capacidade de decisão.

Dentre as diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção, destaca-se a que se refere à adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo ambiência acolhedora e confortável. Para a atenção hospitalar, pode-se destacar: a garantia de visita aberta, (BRASIL, 2008) cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades, garantindo o elo entre o paciente e sua rede social, por meio da presença do acompanhante, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante; recepção com acolhimento aos usuários, com mecanismos de escuta para a população e trabalhadores; equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social (BRASIL, 2004).

A participação dos usuários e familiares neste processo de humanização no cotidiano ainda segue em passos lentos, pois os gestores das unidades hospitalares principalmente dos grandes centros tem a missão de gerir grandes necessidades com recursos, muitas vezes, incompatíveis com sua demanda. Ficando assim, em segundo plano a proposta de humanizar.

Para o processo de humanização ocorrer de acordo com sua proposta no ambiente hospitalar é preciso dispor de recursos para melhorar o acolhimento, pois, estes usuários/ familiares trazem consigo não somente demandas de saúde, como também sociais, econômicas e necessitam de

profissionais treinados para identificar e encaminhar estas situações a uma rede de suporte.

Permitir o acolhimento ao acompanhante requer ainda, que também o hospital disponha de uma estrutura para este com banheiros, refeitório, profissionais que possa sanar suas demandas, entre outros. E pede também que a equipe multiprofissional esteja apta a receber este acompanhante/familiar como integrante da equipe na recuperação do usuário.

As instituições hospitalares encontram-se dependentes dos recursos tecnológicos em razão do seu surpreendente desenvolvimento no contexto mundial, porém, o uso de tais recursos pode levar a um cuidado mais frio e impessoal (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

As UTIs como unidades especializadas deste ambiente hospitalar também merece atenção para Vila e Rossi, (2002) embora a UTI seja o local ideal para o atendimento a pessoas com doenças agudas graves e recuperáveis, ela também oferece um dos ambiente mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Esses fatores agressivos chegam aos clientes e também à equipe multiprofissional que convive diariamente com estresse relacionado a fatores da própria unidade. Matsuda, Silva e Tisolin (2003) acrescentam a isso a complexidade tecnológica, a fragmentação do cuidado, as deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo e a falta de filosofias de trabalho e de ensino voltadas à humanização de maneira efetiva.

A grande diversidade tecnológica utilizada pela Enfermagem nessas unidades para auxiliar na manutenção da vida é uma realidade que, ao mesmo tempo encanta e assusta. Gera, portanto, diversidades de reflexões sobre o cuidado de Enfermagem em UTI. Silva *et al.* (2008) refletem que cuidar de máquinas não é um discurso teórico-prático tão absurdo, pois elas, em muitos casos, mantêm o cliente vivo. Programar as máquinas bem como ajustar seus parâmetros e alarmes e supervisionar seu funcionamento são exemplos de cuidados, dos quais os clientes se beneficiam. Para eles, ao fazer isso, utilizam-se conhecimentos técnicos e também racionais que fundamentam as ações no trato com as máquinas, contribuindo para que essas ações sejam interpretadas como práticas desumanas. É preciso entender que os conceitos de cuidado de Enfermagem e as definições que interessam para o ofício são dinâmicos e deverão variar de acordo com o contexto.

O paciente internado na UTI, porém, necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física. Neste momento, a humanização torna-se um processo que envolve todos os membros da equipe de UTI, expandindo a responsabilidade da equipe além das ações tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Deve-se, ainda, incluir a avaliação das necessidades dos familiares e o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados. O sofrimento do familiar deve ser considerado, e cada indivíduo há de ser considerado único, tendo necessidades, valores e crenças específicos (BERGAMINI, 2008).

Resultados de estudos (VILA; ROSSI, 2002; SALÍCIO; GAIVA, 2006; AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006; COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009) procuram compreender como os profissionais de Enfermagem atuantes em UTI vêem a humanização nestas unidades e semelhantes em seus discursos revelam que se colocar no lugar do outro, respeitar o paciente, prestar cuidado integral, holístico, multidimensional e individualizado são ações que visam à humanização. Destacam também que a família deve estar incluída neste processo, com maior acesso à unidade e informações sobre seu familiar internado. O ambiente, com área física adequada, recursos materiais e humanos treinados, em quantidade adequada, influencia positivamente para a humanização. E ainda as dificuldades encontradas para implementar a humanização, entre os quais se mencionam: a sobrecarga de trabalho no ambiente de UTI; o pouco cuidado da instituição com profissional; o envolvimento superficial, com familiares e pacientes, utilizado como mecanismo de defesa, na tentativa de afastar o sofrimento; um modelo de cuidado ainda fundamentado no modelo cartesiano, estabelecido por normas e rotinas dos serviços; a falta de programas de humanização na instituição.

Pesquisa realizada por Matsuda, Silva e Tisolín (2003), com pacientes pós-alta da UTI sobre a humanização dos profissionais no setor, revelou que os pacientes, em nenhum momento, reclamaram da necessidade dos procedimentos técnicos realizados necessários à sua recuperação, mas sim da falta de atenção/interação por parte dos profissionais, traduzidos em

não-aceitação das suas opiniões, indiferença aos chamados, repreensões e outros, apesar de a maioria deles considerar que os cuidados prestados pela equipe de Enfermagem da UTI são satisfatórios. Outro aspecto a ser considerado importante neste estudo foi que a maioria dos respondentes referiu não ter conhecimento nenhum dos seus direitos como cliente do sistema de saúde.

Com efeito, para Vila e Rossi (2002), existe enorme contradição entre o que é falado e o que é vivido. No contexto real, transparecem as raízes de um cuidado despersonalizado, centrado na execução de tarefas. Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006) salientam que, além das mudanças internas nos trabalhadores, são necessárias alterações no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais. Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) contribuem, propondo ser fundamental o envolvimento dos profissionais de Enfermagem no processo de humanização, uma vez que são responsáveis pelos cuidados diretos em tempo integral. E, ainda, propõem que, mesmo sendo a UTI um cenário complexo para implantação da política de humanização, este deve ser um desafio para os profissionais e gestores de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Utilizamos para o desenvolvimento deste estudo a abordagem grupal, tendo como referencial teórico metodológico Loomis (1979), com sua obra *Group process for nurses* (Processo Grupal para Enfermeiros). Realizamos um grupo com familiares com objetivo de aprendizagem, em três fases:

- 1^a- Fase de Planejamento (objetivos);
- 2^a- Fase de Intervenção (estrutura e processo) e
- 3^a- Fase de Avaliação (resultados).

4.1 1^a Fase de Planejamento (objetivos)

A Fase de Planejamento é importante para se alcançar o objetivo do grupo, sendo um momento de preparação, mas ele deverá ser contínuo e flexível, ajustáveis as necessidades dos grupos mesmo durante seu desenvolvimento (SOUZA, 2011).

Identificar as necessidades dos clientes, assim como suas expectativas, é fator fundamental para a elaboração dos objetivos e metas do grupo, correspondendo avaliação necessária na fase de planejamento.

Segundo os objetivos do grupo Loomis (1979) aponta que estes podem ser criados para: oferecer apoio/suporte; realizar tarefas, socializar, aprender mudanças, treinar relações humanas e oferecer psicoterapia.

4.2 Fase de Intervenção

Devem ser observados os aspectos quanto à estruturação dos grupos como: seleção dos clientes, a organização física, o tempo, o tamanho do grupo, o espaço e ambiente, assim como a preparação dos integrantes. Nesse momento deverá haver a aproximação entre o enfermeiro e a clientela, quando serão definidas as regras e normas para a convivência durante o tempo em que o grupo funcionar.

Para Loomis (1979) a estrutura do grupo pode servir para definir o tipo de grupo que se pretende trabalhar, considerando alguns parâmetros:

- Tipos de clientes - definir os indivíduos que farão parte do grupo é fator de grande importância para que se tenha sucesso na sua realização, pois esse

fator está diretamente ligado à capacidade dos participantes em contribuir com os objetivos do mesmo. Há grupos homogêneos ou heterogêneos quanto à idade, sexo, grau de necessidade, tipo de problema que apresentem entre outros.

- Nível de prevenção - Diz respeito ao tipo de cliente considerado membro do grupo, pois a partir do mesmo serão traçadas as metas do que se quer atingir. Torna-se fundamental que o nível de prevenção (primária, secundária ou terciária) tenha correlação entre as necessidades do grupo e seus objetivos.
- Grau de estrutura – Pode ser definido como muito ou pouco estruturado, dependendo do tipo de funcionamento e organização interna do grupo. Podem funcionar em regime fechado ou aberto, e devem valorizar a opinião desses parâmetros estruturais com a clientela.
- Orientação teórica - O grupo pode assumir fundamentação teórica que o coordenador utiliza para a sua condução. Esse parâmetro também afeta diretamente seu grau de estrutura, pois podemos encontrar grupos que dão enfoque principal ao autoconhecimento, ao aprendizado, conclusão de tarefas entre outros.
- Variáveis físicas - Para a realização do grupo é fundamental uma estrutura física adequada. Alguns pontos são desejáveis para que aconteça com sucesso o processo grupo, como: local amplo, ventilado, com privacidade para realização do trabalho, acomodações para todos os participantes.

Devem ser observados os aspectos quanto ao a estrutura dos grupos:

- O *funcionamento dos grupos* é considerada por Loomis (1979) como a etapa da vida do grupo caracterizada pela ação do coordenador e dos membros, por meio da efetivação na realização dos seus objetivos e metas. Os objetivos podem ser realizados por dois caminhos: o do conteúdo e o do processo.

No conteúdo o grupo se movimenta no sentido de utilizar a maior parte do seu tempo e de sua energia na busca de aspectos concretos do que se faz ou do que se diz.

No processo é importante como o grupo se desenvolve em todas as suas nuances, considerando as intenções de comunicações, sua seqüência, tempo destinado para cada integrante, enfim todos os significados que são possíveis de serem apreendidos pelos participantes e pelo coordenador. Na

prática os grupos usam uma mistura, tanto do conteúdo como o processo, como benefício no seu desenvolvimento.

A *finalização do grupo* é um evento tão importante quanto todo seu percurso, exigindo atenção especial do coordenador. Alguns tipos de grupos não têm critério definido para o seu término, principalmente os permanentes e os membros evitam essa situação, acreditando com isso, que irão evitar a dor.

4.3 Fase de Avaliação

Como última etapa Loomis(1979), define os grupos em termos de seus resultados. A avaliação pode ser realizada sob a perspectiva dos *resultados do grupo*, onde se utilizarão três parâmetros, tendo como indicadores os objetivos e metas estabelecidas para o trabalho grupal: manutenção, aprendizagem e mudança de comportamento.

- **Manutenção** – A manutenção do estado emocional e/ou comportamental é um resultado muito significativo para certos tipos de clientes, os quais entrando no grupo têm uma grande probabilidade de piorar a si próprios e com poucas chances de melhorias. Os grupos de socialização e de suporte dão grande ênfase à manutenção das forças emocionais e dos comportamentos existentes.
- **Aprendizagem** – É muito presente no movimento grupal, pois possibilita a aquisição de conhecimentos e informações essenciais para que alguns comportamentos sejam adquiridos ou transformados, a partir do exercício de novas tarefas ou de atos planejados.
- **Mudança de comportamento** – Está ligada à aprendizagem de novas atitudes e comportamentos. Também aparece como resultado da convivência grupal. Em geral, essas mudanças podem ser classificadas como mudanças em relação a si mesmo, em relação às pessoas à sua volta e em relação ao meio em que vivemos. O grupo serve com espaço para se praticar essas mudanças.

O enfermeiro pode recorrer à *avaliação clínica*, ou seja, à observação de “O que acontece?”, “De que forma?” e “Como?”. Para essa avaliação, Loomis(1979), sugere algumas estratégias de avaliação:

- 1) Avaliação individual dos membros do grupo é imprescindível, embora muito pessoal e subjetiva, constitui-se em um importante termômetro para avaliarmos o potencial de efetividade do grupo.

- 2) Avaliação sob a perspectiva do coordenador do grupo utilizada a partir da observação do coordenador perante os fatos que ocorrem no desenvolvimento do trabalho grupal.
- 3) Avaliação sob a perspectiva de outros membros da equipe que trabalha com o grupo, um coordenador auxiliar ou outras pessoas que dão apoio ao trabalho grupal pode contribuir no processo de validação dos resultados alcançados, ajudando o coordenador a captar detalhes importantes sobre o seu desempenho, dos componentes do grupo e do processo como um todo.
- 4) Avaliação a partir da opinião de pessoas que convivem com os membros do grupo, os familiares, companheiros, conhecidos, amigos e outras pessoas, geralmente possuem uma visão objetiva a respeito da participação do indivíduo, dos efeitos do grupo produzidos sobre ele e a repercussão no seu cotidiano.
- 5) Avaliação de um supervisor externo ao grupo, alguém de fora do grupo com experiência e conhecimento teórico/técnico sobre grupos, o qual irá auxiliar, sobretudo, na análise do coordenador.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação que acolheu familiares de pacientes internados em UTI, tendo utilizado um grupo educativo por meio processo grupal LOOMIS(1979) como estratégia para oferecer assistência de enfermagem.

Thiollent (2011) enfatiza que, para que a pesquisa- ação se desenvolva é necessário “ uma intenção de pesquisar e uma vontade de mudar”, com um objetivo duplo: resolver problemas das pessoas envolvidas e fazer progredir os conhecimentos fundamentais.

Esta pesquisa teve a intenção de pesquisar e orientar familiares para que pudessem mudar quanto ao conhecimento adquirido durante a pesquisa e posteriormente para a vida.

Thiollent(2011, p.14) define Pesquisa-ação como sendo

“um tipo de pesquisa social que consiste em dar aos pesquisadores e grupos de participantes os meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob forma de diretrizes de ação transformadora. Os procedimentos a serem escolhidos devem obedecer a prioridades estabelecidas a partir de um diagnóstico da situação no qual os participantes tenham voz e vez.

Assim a pesquisa-ação pode ser aplicada no ambiente que houver interação social, no qual este ambiente tenha um problema, onde estejam envolvidos pessoas, tarefas e procedimentos ENGEL(2000).

Smeltzer e Bare (1998, p. 35) nos diz que:

Um dos maiores desafios que a enfermagem tem hoje é atender às necessidades de educação para saúde da população [...]. Assim, a educação para saúde é considerada uma função independente na prática da enfermagem e a principal responsabilidade da profissão de enfermagem. Educação para saúde é componente essencial do cuidado de enfermagem [...].

A enfermeira por sua formação holística e no cuidado humanístico pode desenvolver em sua atuação profissional, em todas as áreas, grupos educativos que atendam as necessidades de pessoas ou grupos sociais, permitindo mudanças de comportamento dos participantes utilizando a comunicação interpessoal na promoção de saúde assim como para a

visualização do cuidado de enfermagem indispensável em todas instituições de doença e de saúde.

Thiollent (2011) descreve a concepção e organização da pesquisa-ação nas seguintes fases as quais sintetizamos em três etapas:

1ª. Etapa- Fase de planejamento

- *Fase exploratória* é quando o pesquisador faz um diagnóstico ou análise da situação; - *A escolha do tema*- é visualização do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados. *A colocação dos problemas* é também chamada problemática a ser resolvida nos aspectos teóricos e práticos. A referência *teórica* deve ser articulada com a prática para o desenvolvimento da pesquisa-ação. *Hipóteses ou diretrizes* podem ser mudadas ou substituídas de acordo com as necessidades dos participantes e pesquisadores. – e o “*Seminário*” nome dado a um espaço criado para pesquisadores e alguns participantes se reunirem para discutir sobre o processo de pesquisa. No *Campo de observação amostragem e representatividade dos participantes* é feito um consenso durante as discussões da execução do estudo, isto é no “Seminário”.

2ª. Etapa- fase de intervenção-

A Coleta de dados pode variar de acordo com a metodologia escolhida utilizando entrevista coletiva ou individual, observação participante, diários de campo, história de vida entre outros instrumentos adequados a coleta. *A capacidade de aprendizagem* é determinada ao processo contínuo da pesquisa. *Quanto ao Saber formal/saber informal* é importante estabelecer a relação das trocas de comunicação entre os participantes e pesquisadores.

O *Plano de ação* deve ter relação direta com os objetivos para viabilizar a pesquisa.

3ª. Etapa - fase de avaliação é a divulgação externa correlacionada aos resultados da pesquisa aos participantes envolvidos, instituições implicadas e patrocinadores.

Utilizamos LOOMIS (1979) como recurso do Processo Grupal para Enfermeiros como instrumento de produção de dados, e estratégia para promoção da saúde das pessoas deste estudo, pois trata da abordagem de uma enfermeira, por meio do processo grupal.

5.2 Período de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizamos um período de quatro meses, do mês de junho a setembro de 2011.

5.3 Local do estudo

O cenário do estudo foi na sala de espera de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) em hospital público de grande porte, referência no Estado, situado em Fortaleza-CE.

O espaço aonde foram desenvolvidos os grupos sala de espera foi no *hall* do CTI, é um local amplo que tem iluminação e ventilação natural, pois possui janelas, tem dimensões de 3,00X2,00m, vizinho aos elevadores e de frente para a porta da UTI.

Este espaço foi adequado para o desenvolvimento do conceito de sala de espera, que é um local público, por onde os clientes transitam e onde aguardam atendimento, conversando e trocando experiências, observam, emocionam-se e se expressam, ou seja, uma pluralidade de modo interativo. *A priori*, eles não constituem um grupo, pois não se conhecem nem mantêm um vínculo estável (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

O hospital escolhido tem um Centro de Terapia Intensiva (CTI) funcionando com 32 leitos, constituído de três Unidades de Terapia Intensiva UTIs, duas clínicas e uma cirúrgica. No ano de 2009, houve ampla reforma que possibilitou a formação do CTI, pois anteriormente havia apenas as três UTI em espaços físicos separados. Na cidade é a CTI que disponibiliza maior número de leitos.

A Portaria N.º1101/GM - 12 de junho de 2002 elaborada pelo Ministério da Saúde tem como propósito estabelecer os parâmetros de cobertura assistencial, contemplando a necessidade de leitos de UTI. Calcula-se a quantidade de leitos necessários com variação de 4% a 10% do total de leitos hospitalares ou determinação de 2,5 a 3 leitos de UTI para cada 1.000 habitantes.

O Ceará, segundo censo de 2010 da AMIB (Associação de Medicina Interna Brasileira), possui 622 leitos de UTI entre público e privado, estando

com 0,8 leito/10.000 habitantes: abaixo do recomendado pela Portaria (AMIB, 2010). Este CTI foi escolhido para o estudo por corresponder a 5,7% dos leitos de UTI disponíveis no Estado, correspondendo então a maior possibilidade de participantes.

Nesta instituição existem dois horários de visitas: à tarde, com duração de uma hora e trinta minutos (16 às 17h30min) e à noite com o tempo de uma hora (20 às 21h). Cada paciente recebe um visitante por vez, podendo receber, dentro deste período, até cinco visitas.

O horário de visita é organizado por três técnicos de Enfermagem, cada um de uma UTI, sendo estes pré-estabelecidos por uma escala. Eles são responsáveis por realizar o preenchimento do livro de registro de visita, com o nome de cada usuário internado nas respectivas UTIs, orientam a lavagem das mãos na entrada, direciona casa visitante ao leito onde seu familiar/amigo está internado.

5.4 Participantes do estudo

Utilizamos como critérios de inclusão para os participantes do estudo familiares com qualquer grau de parentesco que possuíssem idade superior ou igual a 18 anos e que seus entes estivessem com pelo menos 48 horas de internamento no Centro de Terapia Intensiva selecionada. O período de dois dias de internamento se justifica, pois, pela nossa experiência diária como enfermeira em UTI, observamos que é a partir deste período, que emergem as necessidades dos familiares frente a seus parentes internados.

Todos os familiares visitantes durante o período de coleta de dados foram convidados a participar, sendo assim, não houve critérios de exclusão.

Neste estudo participou um total de 63 familiares.

5.5 Organização das fases metodológica do estudo

Para o desenvolvimento da coleta de dados, seguimos as três fases propostas por Loomis (1979). *Fase de planejamento* que correspondeu à fase dos objetivos; *fase de intervenção* às etapas de estruturação e processo e por último, a *fase de avaliação* correlacionada aos resultados dos grupos. Com

estas fizemos um paralelo com as fases propostas na pesquisa-ação por Thiollent(2011) que correspondem e equivalem as de LOOMIS(1979) como demonstramos no Quadro 1

Quadro1: Síntese das fases de coleta de dados

Pesquisa – ação (Thiollent, 2011)	Fases LOOMIS (1979)	Organização da coleta de dados	Atividades realizadas
- Fase exploratória - Seminário (Encontros de planejamento)	Planejamento	Objetivos do Grupo	-Sensibilização da equipe multiprofissional da UTI e aos familiares -Entrevistas individuais de levantamento das necessidades dos familiares
Coleta de dados	Intervenção	Estrutura do Grupo	Adequação do espaço para realização do grupo da sala de espera
Plano de ação -		Processo do grupo	Encontros grupais
Divulgação externa	Avaliação	Resultados do Grupo	Avaliação dos encontros grupais Diário de Campo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

5.5.1 Fase de Planejamento

Após aprovação pelo Comitê de Ética do hospital, para o planejamento como propõe Thiollent(2011), no fim do mês de maio realizamos nosso primeiro “Seminário” que será chamado neste estudo de “Encontros de Planejamento” para expormos nossa programação, na ocasião nos reunimos com a gerência de enfermagem do CTI e as coordenadoras enfermeiras de cada UTI discutimos sobre o projeto de pesquisa-ação e nos aproximação do cenário do estudo. Mesmo com a pesquisa aprovada em comitê de ética, este reunião de preparação com os profissionais implicados e que iriam ajudarmos na pesquisa permitiu cortês receptividade no local aonde se desenvolveria as atividades com o grupo de familiares.

Nosso segundo “Encontro de Planejamento” foi na primeira quinzena do mês de junho de 2011, quando visitamos as três UTIs do Centro de Terapia Intensiva, nos reunimos assim iniciando a sensibilização junto da equipe profissional médicos, enfermeiros(as), técnicos de enfermagem,

fisioterapeutas, nutricionistas, pessoal técnico de apoio, explicando-lhes os objetivos da pesquisa e convidando-os a colaborar para que a pesquisa pudesse ter adesão dos familiares.

Nosso terceiro “Encontro de Planejamento” foi setor de Serviço Social para apresentar e discutir quando ao desenvolvimento da pesquisa. Na ocasião solicitamos apoio e divulgação da pesquisa, assim como convidamos os assistentes sociais a participar em dos grupos. Com estas profissionais foi importante a parceria, pois as mesmas autorizam para acesso dos visitantes a sala de espera.

Também nos reunimos para discutir com a equipe de ascensoristas, realizando o quarto “Encontro de Planejamento” com pessoas da portaria da CTI e seguranças do hospital para que eles tomassem conhecimento quanto a pesquisa-ação que iria acontecer, e pudessem facilitar a entrada dos familiares interessados em participar das atividades proposta na sala de espera.

Fixamos cartazes como estratégia de divulgação da proposta das atividades de sala de espera. Os cartazes eram coloridos (APÊNDICE A), tamanho A3 (297X420mm) de papel tipo *couché*, contendo, dias e horários das atividades. Os locais escolhidos para instalação dos cartazes, como na entrada principal do hospital, na entrada do CTI, nos flanelógrafos de avisos nas copas das UTI e foi devido ao grande fluxo de pessoas.

Nosso último e quinto “Encontro de Planejamento” foi com os familiares que visitavam as UTIs realizamos a divulgação das atividades com a distribuição de panfletos (APÊNDICE B), em cores preto e branca, tamanho A5 (148X210mm), papel tipo ofício e realizávamos alguns esclarecimentos quando necessário.

Na primeira semana que iniciamos os convites aos visitantes, eles ficavam surpresos com a nossa presença, alguns questionavam se tinha acontecido alguma coisa de diferente nas UTIs, outros perguntavam se trabalhávamos na UTI, e faziam perguntas sobre diagnósticos, sobre a rotina da unidade ou se conhecíamos como estava o estado de saúde de seus familiares internados.

Nos dias que se sucederam a fase de planejamento da pesquisa passamos a ser referencia, para elucidar perguntas quando alguém as possuía,

por própria indicação dos visitantes. A divulgação continuou durante todo o período que permanecemos realizando atividades na unidade.

Este período foi relevante, pois pudemos observar o comportamento dos familiares durante o período que antecede a visita. Percebemos que os visitantes pouco conversam entre eles, apenas dialogando entre os membros de suas famílias.

Na porta de entrada da unidade, os visitantes realizam uma fila, organizada por eles mesmos por ordem de chegada. Enquanto aguardam a entrada no CTI aparentemente com certa ansiedade, contabilizam o tempo para o início da visita, pois, embora se tenha uma hora e meia para a realização da visita, alguns detalhes diminuem este tempo de permanência dentro da UTI, tais como:

- Liberação do visitante realizada na entrada do hospital - a visita é liberada no térreo às 16:30h, ocasionando perda de preciosos minutos no deslocamento desde a entrada do hospital até o CTI, o qual se localiza no terceiro andar do hospital. Devido à demanda de visitas que ocorrem neste mesmo horário nas demais unidades, a quantidade de pessoas dificulta a utilização dos elevadores;
- Identificação e registro dos visitantes na unidade – mesmo a organização sendo realizada por três técnicos de enfermagem, a realização desta atividade demanda tempo.
- Existência de apenas uma pia para lavagem de mãos – todos os visitantes, segundo determinações das normas da unidade, devem proceder à lavagem das mãos antes da entrada no CTI;
- Exames, procedimentos ou intercorrências – é comum, em UTI, a necessidade de realização de atividades que não podem ser suspensas mesmo durante o horário de visita.

Após o início da visita os familiares que saem do CTI trocam informações com quem aguarda a entrada, e algumas vezes pedem para que eles ratifiquem as informações recebidas ou perguntem coisas dos quais esqueceram. Geralmente, cada família elege uma pessoa responsável por adquirir as informações.

Nesta fase de planejamento com base em todas as observações e discussões nos encontros de planejamento traçamos a estratégia de

abordagem por meio de um grupo de sala de espera do tipo educativo aos familiares. Como pesquisadora e coordenadora do grupo incluímos a participação de uma coordenadora auxiliar (acadêmica do último semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará). Para a realização da pesquisa contamos com a sua parceria do início até final da coleta de dados

Nós realizávamos os convites para participar do grupo e entregávamos os panfletos sempre antes da entrada no CTI, pois neste momento possuíamos a maior atenção deles. Este momento de interação com os familiares muitas vezes foi interrompido pela hora de entrada para visita, mas vimos que sempre quando eles terminavam a visita, voltavam a nós para obter maiores informações. Percebemos que após a visita, quando abordávamos os familiares nos davam menor atenção, pois eles queriam compartilhar com os demais aquele momento, e os que se encontravam sozinhos apressavam-se para ir embora.

Todas as situações vivenciadas nos certificaram que só poderíamos desenvolver o grupo sala de espera antes da visita já que as pessoas quando terminam de ver seus familiares desejam ir para casa ou descreverem por telefone para os outros da família como está as condições de doença de seu parente internado.

De 13 de junho a 14 de julho de 2011 iniciamos as entrevistas individuais por meio de um roteiro com perguntas semi-estruturadas, (APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas no horário da visita nas UTI. No início de cada entrevista fazíamos a apresentação da pesquisadora, ratificação dos objetivos da pesquisa, fornecimento de informações sobre os aspectos éticos e leitura do TCLE (APÊNDICE A), solicitando que fosse assinado em caso de aceitação de participação.

O roteiro semi-estruturado, com questões abertas (APÊNDICE D), teve como objetivo a identificação das necessidades e desejos inerentes durante as visitas a seus entes internados na UTI. Nestas, constaram, também, perguntas para coleta de dados sociais e das visitas, de forma a poder traçar um perfil destes participantes. Com estes dados, podemos conhecer as necessidade e metas a serem alcançadas pelo grupo. Para registro desta fase, utilizamos gravador digital e diário de campo para realização de anotações do observador.

Na fase de inicial da pesquisa, participaram de entrevistas individuais 37 familiares com intuito de se conhecer as necessidades que estes possuíam por ter um parente internado em UTI.

As expressões usadas pelos familiares em seus relatos foram mantidas na íntegra, para maior fidedignidade e melhor apreensão de seu conteúdo pelos leitores.

A identificação das necessidades dos familiares para definirmos os objetivos e metas para o grupo educativo. Esta fase ocorreu em todos os encontros, pois, por se tratar do tipo aberto, foi considerada a rotatividade dos pacientes da UTI e a alternância dos visitantes de um mesmo paciente. Seu objetivo foi contribuir para o acolhimento dos familiares de parente da UTI no hospital, oferecendo-lhes informações e suporte como cuidado de enfermagem.

5.5.2 Fase de Intervenção

Considerado a inexistência do trabalho de acolhimento realizado pelo enfermeiro neste CTI, após conhecermos as necessidades dos familiares dos pacientes internados, iniciamos um trabalho a fim de desenvolver uma rotina de orientações aos familiares permitindo uma estratégia de cuidado sistematizado.

Adotamos como estratégia um grupo educativo do tipo aberto considerando a rotatividade dos pacientes e a mudança dos visitantes de um mesmo paciente para o fornecimento de informações, utilizando a metodologia de sala de espera. O objetivo do grupo foi contribuir para acolhimento dos familiares de pacientes internados no CTI, oferecendo-lhes orientações sobre a visita de forma sistematizada pelo enfermeiro.

Durante os meses de agosto e setembro de 2011, realizamos 20 sessões grupos educativos na sala de espera do CTI, com frequência de três vezes por semana (segundas, quartas e sextas-feiras), no período de 15:30 às 16:00, a escolha deste horário foi devido a proximidade do início da visita.

Para Loomis (1979), a duração de tempo e frequência das reuniões depende do número de integrantes e os meios pelos quais o grupo realizará seus objetivos. Sugere que se o grupo for projetado para ensinar aos clientes como viver com algum problema de saúde e eles só estão no hospital durante sete a 10 dias, realizar sessões mais frequentes em torno de cinco a sete dias,

é um período muito benéfico. Não há nenhuma fórmula mágica para tomar decisões sobre tempo. A enfermeira tem que considerar as necessidades dos participantes, o tamanho do grupo, e as técnicas pelas quais os objetivos do grupo serão alcançados, fazendo adequações necessárias.

Nesta fase de intervenção, foram abordados e observados aspectos da estrutura e do processo de grupo. Desde o primeiro encontro desta fase, explicitamos os objetivos e estabelecemos o contrato de trabalho que continha orientações sobre horário, duração e frequência dos mesmos.

O contrato de trabalho foi firmado para que todos os participantes fossem responsáveis por suas ações com co-responsabilidade da pesquisadora. Para Loomis (1979), a sessão preparatória é importante porque permite aos participantes e coordenador do grupo desenvolvimento de expectativas mútuas, facilita a inserção dos membros dando-lhes liberdade de verbalizar sentimentos. Os participantes permaneceram no grupo enquanto seu familiar esteve internamento de no setor ou foi de seu desejo.

Na fase de intervenção com os grupos de sala de espera participaram em média 20 visitantes por dia. A fase de entrevista individual foram realizadas com 26 familiares que participaram de todo o processo grupal.

Cada sessão grupal foi dividida em três momentos: *aquecimento*, destinada ao acolhimento dos participantes e exposição dos assuntos considerados importantes; *desenvolvimento*, em que realizamos as orientações seguindo um roteiro (APÊNDICE E) que possuía de forma generalizada as principais rotinas do CTI, com o qual os familiares eram estimulados a interagir, refletir e discutir os assuntos. Assim, puderam compartilhar seus sentimentos, dúvidas e experiências. E *encerramento*, onde realizaram avaliação prévia e contínua do grupo.

As sessões grupais foram registradas por gravação digital e/ou anotações em diário de campo. Uma das coordenadoras se responsabilizava pela tarefa de liderar o grupo, enquanto a outra cuidava de registrar os acontecimentos significativos da sessão no diário de campo, de forma a enriquecer a posterior transcrição das gravações. Ao final de cada encontro, as coordenadoras discutiam suas impressões e percepções sobre os fatos ocorridos e fenômenos observados.

5.5.3 Avaliação do grupo educativo

Na fase de avaliação procuramos verificar se o grupo educativo alcançou seus objetivos quanto a aprendizagem se possibilitou a aquisição de conhecimentos e informações essenciais para que alguns comportamentos dentro da UTI durante a visita aos seus parentes fossem adquiridos ou transformados, com a sistematização de orientação feita com protocolo de visita ao UTI.

Após o término das visitas, por meio de entrevistas individuais (APÊNDICE F) realizamos a avaliação de como a intervenção de Enfermagem em grupo os influenciou. Loomis (1979), em seu estudo coloca que o coordenador pode utilizar um roteiro de entrevista individual ou questionário para obtenção de avaliação, quando os membros finalizassem sua participação no grupo. As perguntas de avaliação são para descobrir o que foi mais ou menos útil sobre a experiência de grupo e se os membros mudaram ou não como resultado da participação no grupo.

5.6 Análise dos dados

A coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, pois assim foi possível fazer as interpretações e identificar lacunas que pudessem ainda ser preenchidas ao longo do processo. Isto se deu por ser uma pesquisa-ação que tem como objetivo a estruturação de um grupo como instrumento de coleta de dados.

As experiências observadas foram registradas no diário de campo do processo grupal, os discursos dos participantes nas entrevistas e no grupo, referência para as análises.

Após a transcrição das gravações dos encontros de grupos, como as anotações do diário de campo, os registros de todos os encontros foram submetidos a leitura exaustiva pela pesquisadora, com a finalidade de identificar os fatos e fenômenos relativos a cada uma das três etapas de cada grupo educativo. Posteriormente, etapas correspondentes das diferentes sessões foram comparadas, identificando padrões comuns e particularidades

para análise e descrição da intervenção, fornecendo um banco de dados qualitativos.

O mesmo procedimento foi adotado em relação às transcrições das entrevistas com os familiares. Após leitura, os depoimentos desses participantes foram categorizados e descritos segundo os temas a que se referiam e emergiam a cada grupo.

5.7 Aspectos éticos

O projeto desta dissertação foi submetido ao Comitê de Ética do hospital onde foi realizada a pesquisa e aprovado sob número de protocolo 050507/11 (ANEXO A), conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No tocante aos termos da referida resolução, todos os aspectos foram considerados, com atenção especial para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos, ponderação entre riscos e benefícios, confidencialidade e privacidade, proteção da imagem e não-estigmatização, justiça, autonomia e liberdade para se retirarem da pesquisa em qualquer momento sem pena ou prejuízo, respeitando-se sempre o anonimato dos participantes.

A participação dos familiares esteve condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE – C), que garantia sigilo e anonimato dos participantes e ainda permitia a gravação e uso das informações obtidas.

Para manter o compromisso de sigilo contido no TCLE as identificações dos familiares foram codificadas para evitar reconhecimento. Os familiares entrevistados nas fases de planejamento e avaliação foram nomeados de acordo com o parentesco e idade de familiar entrevistado.

6 RESULTADOS/ANÁLISE DOS DADOS

6.1 1ª. Fase de planejamento das ações para o grupo educativo

Considerando que não havia nenhum trabalho realizado esta pesquisa iniciou-se desde o planejamento com os profissionais até os familiares para que se pudessemos realizar o grupo sala de espera com os participantes interessados .

O grupo educativo foi elaborado a partir das necessidades percebidas, registradas na entrevistas e assim foi criado um protocolo de orientação para os familiares no momento da visita. Sendo um grupo do tipo aberto, isto é todos os dias que foram desenvolvidos entravam familiares que queriam participar orientando e informando o que fosse preciso para o acompanhamento daquele familiar.

O grupo foi coordenado pela pesquisadora e por uma coordenadora auxiliar com experiência em grupos para o desenvolvimento do grupo. Também os roteiros e as atividades que seriam realizadas o grupo educativo tiveram a supervisão de uma enfermeira docente com experiência e doutorado em grupos

Uma das ações apoio dado pela equipe foi quando disponibilizou dois sofás para melhor acomodar os visitantes, pois no ambiente não haviam cadeiras em algumas situações pegávamo-las emprestadas da copa da UTI para realização das entrevistas e dos grupos.

Após a divulgação iniciamos a fase de entrevistas aos familiares a fim de conhecermos suas necessidades. Souza (2011), afirma que ao identificar as necessidades dos participantes do grupo, possibilita ao enfermeiro avaliar seus objetivos como coordenador de grupo, por fim se ambos, estão condizentes entre si.

Nesta fase, iniciamos com o processo de identificação das necessidades dos familiares para definirmos os objetivos e metas para o grupo. Esta fase ocorreu em todos os encontros, pois, por se tratar do tipo aberto, foi considerado a rotatividade dos pacientes da UTI e a alternância dos visitantes de um mesmo paciente. Seu objetivo foi contribuir para o acolhimento dos

familiares de parente da UTI no hospital, oferecendo-lhes informações e suporte como cuidado de enfermagem.

Durante o período de um mês, três vezes por semana, no período da tarde, durante a visita (16:00-17:30), realizamos entrevistas individuais com os familiares que visitavam os familiares internados nas UTIs. Realizamos um total de 44 entrevistas, mas sete foram excluídas não foram completas, pois os familiares entraram para realizar as visitas e não se dispuseram a terminá-las após a mesma.

As entrevistas foram norteadas pelo APÊNDICE D e possuía duas partes: a primeira com dados sociais e a segunda com questões abertas sobre as necessidades dos familiares no momento da visita. Os dados foram registrados nas folhas de roteiro de entrevista e gravadores digitais.

6.1.1 Características sócio demográficas dos participantes do estudo

Para conhecermos algumas características dos participantes entrevistamos familiares que totalizaram 37, destes 26 foram pessoas do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Destacamos que o sexo feminino está sempre em a frente em relação ao cuidado ou a presença de acompanhamento de doentes

Quanto à procedência, 20 visitantes são moradores da capital cearense, mas a presença de 12 pessoas com procedência de cidades interioranas do Estado do Ceará, mostra que a Capital ainda é um aonde por se ter mais recursos tecnológicos são trazidas os casos graves para o internamento em UTIs. Ainda tivemos quatro da região metropolitana e uma de outro Estado brasileiro.

Quanto a religiosidade maioria eram 26 católicos e sete evangélicos. Três visitantes revelaram não acreditarem em Deus e um não respondeu a pergunta.

No perfil do estado civil 27 são casados ou vivem em união estável, sete relataram ser solteiros e três divorciados/separados.

Quando analisamos a escolaridade, sete estavam cursando ou já concluíram o ensino superior. Essa realidade pode ter relação com a criação de várias universidades particulares na cidade, o que deu oportunidade a uma

parcela da população cearense que não tinha condições econômicas e/ou de tempo para estudarem em instituições de ensino superior públicas, já que nestas, os cursos são oferecidos em horários diurnos, dificultando o exercício de trabalho durante o período matutino e vespertino. A maioria, isto é, 20 dos entrevistados possuem o ensino médio, situação bastante comum nos Estados brasileiros quando os jovens concluem o ensino médio, o que acontece é que muitos por falta de oportunidades de estudar em universidades públicas ou escolhas pessoais entram no mercado de trabalho para que possam ter condições de arcar com suas despesas e sair ou não da dependência financeira dos pais.

Ainda, percebemos que significativo número de pessoas 10 familiares possuem ensino fundamental, sendo destes apenas um analfabeto.

Em relação ao parentesco das pessoas que realizavam visita aos seus familiares, 17 possuíam parentesco de primeiro grau, sete com parentesco de segundo grau. Os parentescos distantes como genro/nora, sobrinho(a), sogro(a) aparecem com oito pessoas (quantos em cada categoria de parentesco).

Podemos inferir que quanto maior o vínculo do familiar ao parente doente maior será o busca de contato, assim as visitas são mais freqüentes de pessoas de parentesco ligados por laços de consangüinidade isto é, de primeiro grau, acreditamos que por ser pessoas que estão no convívio familiar diário e que tem importância para a existência da família, há maior preocupação de notícias sobre seu estado de saúde ou doença. Enquanto alguns parentes de segundo grau visitam por terem afinidade ou identidade com este ente.

O terceiro grupo de visitantes e em menor número é justificado por ser estes terem compromisso com a rede social de apoio de convivência com o ente de primeiro grau.

6.1.2 Necessidades dos familiares no momento da visita

As necessidades dos familiares no momento da visita foram agrupadas de acordo com as respostas das entrevistas quanto as:

- 1) Expectativas dos visitantes durante a visita;
- 2) Expectativas quanto aos profissionais da UTI;

- 3) Quais informações desejam obter;
- 4) Com qual profissional gostaria de obter informações;
- 5) Interesse de participar em grupo de familiares na sala de espera.

6.1.2.1 Expectativas dos visitantes durante a visita

Descrevemos as falas dos familiares entrevistados onde eles esperam que aconteça no momento da visita.

A gente sempre espera algo positivo, a gente nunca espera algo negativo. Como aqui tem um tratamento muito bom, assim, são bem tratados aqui, tem cuidado, a gente espera sempre que esteja bem melhor (E – 20).

Que ela fique boa logo, não é? Porque ela está sem conversar. Que ela possa conversar, ela está com um aparelho na boca, ela está muito ansiosa pra conversar, ela tenta me dizer as coisas e não consegue... Aí eu fico com aquela angústia... que ela tenta falar, mas não pode (E – 11).

Ao entrar pra visitar minha mãe, queria encontrar ela com quadro bem melhor que eu deixei ontem. Eu pretendo chegar lá e encontrar ela acordada porque ela está em coma, todo dia é aquela expectativa, não é? (E – 32).

Um grande milagre! (E – 15).

Que ela se sinta bem me vendo (E – 7).

No momento da visita é o momento de harmonia, é o momento que eu vejo ele, é muito tempo sem vê-lo. Eu acho que ele fica muito alegre quando ele vê a gente, mesmo sem ele falar; e ele fica muito alegre quando a gente o vê. Pretendo trazer alegria pra ele (E – 21).

Assim que o médico ligou para nós, dizendo que queria falar com a família, queria que ele dissesse o diagnóstico, se tem possibilidade de sair daqui. Porque quando a gente estava na sala de ressuscitação, não tínhamos esperança realmente (E – 19).

Que aconteça o que os médicos daqui tão fazendo, explicando todo do quadro dele e como é que ele está (E – 19).

Bom, ver a situação do meu sogro, a situação de melhora e aguardar o diagnóstico médico dele pra saber como é que ele está (E – 10).

...Bem, é bom que o médico esteja presente para dar informações, pra falar o que está acontecendo com ela, que a gente não sabe nada, não é? Ele sabe (E – 11).

O que podemos constatar com as falas e que é comum o sentimento de esperança de que obtenham informações e possam tirar suas dúvidas durante a visita. Esta expectativa não é totalmente atendida, pois cada familiar entra na UTI para visitar seu parente e apenas observa como está o seu estado geral não havendo interação ou comunicação da equipe com este familiar durante sua presença na visita.

Alguns familiares falam da possibilidade de obter informações gerais de como o seu parente está evoluindo, outros especificamente sobre o diagnóstico que o usuário internado possui.

Vimos ainda à expectativa, o sentimento de esperança de no momento da visita os familiares ver seus parentes melhores, mesmo aqueles que sabiam que seus familiares estavam graves. A fé aparece como subsídio para manter viva esta esperança.

6.1.2.2 Expectativas sobre os profissionais da UTI

Os familiares referem algumas características desejáveis que os profissionais, no momento da visita.

Muita paciência com quem vem acompanhar, atenção, saber explicar direitinho. Quem é jovem ainda entende muito bem, agora tem muitos idosos... Gente que vem visitar, que é de toda idade, do interior, não conhece muito bem o ambiente. Tem que ter paciência (Cunhado – 25 anos).

Que acolha a gente bem para não ter problemas, ter paciência (Neto – 21anos).

Um bom atendimento. Que a gente seja bem atendido, que seja bem assessorado por eles. Porque a gente depende deles para que o paciente tenha melhora (sobrinha - 22).

Eu espero que eles sejam realistas sobre o quadro clínico. Sem mentiras, que falem a verdade. Que é melhor jogar com a verdade que amanhã ou depois a gente se decepcionar com os próprios médicos, com a própria equipe (Irmão - 11).

Clareza com o que realmente está acontecendo. É o que eu queria saber, o que está acontecendo mesmo (Genro - 13).

Eu espero que eles falem o quadro clínico da pessoa mais aberto (E - 20).

Que eles façam a função deles. No caso, atendê-la com qualidade o máximo possível (E - 27).

Eu espero que eles tenham uma atenção para a família, principalmente porque você já chega numa situação difícil, aí a gente precisa que eles dêem um pouco de atenção (E - 28).

Eu acredito que atenção. Uma atenção boa para a pessoa que vem do sítio... Que a gente não sabe de nada, não conhece... Conhece menos as coisas, não é? (E - 33).

Atenção... Assim, comigo ou com ela. Atenção, que a gente procure os médicos e eles sejam atenciosos. Que respondam as perguntas com clareza, que não venham com palavras difíceis que a gente não entende o que é. É atenção, conforto, que a gente precisa e ela também (E - 39).

Eu acho que, acima de tudo, um bom atendimento, sabe? Que eles transmitam pra gente aquela tranquilidade que a gente precisa nesse momento. Porque quando um parente da gente já se encontra na UTI, a gente tem aquela imagem de que o quadro já é, digamos assim, final. E, no entanto, eu acho que um bom atendimento, uma tranquilidade pra gente, é o essencial (E - 43).

É mostrado nas falas dos familiares que os profissionais devam ter paciência, pois há visitantes idosos e provenientes de locais com menores recursos tecnológicos, do interior do Estado. E que sejam mais atenciosos, e respondam as suas perguntas com clareza e compreensível, com linguagem acessível, menos técnica para que tenham a saibam daquilo que esta acontecendo com seus familiares internados na UTI.

Os familiares manifestaram confiança e credibilidade no tratamento que seus parentes têm recebido no CTI.

Eu estou até satisfeita com o profissionalismo deles, porque minha mãe tá sendo muito bem assistida, muito bem atendida. Pra mim, eu sei que a parte deles, eles estão fazendo. Estão fazendo exames adequados, dando assistência a ela 24 horas, porque tem um médico lá dentro da UTI e um bom atendimento das enfermeiras (E -16).

Que façam o mesmo com todos que tenham pacientes lá dentro. Porque quando eu chego lá, todas as perguntas que eu perguntei, eles me respondem. Faço a visita e saio com algo que tava querendo saber, que é a notícia do meu pai, se está melhor,... Enfim, se todos os itens que eu observo que ele precisa lá dentro estão sendo feitos com ele e eles estão repassando pra mim (E - 17).

Não só no momento da visita eu notei a primeira diferença da SR (sala de Recuperação) onde ele estava. O atendimento totalmente diferenciado, apesar de ser hospital público. Nossa!

O tratamento é totalmente diferente, muito mais humanizado na UTI. A higiene que ele teve aqui. Eu cheguei meu pai tava todo banhado, fizeram a barba, não sei como, pois eu só trouxe os objetos de higiene pessoal dele depois. O que eu sempre peço aos profissionais de saúde, apesar de saber que os profissionais precisam manter uma certa distância, até porque ele precisa trabalhar melhor, mas, às vezes, falta muito no profissional a humanização, falta muito no profissional de saúde, eu acho que eles se fecham tanto, que falta esse enfoque (E- 18).

Que eles façam, desde quando eu vim, o que eles estão fazendo. A gente fica perguntando sobre o estado dela e eles falando. Porque eu acho que isso é um direito deles (pacientes) (E - 37).

O profissional médico foi citado por 28 (75,7%) familiares como sendo a principal pessoa com eles gostariam de falar. Quando questionado o motivo pelo qual o profissional médico seria o mais indicado para se falar no momento da visita, eles referem ser estes profissionais os que explicam melhor, os quais eles possuem maior confiança, possuem maior conhecimento e seria quem melhor acompanha o paciente, por saber o que ele precisa, e o que será realizado.

O médico mesmo que tá cuidando dele, dá uma tranquilidade pra gente, porque a gente tá lidando com uma pessoa que tá em coma sem saber o que tem sem ter o motivo, fica na aflição (E - 03).

Com o médico que esta acompanhando, pois falando diretamente com o médico eu tenho certeza que eu vou sentir muito mais confiança, pois ele esta muito mais por dentro da realidade do que as próprias enfermeiras (E - 11).

... com o médico. Porque ele que esta acompanhando, ele que sabe tudo, realmente como ela está (E - 13).

Sempre que quero saber eu vou para os médicos, e eu mesmo diretamente pergunto e eles me respondem. Por exemplo: ela está fora de perigo de morrer? Eles respondem com sinceridade. Ela está com risco de vida? Eles respondem também. O que é que está faltando? (E - 14).

Sempre com o médico. Porque eles sabem como ele tem passado, sabe do quadro, de quais procedimentos vai ser feito, o que aconteceu com ele, se ele evoluiu bem ou não, se vai fazer algum exame, se não vai, o que vão pedir, o que vão fazer ou que deixou de fazer. E eu queria que o médico tivesse esse contato mais próximo com a gente acho ele fundamental, é sempre importante (E - 18).

Com os médicos. Porque eles trazem mais confiança de dizer como ela está (E - 41).

Os enfermeiros foram mencionados por 12 (32,4%) das vezes, e na maioria das vezes, surgiu como segunda opção, aqui muitos familiares se referem aos enfermeiros como “enfermeiros chefe”, diferenciando dos auxiliares e técnicos de enfermagem que também compõe a equipe na UTI. Neste ambiente onde existem as roupas padronizadas, específicas da unidade esta diferenciação fica ainda mais difícil.

Com a enfermeira dele mesmo, a doutora dele eu acho. Porque só elas saberiam explicar o quadro dele é, como ele tá (E - 19).

Sempre com o médico. Porque eu acho assim, que o médico ele está a par de tudo. Também tem o enfermeiro chefe, que também eu sempre procuro ele e sempre ele me atende. A médica também, sempre que eu pergunto eles estão me atendendo (E - 21).

A gente fica ansioso e prefere falar com o médico. Porque o médico está capacitado a passar as informações detalhadas. A enfermeira chefe é claro, mas a enfermeira chefe só vai passar os detalhes com a permissão do médico, existe esse problema (E - 22).

Alguns familiares referem a necessidade também de falar com o próprio familiar internado, pois ele seria a pessoa ideal para dizer o que ele esta passando naquele momento.

Do paciente. Eu gostaria de transmitir pra ele que ele está bem e queria ouvir dele mesmo, se ele tivesse condição de falar, como é que ele estava se sentindo (E - 43).

Desejei pra ele boa sorte... só isso mesmo, uma palavra amiga. Por mim, conversei só com o meu tio mesmo (E - 45).

6.1.3 Sugestões para Estrutura e funcionamento

Aqui os familiares relatam suas experiências durante a visita ao seu familiar, com elogios e críticas às condições de atendimento, sejam humanas, estruturais ou de organização. Uma reclamação constante foi à necessidade de melhor sinalização no hospital do local de entrada até ao CTI. A organização na entrada do hospital antes do momento da liberação da entrada para UTI, e mesmo no momento da visita, já na porta da UTI foi ressaltado como ponto a ser melhorado.

As sugestões foram poucas pessoas em sua maioria responderam que não possuíam sugestões. Mas complementam a sua fala, ressaltando a importância deste tipo de ação junto aos familiares e esperam que esta atividade continue sendo realizada.

Não tenho nenhuma sugestão não. Espero que continuem assim, tirando dúvidas de visitantes (F26).

Não tenho nenhuma sugestão. Eu acho que tem ser como você tá fazendo mesmo, um acolhimento do pessoal da UTI. Isso é muito importante, porque você sabe que a família fica desesperada. A estrutura da gente fica abalada. Então, às vezes, com uma conversa que você tem com o familiar, você levanta o astral dele e quando ele chega lá para visitar o familiar ele chega lá de outra maneira (F9).

Não. Essa forma que vocês tão fazendo é muito boa (F26).

Das pessoas que realizaram sugestões destacamos a necessidade de silêncio e mais horários durante o dia. Tivemos também a sugestão de divulgarmos as outras UTIs as atividades que estávamos realizando aqui.

A sugestão seria que no caso, após o estudo o trabalho que está sendo feito, eu não sei se isso será enviado para a secretaria de saúde do estado ou o próprio Ministério da Saúde, para que eles avaliem o trabalho e vejam se é possível implementar isso aí. Partindo do próprio ambiente hospitalar, ou quem sabe, uma norma obrigatória, partindo do Ministério da Saúde (F2).

A minha sugestão era que tivesse um espaço para a família pudesse estar mais perto, uma sala específica fora da UTI, já que não podemos ficar como acompanhantes. Ia ajudar as pessoas que moram distante de Fortaleza também (F5).

Assim, eu gostaria que pelo menos a mãe pudesse ficar lá como acompanhante. Da última vez que saí ela ficou chorando, segurando na minha mão pra eu não ir, aí eu tive que chamar as enfermeiras pra conversar com ela, aí ela foi cedendo (F1).

A sugestão que eu tenho era para visita, colocar pelo menos dois horários durante o dia, porque a noite é muito ruim pra ir (F15).

Eu acho que numa UTI tem que ter silêncio e aqui fora eu vejo muita zoada (F11).

Que pudesse ter sempre isso, abordando assuntos diferentes da UTI. Como os aparelhos, os profissionais. Eu acho que as

coisas de o que fazer com a pessoa internada, foi bom saber que podia falar (F28).

Que continue tendo alguém pra falar com a gente (F30).

Com todas estas necessidades levantadas foi possível passar para a 2ª. Fase da pesquisa na qual intervimos com o grupo educativo utilizando um protocolo para o acolhimento de familiares na sala de espera.

Como muitos familiares ainda tinham recebido qualquer orientação ou acolhimento ficavam até sem ideias para sugerirem alguma outra atividade.

Há ainda uma conotação de que “toda” a equipe de enfermagem são enfermeiros.

Assim, eu não tenho nada contra. Assim, se tivesse uns banquinhos pra gente lá fora, era bom. A gente fica tanto tempo em pé. A gente vem de longe, não tem canto, fica tudo em pé, a fila medonha... A gente vem tão cansada de sofrer com doença... É o marido doente, é o filho internado aqui (E – 34).

Que a entrada fica meio bagunçadinha ainda... Se tivesse uma fila melhor, organizada, acompanhassem a gente até aqui. Porque muitos são do interior, não conseguem se localizar direito. Quem chega do interior se perde, às vezes ainda (E – 31).

No caso, lá na frente, que se tenha um maior cuidado porque têm muitas pessoas idosas, pessoas do interior, que não tem contato... Pra eles, é tudo de outro mundo (E – 13).

Os familiares possuíam dúvidas sobre o que trazer para seus familiares, no momento da visita. A função dos aparelhos que são utilizados nos pacientes e as limitações que eles podem trazer naquele momento. Até mesmo dúvidas de o quê falar, de como se comportarem frente aos seus familiares internados.

Assim, no caso, se poderia trazer alguma coisa para o paciente realmente ou não... Ou só materiais? Só isso? Assim, se pode trazer alguma coisa para o paciente de casa? Sopa, alguma coisa. Se pode (E – 23).

Ela está com um aparelho na boca e está muito ansiosa pra conversar... Ela tenta me dizer as coisas e não consegue... (E – 40).

Seria bom. A questão de como falar com o paciente, porque, meu tio fica muito emocionado quando ela está, aí pode fazer

mal. E, por exemplo, vem cinco, seis, oito pessoas visitar um paciente, a pessoa vai ficando aguniada, ..., no lugar de fazer bem a visita, pode até complicar um pouco. Conversar para quando vier muita gente, ir entrando aos poucos, não conversar determinado assuntos que possam mexer com a emoção do paciente...porque as vezes a pessoa vem com boa vontade, mas as vezes, por não saber, aí acaba machucando o paciente, não porque quer, mas devido a isso, essa falta de informação (E – 31).

Sobre os aparelhos, que tem muita gente que não entende como funciona (E – 20).

Higiene, isso é muito importante no hospital por causa das doenças infecto-contagiosas (E – 22).

6.1.4 Participação em um Grupo

A grande maioria dos familiares respondeu que se fosse ofertado participariam, sim de atividades grupais por deixar as pessoas mais preparadas para o momento da visita, com mais informações e menos nervosas. Algumas não se posicionaram, respondendo que dependia do horário, da duração, não se mostrando muito receptivas, mas também não defendiam de forma negativa. Apenas oito pessoas responderam que não por morar distante, por não dispor de tempo ou mesmo ambos.

Eu espero participar de todos, mas não sei se vai ser possível porque tenho um trabalho (E – 03).

Sim. Deixa a gente mais a vontade, fica menos nervosa. É muito bom porque a gente relaxa, algumas dúvidas tiram pra gente, não sobre o paciente o estado de como ele está, mas de qualquer maneira da pra gente relaxar (E – 08).

Gostaria. Se eu tivesse um tempo mais disponível gostaria de participar (E – 13).

Sim. É importante quanto mais a gente está junto de pessoas sábias, mais a gente vai vendo que é possível o melhor pro meu pai. Preparar as pessoas para entrar mais consciente das coisas que se passam lá dentro, fazer uma reunião uma palestra, aí a pessoa já entra melhor preparada, já mais calma com mais informações. Que às vezes é pelo tempo que não dá tempo para pessoal lá dentro de todas as informações que a gente quer, tendo uma pessoa que venha aqui fora e repasse, de uma palestra geral, a gente fica mais dentro dos assuntos dos pacientes (E – 17).

Se eu tivesse oportunidade eu gostaria, acho que é bem interessante. Só que no meu caso, eu to na casa de uma tia minha muito longe daqui, então eu pego o ônibus duas horas pra tá aqui quatro horas, entendeu, então não tem nem condições, mas eu gostaria (E – 21).

Pode ser, é bom a gente vivenciar aquilo que vai ser bom futuramente para os outros pacientes (E – 22).

Porque vêm pessoas estão alienadas que não sabem, eles entram num lugar e em outro tem muita falta de informação pra eles. Ter um acolhimento melhor pra eles, umas informações mais claras, precisas (E – 32).

Não. É que eu fico muito nervosa de ver muita gente doente assim sabe (E – 40).

Estas respostas foram importantes, pois com elas podemos realizar uma atividade dentro das necessidades levantadas. Podemos pensar em fazer um grupo que não utilizassem informações específicas de apenas um familiar ou um doente. Planejamos um grupo cujas informações pudessem servir a todos os visitantes e pudesse também agregar as atividades rotineiramente realizadas nas UTIs.

6.2 Sistematização da Assistência em Grupos

Os técnicos de enfermagem ainda possuem a função de limitar a visita aos pacientes com afecções por micróbios multirresistentes a apenas um familiar e realizam a distribuição de equipamentos de proteção individual, como máscaras, luvas e aventais.

Na primeira semana do mês de agosto iniciamos os grupos, nos dias de segunda, quarta e sexta no horário que antecedia a visita de 15:30h às 16:00h. Nos dois primeiros dias desta semana não apareceram familiares, mesmo com todo trabalho de sensibilização e divulgação realizada nos meses de junho e julho. No último dia desta primeira semana, na sexta-feira dois familiares compareceram no horário estabelecido.

Assim decidimos eu e minha coordenadora auxiliar realizar com eles as atividades programadas, para que os mesmos não se sentissem desprivilegiados. Realizamos a fase de aquecimento, explicando o objetivo do grupo, a proposta de trabalho. Ainda nesta fase elaboramos crachás de

cartolinas e canetas coloridas, para apresentações de cada pessoa. Espontaneamente cada familiar se apresentou, disse o porquê que ali estava e o que buscava.

Cumprida esta primeira etapa realizamos a fase de desenvolvimento, utilizando o roteiro de orientações do protocolo de visita (APÊNDICE E), fomos detalhadamente explicando cada orientação, os dois familiares escutaram atentamente e realizaram perguntas no fim do grupo sobre os diagnósticos que seus familiares possuíam, respondemos de modo generalizado as perguntas, na tentativa de não focalizarmos esta ação no seu parente internado.

Realizamos avaliação do grupo com perguntas abertas de como tinha sido aquele momento de orientação, nesta fase não tivemos muito êxito, pois, a mesma coincidiu com início do horário da visita, e os visitantes mostram-se ansiosos por entrar, pois como eles chegaram cedo, queriam aproveitar para passar mais tempo com seus familiares internados na UTI.

Nas semanas que sucederam o mês de agosto resolvemos mudar a estratégia do horário para começo do grupo. Mais uma vez realizamos um encontro de ajustes para o planejamento dos grupos para solicitarmos da equipe do serviço social e da portaria principal do hospital para que neste período de pesquisa os visitantes do CTI fosse liberada entrada 10 minutos mais cedo. E combinamos com a equipe do CTI, que a visita fosse atrasada por 10 minutos, ou até que liberássemos a entrada.

Utilizando esta nova estratégia conseguia que os familiares disponibilizassem mais tempo para nossas atividades. Iniciamos a fase de grupo sala de espera convidando os familiares que aguardavam a entrada para visita, logo conseguíamos formar um grupo. Iniciávamos apresentando a equipe, eu e minha coordenadora auxiliar, explicitávamos os objetivos. Devido à restrição de tempo, utilizamos etiquetas adesivas e canetas tipo permanente para identificar os participantes, trabalho realizado pela coordenadora auxiliar enquanto acomodava os participantes. O começo do grupo ocorria quando explicávamos os objetivos do grupo, como parte desta pesquisa.

Na etapa de desenvolvimento utilizando o APÊNDICE E, realizávamos orientações de forma sistematizada e orientada aos familiares e por fim abríamos um espaço para perguntas. Pedíamos aos participantes que as perguntas não fosse de conteúdo pessoal, mas que a mesma pudessem

contribuir para todos que ali se encontravam. As perguntas após o término das orientações ora estavam presentes, ora não. Quando elas foram realizadas as mais recorrentes foram: “*O que era o coma?*”, “*O que era bactérias resistentes?*”, “*O que era os barulhos lá dentro?*”.

Antes de responder as perguntas, levávamos as perguntas novamente para o grupo para que eles se manifestassem e aos poucos tentávamos construir um entendimento de forma coletiva com uma linguagem menos técnica e por vezes associando comparativos. Este momento foi importante, pois, permitiu um crescimento como profissional e uma troca de conhecimentos de inestimável valor.

No término pedíamos para que os familiares participantes nos dissessem como estavam saindo daquele momento, ou atribuíssem uma nota de zero a dez. Em nenhum dos grupos avaliados tivemos descrito sentimento negativos, ou notas abaixo de oito.

Assim que terminávamos estas etapas a visita era liberada, em média gastamos 25 minutos realizando estas intervenções de forma organizada. No final quando os familiares terminavam a visita aos seus parentes internados, solicitávamos que realizasse uma avaliação individual das atividades propostas no grupo de sala de espera.

6.3 Avaliação dos grupos na sala de espera

Com o término da visita no leito do familiar internado o visitante que participara do grupo antes de entrar para visita, era convidado a realizar uma entrevista seguindo o roteiro (APENDICE F), que possui questões que pretendem avaliar como este momento de orientações/acolhimento pode vir a melhorar o momento da visita. Realizamos um total de 26 entrevistas aos familiares num período de um mês.

Cada entrevista recebia uma numeração e de acordo com o seu preenchimento denominamos como entrevista após grupo, que após avaliação traçamos um perfil dos visitantes entrevistados.

A maioria do sexo feminino 20 (80%), a idade média dos entrevistados foi de 37,8 anos, com mínima de 18 e máxima de 67 anos. Quanto ao estado civil 16 (64%) eram casados ou possuíam união estável, empatados estão os

solteiros e separados com quatro (16%) cada e apenas um (4%) era viúva. Questionados quanto tempo de estudos a maioria 11 (44%) possui o nível médio completo com 11 anos de estudo, entre dois e dez anos de estudo, obtivemos 10 (40%) entrevistados, dois (8%) referiram possuir nível superior, e dois (8%) apenas um ano de estudo. Estes dados refletem que os entrevistados estão em plena idade produtiva, possuem bom nível de escolaridade e podem algumas vezes estar abdicando de horas de trabalho/ocupação para participar deste momento da visita. Quando perguntamos sobre suas crenças religiosas 17 (68%) afirmaram ser católicos, sete (28%) evangélicos e apenas uma (4%) pessoa referiu não ter religião, possuir religiosidade é importante nos momentos de dificuldades e mudanças.

Em relação aos vínculos familiares os de primeiro grau aparecem como os que mais realizam visitas 20 (80%), como irmãos (oito), filhos (cinco), pais (quatro) e cônjuges (três). Os parentescos de 2º e 3º grau também, cinco (20%) aparecem como pessoas que se fazem presentes, entre eles cunhados (três), tios (um) e sogros (um). Os doentes internados parente dos entrevistados possuíam um tempo médio de permanência no CTI de 12,9 dias, com tempo mínimo de duas e máximo de 48 dias. O número em média de visitas foi de 7,8, com mínimo de duas e máximo de 38 visitas, a grande maioria revelou ainda não realizarem visitas no período da noite, o outro horário alternativo para realizar a visita. Quando correlacionamos o número de visitas com o vínculo entre os familiares podemos perceber que as maiores quantidades de visitas são realizadas pelos familiares de primeiro grau. Exceção feita a uma entrevistada o qual sua relação parental fosse de 3º grau (tia), a mesma possuía um forte vínculo, pois criara seu sobrinho como filho e esteve presente em 36 dias dos 38 de internamento dele.

Ao avaliarmos os dados de procedência dos visitantes a maioria são desta capital, Fortaleza 13 (52%), seguido das cidades do interior do estado 10 (40%), e representantes da região metropolitana de Fortaleza são dois (8%). Sabemos que o hospital, como instituição pública, de nível terciário e quaternário, atende a demandas da população de todo o Estado do Ceará, e isto se reflete nos dados que apresentamos.

6.3.1 Intervenção antes do momento da visita

Todas as pessoas entrevistadas após terem participado do grupo consideraram ser importante possuir orientações antes do momento de entrar para visita. Os principais motivos citados é porque este momento permite que as pessoas tirem dúvidas e orienta como se comportar dentro da UTI, o que pode fazer o que não pode. Outras pessoas destacam a importância para quem vem ao serviço pela primeira vez, pois este momento ajuda diminuir a expectativa da espera, o medo do novo, do diferente, trazendo maior segurança. Fato interessante citado também neste momento é o medo de no momento da visita trazer algum micróbio para o paciente, pois este poderia vir agravar ainda mais o quadro destes pacientes.

Muito importante, porque tira as dúvidas da gente quando vem pela primeira vez. No meu caso não é a primeira vez, mas para quem vem à primeira vez é muito importante, tira muitas dúvidas (F-1).

Sim, porque daí eu acho que você vai tirar dados pra tentar melhorar o serviço e saber como os familiares estão vendo a prestação do serviço público (F2).

Com certeza, porque a gente fica mais orientada de como se comportar, da maneira de sair e entrar, como você falou, lavar as mãos. Isso é muito importante pra gente ficar mais atenta (F3).

Sim, é importante porque ajuda a pessoa a ter uma noção maior da UTI, para que a pessoa venha a ter uma base de o que é essa UTI, como ela funciona (F5).

Acho muito importante, porque a gente fica sabendo das coisas que a gente não sabe (F-8).

Eu acho, por isso que você está fazendo antes da visita faz com que a pessoa chegue lá mais esclarecida (F9).

Eu acho muito bom. Porque você não tem o costume de lavar as mãos, nem colocar aquela sapatilha (F10).

Acho, porque a gente fica mais preparada na hora de entrar. A gente já entra sabendo de alguma coisa tem muita coisa que eu não sabia e é importante a gente saber (F-12).

Acho, porque a gente fica mais informado de como pode ser lá dentro, aí não se torna novo. Porque tudo que a gente vai fazer pela primeira vez é novo, e a gente tendo uma explicação, um protocolo desses, fica melhor. A gente não fica com tanta

curiosidade, com tanto medo, porque já vai sabendo o que esperar (F-13).

Eu acho, acho importante, porque quem tá no estado de UTI tem que ter o máximo de cuidado. Eu acho importante, em termos de lavar as mãos, o asseio da pessoa. Porque eu acredito que quando uma pessoa está na UTI a gente quer a melhora dela. Se a gente não fizer um asseio bem feito, chegar e for logo pegando nele, fatalmente a gente vai está transmitindo alguma coisa pra ele. Causando alguma infecção e isso é o que a gente não quer (F-15).

Acho, pra ensinar as pessoas que nunca vieram como é que muitos têm uma referência negativa de UTI. Explicando, acho que faz a pessoa pensar no lado positivo. (-16).

É sim! Para gente ficar mais ciente. Porque antes de eu entrar, eu não sabia. Ainda bem que eu não fui olhar ninguém, mas eu tive a curiosidade de ir aos outros leitos (F-17).

Sim, porque a gente fica mais ciente do que ocorre lá dentro, aí a gente já entra com mais segurança (F-20).

Sim. Serve pra falar dos equipamentos que tem na UTI (F-21).

Acho, porque é importante. Acho que vai mudar pra melhor (F25).

É importante. Eu acho muito importante. É importante porque se você não conhece nada, fica conhecendo (F26).

Sim. Porque não é bom quando a gente chega fica totalmente sem orientação de nada, não é? Então é bom ter uma pessoa orientando. Às vezes, a gente chega aqui já tão perdida, sem orientação nenhuma, fica mais perdida ainda. Acho que deveria sempre ter uma orientação pra saber como se deve proceder, o que fazer (F-27).

É importante porque, quando a gente chega, não sabe de nada. O pessoal que está na porta, não fala nada. Ninguém explica e só diz onde é o leito, não fala o que pode e o que não pode. (F-29).

É importante porque a gente fica menos perdida. Parece que clareia as idéias, diminui até o nervosismo (F-30).

6.3.2 Sentimentos da acolhida antes de começar a visita

Ao avaliarmos a realização das orientações nos grupos antes do momento da visita vimos que os familiares vêm como positivo e importante as informações oferecidas antes do momento de entrar para visita, algo bom que

acrescenta seus conhecimentos. Vimos em algumas falas que eles vêm este momento de esclarecimento como forma de melhor se preparar para entrada e tirar as dúvidas, entendendo o porquê das rotinas e dos acontecimentos no setor.

Muito bem, me senti muito bem. Porque a gente vem aflita pra ver um parente, e recebe assim uma pessoa pra tirar a dúvida da gente. Me senti muito bem (F-1).

Me senti bem. É um trabalho interessante, que com certeza deve colher bons frutos. E melhor ainda se esses frutos forem aplicados na prática (F-2).

Eu gostei muito. Achei isso muito importante (F-3).

Acolhida e uma imagem de uma ajuda mútua, ajudando a entender melhor e até ficar mais tranqüila (F-4).

Muito bom para a gente se preparar de como visitar o paciente (F-6).

Me senti melhor, por entender por o que o paciente tá passando, o que é intubação, que eu não sabia. Isso é muito importante (F-8).

Ah, é muito boa porque se você tem essa acolhida e explicações, muitas vezes, você deixa até de fazer coisas erradas dentro da UTI e não prejudica o paciente (-9).

Eu me sinto feliz, acho muito importante. Isso, porque muitas vezes, as pessoas não sabe nem como chegar na UTI. Não sabe onde pedir uma informação. E quando chegam aqui vocês orientam a gente. Tem muitos hospitais, até hotéis e restaurantes que não fazem isso e vocês fazem, sabem orientar (F-10).

Eu achei muito importante, porque assim a gente já entra sabendo um pouco de tudo dentro da UTI, saber como a gente entra e sai (F11).

Bem, me senti melhor, bem mais confortável. A gente se sente mais a vontade (F-12).

Eu achei muito importante, porque aos poucos a gente vai aprendendo um pouco mais, o que é uma UTI, como o filho da gente ou um parente está sendo tratado lá dentro. A gente fica com menos medo de enfrentar o que vem pela frente (F-13).

Senti a atenção que o hospital dá pra quem está participando do processo de visitação (F-14).

Eu gostei. Gostei. De certa forma, eu já sabia disso aí tudo e tal. Mas eu gostei porque mostra que o hospital está

empenhado em tratar melhor os pacientes, em não levar infecção pra eles, que hoje dia o que mais mata gente em UTI, que eu vejo, é infecção (F15).

É um pouco surpresa, mas depois gostei das perguntas e fiquei mais por dentro (F-16).

Bem. Todos os hospitais deveriam ter esse tipo de informação antes da visita (F-17).

Até mais segura, apesar de que eu já sou técnica de enfermagem, mas eu não tenho muito costume de entrar em UTI. Eu nunca tinha entrado numa UTI, aí a gente já vai por dentro da situação baseado como é lá dentro as coisas. Já vai mais segura (F-20).

Gostei, já tinha conhecimento, mas a gente nunca sabe de tudo. Foi muito bom, gostei muito (F-23).

Achei bom, apesar de já ter vindo outros dias e saber mais ou menos como é que faz. Eu achei bom, mas era bom que tivesse tido da primeira vez (F-27).

Eu fique esclarecida por eu não sabia que tinha que lavar as mãos (F-28).

É bom porque esclareceu, eu nem sabia que podia ser assim, que podia tocar e falar com ele. Hoje foi melhor (F- 29).

6.3.3 Orientações mais relevantes para visita

Seguindo o roteiro de orientações das atividades realizadas no CTI, informamos e explicamos no grupo de sala de espera, o porquê das rotinas realizadas. Aqui verificamos quais orientações recebidas antes da visita, foram melhor acolhidas, que na opinião deles foi relevante, e poderá vir a mudar a compreensão do familiar das ações praticadas neste momento.

A lavagem das mãos que é considerado para quem trabalha no ambiente hospitalar como algo rotineiro e simples, mas na avaliação dos visitantes esta atividade foi considerada como relevante sendo a orientação mais citada entre os entrevistados após a realização dos grupos.

Olha, as duas principais eu diria que: a questão da higiene das mãos e a questão de você tranquilizar o paciente (F-2).

...Lavar as mãos antes e depois de visitar o paciente (F-6).

Da UTI, porque informa como a gente deve entrar e sair, lavar as mãos e evitar ter contato com outros pacientes para que o

nosso paciente não seja contaminado com outros tipos de doenças (F-11).

Lavar as mãos na hora de entrar e antes de sair pra não levar bactérias para paciente e nem trazer quando sair (F-12).

A história da higiene, do cuidado em lavar as mãos antes e depois da visita, de não visitar outro paciente na outra cama. Foi o que eu achei mais importante, porque é uma coisa que a gente vê que é a parte mais básica mesmo pra evitar as bactérias (F-20).

Eu acho que por mais simples que seja, é a de lavar as mãos antes de entrar. É uma coisa que a gente sabe, mas tem que ficar sempre praticando. Eu acho que o pessoal do hospital mesmo tem que ficar exercitando para lembrar (F-14).

De lavar as mãos quando sair também (F-21).

Outra orientação relevante para eles foi a que se pode conversar e tocar no paciente, algo simples, mas que para muitos é uma dúvida constante.

Conversar com a paciente, mesmo que ela não responda. Dizer que a gente está ali, que ela não está só (F-3).

Conversar com ele, dizer que ele tá aí e vai se recuperar o mais breve possível. Dizer que ele está em boas mãos. Dizer pra ele ter fé (F-9).

Como proceder, como chegar perto. Porque assim no primeiro dia vez que eu vim visitar meu marido ele abriu os olhos, eu fiquei com medo e eu não sabia se podia falar com ele se não podia falar, se podia pegar nele... Eu fiquei na dúvida se tivessem orientado, era melhor. Porque você chega e já sabe como proceder com aquela pessoa que esta internada (F-27).

A que mais me serviu foi a que depois que eu tiver com as mãos lavadas, direitinho, eu posso tocar nele. Eu achava que não, achava que eu não podia chegar até a cama, apertar a mão dele. Agora eu vi que pode depois que lavar bem as mãos, passar álcool (F-15).

Mesmo sendo referidas algumas orientações específicas como mais importantes, na visão de alguns entrevistados todas as informações recebidas foram consideradas importantes, pois mesmo aqueles que já conheciam/realizavam os procedimentos, se permitiram escutar e entender os motivos da realização das rotinas e consideraram este momento importante.

O sentido profundo da UTI, o que significa, quais procedimentos são realizados. Em geral, todas (F-5).

Eu acho que é importante o que você vai explicando, porque aí a gente começa a entender as coisas, aí vai ficando mais forte um pouco. Eu acho que isso é o mais importante (F-8).

Pra ser sincero, foram todas elas. São coisas muito importantes de se saber. Nós que estamos lá fora não sabemos dessas orientações. Isso é muito importante pra gente (F-10).

De tudo um pouco, porque a gente sabe como vai entrar lá dentro, como deve ser a atenção que a gente deve dar para o paciente lá dentro. Então, se torna mais fácil pra gente acompanhar o paciente (F-13).

Na verdade a do isolamento, porque eu não sabia. Eu já tinha ouvido falar da outra vez, mas eu não sabia como o familiar chegava, eu só sabia que isolamento era ter algo diferente em relação aos outros. Tirou minha dúvida em relação a isso (F-1).

Lavar as mão eu já sabia. Agora, esse de não ir visitar os outros pacientes eu não sabia... e esses outros aparelhos que você disse que pode apitar, pra mim qualquer um era sinal de que ela tava morrendo, bom saber (F-17).

Todas. Eu não sabia, por exemplo, que tinha um horário a noite. Que é outra opção (F-30).

6.3.4 Mudanças ocorridas com as orientações

Neste momento pudemos avaliar como os familiares retêm as informações do grupo, e como estas podem vir a influenciar no seu comportamento no momento da visita. A maioria dos entrevistados disse que sim, mudaram o seu comportamento e citam a orientação recebida de conversar e tocar no paciente, fazendo um afago, como exemplo de atitudes que adotaram após o grupo.

No caso, eu entrava e lavava as mãos na entrada, na saída não, mas hoje como eu tive orientação, lavei as mãos quando sai de novo (F-1).

A gente fica mais segura (F-3).

Eu acho que muda muito, porque a gente se sente mais preparada como visitante (F-8).

Eu conversei com ela, ela fez sinal com os olhos. Achei ela bem melhor. Eu fiz um carinho, antes não fazia porque tinha receio de não ser bom pra ela, ela podia ficar agitada (F-12).

Sempre que eu chego procuro dizer que tá tudo bem. Mas vai mudar que agora eu vou apertar a mão dele, fazer uma massagem o pé, passar a mão na cabeça dele e dizer que vai ficar tudo bem, que logo ele vai sair daqui. Mas eu sempre digo que ele vai sair dessa (F-15).

Bom, eu acho que vai. Não sabia que podia tocar. Agora vou falar com ele, dizer que Jesus ama ele (F-24).

Sim. Eu vi que não pode mexer em nenhum aparelho apesar que não mexi, mas a gente fica muito curioso, será que eu posso pegar nisso? E isso serve pra que realmente a gente fica muito curioso com os aparelhos (F-27).

Mudei demais, eu comecei a chorar me senti mais aliviada de ter visto ele. Eu conversei com ele, disse que estava com saudades, falei que ele fazia falta e pedi que ele se esforçasse pra melhorar porque todas nós estava torcendo pra isso acontecer (F-28).

Mudou porque eu falei, e eu acho que ele ouviu, acho que ele queria abrir os olhos, pode ser impressão, mas achei (F-29).

Muda porque a gente pode falar, pode conversar com ela. Eu entrei sabendo e me deixou calma, eu não sabia que podia falar, que podia tocar e sai melhor que entrei (F-30).

Alguns familiares citaram a orientação da atividade de lavagem das mãos, como de importância relevante informação para este momento. Descrevem ainda, que algumas vezes realizavam visitas a outros pacientes, prática que deixaram de realizar após conhecerem os riscos desta prática.

Eu não sabia que a gente não poderia ir Aos outros leitos. Então isso aí vai ajudar muito (F-13).

Eu não sabia que não podia ir pra outros pacientes. Eu tinha pra mim que podia que podia visitar, mas agora estou entendendo que não pode, por causa das bactérias (F-26).

Um pequeno número de entrevistados divergem da opinião anterior, e revelam que não mudaram suas atitudes, mas consideram relevantes este momento antes da visita.

Não, creio que não. As orientações que eu ouvi são importantíssimas, mas apesar de não ser da área da saúde, eu tinha essa noção (F-2).

Acho que não vai mudar nada porque eu já vinha fazendo essas coisas. Converso muito com ele. Disse pra ele que a gente está numa torcida pra ele sair logo, que a família está numa corrente de oração muito grande (F-9).

Não, porque eu já tinha um pouco de conhecimento, faz muito tempo que ele tá aqui (F-23).

Toda medida para modificar padrões de atitudes, comportamentos e valores, como são as propostas de humanização da assistência hospitalar, envolve um processo de conscientização e sensibilização, que pode ser demorado e exigir empenho conjunto de usuários, trabalhadores, governo e sociedade. A humanização é um fenômeno complexo, demorado e amplo, ao qual se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem se permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo (BECK *et al.*, 2007).

6.3.5 O acolhimento com orientação faz diferença

Nesta pergunta tentamos traçar um comparativo com os visitantes que já estiveram visitando parentes em outras UTIs, para que avaliassem se sentiram algum diferencial com o uso das orientações antes do momento da visita. Porém, a maioria dos entrevistados estava pela primeira vez tendo a experiência de ter um familiar internado em UTI. E consideram que este momento deva continuar, por ser importante, por tornar este momento mais humanizado e diminui o medo do novo.

Na realidade é a primeira vez. Eu classifico essa diferença como positiva, a iniciativa é bastante positiva e afirmo que os frutos de tudo isso serão bem interessantes se forem aplicados na prática dos órgãos públicos. Que orientar os familiares não parta só de um profissional isolado, mas para da própria instituição, manter um serviço constante nesse aspecto (F-2).

Nunca entrei em outra UTI (F-3).

Nunca estive em outra UTI. Mas pelo que você passou, eu tirei mais essa imagem de que quem vai pra UTI é pra morrer, porque na UTI o tratamento é mais intenso, mais específico, mais próximo e mais rápido (F-5).

Nunca entrei em outra UTI (F8).

Não estive em outra UTI e espero que nunca mais eu enfrente outra barra como essa (F11).

Não porque é a primeira vez que eu visito alguém a UTI e espero que seja a última (F-13).

É a primeira vez que eu entro na UTI, mas esse protocolo aí está bom demais. Está de bom tamanho (F-22).

Não. Estive aqui há alguns anos, quando minha mãe faleceu. Eu senti diferença, da vez passada não era assim, agora tá melhor (F-26).

Primeira vez foi um susto. Senti perdida, sem poder fazer nada, com medo. Conhecia por televisão, mas pessoalmente é diferente! Na teve você vê entubado, mas quando você chega que vê aquele monte de fios, na pessoa gosta, que aquela pessoa não pode andar, não pode falar, às vezes não pode nem pegar e muito diferente, muito ruim (F-27).

Nunca tinha entrado em uma UTI antes, é muito diferente de tudo. As pessoas, os cheiros, os barulhos, é tudo muito intenso, novo (F-28).

Dos entrevistados que já vivenciaram este momento em outros centros/unidades revelam ter aqui com este momento um diferencial positivo, até mesmo que já esteve neste mesmo local em outras situações.

Senti diferença demais, aqui tudo foi diferente nessa visita. É em relação ao protocolo tão de parabéns (F-1).

Já estive em outras UTIs, em outros hospitais, mas aqui eu achei mais interessante, um maior cuidado por causa do protocolo (F-6).

Na outra que fui não tem isso. Eu sou de Brasília e lá não tem esse tipo de coisa. Pelo meu modo de pensar, os profissionais aqui são mais humanos. Eles têm mais humanidade, lá também, mas aqui tá tudo certo (F-9).

Sim, na outra que eu fui era tudo mais solto, as pessoas tinham pouca orientação (F-14).

Sim, mas a primeira vez que eu vi uma pessoa fazendo o protocolo foi hoje. Porque eu vejo isso não só pra mim, tem outras pessoas que precisam disso aí, desse conhecimento. É muito importante (F-23).

Na outra que eu fui não tem esse protocolo (F-25).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou seus objetivos quando analisou a abordagem grupal como instrumental no acolhimento ao familiar de pacientes internados na UTI. Esta abordagem foi de grande importância para melhoria do atendimento. Os resultados deste estudo trazem a visão de que é possível promover de saúde, em nível terciário, com a participação da família.

Constatamos que, embora aja algumas dificuldades, a utilização desta ferramenta pode ser implementada como protocolo de unidade para humanização do acolhimento de familiares em unidades fechadas, como uma UTI, promovendo assim, um espaço de trocas de conhecimentos, aumento da segurança e bem-estar.

Para conseguirmos atingir estes objetivos, tivemos de desenvolver a técnica grupal de sala de espera de modo a favorecer o acolhimento dos familiares. Estas atividades foram todas descritas como modo a servir de apoio a profissionais que queiram aplicar em suas unidades, evidenciando acertos e dificuldades para que, no final, possam obter resultados da aplicação destas atividades.

Descrever a dinâmica das atividades grupais desenvolvidas foi outro objetivo traçado para que pudéssemos registrar nossa experiência com os grupos e a evolução dos familiares após cada encontro. Esta dinâmica pode ser adaptada à realidade de cada unidade, respeitando as particularidades, de modo a oferecer as melhores atividades para a realização dos grupos.

Durante a elaboração do projeto, evidenciamos a escassez da realização deste tipo de trabalho em nosso Estado, já que estudos ainda aparecem de forma incipiente, principalmente utilizando a abordagem grupal. Foram revisados diversos trabalhos, publicações e experiências de colegas e professores para que pudéssemos sistematizar o acolhimento a familiares de pacientes em UTI, atendendo a estratégia da política de humanização da assistência. Provavelmente este deve ser o maior objetivo alcançado pelo trabalho, pois mudou a visão dos familiares sobre a UTI, sobre como visitar seus pacientes. Constatamos em diversas falas que esta estratégia foi de grande importância para eles, pois diminuía a angústia e medo que tinham ao

adentrar a unidade. Diminuíam o receio de tocar e falar com seu familiar, dando a oportunidade de melhor se adaptar às situações de mudanças e estresse. Enfim, tornou mais próximo visitante e seu familiar internado.

Nem todas as atividades propostas lograram êxito em suas execuções. Houve muita dificuldade na realização de algumas atividades, principalmente pela falta de disponibilidade de tempo da maioria dos entrevistados. Embora em diversas falas tenhamos percebido a boa vontade e desejo de participação, quando o grupo era proposto e os familiares convidados, paradoxalmente, tínhamos poucos participantes. Além da pouca participação já descrita por parte dos familiares, apesar do apoio da equipe do CTI, nenhum profissional participou dos grupos realizados, o que pode demonstrar insegurança com novas técnicas, além da grande escassez de tempo e não priorização de atividades com familiares.

Durante os encontros grupais, os participantes puderam discutir e compreender melhor as rotinas e atividades desenvolvidas na UTI. Possibilitou, ainda, discutir conceitos, valores e reconhecer este espaço como propício para compartilhar suas dúvidas, medos, necessidades de cuidados e discussão sobre a estrutura organizacional do serviço. O trabalho em grupo favorece o aprendizado e apoio de forma coletiva como alternativa para um cuidado de enfermagem mais próximo e humanizado para com o paciente e seus familiares.

O ambiente de terapia intensiva traz a conotação de dor, sofrimento e privação, soma-se a isto, de modo marcante, o medo da morte. Os familiares convivem com estes sentimentos de forma isolada e muitas vezes não possuem suas necessidades ouvidas e menos ainda, atendidas. No entanto, o espaço da UTI pode se tornar um local ímpar para exercitarmos a Política de Humanização Hospitalar, com ênfase na estratégia do acolhimento aos familiares. A assistência voltada para família é importante elo no ambiente hospitalar que necessita ser fortalecido, para que a família possa participar do processo no cotidiano de seus parentes que se encontram internados na UTI. Pois ainda encontramos muitos familiares a margem deste processo, cheio de dúvidas, medos. A equipe multiprofissional que atua neste ambiente, ainda necessita entender e valorizar o familiar como alguém que também pode auxiliar no processo de tratamento e recuperação.

A finalização desta pesquisa é um modelo para a expansão de cuidados de Enfermagem e formação de novas estratégias no relacionamento enfermeiro/paciente e enfermeiro/família com atenção diferenciada nos cuidados em UTI.

A experiência profissional, a literatura e a vivência dos grupos junto aos familiares possibilitaram a percepção que o acolhimento é algo que se faz necessário no cotidiano das pessoas que vem ao hospital. Especialmente aqueles que vem visitar pacientes gravemente enfermos em unidades tratamento intensivo.

Por isso, esta investigação foi relevante porque contribuiu para construção da assistência de Enfermagem eficaz na Promoção de Saúde no nível terciário para que vivencia a experiência de ter um familiar internado em UTI.

A pesquisa traz para os enfermeiros a possibilidade deste expandir sua visão de atendimento no âmbito hospitalar, especialmente na UTI. Deste modo, tira o foco do individual, e assume que cada paciente não está sozinho, possui uma família que eles têm necessidades. Ao incluir a família no cuidado como cliente da enfermagem, os familiares sentem-se seguros e confiantes. O trabalho em grupo foi apresentado como uma estratégia de melhora da relação entre os enfermeiros e familiares.

A produção desta pesquisa possibilitará a realização de uma proposta a ser enviada por escrito para a instituição, como sugestão para prestação de um cuidado aos familiares humanizado. Sendo uma opção para prática do acolhimento no âmbito hospitalar e como mais uma estratégia para implementação da Política Nacional de Humanização.

A política de humanização é um processo que requer adoção de um novo modelo de atenção à saúde. É um modelo que sua implantação necessita o engajamento e a horizontalidade, e deseja a comunicação efetiva e eficiente entre os envolvidos. As metas e objetivos devem ser claros, estar em consenso com a maioria, e ter resultados na prática para que se possa ter adesão e envolvimento de todos. Cada gestor e instituição devem descobrir como colocar em prática esta Política, é necessário o engajamento e responsabilização de todos (profissionais, prestadores de serviços e usuários),

pois se trata de ruptura de paradigmas e velhas idéias, é um processo para o novo modo de se pensar em saúde.

Que esta pesquisa possa gerar frutos para o melhor atendimento aos parentes de futuros pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva.

Incluir é forçar a produção de novos modos de cuidar, outras maneiras de organização do trabalho, mais heterogêneos, mais potentes, para a produção de saúde e para a dignificação do trabalho.

Estes cuidados especializados surgiram pela necessidade de aprimoramento de condições ambientais, recursos materiais, recursos humanos com capacidades técnicas, científicas e humanas para o atendimento de pacientes graves, em estado crítico, recuperável. Este ambiente deverá proporcionar condições de observações, cuidados e assistênica continuados. Algumas vezes estes lugares são vistos e interpretados como altamente estressantes, frios, agressivos, traumatizantes para pacientes e famílias.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de Enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 444-449, 2006.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTERNA BRASILEIRA - AMIB. **Censo AMIB 2010**. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf>> Acessado em: 28 out 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BECK, C. L. C. *et al.* A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 503-510, 2007.

BERGAMINI, A. C. A. Gama. **Humanização em uma UTI-adulto no Distrito Federal**. 2007. 166f. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

BETTINELLI, L. A.; ROSA, J.; ERDMANN, A. L. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 377-384, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.uel.br/comites/cepesh/Resolu%C3%A7ao%20196.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/crian%C3%A7alei8069.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. **Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

Disponível em:

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/ido_solei8842.htm>. Acesso em: 10 jun. 2010.

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

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jun. 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília, 2008.16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010. 242 p.

CESARINO, C. B. *et al.* Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 158-161, 2005.

COMASSETTO, I.; ENDERS, B. C. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n.1, p. 46-53, 2009.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FREITAS, K. S. **Necessidade de familiares em unidade de terapia intensiva:** uma análise comparativa entre hospital público e privado. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FRIZON, G. **Os familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva:** sentimentos revelados e expectativas de cuidado. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ISMAEL, S. M. C. A família do paciente em UTI. *In*: MELO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. cap. 14, p. 251-257.

LE MOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002.

LOOMIS, M. E. **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby, 1979.

LUCCHESI, A. C. *et al.* The needs of members of the families of general hospital inpatients. **Sao Paulo Med J.**, v. 126, n. 2, p.128-131, 2008.

MADUREIRA, C. R.; VEIGA, K.; SANT'ANA, A. F. M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 8, n. 6, p. 68-75, 2000.

MARTINS, J. J. *et al.* O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>> Acesso em: 1 dez. 2009.

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

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

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de Humanização hospitalar. **Psicol. Estud.**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

NEVES, F. B. C. S. *et al.* Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 32-37, 2009.

OLIVEIRA, L. M. A. C. **O acolhimento de familiares internados na UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem.** 2006. 219 f. Tese (Doutor em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, UnB/UFG/UFMS, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

OLIVEIRA, L. M. A. C. *et al.* Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 429-436, 2010.

PASCHE, D. F. Humanização e os hospitais brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. Editorial. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 19, n. 4 supl. 2, p.1-2, 2009.

PEREIRA, M. A. G. **Comunicação de más notícias e gestão do luto.** Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, 2008.

POLIT, D. F; BECK, C. T. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem** – Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

POTTER, P. A. **Fundamentos de Enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SALÍCIO, D. M. B. GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enfer.**, v. 8, n. 3, p. 370-376, 2006.
Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em: 22 nov. 2010.

SCHNEIDER, D. G. *et al.* Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 81-89, 2008.

SEVERO, G. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Sci. Med.**, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 257-262, 2007.

SILVA, A. M. **O acompanhante do paciente adulto hospitalizado: percepções do enfermeiro**. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2007.

SILVA, M. J. P. Humanização em terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2003.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 156-159, 2008.

SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. v. 01. 392 p.

_____. SOUZA, A. M. A. Coordenação de grupos: aspectos técnicos. In: SOUZA, Ângela Maria Alves e (Org.). **Coordenação de Grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. v. 01, p. 69-84.

SILVA, M. A. M.; SOUZA, A. M. A.; PINHEIRO, A. K. B. Coordenação de grupos: processo grupal para enfermeiros. In: SOUZA, Ângela Maria Alves e (Org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. v. 01, p. 55-67.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo de sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

URIZZI, F. *et al.* Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 370-375, 2008

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 137-44, 2002.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18.ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 2011. 136p.

SANTOS, K. M. A. B. **Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs e análise proxêmica**

dessas interações. Tese (doutorado). 2004.-- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

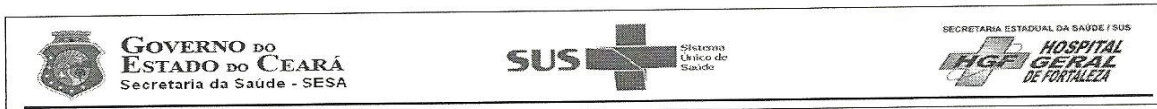
TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.15, n.2, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2009.

MAURITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.1, jan./mar. 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth/Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ANEXOS

Anexo A
Folha de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/HGF

Fortaleza, 25 de maio 2011.

Ilma. Sra. comunicamos-lhe o parecer do CEP

Pesquisadora: **Débora de Araújo Moreira**
Projeto Intitulado: **Acolhimento aos familiares no centro de terapia intensiva**
Área de conhecimento: **Ciências da Saúde / Enfermagem**
Entrada no CEP: **26/04/11**
Protocolo do CEP: **050507/11**

Sumário: O tema do projeto é importante no contexto hospitalar, principalmente em relação aos familiares, que muitas vezes ficam sem informações e distantes da realidade de um Centro de Terapia Intensiva.

O Comitê de Ética em Pesquisa do HGF em reunião ordinária no dia 05/05/11 analisou e considerou o referido projeto **APROVADO**, pois atende as recomendações da Resolução nº 196/96 do CNS/MS.

Lembramos ao pesquisador o cumprimento da Resolução do CNS 196/96 na condução científica do seu projeto e ainda, o encaminhamento ao CEP do relatório final da pesquisa bem como à devolução dos resultados à comunidade

Atenciosamente,

Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz

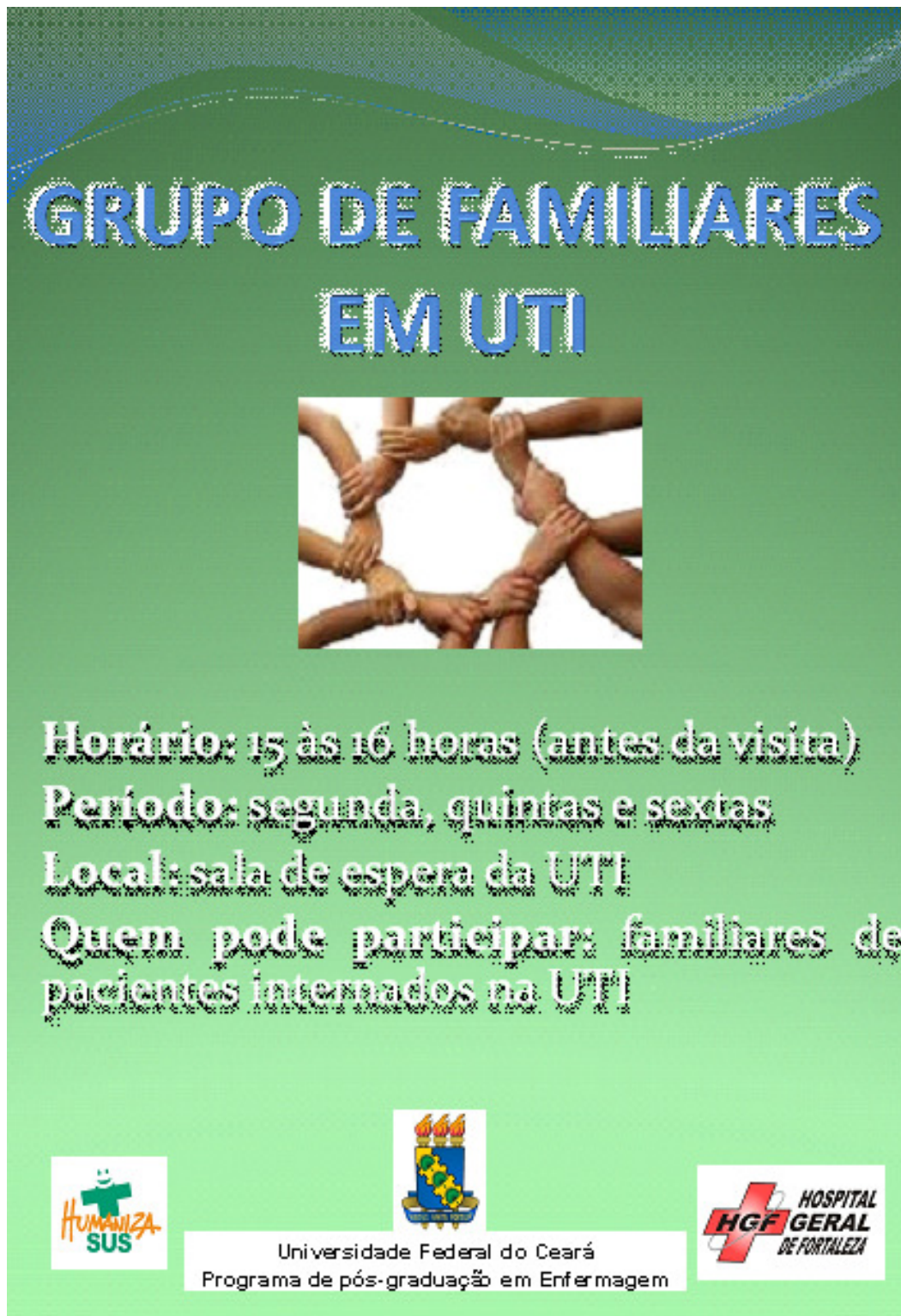
Coordenadora do CEP do Hospital Geral de Fortaleza

APÊNDICES


Apêndice A

Modelo do cartaz para divulgação das atividades de grupos aos profissionais do CTI e familiares




Tamanho: 297X420mmm



GRUPO DE FAMILIARES EM UTI



Horário: 15 às 16 horas (antes da visita)
Período: segunda, quinta e sexta
Local: sala de espera da UTI
Quem pode participar: familiares de pacientes internados na UTI


  

Universidade Federal do Ceará
Programa de pós-graduação em Enfermagem


APÊNDICE B

**Modelo do panfleto utilizado para divulgação das atividades de grupos
aos familiares**

Tamanho: 148X210mm



GRUPO DE FAMILIARES EM UTI



Horário: 15 às 16 horas (antes da visita)
Período: segundas, quintas e sextas
Local: sala de espera da UTI
Quem pode participar: familiares de pacientes internados na UTI
Objetivo: Promover aos familiares um local de acolhimento, onde se possam realizar atividades de educação em saúde com familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.

VENHA PARTICIPAR!

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE

Eu, Débora de Araújo Moreira, sou enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem-FFOE da Universidade Federal do Ceará estou realizando uma pesquisa intitulada **GRUPO SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES PELA ENFERMEIRA**. A UTI é um local diferenciado de cuidados especializado a pacientes em estado grave. A atenção dos profissionais está principalmente focada no paciente, deixando a família algumas vezes fora de cuidados. Sabe-se que a família também sofre quando seu parente esta internado, e estes sentimentos e necessidade merecem ser estudados. Esta pesquisa tem por objetivos: - Desenvolver um grupo sala de espera de acolhimento aos familiares de pacientes em UTI como estratégia da política de humanização da assistência; - Descrever as etapas do processo grupal no acolhimento aos familiares . Analisar a abordagem grupal como instrumento no acolhimento ao familiar de pacientes internados na UTI.

Sendo assim, venho solicitar sua colaboração para participar da pesquisa onde você será entrevistado (a) e responderá a algumas perguntas como sua data de nascimento, cidade de procedência, grau de parentesco, estado civil, entre outros. E ainda perguntas sobre a UTI e os profissionais. Para registrar o que você responder, com sua permissão, será utilizado um gravador digital para não perder nada de importante que for falado. Poderei, ainda, durante a entrevista realizar algumas anotações em um caderno. O que você falou será transcrito e servirá como material para saber quais as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI.

Serão garantidos o sigilo, o anonimato e sua identidade quanto ao seu nome e às informações prestadas. Não será divulgado seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo (a); e a gravação de sua fala não será exposta em nenhum lugar que evidencie sua identidade.

Como sua participação na pesquisa será inteiramente voluntária, você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa se assim o desejar, não havendo prejuízo qualquer por isso.

Caso precise falar comigo, para quaisquer esclarecimentos, a mim ou minha orientadora:

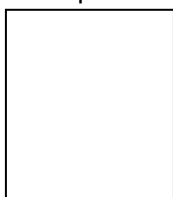
Aluna: Débora de Araújo Moreira e Orientadora: Angela Maria Alves e Souza. Endereço - Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo Fortaleza-Ceará. Telefone: (85) 3366-8454.

Esclareço, ainda, que a sua participação será de enorme importância para evidenciar a prática da assistência dos (as) enfermeiros (as) intensivistas junto aos familiares de internados em UTIs.

Consentimento pós-esclarecido

Tendo sido informado (a) de forma satisfatória da pesquisa **GRUPO SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES PELA ENFERMEIRA** realizada pela enfermeira Débora de Araújo Moreira, e ter compreendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa.

Fortaleza, ___ de _____ de 2011.



Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CONHECER AS NECESSIDADES
DOS FAMILIARES VISITANTES NO CTI

Data: ____/____/____ Período: () Manhã () Tarde () Noite
Hora de Início: ____:____ Hora de Término: ____:____
Iniciais: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
Parentesco: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Procedência: _____
Situação Conjugal: _____
Anos de estudo: _____
Religião: _____
Quanto tempo de internamento do familiar: _____
Quantas visitas realizadas durante este tempo: _____

- 1- O que você pretende que aconteça no momento da visita?
- 2- O que você espera dos profissionais no momento da visita?
- 3- Você gostaria de ter informações antes da visita? Quais?
- 4- O que você gostaria de saber no momento da visita? Com quem gostaria de falar? Por quê?
- 5- Se você tivesse a oportunidade gostaria de participar de um grupo na sala de espera da UTI? Por quê?

APÊNDICE E

Roteiro de Orientações realizadas nos grupos Sala de Espera

PROCESSO: Orientação de visitantes em UTI
TAREFA: Orientação de visitantes leigos em UTI
RESPONSÁVEL: Enfermeiro
MATERIAL NECESSÁRIO
Protocolo Padronizado
ORIENTAÇÕES
<p>Receber cordialmente os visitantes, apresentando-se e, também, à UTI;</p> <p>Explicar funcionamento da UTI, os profissionais que compõe, os aparelhos utilizados;</p> <p><u>Orientar quanto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de visita – Tarde: 16:00 as 17:30h e Noite: 20:00 as 21:00h pode entrar até cinco pessoas durante a visita sendo uma de cada vez; • Lavagem de mãos (antes de entrar e na saída da visita); • Possibilidade de tocar em mãos, rosto, pés do paciente de forma suave; • Possibilidade de conversar assuntos positivos e evitar os negativos/problemas; • Não visitar pacientes de leitos vizinhos; • Saber da necessidade de trazer materiais/objetos de uso pessoal (higiene); • Perguntar e esclarecer dúvidas; • Humanizar atendimento. <p><u>Visitantes de Pacientes em isolamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar que para este paciente só poderá entrar apenas um visitante; • Antes de entrar necessita lavar as mãos, usar máscara, avental e luvas com a finalidade de não levar contaminação ao paciente internado e de também não trazer dele a contaminação. • Após o contato com paciente retirar todos os materiais usados (luvas, avental, máscaras) antes de falar com os profissionais e antes de sair da unidade; <p><u>Pergunta:</u></p> <p>Como o senhor (a) se sente preparado para este momento da visita? Por que?</p> <p>Gostaria de perguntar algo sobre a UTI ou sobre outra coisa?</p>
RESULTADOS ESPERADOS
Utilização do protocolo aos visitantes como instrumento de intervenção de enfermagem junto aos visitantes para que se sintam acolhidos e possuam esclarecimento de forma humanizada durante a visita a UTI .

APÊNDICE F
ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS VISITANTES PARA AVALIAÇÃO
DO GRUPO SALA DE ESPERA

Data: ____/____/____ Período: () Manhã () Tarde () Noite

Hora de Início: ____:____ Hora de Término: ____:____

Iniciais: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Parentesco: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Procedência: _____

Situação Conjugal: _____

Anos de estudo: _____

Religião: _____

Quanto tempo de internamento do familiar: _____

Quantas visitas realizadas durante este tempo: _____

- 1) Você acha importante a realização desta intervenção antes do momento da visita?
- 2) Como você se sentiu com essa acolhida/explicações antes de começar a visita?
- 3) Qual dessas orientações mais lhe serviu na visita?
- 4) O que mudou no seu modo de agir com o paciente?
- 5) Para quem já esteve visitando parentes em outras UTI's – você sentiu diferença entre as UTI's por causa do protocolo?
- 6) Você tem alguma sugestão?